

ผลของโปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ



นางสาว ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6262-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COACHING REGARDING SELF PRACTICE PROGRAM ON DISTRESS
IN MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS



Miss Sirichan Patharavichein

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6262-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของ
ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
โดย นางสาว ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยูดี ภาษา)

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร : ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (THE EFFECT OF COACHING REGARDING SELF PRACTICE PROGRAM ON DISTRESS IN MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 117 หน้า. ISBN 974-17-6262-3

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 2) เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (อายุ 18-59 ปี) ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารัตนบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ ยาบรเทาปวด และยาทำให้สงบที่ได้รับหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 1.2 แบบประเมินความทุกข์ทรมานของ Johnson (1973) 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนใช้แนวคิดของ Girvin (1999) ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนและการปฏิบัติตน แผนการสอนและคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความทุกข์ทรมาน โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนและแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน การหาความเที่ยงของผู้วิจัยนำแบบประเมินความทุกข์ทรมาน โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่และร้อยละ 2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความทุกข์ทรมานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนและการปฏิบัติตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีระดับความทุกข์ทรมานมาก
2. คะแนนความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนมีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2547

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4577609636: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS ; COACHING / OPENED-HEART SURGERY / MECHANICAL VENTILATOR / DISTRESS

SIRICHAN PATTHARAVICHEIN : THE EFFECT OF COACHING REGARDING SELF PRACTICE PROGRAM ON DISTRESS IN MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 117 pp. ISBN 974-17-6262-3

The purposes of this quasi-experimental research was to study the distress level of postoperative patients with mechanical ventilation and compare the distress of postoperative patients with mechanical ventilation between the group received coaching regarding self practice program and the group received a routine nursing care. The sample consisted of 30 post opened-heart surgery patients ranging in age from 18-59 who admit in critical care unit at Ramathibodi Hospital and were selected into an experimental group and a control group. The two groups were similar in sex, age, the same of analgesic and sedative drugs. The experimental group received coaching regarding self practice program, while the control group received a routine nursing care. Collected data instruments were Distress Scale (Johnson, 1973) and a demographic data form. Experimental instrument was coaching regarding self practice program based on coaching concept (Girvin, 1999). The experimental instrument consisted of coaching regarding self practice plan, teaching plan, and self practice manual for decrease the distress of mechanically ventilated patients. The controlled-experimental instrument was interviewed form about practice to decrease the distress of mechanically ventilated patients. The Distress Scale, coaching regarding self practice program, and interviewed form about practice to decrease the distress of mechanically ventilated patients were tested for the content validity by 5 experts. For reliability, the Distress Scale and coaching regarding self practice program were used by post opened-heart surgery patients who similar to the subjects. Independent t-test was used for statistical analysis.

Results were as follows:

1. Postoperative mechanically ventilated patients have severe distress.
2. The distress in mechanically ventilated patients receiving coaching regarding self practice program and receiving a routine nursing care were not significantly at the .05 level.

Field of study Nursing Science
Academic year 2004

Student's signature
Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็น ประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอด ระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ภาษากรกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ผู้กรุณา ให้คำแนะนำและเป็นທີ່ปรึกษาในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรม ของโรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้า หอผู้ป่วย พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษของโรงพยาบาลรามาริบัติที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เข้าร่วม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้างานการพยาบาลศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โรงพยาบาลรามาริบัติที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณ เพื่อนที่ต้องทำงานหนักขึ้นในขณะที่ผู้วิจัยกำลังลาศึกษา และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วน ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นสำหรับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ และสมาชิกครอบครัวทุกคนที่คอยเป็น กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความทุกข์ทรมาน	
ความหมายของความทุกข์ทรมาน.....	15
ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....	16
สาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....	16
ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมาน.....	22
การประเมินความทุกข์ทรมาน.....	24
การสอนแนะ	
ความหมายของการสอนแนะ.....	26
คุณสมบัติและบทบาทของผู้ฝึกสอน.....	28
กระบวนการสอนแนะ.....	31
แผนการสอนแนะในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทบาทของพยาบาลในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย หลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	68
การอภิปรายผลการวิจัย.....	69
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	74
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	74
รายการอ้างอิง.....	75
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	88
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือใน การเก็บข้อมูลวิจัย.....	90
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย.....	95
ภาคผนวก ง การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	109
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	117

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คุณสมบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำแนกตามเพศ อายุ ยาแก้ปวด และยาทำให้สงบที่ได้รับ.....	47
2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ.....	60
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรค โรคประจำตัว และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจก่อนการผ่าตัด.....	61
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามยาบรรเทาปวด และยาทำให้สงบที่ได้รับหลังผ่าตัด.....	63
5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการผ่าตัดที่ได้รับ และระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....	64
6	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	65
7	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการที่ทำให้เกิดความผ่อนคลายเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นของกลุ่มควบคุม.....	110
8	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการที่ทำให้เกิดความผ่อนคลายเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นของกลุ่มทดลอง.....	110
9	แสดงความชอบในการฟังดนตรีและประเภทของดนตรีที่ฟังของกลุ่มควบคุม...	111
10	แสดงความชอบในการฟังดนตรีและประเภทของดนตรีที่ฟังของกลุ่มทดลอง...	112
11	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มควบคุม.....	113
12	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง.....	114
13	แสดงจำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง.....	115

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่
สรุปขั้นตอนการทำวิจัย

หน้า

58



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งจากการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และลักษณะหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคย มีสภาพห้องที่น่ากลัว มีเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆที่แปลกตา มีเสียงรบกวนจากเครื่องมือ ไฟเปิดสว่างตลอดเวลา การสนทนาของบุคลากรและผู้ป่วยอื่นที่อาจส่งเสียงโอดโอย คร่ำครวญ โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งต้องใส่ท่อช่วยหายใจทุกรายหลังผ่าตัดจะมีความทุกข์ทรมานมาก ดังการศึกษาของ Pennock et al. (1994) ที่ศึกษาเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหัวใจ พบว่า เหตุการณ์ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดคือการใส่ท่อช่วยหายใจ และการไม่สามารถพูดได้

นอกจากนี้ การใส่ท่อช่วยหายใจนั้นผู้ป่วยรายงานว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ แม้ว่าระยะเวลาจะผ่านมานานถึง 4 ปีแล้วก็ตาม ผู้ป่วยยังคงจำความรู้สึกทุกข์ทรมานระหว่างที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้ (สุพัตรา อยู่สุข, 2536; เพ็ญศรี สุหฤตดำรง, 2537; Bergbom-engberg and Haljamae, 1989; Pochard et al., 1995) ซึ่งความทุกข์ทรมาน (Distress) ที่เกิดขึ้นนี้เป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล เกิดจากภาวะที่ร่างกายถูกคุกคามจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา เช่นความเจ็บปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรือความวิตกกังวล โดยร่างกายจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเหล่านั้นแตกต่างกันไป ซึ่งเป็นการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Johnson, 1989; Reid-Ponte, 1992)

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ความเจ็บปวด เช่นอาการเจ็บคอ ซึ่งเกิดจากการใส่และคาท่อทางเดินหายใจ ทำให้มีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อในทางเดินหายใจ (สุพัตรา อยู่สุข, 2536; Simpson et al., 1989; Johnson and Sexton, 1990; Pochard et al., 1995) เจ็บปวดจากการดูดเสมหะเนื่องจากสายดูดเสมหะและความดันของการดูดเสมหะ ทำให้มีการบาดเจ็บของเยื่อทางเดินหายใจ (สุพัตรา อยู่สุข, 2536; Turner et al., 1990; Fontaine, 1994; Hewitt, 2002) เจ็บปวดจากการเจาะเลือดในผู้ป่วยภาวะวิกฤต (Turner et al., 1990) และในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังมีอาการปวดจากแผลผ่าตัดด้วย (อัสนี วันชัย, 2539; นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542; Puntillo, 1990) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะเกิดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกกับข้อใจจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการที่ท่อช่วยหายใจกดกล่องเสียงทำให้ผู้ป่วยนั้นไม่สามารถพูดได้ (สุพัตรา อยู่สุข, 2536; Johnson and Sexton, 1990; Fontaine, 1994; Pochard et al.,

1995; Hupcey and Zimmerman, 2000; Mckinley et al., 2002) ความรู้สึกไม่สุขสบายก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยบางคนรู้สึกปวดเมื่อยจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากการผูกมัดเพื่อป้องกันอุปกรณ์การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะท่อทางเดินหายใจ เลื่อนหลอด ร่วมกับการมีอุปกรณ์การรักษาพยาบาลที่ติดกับตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเคลื่อนไหวด้วยความระมัดระวังและถูกจำกัดในบางท่าทาง จากการศึกษาของสุพัตรา อยู่สุข (2536) พบว่าการคาท่อทางเดินหายใจทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับที่นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้จำกัด และการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม

สาเหตุด้านจิตใจได้แก่ความกลัว และวิตกกังวลก็ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ (Fontaine, 1994; Russell, 1999) จากการศึกษาของ Durham (1992) พบว่าขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะเกิดความกลัวว่าจะหายใจเองไม่ได้ และกลัวว่าพยาบาลจะให้การช่วยเหลือไม่ทันจนทำให้ตนเองเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยมักกลัวเนื่องจากมองว่าการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักนั้นแสดงว่าตนมีอาการรุนแรงใกล้จะเสียชีวิต (Turner et al., 1990; Cornock, 1998; Hudak, Gallo, and Morton, 1998) ดังที่ Blackwood (2000) พบว่าผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลในการหยาเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้การผ่าตัดก็เป็นภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย ดังที่ McCleane and Cooper (1990) พบว่าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดมยาสลบ กังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองหลังผ่าตัด ผลของการผ่าตัดที่ได้รับ ความกลัวและไม่มั่นใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังการผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542; Beare and Myers, 1994; Galloway, 1999; Wong and Arthur, 2000)

สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ การที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับจากไฟที่เปิดตลอดเวลา เสียงรบกวนต่างๆ กิจกรรมการรักษาพยาบาล (Simpson, et al., 1989; Mckinley, et al., 2002) ดังที่ Thelan, Devie and Urden (1990: 73) กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนักจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลทุก 2-4 ชั่วโมง การติดตามเฝ้าดูอาการอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากรูปแบบการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป และมีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอหรือนอนหลับได้ยาก (Grady et al., 1992) ซึ่ง Christensen and Kockrow (1991: 293) กล่าวว่าปัญหาการนอนไม่หลับอย่างรุนแรงพบได้บ่อยในหอผู้ป่วยหนักโดยพบว่าจำนวนชั่วโมงการนอนหลับของผู้ป่วย คุณภาพและความสม่ำเสมอของการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดมากขึ้น (Closs, 1992; Redeker, 2000)

สาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยจะรับรู้ทางอวัยวะรับสัมผัส จากนั้นผู้ป่วยจะแปลความหมายจากสิ่งที่ได้รับนั้นว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดปฏิกิริยาตอบสนองออกมาทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการตอบสนองทางร่างกายทำให้มีการ

เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิติก ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหดตัวมีผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจต้องทำงานหนักและต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการหดเกร็งของหลอดเลือด ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้นทำให้มีอาการหายใจลึกเร็ว และเหนื่อยหอบ (Johnson and Sexton, 1990) การเปลี่ยนแปลงต่างๆดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือดมีอาการเลวลง และอาจเสียชีวิตในที่สุด สำหรับผลทางอ้อมที่เกิดกับผู้ป่วยคือผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของ Grap et al. (1995) พบว่าผู้ป่วย 57 % ที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะดึงท่อช่วยหายใจออกเองเนื่องจากความทุกข์ทรมาน การที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองโดยที่ร่างกายยังไม่พร้อมที่จะหายใจเองจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็วขึ้น อาการทรุดลง และแพทย์ต้องทำการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารักษาในหอผู้ป่วยหนักนานขึ้น มีโอกาสติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจมากขึ้น และทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจดังกล่าวข้างต้นไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้แพทย์ต้องให้ยาเพื่อให้สงบ (sedation) หรือยาแก้ปวด (analgesic) (Baldwin, et al., 1995; Marino, 1998) ซึ่งยาอาจมีผลข้างเคียงเช่น อาเจียน กดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนล้าเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะเอาท่อช่วยหายใจออกได้ (Tung and Rosenthal, 1995; Chlan, 1998) ส่งผลให้ต้องพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักนานขึ้น

นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานยังมีผลต่อจิตใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกท้อแท้ หมดหวังต่อการที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่ตนไม่สามารถจัดการควบคุมได้ ซึ่งมีผลทำให้อาการเจ็บป่วยทรุดลงเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ช้า (อรสา พันธรัถคดี, 2534; จริยา ตันดิธรรม, 2542)

ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนี้เป็นสิ่งที่สามารถบรรเทาได้ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างถูกต้อง (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Galloway and Graydon, 1996) โดยเฉพาะข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบ แบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงจึงสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิด มาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน และปราศจากความคลุมเครือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจโดยเฉพาะด้านความทุกข์ทรมานลดลง (Johnson, 1972; Johnson, 1973; Mchugh, Christman and Johnson, 1982; Leventhal and Johnson, 1983)

โดยทั่วไปการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลและเตรียมทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจให้พร้อมก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยทางด้าน

ร่างกาย ได้แก่การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป การฉายรังสีภาพทรวงอก การตรวจคลื่นหัวใจ ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผลการตรวจสอบสมรรถภาพของหัวใจ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะสามารถบ่งบอกถึงอาการ และปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจของผู้ป่วยในขณะนั้นก่อนผ่าตัดได้ รวมทั้งการเตรียมเลือดไว้สำหรับการผ่าตัดด้วย สำหรับการเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจนั้น การประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยมีความสำคัญมากในระยะก่อนผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดหัวใจนับได้ว่าเป็นภาวะตึงเครียดต่อผู้ป่วยมาก พยาบาลมักนิยมใช้การสอนในการเตรียมผู้ป่วย ซึ่งการสอนเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะบางประการแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี แต่การสอนเป็นการให้ข้อมูลทางเดียว ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนน้อยจึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการจำมากกว่าการพัฒนาทักษะหรือการปฏิบัติ (บุญชม ศรีสะอาด, 2537; ครุณี รุจกรกานต์, 2541) นที เกื้อกูลกิจกร(2541) กล่าวถึงการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาลว่า บางครั้งมีความล้มเหลวเนื่องมาจากพยาบาลเลือกที่จะสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยควรรู้ ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะเรียนรู้ สอนเนื้อหาหรือให้ข้อมูลที่โดยตรงกับที่ผู้รับบริการคำนึงถึง หรือสามารถเรียนรู้ได้จริงในขณะนั้น และไม่คำนึงถึงความพร้อมทางด้านจิตอารมณ์ที่จะเรียนรู้ของผู้รับบริการทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติ ส่งผลให้การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหานั้นขาดประสิทธิภาพ(Wilkie et al., 1995; Finkelmeier, 2000; McDonald et al., 2000)

การสอนแนะ (coaching) เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน (Lewis and Zahlis, 1997; Girvin, 1999) เป็นรูปแบบการสอนที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นต่อพยาบาลจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนทำให้พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วย และมีการปรับเปลี่ยนการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นโค้ช (coach) หรือผู้ฝึกสอน เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน พยาบาลจะทำหน้าที่เสมือนเป็นครูที่จะถ่ายทอดความรู้ ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆรวมถึงให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้การช่วยเหลือ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536; Clarke and Spross, 1996; Girvin, 1999; Grealish, 2000) จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนแนะพบว่ามีการสอนแนะไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยมะเร็งปอด ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ซึ่งพบว่าการสอนแนะช่วยลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยได้ (บุศริน เอี้ยวสีหยก, 2545; Gortner et al., 1988; Tack and Gilliss, 1990; Wilkie et al., 1995) แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสอนแนะเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเลย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในประเทศไทยพบว่ามีการวิจัยของประไพ มิตรพิศ และกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2542) ที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใส่เครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือผู้วิจัยสอนเทคนิคนี้แก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้ามารักษาที่หอผู้ป่วยหนักแล้วทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถฝึกเทคนิคผ่อนคลายได้ เนื่องจากขณะนั้นผู้ป่วยอาจจะมีสิ่งเร้าที่ทำให้ทุกข์ทรมานมากจนไม่มีความพร้อมในการเรียนรู้ ในขณะที่การสอนแนะนำเป็นกลยุทธ์ที่เน้นให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมโดยคำนึงถึงความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้ฝึกสอนหรือโค้ชทำหน้าที่ให้การฝึกสอน ทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ทำให้เมื่อผู้ป่วยไปเผชิญกับสถานการณ์จริงผู้ป่วยจะสามารถลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น และใช้เวลารักษาในหอผู้ป่วยหนักสั้นลงทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

ปัญหาการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะนำมีความทุกข์ทรมานแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
2. เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งจากการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และลักษณะหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคย มีสภาพห้องที่นรกแล้ว มีเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆที่แปลกตา มีเสียงรบกวนจากเครื่องมือ ไฟเปิดสว่างตลอดเวลา การสนทนาของบุคลากรและผู้ป่วยอื่นที่อาจส่งเสียงโอดโอย คร่ำครวญ โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จะมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ 1) ความเจ็บปวด ซึ่งเกิดจากการคาท่อช่วยหายใจ, ปวดแผลผ่าตัด 2) ความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกคับข้องใจจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ 3) ความทุกข์ทรมานจากการรบกวนการนอนหลับ 4) ความทุกข์ทรมานจากความไม่สบายเมื่อถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และ 5) ความทุกข์ทรมานจากความกลัวและวิตกกังวล สาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับสัมผัสทางอ้อมหรือสัมผัส จากนั้นก็เกิดกระบวนการรับรู้ โดยผู้ป่วยจะแปลความหมายจากสิ่งที่ได้รับนั้นว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาทั้งทางร่างกายและจิตใจมากหรือน้อยต่างกันไป ขึ้นกับระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยทำให้มีการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิติกเช่นหัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหดตัวมีผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจต้องทำงานหนักและต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการหดเกร็งของหลอดเลือด ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการหายใจลึกเร็วและเหนื่อยหอบ(Johnson and Sexton, 1990: 48) การเปลี่ยนแปลงต่างๆดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือดมีอาการเลวลง แก้ไขได้ยากและอาจเสียชีวิตได้ ส่วนผลทางอ้อมที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อาจดึงท่อช่วยหายใจออกเอง และแพทย์ต้องให้ยาเพื่อทำให้สงบ (sedation) หรือยาแก้ปวด (analgesic) ซึ่งมีผลข้างเคียงเช่น อาเจียน กัดกร่อนหัวใจ ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนล้า เป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะเอาท่อช่วยหายใจออกได้ ส่งผลให้ต้องพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักนานขึ้น

ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนี้เป็นสิ่งที่สามารถบรรเทาได้หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอ และมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างถูกต้อง การสอนแนะเป็นการฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมโดยคำนึงถึงความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้ฝึกสอนหรือโค้ช ทำหน้าที่ให้การฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ทำให้เมื่อผู้ป่วยไปเผชิญกับสถานการณ์จริงผู้ป่วยจะสามารถลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อลดความ

ทุกซ์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักทำให้ผู้ป่วยมีความทุกซ์ทรมานลดลงและร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการสอนแนะของGirvin (1999) และการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นโปรแกรมการสอนแนะเพื่อลดความทุกซ์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เป็นการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วย เพื่อประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์เดิม ตลอดจนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะที่หอผู้ป่วยหนัก ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการผ่าตัดครั้งนี้ ความรู้สึกและความคาดหวังกับการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ และประสบการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกซ์ทรมานหลังผ่าตัดได้ เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพยังเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ก่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นใจในตัวผู้วิจัย ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกซ์ทรมานลง

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกซ์ทรมาน ประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอ และมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับความทุกซ์ทรมานอย่างถูกต้อง (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Galloway and Graydon, 1996) โดยเฉพาะข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริง จึงสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มากคุกคาม และมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจโดยเฉพาะด้านความทุกซ์ทรมานลดลง (Johnson, 1972; Johnson, 1973; Mchugh, Christman and Johnson, 1982; Leventhal and Johnson, 1983) โดยสุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ (2535) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา และสภาพสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตจะช่วยลดความทุกซ์ทรมานของผู้ป่วยได้ ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆดังนี้ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังผ่าตัด เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่สามารถพูดได้ การมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆติดที่ผู้ป่วย การใส่สายปัสสาวะ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัส เช่น ความรู้สึกเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เป็นการช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกซ์ทรมานลงได้ จากการศึกษาของอินทิรา ปากันทะ (2545) เรื่องผลของการ

ให้ข้อมูลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะได้รับการสลายนิ้ว พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลซึ่งครอบคลุมเนื้อหาทั้งขั้นตอนการสลายนิ้ว ความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจต้องประสบจากการสลายนิ้ว และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิ้ว มีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานขณะได้รับการสลายนิ้วต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การฝึกทักษะการติดต่อสื่อสาร เพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาล เมื่อผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถพูดได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ความทุกข์ทรมานลดลง และควรให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการสื่อสารก่อนเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก (Derham, 1991; Fontaine, 1994; Hewitt, 2002) ผู้วิจัยจึงหาวิธีติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วยโดยใช้การใช้แผ่นภาพเพื่อการสื่อสาร ดังเช่น การศึกษาของ ลดาวัลย์ จารูนาวัฒน์ (2528) ที่ศึกษาผลของการใช้เครื่องมือติดต่อสื่อสารที่มีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่ากลุ่มที่ใช้เครื่องมือติดต่อสื่อสารมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Storsky, Rudy, and Dragonette (1988) ศึกษาวิธีติดต่อสื่อสาร 2 วิธี คือแบบไม่ได้วางแผ่นไว้ (ให้ผู้ป่วยเขียนหรืออ่านริมฝีปาก) และแบบที่วางแผ่นไว้ (ใช้รูปภาพ) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 20 รายพบว่าผู้ป่วยพอใจและมีความทุกข์ทรมานลดลงในการใช้บอร์ดรูปภาพซึ่งถูกแนะนำก่อนผ่าตัดมากกว่าแบบที่ไม่ได้วางแผ่นไว้

2.3 การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย ผู้วิจัยเสนอวิธีการผ่อนคลายแบบต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความพอใจ ได้แก่

2.3.1 การทำสมาธิ (meditation) โดยใช้หลักอานาปานสติกรรมฐานคือการควบคุมหายใจเข้าออกให้มีสติรับรู้ว่าหายใจเข้าหรือหายใจออก เมื่อมีสมาธิถึงขั้นจิตสงบนั้นร่างกายจะหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น ซึ่งสาร Endorphin นี้ทำหน้าที่ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดซึ่ง ส่งมาจากไขสันหลัง ทำให้ความเจ็บปวดลดลง (ประเวศ วะสี, 2540: 60) จึงช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจได้ นอกจากนี้ขณะที่จิตเป็นสมาธินั้นเป็นภาวะที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่งไม่ฟุ้งซ่านหรือส่ายไป หรือเรียกว่าเอกัคคตา จะช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากสิ่งเร้าต่างๆ ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยสงบลง ดังที่ Hailey et al. (1990) กล่าวว่า การวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกัน และลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจนั้นสิ่งสำคัญคือ การลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมาน

2.3.2 ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวด และลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวด โดยใช้เสียงดนตรี โดยการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเป็นเกราะป้องกันการรับรู้ ซึ่งป้องกันการรับรู้ของบุคคลออกจากการรับรู้สิ่งเร้าต่างๆ ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยสงบลง ทำให้บุคคลหันเหความสนใจจากตนเองหรือจากสถานการณ์เดิม มุ่งไปฟังหรือสนใจสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์ใหม่ หรือเป็นการดึงความสนใจของบุคคลออกจาก

ความคิดที่หมกมุ่นให้กลับมาสนใจในสิ่งกระตุ้นใหม่ที่เกิดขึ้น (Boss, 1992: 1509; Taylor, 1990: 229) เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้จะทำให้มีความอดทนต่อความทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งเร้าต่างๆ ได้ดีขึ้น นอกจากนี้เสียงดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และการรับรู้เวลาในประสบการณ์ (Experiential time) ผ่านทางสมองส่วน Thalamus, Cortex, Limbic system ทำให้เกิดเหตุการณ์และความตั้งใจใหม่ (Dossy, 1992: 32) และยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติโดยกระตุ้นต่อม Pituitary เพื่อหลั่งสาร Endorphin ซึ่งมีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการปวด (Radziewicz and Schneider, 1992: 296)

จากวิธีปฏิบัติทั้ง 2 วิธีดังกล่าวข้างต้นมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย ดังเช่นการศึกษาของวัลลภา สังฆโสภณ (2536) ที่ศึกษาผลของดนตรีต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 ราย พบว่าระดับความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟังดนตรีลดลงมากกว่าไม่ได้รับฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Good (1995) ที่ศึกษาการใช้ดนตรีในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วย 81% มีความทุกข์ทรมานลดลง การศึกษาของประไพ มีทรัพย์และกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2542) ที่ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (โดยฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ) ต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้ เครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสมพร เตริยมชัยศรี (2542: 79-80) ได้ศึกษาวิจัยโดยใช้การบำบัดสมาธิในผู้ป่วยแผลไหม้ ระหว่างที่ปฏิบัติสมาธิจะติดเครื่องวัด ใจที่แนบเพื่อดูการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติคือ การขยายตัวของหลอดเลือด การนำไฟฟ้าที่ผิวหนังซึ่งจะบอกได้ว่าความเครียดเพิ่มขึ้น หรือลดลง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยแผลไหม้ซึ่งต้องทุกข์ทรมานปวดแสบปวดร้อนมาก เมื่อปฏิบัติสมาธิสาร Endorphin ซึ่งเป็นเหมือนมอร์ฟินจากภายในร่างกายหลั่งมากขึ้น ทำให้อาการเจ็บปวดทุเลาลง และมีกำลังใจในชีวิตมากขึ้น

2.4 การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหว หรือเปลี่ยนท่าเมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าขณะมีท่อช่วยหายใจได้ โดยไม่รู้สึกรัดปอดเมื่อยจากการจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งจากการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย และการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม Grap et al. (2002) ที่ศึกษาความไม่สบายของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 22 คน พบว่าการเคลื่อนไหวจะเพิ่มความทรมานในการใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้นหากมีการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับเหตุการณ์จริงจะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ทำให้ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นลดลง

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจขึ้นตามที่ได้วางแผนไว้ในขั้นตอนที่ 2 โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติ

ผู้วิจัยมีการติดตาม และสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น พร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ถูกต้อง และสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจะสามารถใช้ทักษะต่างๆที่ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตาม ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ จึงทำให้ความทุกข์ทรมานลดลง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วย ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานที่ผ่านมาด้วยตนเอง และร่วมกันประเมินถึง ปัญหา และอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีการฝึกปฏิบัติ หรือมีส่วนที่ต้องแก้ไขในการปฏิบัติ กิจกรรมใดบ้าง เพื่อนำไปใช้วางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยน ปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรมที่ปฏิบัติได้ ไม่สมบูรณ์ให้มีความสมบูรณ์ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากการศึกษาการสอนแนะในด้านการปฏิบัติกายภาพ พบว่ามีการใช้ในผู้ป่วยกลุ่ม ต่างๆเพื่อลดความทุกข์ทรมานเช่น Gortner et al. (1988) ที่ศึกษาการติดตามการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้ศึกษาได้ใช้การสอนแนะทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะ มีความทนต่อการเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ บุศริน เอี้ยวสีหยก (2545) ที่ศึกษาผลของการสอนแนะต่อการปฏิบัติเพื่อลด ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะมีคะแนนการ ปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตนมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้นคือโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน

ตัวแปรตามคือความทุกข์ทรมาน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความทุกข์ทรมาน หมายถึงความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วยคาต่อช่วยหายใจที่สามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเอง เกิดจากการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนา ได้แก่ความเจ็บปวด ความคับข้องใจจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวลและความไม่สุขสบายจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบประเมินความทุกข์ทรมานที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความทุกข์ทรมานของ Johnson (1973)

2. โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน หมายถึงกิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลที่พยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และมีการติดตามหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 2 วันตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยตามความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพื่อประเมิน และวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะที่หอผู้ป่วยหนัก ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการผ่าตัดครั้งนี้ ความรู้สึกและความคาดหวังกับการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ และประสบการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดได้

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมในการลดความทุกข์ทรมาน โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และตอบข้อซักถามในปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยสงสัยหรือต้องการทราบข้อมูล หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้ หรือประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว หรือมีความรู้แต่วางแผนปฏิบัติกิจกรรมไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลตามปัญหานั้นๆ และให้ข้อมูลพร้อมทั้งทักษะการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แผนการสอน ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆดังนี้ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังผ่าตัด เช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่สามารถพูดได้ การมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆติดที่ผู้ป่วย การใส่สายปัสสาวะ สภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนักตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัส เช่นความรู้สึกเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

2.2 การฝึกการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกให้โดยใช้แผนภาพการสื่อสาร

2.3 การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดต่างๆ การนอนไม่หลับ หรือความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน โดยเสนอวิธีการผ่อนคลายแบบต่างๆให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความพอใจ ได้แก่การทำสมาธิโดยใช้หลักอานาปานสติ ธรรมชาติคือการควบคุมหายใจเข้าออก และการใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวด และลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวดโดยใช้เสียงดนตรี โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และใช้คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานประกอบ

2.4 การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหว หรือเปลี่ยนท่าเมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ โดยผู้วิจัยสอน และสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลงปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยลงปฏิบัติในสิ่งที่ผู้วิจัยสอนตามขั้นตอนที่ 2 และในระหว่างที่ผู้ป่วยฝึกนั้น ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้นพร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนนี้จะเกิดก่อนผ่าตัด 1 วัน และผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักจนกระทั่งผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจออกเพื่อสังเกตว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะทำการสอนซ้ำจนผู้ป่วยสามารถทำได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม ผลการปฏิบัติ เช่นฝึกปฏิบัติได้หรือไม่ เพราะอะไร สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลแนะนำเพิ่มเติม

ขั้นตอนต่างๆทั้ง 4 ขั้นตอนเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน ส่วนระยะหลังผ่าตัดผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรมหัวใจจนกระทั่งผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจออก โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผลของการผ่าตัด และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายตามที่ได้ฝึกไว้ก่อนผ่าตัด ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาล ผู้วิจัยติดตาม และสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานของ

ผู้ป่วยที่เกิดขึ้น พุดให้แรงเสริมในผลการปฏิบัติ ให้ข้อมูลย้อนกลับ กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ในกลุ่มที่รู้สึกกลัวหรือไม่มั่นใจในการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยจะพุดให้เกิดความมั่นใจ โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้วิจัยจะอยู่ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีกำลังใจในการปฏิบัติ และไม่รู้สีกว่าตนถูกทอดทิ้ง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา หรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน สิ่ง que ปฏิบัติได้ และสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจําของหอผู้ป่วย ศัลยกรรม โดยมีพยาบาลประจําหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยการเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายเช่นการทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่นการงดอาหารและน้ำดื่ม การให้สารน้ำก่อนผ่าตัด

4. การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หมายถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้กระทำเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
2. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารการพยาบาลเห็นความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ควรมีความต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่อยู่หอผู้ป่วยหนัก และหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยทั่วไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสารและงานวิจัยในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความทุกข์ทรมาน

1.1 ความหมายของความทุกข์ทรมาน

1.2 ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2.1 ระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2.2 สาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2.2.1 ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด

1.2.2.2 ความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกคับข้องใจจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ

1.2.2.3 ความทุกข์ทรมานจากการรบกวนการนอนหลับ

1.2.2.4 ความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายเมื่อถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

1.2.2.5 ความทุกข์ทรมานจากความกลัวและวิตกกังวล

1.2.3 ปฏิกริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมาน

1.4 การประเมินความทุกข์ทรมาน

2. การสอนแนะ (coaching)

2.1 ความหมายของการสอนแนะ

2.2 คุณสมบัติและบทบาทของผู้ฝึกสอน (coach)

2.3 กระบวนการของการสอนแนะ

2.4 แผนการสอนแนะในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

3. บทบาทของพยาบาลในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

4. การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยใช้ดนตรีบำบัด และการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ กรรมฐาน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความทุกข์ทรมาน

1.1 ความหมายของความทุกข์ทรมาน มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความทุกข์ทรมานไว้หลายประเด็น ดังนี้

McCorkle and Young (1978) กล่าวว่าความทุกข์ทรมานหมายถึงความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่มีต่ออาการใดอาการหนึ่ง โดยเฉพาะ ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเอง โดยได้กล่าวถึงอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้แก่ความเจ็บปวด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง

Rhodes and Watson (1987) กล่าวว่าความทุกข์ทรมานหมายถึงความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการที่ร่างกายและจิตใจมีความผิดปกติ เช่น วิตกกังวล กลัว นอนไม่หลับ

Neufeldt and Guralnik (1988) ให้ความหมายของความทุกข์ทรมานว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่มีสาเหตุมาจากความเจ็บปวด หรือมีสิ่งที่ยับยั้งทำให้กังวล

Johnson (1989) กล่าวว่าความทุกข์ทรมานเป็นภาวะที่ร่างกายถูกคุกคามจากสิ่งเร้าที่เป็นการทำลาย และไม่พึงปรารถนา โดยร่างกายจะมีการตอบสนองทางชีวภาพต่อสิ่งเร้าเหล่านั้นในลักษณะของความผิดปกติทางร่างกาย และจิตใจ

Reid-Ponte (1992) ได้กล่าวถึงความทุกข์ทรมานตามความหมายของนักสังคมวิทยาว่า ความทุกข์ทรมานเป็นผลของความเครียด ผลของอารมณ์ในด้านลบ เป็นความเจ็บปวดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเกิดจากความไม่สุขสบายด้านอารมณ์ และ/หรือด้านร่างกายซึ่งเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล

สุพัตรา อยู่สุข (2536) กล่าวว่าความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจจากการถูกคุกคามหรือเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิด โทษหรืออันตรายต่อร่างกาย และไม่พึงปรารถนา เช่นการนอนไม่หลับ ความเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล ความอึดอัด คับข้องใจ

อัศนี วันชัย (2539) กล่าวว่าความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากอาการแสดงทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ความเจ็บปวด คลื่นไส้ นอนไม่หลับ และอาการแสดงทางด้านจิตใจ ได้แก่ความวิตกกังวล โกรธ ความคับข้องใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง

นนทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2542) กล่าวถึงความทุกข์ทรมานว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจเช่น ความเจ็บปวด นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เช่นความวิตกกังวล ซึ่งความทุกข์ทรมานดังกล่าวเกิดขึ้นในบุคคลที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

บุศริน เอียวสีหยก (2545) กล่าวว่าความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายของบุคคลที่เกิดจากอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายและจิตใจที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเอง เช่นความเจ็บปวด การไอ นอนไม่หลับ วิตกกังวล

จากความหมายของความทุกข์ทรมานที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย และเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล เกิดจากภาวะที่ร่างกายถูกคุกคามจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา เช่น ความเจ็บปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความวิตกกังวลโดยร่างกายจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเหล่านั้นแตกต่างกันไป โดยเป็นการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ

1.2 ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจนั้นเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป การใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์จำนวนมาก รวมทั้งการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย ลักษณะงานที่มีความเร่งรีบเกือบตลอดเวลา สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่คุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีระดับความทุกข์ทรมาน สาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมาน ดังนี้

1.2.1 ระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก ได้แก่ Bergbom-engberg and Haljamae (1989) ซึ่งได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 158 คนพบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยรายงานว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจแม้ว่าระยะเวลาจะผ่านมานานถึง 4 ปีแล้วก็ตามผู้ป่วยยังคงจำความรู้สึกทุกข์ทรมานระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจได้ สุพัศตรา อยู่สุข (2536) ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 110 ราย พบว่าผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมานในระดับมาก เพ็ญศรี สุหฤตดำรง (2537) ได้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่เคยใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 10 รายพบว่าผู้ป่วยทุกคนเห็นตรงกันว่าสิ่งที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง และ Pochard et al (1995) ศึกษาผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 43 คนพบว่ามีความทุกข์ทรมานมาก

1.2.2 สาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะมีสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งจากกิจกรรมการรักษาพยาบาลและจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยได้รับทางอวัยวะรับสัมผัสจากนั้นก็เกิดกระบวนการรับรู้โดยผู้ป่วยจะแปลความหมายสิ่งเร้าที่ได้รับนั้นว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ได้แก่

1.2.2.1 ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เกิดขึ้นจากสาเหตุต่างๆ คือ

1.2.2.1.1 การใส่และคาท่อทางเดินหายใจ มีการบาดเจ็บ และ

ระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก ถ้าคอ หลอดลม คอหอยและกล่องเสียงจากการกระทบกระแทกของปลายท่อทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังอาจเกิดการกดอวัยวะดังกล่าวจาก cuff ของท่อทางเดินหายใจ การเคลื่อนที่ขึ้นลง แกว่ง ค้างรั้ง หรือเลื่อนหลุดจากการเคลื่อนไหวยืดหยุ่นที่นอน การอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542; Regan, 1988) รวมทั้งยังทำให้เกิดแผลกดทับในจมูกหรือมุมปากที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ จากการศึกษาของ Puntillo (1990) เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 24 คน พบว่าผู้ป่วย 6 คนรายงานว่าได้รับความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ สุพัตรา อยู่สุข (2536) ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 110 ราย พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดได้แก่ความเจ็บปวดจากการใส่และคาท่อทางเดินหายใจ

1.2.2.1.2 การดูดเสมหะ การใส่ท่อทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้กลไกการป้องกันตัวของทางเดินหายใจทำงานลดลง ปฏิบัติการไอลดลงหรือหายไป ลดความสามารถของ cilia ในการโบกพัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ เกิดการค้างของเสมหะ นอกจากนี้การดูดเสมหะอย่างต่อเนื่องนานเกิน 15 วินาทียังมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรืออาจเกิดภาวะหัวใจเต้นช้า และความดันโลหิตต่ำจากการกระตุ้นประสาท vagus มีเลือดไหลกลับเข้าหัวใจลดลง และยังสามารถเกิดการหดเกร็งของหลอดลมทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจนมากขึ้น และผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมได้ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2534) และขณะดูดเสมหะแรงดูดที่ใช้จะต้องไม่มากเกิน 100-120 มิลลิเมตรปรอท เพราะถ้าแรงดูดสูงเกินไปจะทำให้มีการทำลายต่อเยื่อหลอดลม (Allen, 1988) การทำลายเยื่อหลอดลมจะมีมากขึ้นถ้าการดูดเสมหะไม่ถูกวิธี มีการสอดสายดูดเสมหะที่รุนแรงและดูดซ้ำๆ แม้ว่าจะมีการทดลองใช้สายดูดเสมหะชนิดต่างๆ ก็ยังพบว่าในการดูดเสมหะแต่ละครั้ง สายดูดเสมหะจะขีดข่วน ทำลายเยื่อหลอดลม และจะมีการทำลายมากขึ้นถ้าเป็นการดูดเสมหะที่รุนแรง ไม่นุ่มนวลและดูดซ้ำๆ (Regan, 1988) นอกจากนี้ก่อนการดูดเสมหะ ถ้าเสมหะอยู่ลึกจะต้องใช้ถุงลมช่วยหายใจ (resuscitating bag) ช่วยบีบลมเข้าปอดประมาณ 3 ครั้งเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ ซึ่งจะช่วยให้เสมหะที่อยู่ส่วนลึกของปอดออกมา (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2535) การบีบถุงลมช่วยหายใจนี้จะเป็นการช่วยขยายถุงลมไม่ให้ถุงลมแฟบในการดูดเสมหะครั้งต่อไป (อรสา พันธุ์ภักดี, 2534) ในขณะที่บีบถุงลมช่วยหายใจถ้ามีการยึดตรึงให้ท่อทางเดินหายใจอยู่กับที่ไม่ดีพอ ผู้ป่วยจะเจ็บปวดจากการกระทบกระแทกของปลายท่อทางเดินหายใจในหลอดลมที่มีการเคลื่อนไหวยืดหยุ่นขึ้น-ลงในขณะบีบถุงลมช่วยหายใจ ดังที่ Luckmann and Sorensen (1987) กล่าวว่า การดูดเสมหะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด ไม่สบาย จากการศึกษาของ Puntillo (1990) เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 24 คน พบว่าผู้ป่วย 13 คนรายงานว่าได้รับความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และยังรายงานว่า การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยไอ และเป็นสาเหตุให้อาการปวดมากขึ้น Turner et al. (1990) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนัก

พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ไม่น่าพอใจโดยผู้ป่วย 44% เจ็บปวดจากการดูดเสมหะ สุพีตรา อยู่สุข (2536) ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 110 ราย พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดได้แก่ความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะ นอกจากนี้การดูดเสมหะยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ และเกิดการสำลัก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนและผลที่เกิดจากการดูดเสมหะดังกล่าวจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (Demer, 1982)

1.2.2.1.3 การเจาะเลือด รวมทั้งการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดง เป็นการเจาะเลือดเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเจาะเลือด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเมื่อมีอาการผิดปกติ การเจาะเลือดมักจะทำในเวลาเช้า ทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย (Redeker, 2000) นอกจากนี้การเจาะเลือดจะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อผนังหลอดเลือด ผู้ป่วยจะเกิดความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน (Hudak, Gallo, and Morton, 1998) จากการศึกษาของ Johnson and Sexton (1990) ที่ศึกษาการรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดงบ่อยครั้งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย Turner et al. (1990) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักพบว่าผู้ป่วย 48% มีความเจ็บปวดจากการเจาะเลือด

1.2.2.1.4 ปวดแผลผ่าตัด เจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกถี่ๆจากการไอเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้าง และจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เป็นอาการสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างมาก (Dale, 1993; Finkelmeire, 2000) โดยอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายอย่างรุนแรงในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Carr, 1990; Bonica, 1991; Muro, Keeling, and Long, 1995) จากการศึกษาของ Puntillo (1990) เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 24 คน พบว่าผู้ป่วย 13 คนรายงานว่าได้รับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด

1.2.2.2 ความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกคับข้องใจจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถพูดได้จากการที่ท่อช่วยหายใจกีดก้องเสียง แม้ว่าพยาบาลจะหาวิธีติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโดยวิธีการต่างๆเช่นการอ่านริมฝีปาก การถามคำถามที่ใช้วิธีตอบรับหรือปฏิเสธเท่านั้น การให้เขียนหนังสือบอก เป็นต้นแต่ผู้ป่วยบางคนก็ไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนล้า เขียนหนังสือไม่ได้ มือสั่น มีปัญหาสายตา หรือเหนื่อย (Johnson and Sexton, 1990; Hafsteindottir, 1996) นอกจากนี้การพูดคุยกันระหว่างพยาบาลและสมาชิกในทีมสุขภาพเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่นการพยากรณ์โรค แผนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยอาจแปลความหมายผิดไป และไม่สามารถพูดคุยซักถามได้ หรือผู้ป่วยที่ฟังการสนทนาของพยาบาลเข้าใจ แต่ไม่สามารถโต้ตอบได้ทำให้ผู้ป่วยอึดอัด คับข้องใจซึ่งถือเป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Dolan, 1991) Hupcey and Zimmerman (2000) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับเมื่อ

อยู่ที่หอผู้ป่วยหนักพบว่าผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ และโกรธเมื่อต้องใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากทำให้ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ เช่นเดียวกับ Mckinley et al. (2002) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วจำนวน 14 คนพบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเนื่องจากไม่สามารถบอกความต้องการได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้พูดไม่ได้ และพยาบาลไม่สามารถที่จะเข้าใจเมื่อผู้ป่วยพยายามสื่อสารด้วยวิธีอื่น

1.2.2.3 ความทุกข์ทรมานจากการรบกวนการนอนหลับ การนอนหลับเป็นกระบวนการที่จะรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจให้พร้อมสำหรับการทำงานเมื่อตื่นขึ้น ในระหว่างการนอนหลับเป็นภาวะที่เหมาะสมสำหรับการสังเคราะห์โปรตีน สร้างและสะสมพลังงานเพื่อส่งเสริมกระบวนการแบ่งตัวของเซลล์ ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหรอ และช่วยให้อวัยวะต่างๆ ได้พักผ่อนเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับทำงานในขณะตื่น รวมทั้งเป็นช่วงเวลาที่มีการปรับระดับสมดุลการทำงานในระบบประสาทส่วนกลางมีความสำคัญในกระบวนการเรียนรู้และความจำ (Fuller and Schaller-Ayers, 1990: 355; Hodgson, 1991) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะเป็นสาเหตุโดยตรงหรือเป็นสาเหตุร่วมของการเจ็บป่วย การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานมากเมื่อไม่ได้รับการแก้ไข กล่าวคือหากการรบกวนการนอนหลับยังมีอยู่อย่างต่อเนื่องผู้ป่วยจะมีอาการสับสน สูญเสียการรับรู้ต่อความเป็นจริงและสิ่งแวดล้อม กระสับกระส่าย ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (disorientation) พูดไม่ชัด ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมทางจิต หรือ ICU Syndrome หรือ ICU Psychosis (Topf, 2000) นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหากมีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ยาก (Logan and Jenny, 1997) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจต่อไป

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยวิกฤต จะมีการนอนหลับไม่พอถูกรบกวนการนอนหลับ Walker (1972) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดเข้าหัวใจในวันแรกถูกรบกวนการนอนหลับด้วยกิจกรรมพยาบาลมากถึง 56 ครั้งใน 8 ชั่วโมง และโดยเฉลี่ยทุก 1 ชั่วโมง ในระหว่าง 3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกปลุกอย่างน้อย 1 ครั้ง ระยะเวลาที่นอนหลับที่ไม่ถูกรบกวนการนอนหลับคือ 50 นาที Aurell and Elmquist (1985) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทุกคนที่ทำการศึกษามีการนอนหลับไม่เพียงพอ โดยมีปริมาณการนอนหลับใน 2 คืนแรกเฉลี่ยเพียง 1.51 ชั่วโมง Thelan, Devie and Urden (1990: 73) กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนักจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลทุก 2-4 ชั่วโมง การติดตามเฝ้าดูอาการอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากรูปแบบการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปและมีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนหลับได้ยาก (Grady et al., 1992) Lewis and Collier (1992) กล่าวว่าในหอผู้ป่วยหนักจะมีสิ่งรบกวนต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ วงจรการนอนหลับและตื่นถูกรบกวน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย คับข้องใจ อึดอัดและหงุดหงิด ซึ่ง Aurell and Elmquist (1985) ศึกษาพบว่าสาเหตุอย่างหนึ่งของการนอนหลับไม่เพียงพอของผู้ป่วยคือความ

เจ็บปวด และการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดมากขึ้น (Closs, 1992; Redeker, 2000) และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักก็รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยเช่นกัน เช่น แสงที่เปิดสว่างตลอดเวลาจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างกลางวันและกลางคืนได้ ทำให้วงจร circadian rhythm ถูกรบกวน ทำให้มีการนอนหลับที่เปลี่ยนไป และหากนอนไม่หลับในเวลากลางคืนจะทำให้กลไกต่างๆในร่างกายมีการเปลี่ยนไป (Baker, 1984)

1.2.2.4 ความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายเมื่อถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ระมัดระวังไม่ให้ท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุด และดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมักจะมีอุปกรณ์ต่างๆติดตัวผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล และช่วยในการติดตามเฝ้าดูสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดเครื่องเฝ้าดูการทำงานของหัวใจ คาสายสวนปัสสาวะ การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยจะต้องทำด้วยความระมัดระวัง และจำกัดในบางท่าทาง ในผู้ป่วยบางรายอาจถูกผูกยึดไว้เพื่อป้องกันอุปกรณ์ต่างๆดังกล่าวเลื่อนหลุดจากการดึงออก หรือการเคลื่อนไหวโดยไม่ระมัดระวังของตัวผู้ป่วยเอง (Johnson and Sexton, 1990) ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัดและไม่สุขสบาย ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังบริเวณเอวและก้นกบเมื่ออยู่ในท่านอนหงายนานๆ (Johnson and Sexton, 1990) นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้หรือได้จำกัดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังหรืออำนาจในตนเองไปจากการศึกษาของสุพัตรา อยู่สุข (2536) พบว่าการคาท่อทางเดินหายใจทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับนนทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย และการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม และGrap et al. (2002) ที่ศึกษาความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 22 คน พบว่าการเคลื่อนไหวจะเพิ่มความทรมานในการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2.2.5 ความทุกข์ทรมานจากความกลัวและวิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อ

ผู้ป่วยหยาหรือเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากกลัวว่าตนเองจะหายใจเองไม่ได้ และเมื่อมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นพยาบาลจะไม่เห็น หรือให้การช่วยเหลือไม่ทันจนทำให้เสียชีวิตได้ (Smith, 1989; Durham, 1992; Mckinley et al., 2002) เนื่องจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยต้องมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจจึงจะสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ แต่ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลเมื่อต้องหย่าเครื่องช่วยหายใจเพราะเกรงว่าจะไม่สามารถหายใจได้เอง และรู้สึกไม่ปลอดภัย เมื่อผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้นจะทำให้เกิดการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธิก ซึ่งจะมีผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจ มีการหดเกร็งของหลอดลมทำให้เพิ่มความต้านทานในทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องใช้แรงและต้องการออกซิเจนมากขึ้นในการหายใจมีผลให้หายใจถี่และตื้นมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อย ทุกข์ทรมาน

จากอาการเหนื่อยหอบ อ่อนล้า และทำให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ (Johnson and Sexton, 1990; Blackwood, 2000) จากการศึกษาของ Logan and Jenny (1997) สัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 20 รายหลังจากหออผู้ป่วยหนักแล้วพบว่าอารมณ์ทางลบหรือความวิตกกังวลจะส่งผลให้ทำลายกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะมีวิธีต่อต้านอารมณ์ทางลบโดยการควบคุมการหายใจหรือใช้การผ่อนคลายอารมณ์ และการพักผ่อน นอกจากนี้ลักษณะภายในหออผู้ป่วยหนัก มีสภาพที่น่ากลัว มองไม่เห็นประตุน้ำต่าง หรือมีหน้าต่างจำนวนน้อย และไม่เคยมองให้เห็นสภาพภายนอกหรือเปิดน้อยครั้ง นอกจากนี้ลักษณะเตียงผู้ป่วยจะมีการจัดวางอยู่ใกล้กันหรืออาจมีเพียงม่านกั้นไว้จากกันเท่านั้น อุปกรณ์และเครื่องมือการรักษาพยาบาลต่างๆมีมาก ซึ่งล้วนแต่ไม่คุ้นเคยมาก่อน สภาพต่างๆเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และอึดอัดอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ และสภาพสิ่งแวดล้อมแล้วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด สภาพความเจ็บป่วยของตนเองหลังผ่าตัดด้วย จากการศึกษาของอัสนี วันชัย (2539) เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่าในวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานในระดับมาก สอดคล้องกับนันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่ครบ 72 ชั่วโมงแรกมีความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นความทุกข์ทรมานอันดับที่ 2 และ Wong and Arthur (2000) ที่ศึกษาประสบการณ์การรักษาที่หออผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยชาวฮ่องกงหลังผ่าตัดจำนวน 10 รายโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังจาก หออผู้ป่วยหนักแล้วพบว่าผู้ป่วยเกิดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และกลัวสิ่งแวดล้อมในหออผู้ป่วยหนัก

1.2.3 ปฏิกริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีปฏิกริยาตอบสนองออกมาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายทำให้มีการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิติก เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ หวะ อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหดตัวมีผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจต้องทำงานหนักและต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการหดเกร็งของหลอดลม ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการหายใจถี่เร็วและเหนื่อยหอบ (Barry, 1989; Johnson and Sexton, 1990; Long, 1991; Beare and Myers, 1994) การเปลี่ยนแปลงต่างๆดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือดมีอาการเลวลง แก้ไขได้ยากและอาจเสียชีวิตในที่สุด ส่วนผลต่อจิตใจพบว่าผู้ป่วยอาจท้อแท้ หมดหวังต่อการที่ต้องเผชิญกับความรูสึกทุกข์ทรมานที่ตนไม่สามารถจัดการควบคุมได้ ซึ่งมีผลทำให้อาการเจ็บป่วยทรุดลงเกิดภาวะแทรกซ้อน และการ

พื้นหายใจ (อรสา พันธักดี, 2534; จริยา ตันติธรรม, 2542) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ จะมีผลกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไทรอยด์ มีการหลั่งฮอร์โมน corticosteroid จากต่อมหมวกไตส่วนนอก และ catecholamine ออกมามากกว่าปกติ (Kehlet, 1984 cited in Salmon and Kaufman, 1990) ทำให้ยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน การสร้างและสะสมพลังงาน โดยเฉพาะคอลลาเจนซึ่งเป็นสารสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย จึงทำให้ความสามารถในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอและกระบวนการหายของแผลใช้เวลานานกว่าปกติรวมถึงกีดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจึงเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ทำให้การกลับฟื้นคืนสภาพภายหลังผ่าตัดช้าลง ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (จอม สุวรรณ โณ, 2542; Long, 1991; Lindsey, Carrieri-Kohlman and Page, 1993; Pederson and Parran, 1999)

จากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย คือผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาล ดังการศึกษาของ Grap et al. (1995) ที่พบว่าผู้ป่วย 57 % ที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะดึงท่อช่วยหายใจออกเองเนื่องจากความทุกข์ทรมาน การที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองโดยที่ร่างกายยังไม่พร้อมที่จะหายใจเองจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็วขึ้นอาการทรุดลงแพทย์ต้องทำการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ มีผลทำให้ผู้ป่วยหายใจได้เองล่าช้าออกไปต้องใช้เวลารักษาในหอผู้ป่วยหนักนานขึ้น มีโอกาสติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจมากขึ้น และทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และเมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้แพทย์ต้องให้ยาเพื่อทำให้สงบ (sedation) หรือยาแก้ปวด (analgesic) (Baldwin et al., 1995; Marino, 1998) ซึ่งมีผลข้างเคียงเช่น อาเจียน กัดกร่อนหัวใจ ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนล้าเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะเอาท่อช่วยหายใจออกได้ (Tung and Rosenthal, 1995; Chlan, 1998) ส่งผลให้ต้องพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักนานขึ้น

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด ได้แก่

1.3.1 เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานมากกว่าเพศชาย Penckofer and Holm (1990) กล่าวว่าเพศหญิงจะมีระดับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศชายได้รับการยกย่องจากสังคมว่าเป็นเพศที่มีความแข็งแรง ส่วนเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนแอ ทำให้เพศหญิงมีความรู้สึกถูกกระทบกระเทือนจากความเจ็บปวดหลัง ผ่าตัดสูงกว่าเพศชาย ดังการศึกษาของ Reid-Ponte (1992) เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งที่ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด พบว่าเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา อยู่สุข (2536) ที่พบว่าเพศหญิงมีระดับความทุกข์ทรมานมากกว่าเพศชาย

1.3.2 อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมาน กล่าวคือบุคคลที่มีอายุมากจะมีความทุกข์ทรมานในความเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากการมีประสบการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีข้อจำกัดในการใช้พฤติกรรมและการเผชิญความเครียด เนื่องจากต้องอาศัยพัฒนาการทางด้านร่างกาย และประสบการณ์การเรียนรู้ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในความเจ็บป่วยมากกว่า (Clarke, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Edlund and Sneed (1989) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากจะมีความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย การศึกษาของอัสนี วันชัย (2539) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และการศึกษาของ Schover et al. (1995) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยจะมีความทุกข์ทรมานจากโรคในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากเนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง

1.3.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และมีความเข้าใจเรื่องภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี (Potter and Perry, 1999) จากการศึกษาของ Arling (1987) พบว่าคนที่มีการศึกษาค่าอาจมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย เมื่อพบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นในชีวิตจะทำให้บุคคลเหล่านี้มีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และจิตใจมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูง ดังการศึกษาของ Schover et al. (1995) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมซึ่งมีการศึกษาสูงจะมีความทุกข์ทรมานในระดับที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่า และจากการศึกษาของอัสนี วันชัย (2539) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.3.4 ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งของการผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยพบว่าการผ่าตัดบริเวณทรวงอกใต้ และหน้าท้องส่วนบนจะทำให้เกิดความเจ็บปวดมากที่สุด เนื่องจากบริเวณทรวงอกและหน้าท้องจะมีเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก และเป็นเส้นประสาทที่มีความซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณอวัยวะภายใน (visceral and somatic pain) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมากกว่าการผ่าตัดในตำแหน่งอื่น (Jurf and Nirschl, 1993) ส่วนแผลผ่าตัดที่มีแนวการผ่าตัดยาวจะเจ็บปวดมากกว่าแผลผ่าตัดที่มีแนวแผลผ่าตัดสั้น เพราะแผลผ่าตัดที่มีแนวการผ่าตัดยาวและเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดนาน จะทำให้เนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทได้รับภัยอันตรายมาก เนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายนี้จะมีการหลั่งสาร bradykinin, serotonin, histamine,

potassium, prostaglandins และ leukotrienes ออกมากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น (Boss, 1992; Lewis, Heitkemper and Dirksen, 2000)

1.3.5 บุคลิกภาพของผู้ป่วย จะมีผลต่อการแสดงออกของความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพที่ชอบแสดงออกทางอารมณ์ เช่น มีความวิตกกังวล เป็นห่วงสุขภาพของตนเองมากเกินไป หรือซึมเศร้าจะมีความทนทาน และความอดทนต่อความเจ็บปวดทุกข์ทรมานต่ำ (Bond, 1984)

1.3.6 ความทนทานต่อความเจ็บปวด (pain threshold) และความอดทนต่อความเจ็บปวด (pain tolerance) ความอดทนต่อความเจ็บปวดจะต่างกันในแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกันก็ตาม หรือในบุคคลคนเดียวกันก็จะมี ความอดทนต่อความเจ็บปวดแตกต่างกันได้ ถ้าต่างสถานการณ์กันออกไป (McCaffery, 1979) การอักเสบหรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การนอนไม่หลับ ความเมื่อยล้า ความไม่สุขสบาย ความอ่อนเพลีย ความเบื่อหน่ายจะทำให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลงเช่นเดียวกัน (Karb, 1980)

1.3.7 ผลของการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด จะเป็นทั้งประโยชน์ และอาจเป็นโทษได้ในผู้ป่วยซึ่งมีการรับรู้จากการสนทนานั้น ถ้าข้อมูลไม่ชัดเจนพอ ไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้องจะมีผลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด (Dodson, 1985)

1.3.8 สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย จะมีผลต่อการตอบสนองของความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด จากการศึกษาของ Ulrich (1984) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวขึ้น การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติ และผู้ทำการรักษาผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด โดยจะทำให้ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานลดลงได้

1.3.9 ภาวะทางด้านจิตใจ เนื่องจากการผ่าตัดเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดสูง ซึ่งกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง และเป็นผลให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานขึ้นได้ (Scott, Clum, and Peoples, 1983)

1.4 การประเมินความทุกข์ทรมาน โดยทั่วไปการประเมินความทุกข์ทรมานจะใช้วิธีสอบถามจากการรับรู้ของบุคคลนั้น และสังเกตอาการและอาการแสดงที่บุคคลนั้นแสดงออก เครื่องมือที่ใช้ประเมินความทุกข์ทรมาน ได้แก่

1.4.1 มาตรวัดความทุกข์ทรมานของ McCorkle and Young (symptom distress scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งที่ McCorkle and Young ได้พัฒนามา ตั้งแต่การเริ่มค้นหาสาเหตุของความทุกข์ทรมานและพัฒนาปรับปรุงจนสามารถวัดระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 5

อันดับและมีการกำหนดคะแนนจาก 0-4 คะแนน ดังนี้ 0 แปลว่าไม่ทุกข์ทรมาน, 1 แปลว่าทุกข์ทรมานเล็กน้อย, 2 แปลว่าทุกข์ทรมานปานกลาง, 3 แปลว่าทุกข์ทรมานมาก, 4 แปลว่าทุกข์ทรมานมากที่สุด โดยแบ่งเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล มาตรการวัดความทุกข์ทรมานนี้มีผู้นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งอย่างแพร่หลาย เช่น อัสนี วันชัย (2539) ใช้วัดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัดเต้านม

1.4.2 มาตรการวัดความทุกข์ทรมานของ Holmes (1989) ซึ่งดัดแปลงมาจากมาตรการวัดความทุกข์ทรมานของ McCorkle and Young (1978) เป็นการวัดการรับรู้ หรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อระดับความทุกข์ทรมาน โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเอง ใช้การกากบาทบนเส้นตรงที่มีข้อความกำกับอยู่ที่ปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้าน แทนค่าคะแนน 0-100 มาตรการนี้ Holmes ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และเชิงประจักษ์ (Content and Face Validity) จากผู้เชี่ยวชาญและงานวิจัยที่ผ่านมาและนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 120 รายหาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช = .97 (Holmes, 1989) และนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 22 ราย และในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา 29 ราย ได้ค่าความเที่ยง = .94 และ .91 ตามลำดับ (Holmes, 1989)

1.4.3 มาตรการวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ของ Johnson (Johnson's Two Component Scale) (1973) ใช้วัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เครื่องมือนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน โดยมาตรการทั้ง 2 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างสูงและสามารถแยกวิเคราะห์ได้ มาตรการวัดความเจ็บปวดใช้วัดความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นทางร่างกาย มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ปลายเส้นตรงด้านซ้ายเป็น 0 คือไม่เจ็บปวดเลย ตรงกลางเส้นเป็น 50 คือมีความเจ็บปวดปานกลาง และปลายเส้นอีกด้านหนึ่งเป็น 100 คือมีความเจ็บปวดมากที่สุด ส่วนมาตรการวัดความทุกข์ทรมานใช้วัดระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร เช่นเดียวกับมาตรการวัดความเจ็บปวดแต่ไม่มีตัวเลขระบุ มีเพียงข้อความเท่านั้นคือด้านซ้ายสุดไม่มีความทุกข์ทรมาน ตรงกลางเส้นมีความทุกข์ทรมานปานกลาง และปลายเส้นด้านขวาสุดมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด วิธีนี้ผู้ประเมินต้องทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงในบริเวณที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง มาตรการวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของ Johnson นี้ได้ทดสอบความตรง (validity) ของเครื่องมือโดยทดสอบในห้องทดลองโดย Johnson และ Rice (1974) และมีผู้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยในประเทศไทยในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆมากมาย ได้แก่ สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2527) และอุไร นิโรชนันท์ (2539) ใช้วัดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง วัลลภา สังฆโสภณ (2536) ใช้วัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง สุพัตรา อยู่สุข (2536) ใช้วัดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ วันเพ็ญ ปานยิ้ม (2543) ใช้วัดความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง อินทิรา ปากันทะ

(2545) ใช้วัดความปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะได้รับการสลายนิ้ว และจิราภีสุนทรกุล ณ ชลบุรี (2546) ใช้วัดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัยที่ผ่านมาไม่ได้กล่าวถึงการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือในงานวิจัยมีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ได้นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเนื่องจากผู้วิจัยใช้คำถามเพียงข้อเดียวในการประเมินความทุกข์ทรมาน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้มาตรวัดความทุกข์ทรมานของ Johnson (1973) เนื่องจากสามารถแยกวัดความทุกข์ทรมานออกจากความเจ็บปวดได้ (Johnson and Rice, 1974) และมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย

2. การสอนแนะ

การสอนแนะ (coaching) ส่วนใหญ่แล้วมักรู้จักกันในนามผู้ฝึกสอนนักกีฬา ซึ่งจะทำหน้าที่พัฒนาร่างกาย กระบวนการคิด จิตใจ และความรู้สึกรักของนักกีฬา โค้ชต้องสร้างและทำทนายให้นักกีฬามีการพัฒนาความสามารถสูงสุด โดยการสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ โค้ชต้องดึงความสามารถ และความมีคุณค่าของนักกีฬาออกมาเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ (ชาญชัย โปธิคคัง, 2532; Clarke and Spross, 1996) ซึ่งทางการศึกษาและการปฏิบัติกรพยาบาลนั้นได้มีการนำการสอนแนะมาใช้มากขึ้น โดยในระยะแรกได้มีการนำการสอนแนะมาใช้ในงานบริหารกรพยาบาลระหว่าง ผู้บริหารและพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการทำงานของบุคลากรให้สูงขึ้นเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ ต่อจากนั้นจึงได้มีการนำเอาการสอนแนะมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติกรพยาบาลของ นักศึกษาพยาบาล โดยโค้ชหรือผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้ให้ความรู้สนับสนุน ช่วยในการแก้ไขปัญหาให้แก่ักศึกษาพยาบาลที่เริ่มฝึกทักษะในคลินิก และพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำระหว่างการศึกษาพยาบาล (Grealish, 2000) และได้มีการนำมาใช้กับการปฏิบัติกรพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วย โรคต่างๆ เช่น Gortner et al. (1988) ได้ใช้โปรแกรมกรสอนแนะในการปรับปรุงการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ส่วน Tack and Gilliss (1990) ใช้วิธีการสอนแนะทางโทรศัพท์เพื่อติดตามปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะพักฟื้นที่บ้าน Wilkie, et al. (1995) ใช้กรสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถสื่อสารถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับแพทย์ และหาข้อสรุปของการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การสอนแนะจึงถูกนำมาใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

2.1 ความหมายของการสอนแนะ การสอนแนะ (coach) มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษในยุคคลงคือ “coche” หมายถึงรถม้าหรือการขนส่งจากจุดหมายหนึ่งไปอีกจุดหมายหนึ่ง โดยมีโค้ชเป็นผู้ขับเคลือรถม้า ซึ่งจะเป็นผู้ที่รู้เส้นทางเป็นอย่างดี คอยอำนวยความสะดวกสบาย ปกป้องอันตรายจากสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติให้แก่ผู้โดยสาร เพื่อให้ผู้โดยสารเกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยระหว่างการเดินทาง (Spross, Clarke and Beauregard, 2001) โดยการสอนแนะนั้นมีความยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการสอนแนะ การให้ความหมายของการสอนแนะส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการที่นำการสอนแนะไปใช้ ดังนี้

ชาลยูชัย โปธิ์คลั่ง (2532) ได้ให้ความหมายของการสอนแนะในด้านการฝึกสอนกีฬาว่า หมายถึงสื่อกลางที่ความรู้ กระบวนการ วิธีการปฏิบัติ กรรมวิธีและแนวความคิดต่างๆถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปของการลงมือกระทำหรือปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาให้กับองค์กร โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์ในผลการปฏิบัติการจริงและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) กล่าวว่าการสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนอย่างหนึ่ง เป็นการให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอนในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ หรือทักษะใหม่ และเป็นกลยุทธ์ที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะเป็นการปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงานของบุคคล และขณะเดียวกันก็ทำงานประสานกับบทบาทของผู้อื่นด้วย อาจกล่าวได้ว่าเป็นการสอนทั้งในลักษณะตัวต่อตัว และประยุกต์ใช้กับกลุ่ม โดยสิ่งสำคัญพื้นฐานของการสอนแนะคือความต้องการของผู้เรียนเพื่อจะได้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด และเทคนิคในการสอนแนะจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน

Wilkie et al. (1995) กล่าวว่าการสอนแนะเป็นกลวิธีในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อการแนะนำ และแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสอนแนะนี้จะใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการคิดด้วยเหตุผล-พฤติกรรม (cognitive-behavioral) และการพัฒนาสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ

Grealish (2000) กล่าวว่าการสอนแนะเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้ความรู้ โดยที่ผู้ฝึกสอนหรือโค้ชจะเป็นบุคคลที่ช่วยให้นักเรียนมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติในคลินิก เป็นผู้ชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม และเป็นผู้สนับสนุนให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยสำหรับการเรียนรู้

สรุปได้ว่าการสอนแนะในการพยาบาลนั้นเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่ช่วยให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยคำนึงถึงความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นโค้ชทำหน้าที่ให้การฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆรวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้

คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีความสะดวก ปลอดภัย และสามารถปฏิบัติ กิจกรรมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ดังที่กล่าวมาข้างต้น การสอนแนะเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีการสอนรูปแบบหนึ่ง แต่การสอนแนะ และการสอนตามปกติต่างก็มีลักษณะที่เหมือนกัน และต่างกัน โดยส่วนที่เหมือนกันระหว่างการสอนแนะและการสอนตามปกติได้แก่หลักการที่จะให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการจัดประสบการณ์ กิจกรรม หรือสภาพการณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการเรียนรู้ นั่นคือมีการเพิ่มขึ้นของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ โดยทั้งการสอนแนะและการสอนตามปกติต่างก็มีหลักการเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เหมือนกัน และ คุณสมบัติและหน้าที่ของผู้สอนและผู้ฝึกสอนหรือโค้ชจะต้องมีคือการมีความรู้พื้นฐานในเรื่องที่จะทำการสอนเป็นอย่างดี แต่เนื่องจากการสอนแนะนั้นมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียนให้สูงขึ้นเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในผลการปฏิบัติจริงและมีประสิทธิภาพสูงสุด การสอนแนะจึงเป็นกระบวนการที่มีลักษณะพิเศษกว่าการสอนตามปกติ ซึ่งพอจะสรุปความแตกต่างระหว่างการสอนแนะกับการสอนตามปกติได้ดังนี้ (ชาญชัย โปธิ์คลัง, 2532; Clarke and Spross, 1996; Lewis and Zahlis, 1997; Spross, Clarke, and Beauregard, 2001)

1. การสอนตามปกติเป็นการสอนเนื้อหากับผู้เรียนโดยภาพรวม ส่วนการสอนแนะนั้นมุ่งสอนให้สำหรับผู้เรียนบางกลุ่มหรือบางรายที่ต้องใช้ทักษะหรือเทคนิคเฉพาะด้าน

2. การสอนตามปกติเป็นการสอนโดยมุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลพื้นฐาน และการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป เป็นความรู้กว้างๆ ส่วนการสอนแนะนั้นเป็นการสอนในเรื่องที่มีความเฉพาะเป็นการสอนเทคนิคของการปฏิบัติ

3. การสอนตามปกติเป็นการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจในวิธีการปฏิบัติ เข้าใจในประโยชน์ของการปฏิบัติ และให้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ได้ ส่วนการสอนแนะนั้นต้องค้นหากลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนเรื่องนั้นๆ โดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆถูกต้องและดีที่สุดในที่สุด สามารถนำทักษะหรือเทคนิคนั้นมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง

ดังนั้นผู้ฝึกสอนหรือโค้ชจึงต้องมีคุณสมบัติเฉพาะเพื่อให้บุคคลมีการปรับปรุงและพัฒนาความสามารถ หรือทักษะในการปฏิบัติของบุคคลให้มีศักยภาพสูงสุด

2.2 คุณสมบัติและบทบาทของผู้ฝึกสอนหรือโค้ช ปัจจุบันคำว่าผู้ฝึกสอนหรือโค้ช (coach) มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าครู (teacher) ซึ่งทำหน้าที่สอน แต่ความจริงแล้วการสอนเป็นเพียงงานหนึ่งของการสอนแนะ โดยผู้ฝึกสอนหรือโค้ชเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลมีการพัฒนาความรู้และทักษะ หรือปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงานของบุคคล ทำหน้าที่เสมือนเป็นครูที่จะถ่ายทอดความรู้ ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถสูงสุดด้วยการให้การสนับสนุน

ชี้แนะ ช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่บุคคลให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ในพฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ และปรับปรุงการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างเป็นลำดับขั้นตอนมากกว่าการใช้วิธีการสั่งสอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536; Clarke and Spross, 1996; Girvin, 1999; Grealish, 2000) ทำหน้าที่ติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคล เพื่อช่วยสร้างและพัฒนาบุคคลให้มีจิตใจและการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมตามบทบาทของแต่ละบุคคล (ชาญชัย โพธิ์คลัง, 2532; พีระพงษ์ บุญศิริ, 2536; สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2539; Leddy and Pepper, 1998; Girvin, 1999) รวมถึงการเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2539; Wilkie, et al., 1995; Clarke and Spross, 1996) โดยบุคคลที่จะเป็นผู้ฝึกสอนหรือโค้ชได้ในการปฏิบัติการพยาบาลคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ ญาติผู้ป่วย พยาบาล (Samarel and Fawcett, 1992; Samarel, Fawcett and Tulman, 1993; Spross, Clarke and Beauregard, 2001) ผู้ป่วยและญาติจะทำบทบาทนี้ได้ต้องผ่านกระบวนการฝึกสอนให้ทำหน้าที่โค้ช โดยขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติว่าต้องการให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมีบทบาทใด ส่วนพยาบาลนั้นถือว่ามีบทบาทสำคัญที่จะทำหน้าที่โค้ชในคลินิก เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเพื่อทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากแต่พยาบาลที่ทำหน้าที่ฝึกสอนต้องมีคุณสมบัติและความสามารถพิเศษเพื่อการเป็นผู้ฝึกสอนหรือโค้ชที่ดีเช่นกัน Spross, Clarke and Beauregard (2001) ได้กล่าวถึงผู้ฝึกสอนหรือโค้ชในคุณสมบัติของการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ว่าควรมีความสามารถในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความสามารถในการในคลินิก (clinical competence) ผู้ฝึกสอนควรมีประสบการณ์ทั้งการปฏิบัติงานในคลินิกและจากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อการพัฒนาทักษะในการประเมินปัญหาเทคนิคต่างๆที่ใช้ในคลินิก และมีกระบวนการคิดและตัดสินใจที่ดี

2. ความสามารถด้านเทคนิค (technical competence) ผู้ฝึกสอนควรมีความรู้และทักษะในเรื่องที่จะสอนเป็นพิเศษทั้งนี้เพราะงานของโค้ชเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถเฉพาะด้าน ดังนั้นผู้ฝึกสอนจึงต้องมีวุฒิปริญญาตรี หรือประกาศนียบัตรรับรองจากการศึกษาอบรมในหลักสูตรการปฏิบัติพยาบาลในขั้นสูงในระดับบัณฑิตศึกษา และต้องมีประสบการณ์ในคลินิกในระยะก่อนและหลังการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

3. ความสามารถด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal competence) ผู้ฝึกสอนควรมีทักษะในการสื่อสาร มีความเป็นมิตรและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการมีปฏิสัมพันธ์

บทบาทของผู้ฝึกสอนหรือโค้ชที่จะทำให้การสอนนั้นมีประสิทธิภาพ สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ฝึกสอนควรมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการสร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร เป็นหน้าที่แรกของผู้ฝึกสอนที่จะต้องทำความเข้าใจผู้ป่วย สัมพันธภาพควรเป็นไปอย่างเปิดเผย ยืดหยุ่น มีความเท่าเทียมกัน ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต้องมีทักษะการสื่อสาร ทั้งการใช้ภาษาและไม่ใช้ภาษา ได้แก่การใช้สายตา ระดับเสียง หรือใช้เทคนิคในการสื่อสาร เช่น ใช้การเงยและการฟังกรณีต้องการให้ผู้ป่วยพูดขยายความในคำพูดของพวกเขา พูดเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดต่อหากผู้ป่วยพูดเรื่องราวไม่ประติดประต่อหรือพูดแล้วนึกต่อไปไม่ออกว่าจะพูดอะไร การช่วยพูดต่อเรื่องเดิมให้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดและเล่าเรื่องต่อไปได้ ช่วยเสริมคำพูดหรือตอบคำถามของผู้ป่วย ใช้คำถามเพื่อขยายความเข้าใจด้วยความระมัดระวังเพราะบางครั้งอาจเป็นเรื่องที่ตอบยาก ตอบไม่ได้หรือก้าวท้าวเรื่องส่วนตัวมากเกินไป นอกจากนี้แล้วโค้ชควรมีความเป็นมิตรและเอื้ออาทรเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายในทุกๆระยะของการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น มีกำลังใจ ผู้ป่วยกล้าที่จะซักถามและแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ฝึกสอนมีความเข้าใจผู้ป่วย และยังสามารถนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ประกอบในการพัฒนา หรือวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกับผู้ป่วย ทำให้การแก้ไขปัญหาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Lewis and Zahlis, 1997; Spross, Clarke and Beauregard, 2001)

2. ผู้ฝึกสอนควรไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ความสนใจ เอาใจใส่ในปัญหาทางด้านอารมณ์หรือความวิตกกังวลของผู้ป่วย และให้กำลังใจผู้ป่วยตามโอกาสและสถานการณ์ที่เหมาะสม (Spross, Clarke and Beauregard, 2001) แม้การสอนแนะจะเป็นกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาทักษะ แต่ผู้ฝึกสอนไม่ควรเน้นการปฏิบัติแต่เพียงเทคนิคที่จะให้แก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วยรวมทั้งให้คำปรึกษาและให้ความเป็นเพื่อน (O' Shaughnessy, 2001) มีส่วนร่วมในความรู้สึกกับข้อใจหรือความรู้สึกประสบความสำเร็จ สำหรับผู้ป่วยที่มีความรู้สึกว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นเกินความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหา ผู้ฝึกสอนอาจต้องให้การช่วยเหลือหรือเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย โดยการช่วยประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว มีความมั่นใจว่ามีคนคอยให้การสนับสนุนอยู่ตลอดการสอนแนะ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536; พิระพงศ์ บุญศิริ, 2534; สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2539)

3. ผู้ฝึกสอนควรใช้เทคนิคต่างๆเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการแก้ไขปัญหาเต็มความสามารถที่มีอยู่ (ครุณี รุจกรกานต์, 2541; Tack and Gilliss, 1990; Leddy and Pepper, 1998; Girvin, 1999) ได้แก่การสนับสนุนจะเป็นการส่งเสริมความพยายามของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นแม้จะอยู่ในภาวะเครียดหรือมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ การให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งทางบวกและทางลบ หากเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับใน

เชิงบวกจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ดียิ่งขึ้น ส่วนการให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงลบจะช่วยทำให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ให้ถูกต้องและดีขึ้น การให้ความมั่นใจ (reassurance) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติกิจกรรม ให้การเสริมแรง (reinforcement) ซึ่งควรปฏิบัติทันทีเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการเรียนรู้หรือพฤติกรรมปฏิบัติ เช่น กล่าวคำชมเชยทันทีเมื่อผู้ป่วยตอบคำถามหรือปฏิบัติกิจกรรม ให้การชี้แนะ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกการปฏิบัติต่างๆ ได้ โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และการใส่ท่อช่วยหายใจมาก ผู้ป่วยจะขาดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนควรฝึกสอนทักษะในการควบคุม และบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม และในแต่ละขั้นตอนอย่างช้าๆ ด้วยการอธิบาย และสาธิตจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ร่วมกับการสนับสนุน การช่วยเหลือ ให้การเสริมแรง และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม เช่น ถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัวว่าจะหายใจเองไม่ได้เมื่อต้องเอาท่อช่วยหายใจออก พยาบาลควรพูดให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย

2.3 กระบวนการของการสอนแนะ เนื่องจากการสอนแนะนั้นเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การวางแผนอย่างกว้างๆ หรือกำหนดการดำเนินงานขั้นตอนของการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอน มีการวัดผลที่ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีความเข้าใจและปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีเพียงใด รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ดี ซึ่งเมื่อมีการนำการสอนแนะมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ป่วยในการพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากระบวนการของการสอนแนะจากแนวคิดของ Girvin (1999) และการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นโปรแกรมการสอนแนะเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย การประเมินข้อมูลถือว่าเป็นพื้นฐานของการสอนแนะ โดยผู้ฝึกสอนมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจ โดยการมีสัมพันธภาพที่ดีนี้จะรวมถึงการทำให้มั่นใจ การให้ข้อมูล การมีส่วนร่วม การแนะแนวทางเพื่อการตัดสินใจ การฟัง การแสดงความเข้าใจ และการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันทั้งในอุปนิสัย การแสดงออก บุคลิกภาพ และการมีสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ขอบเขตของการปฏิบัติ และวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังจากที่ผู้ป่วยและผู้ฝึกสอนร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน หรือประสบการณ์ของผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยผู้ฝึกสอนให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา และให้กำลังใจผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และการวางแผนปรับปรุงการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ พร้อมทั้งให้คำชี้แนะ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติมหรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ฝึกสอนให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า ยกตัวอย่างประกอบในเนื้อหาหรือสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ป่วยพร้อมกับให้ผู้ป่วยซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน หากไม่มีข้อสงสัยหรือคำถามใดๆ ให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติตามวิธีการหรือแนวทางที่วางแผนไว้ เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลงปฏิบัติในสิ่งที่ผู้ฝึกสอนได้สอนตามขั้นตอนที่ 2 โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่นกล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสาธิตส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนให้ผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงการกระตุ้นผู้ป่วยว่าเขาได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่เขาต้องปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่คืออะไร ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของเขาคืออะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ขั้นต่อไป และหากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้ฝึกสอนทำการชี้แนะ สอน และสาธิตซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถทำได้

2.4 แผนการสอนแนะในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

แผนการสอนแนะในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยแผนนี้สร้างขึ้นจากแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และการทบทวนวรรณกรรม โดยมีผู้วิจัยเป็นโค้ชหรือผู้ฝึกสอน และให้การสอนแนะตั้งแต่วินาทีก่อนผ่าตัด 1 วัน จนกระทั่งถอดท่อช่วยหายใจออก โดยใช้กระบวนการของการสอนแนะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมิน และวิเคราะห์ประสบการณ์เดิม และความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะที่หอผู้ป่วยหนัก ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการผ่าตัดครั้งนี้ ความรู้สึกและความคาดหวังกับการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ และประสบการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดได้ และเพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และทราบข้อมูลที่สำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจริง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับ ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมั่นใจในตัวผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย เนื่องจากบางปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจ และมีความมั่นใจให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้แม้จะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยผู้วิจัยจะฝึกสอนทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆรวมทั้งให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้การชี้แนะ และให้คำแนะนำ ในเรื่องต่างๆเพื่อช่วยเพิ่มความรู้ และให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ซึ่งมีทั้งข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedure information) และข้อมูลความรู้สึก (sensory information) เป็นการช่วยลดความวิตกกังวล และความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ของผู้ป่วยลง เป็นการเตรียมผู้ป่วยในการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Garvin, Huston, and Baker, 1992; Jurf and Nirschl, 1993) ได้แก่ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังผ่าตัด เช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่สามารถพูดได้ การมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆติดตัวผู้ป่วย การใส่สายปัสสาวะ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก การได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักหลังการผ่าตัด การเยี่ยมของญาติหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนัก ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัส เช่น ความรู้สึกเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

2.2 ผู้ฝึกสอนเตรียมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดและใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเตรียมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสถานการณ์ มีความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหา และมีความคาดหวังในผลจากการปฏิบัติเมื่อเผชิญกับปัญหา หรืออาการที่เกิดขึ้นจริงในระยะหลังการผ่าตัด (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Finkelmeier, 2000) โดยผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนหรือชี้แนะให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามความรู้และประสบการณ์เดิมในรายที่เคยปฏิบัติมาแล้วมีประสิทธิภาพ และช่วยให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า ยกตัวอย่างประกอบและฝึกสอนการปฏิบัติด้วยวิธีการสาธิตการปฏิบัติให้ผู้ผู้ป่วยได้

ฝึกปฏิบัติในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือประสบการณ์เดิม ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดและใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่

2.2.1 การปฏิบัติเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความคับข้องใจเนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยใช้การติดต่อสื่อสารโดยใช้แผนภาพเพื่อการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ

2.2.2 การปฏิบัติเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายเนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า โดยผู้วิจัยสาธิตและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าได้อย่างถูกต้องขณะใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด

2.2.3 การปฏิบัติตัวเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในแต่ละวิธีและให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความต้องการ ดังนี้

2.2.3.1 การทำสมาธิโดยใช้หลักอานาปานสติกรรมฐานคือการควบคุมหายใจเข้า-ออก พยายามสร้างสติในการระลึกอุ้งลมหายใจเข้า-ออก พร้อมกับภาวนาพุท-โธหรือไม่ภาวนาก็ได้

2.2.3.2 ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดการรับรู้ และลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานโดยใช้เสียงดนตรี

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ตามขั้นตอนที่ 2 และในระหว่างที่ผู้ป่วยฝึกนั้น ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้กำลังใจและให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้นพร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนนี้จะเกิดก่อนผ่าตัด 1 วัน และผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักจนกระทั่งผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจออกเพื่อสังเกตว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะทำการสอนซ้ำจนผู้ป่วยสามารถทำได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม ผลการปฏิบัติ เช่นฝึกปฏิบัติได้หรือไม่ เพราะอะไร สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการให้ผู้วิจัยแนะนำเพิ่มเติม

3. บทบาทของพยาบาลในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเพื่อทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อลดความทุกข์ทรมานในบทบาทของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ และตามแผนการรักษา มีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เอาใจใส่ต่อความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใย และอาทรต่อผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ขอมรับว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจริงแสดงความเห็นใจ เอื้ออาทร ให้การปลอบโยนผู้ป่วยในขณะที่มีความทุกข์ทรมาน รวมถึงการให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (Potter and Perry, 1999; Finkelmeier, 2000)

2.การให้ข้อมูล และฝึกสอนทักษะในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและการฝึกสอนทักษะต่างๆที่ใช้ช่วยลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยนั้นจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Galloway and Graydon, 1996; Potter and Perry, 1999) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก และเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดและทุกข์ทรมาน (Johnson and Rice, 1974; Gross, 1986) จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ทำให้มีความปวดและทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดไม่รุนแรง ลดความต้องการยาบรรเทาปวด และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (จวี มากพุ่ม, 2530) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ (procedural information) และข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก(sensory information) เป็นการช่วยลดความวิตกกังวล และลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ของผู้ป่วยลง เป็นการเตรียมผู้ป่วยในการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Garvin, Huston and Baker, 1992; Jurf and Nirschl, 1993) ได้แก่ ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังผ่าตัด เช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่สามารถพูดได้ การมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆติดที่ผู้ป่วย การใส่สายปัสสาวะ สภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนัก การได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด การเชื่อมของญาติหลังผ่าตัดในห้องผู้ป่วยหนักตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัส เช่นความรู้สึกเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ รวมถึงการฝึกสอนเทคนิคและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดที่ใช้ช่วยลดความทุกข์ทรมาน เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดและใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีการในการเผชิญปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ด้วยตนเอง เป็นผลให้ปฏิบัติกร

ตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; LeMone and Burke, 1996; Galloway, 1999)

3. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆระหว่างผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ได้แก่การช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย เช่นท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi-Fowler's position) และเข่างอเล็กน้อย (Perry and Porter, 2002) การช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุกๆ 2 ชั่วโมงจะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อหดรัดตัว และเกร็งตัวซึ่งจะทำให้เกิดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ และดึงแผลผ่าตัด และจะทำให้เจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นได้ การช่วยประคบแผลผ่าตัด และบริเวณทรวงอกที่อยู่ใกล้กับแผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอกเพื่อลดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอก โดยการใช้มือ 2 ข้าง ฝ่านุ่ม หรือหมอนประคบที่บริเวณแผลผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยบริหารการหายใจ ไอ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย (Drain, 1994; Hudak, Gallo, and Morton, 1998) การดูแลไม่ให้ท่อช่วยหายใจมีการแกว่งขึ้นลงหรือมีการดึงรั้ง และการดูแลไม่ให้สายยางของท่อระบายทรวงอกมีการห้อยหย่อน หรือดึงรั้งแผลผ่าตัด การจับสายยางไม่ให้มีการดึงรั้งขณะพลิกตัว โดยใช้มือจับบริเวณด้านล่างของท่อระบายให้ไปตามทิศทางของการเคลื่อนไหว

4. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เช่นการดูดเสมหะ และลดสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน เช่นลดการใช้เสียงในเวลากลางคืน ยืดหยุ่นเวลาในการเจาะเลือดหรือเก็บสิ่งคัดหลั่งเพื่อส่งตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่นอนไม่หลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จะเกิดความเหนื่อยล้า ขาดพลังงานสำรองที่จะใช้กลไกในการปรับตัวเพื่อบรรเทาความปวด และทุกข์ทรมานจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ระดับความอดทนต่อความปวด และทุกข์ทรมานลดลง การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ มีอุณหภูมิพอเหมาะ และอากาศถ่ายเทดี สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้ดีขึ้น เป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวดมากขึ้น (สุพร พลยานันท์, 2528; Heffline, 1990)

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดอย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย สิ่งสำคัญของการให้ยาระงับปวดอย่างมีประสิทธิภาพ คือทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Smeltzer and Bare, 2000) พยาบาลควรสอน และแนะนำให้ผู้ป่วยขอยาระงับปวดตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกเจ็บปวดเพื่อป้องกันอาการเจ็บปวดมีความรุนแรง เนื่องจากการให้ยาในขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรงด้วยขนาดปกติที่ปลอดภัยต่อการใช้มักมีประสิทธิภาพไม่สูงพอที่จะระงับปวดได้ (McCaffery, 1990; McGuire, 1999) โดยเฉพาะในกรณีที่มีการบริหารยาเป็นชนิดให้ยาเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการผลในการระงับความเจ็บปวดอาจยังไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจขอยาเมื่อมีความเจ็บปวดมากหรือได้รับยาล่าช้า ทำให้ต้องใช้ยาเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดในปริมาณที่มากกว่าปกติ (Feldman, 1991; Jurf and Nirschl, 1993)

6. การสัมผัส (touch) ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงบริเวณแผลผ่าตัดดีขึ้น ลดการคันของของเสียดจากการเผาผลาญ และยังเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวด วิธีการสัมผัสได้แก่ การจับมือ แขน หรืออุบเบาๆ ที่มือและแขนผู้ป่วย การบีบมือผู้ป่วยแรงและเบาสลับกันไป (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536) เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ใช้เวลาเตรียมน้อย และไม่ต้องใช้เครื่องมือใดๆ (Dochring, 1989) การกระทำดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ และได้รับความช่วยเหลือ เกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่นใจ ทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลลดลง มีความมั่นใจ สามารถตัดสินใจ และเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Reid-Ponte, 1992)

7. พลังสัมผัส (Therapeutic touch) หลักของพลังสัมผัสคือ คนเป็นสนามพลังและเป็นระบบเปิด เมื่อคนเจ็บป่วยคนจะมีสนามพลังไม่สมดุล สำหรับพยาบาลที่มีสุขภาพดี จะมีสนามพลังที่สมดุล พยาบาลจะใช้มือส่งพลังไปยังผู้รับหรือผู้ป่วย เพื่อปรับสนามพลังของผู้ป่วยที่ไม่สมดุลให้กลับมาสมดุล ผลการศึกษาของหลายท่านพบว่า พลังสัมผัสช่วยให้ผู้รับมีความวิตกกังวลลดลง ความปวดและความทุกข์ทรมานลดลง ดังการศึกษาของ Keller and Bzdek (1986) ได้ทำการศึกษาผลของการทำพลังสัมผัสต่อความปวดศีรษะจากความเครียด (tension headache) พบว่าหลังได้รับการทำพลังสัมผัสทันที และ 4 ชั่วโมงต่อมา กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทำพลังสัมผัสจากพยาบาลมีอาการปวดศีรษะจากความเครียดลดลง การใช้พลังสัมผัสให้ได้ผลดี ผู้ส่งพลังต้องมีทักษะหรือได้รับการฝึกฝนมาก่อน

8. เทคนิคการผ่อนคลาย การผ่อนคลายเป็นกลไกการป้องกันตัว และต่อต้านความเครียด ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้ความปวดและทุกข์ทรมานบรรเทาลง จากการศึกษาที่ความวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความปวดและทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น การฝึกผ่อนคลายมีผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว บรรเทาความปวดและทุกข์ทรมาน เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ได้ทั่วไปในการปฏิบัติการพยาบาลคือ การบริหารการหายใจเป็นจังหวะ การสูดหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ การบริหารกล้ามเนื้อ และการบริหารการหายใจร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อ การฝึกผ่อนคลายให้ได้ผลดีต้องเตรียมสภาพแวดล้อม และผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ดีขึ้น ได้มีการนำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้กับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดโดยรุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่า การผ่อนคลายสามารถลดความปวด และความทุกข์ทรมานจากความปวดแผลผ่าตัดลดลง และผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดลดลง มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยผ่าตัดต่อหลอดเลือดโคโรนารี ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังจากที่ได้มีการฝึกการหายใจลึกๆ และช่วยลดความเจ็บปวดได้ (Miller, 1987)

9. การเบี่ยงเบนความสนใจ หมายถึงการเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่กำลังรู้สึกอยู่ไปสู่สิ่งใหม่ที่น่าสนใจกว่า เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด

และทุกข์ทรมาน โดยจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ระบบควบคุมส่วนกลาง ทำให้ปิดกั้นการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด เป็นเทคนิคที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจะรับรู้ต่อความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานลดลง และจะเพิ่มความทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (Brunner and Suddarth, 1988) คังการศึกษาของ Barber (cited in McCaffery, 1979) พบว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเพิ่มความอดทนต่อความปวดและทุกข์ทรมาน นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการเบี่ยงเบนความสนใจสามารถลดความปวด และความทุกข์ทรมานได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (โจนนภา กิตติศัพท์, 2537) การเบี่ยงเบนความสนใจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี การฟังนิทาน การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ และการพูดคุยกับผู้อื่น (สุพร พลยานันท์, 2528)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการฟังดนตรี และการทำสมาธิแบบอานาปานสติกรรมฐาน มาใช้ในการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งทั้ง 2 วิธีนี้ใช้หลักการของการเบี่ยงเบนความสนใจทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย

4. การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้ดนตรีบำบัด และการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกรรมฐาน

McCaffery (1979) กล่าวว่า การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการสร้างเกราะกำบังความรู้สึก (sensory shielding) โดยบุคคลจะรู้สึกบรรเทาจากความเจ็บปวดด้วยการมุ่งจิตใจให้จดจ่อกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด และสร้างความรู้สึกให้แจ่มใส และไม่สัมพันธ์กับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น Melzack and Wall (1965) ได้อธิบายเกี่ยวกับกลไกการเกิดความรู้สึกเจ็บปวดว่าเมื่อร่างกายถูกกระตุ้นจะส่งพลังประสาทนำเข้าสู่จากส่วนต่างๆของร่างกาย และถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความรู้สึกในระดับสมอง และในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ได้รับฟังดนตรีร่วมด้วย การกระตุ้นของดนตรีจะทำให้มีการปล่อยพลังประสาทออกมาเช่นกัน พลังประสาทนี้จะครอบงำสัญญาณความเจ็บปวดที่นำโดยใยประสาทเล็กออกมา ส่งผลให้สัญญาณความเจ็บปวดจากใยประสาทเล็กไม่สามารถส่งสัญญาณขึ้นไปยังสมองได้ จึงไม่เกิดการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการควบคุมประตูจะยินยอมให้กระบวนการรับรู้ต่อสิ่งที่สนใจหรือเบี่ยงเบนไปสู่สิ่งกระตุ้นที่นำสนใจเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางมากกว่าการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด (สุพร พลยานันท์, 2528; Whipple and Glynn, 1992) นอกจากนี้เสียงดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และการรับรู้เวลาในประสบการณ์ (Experiential time) ผ่านทางสมองส่วน Thalamus, Cortex ซึ่งจะมีผลต่อบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะทางด้านความสนใจ และจินตนาการทางอารมณ์ ทำให้ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เกิดสมาธิ และความเพลิดเพลิน มีผลในทางยับยั้งสัญญาณประสาทนำความเจ็บปวดได้ รวมทั้งดนตรียังมีผลต่อ Limbic system ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกวิตกกังวล ทำ

ให้เมื่อได้ฟังดนตรีจะรู้สึกผ่อนคลาย และผลิตเพปตินต่อเสียงดนตรี และยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยกระตุ้นต่อม Pituitary เพื่อหลั่งสาร Endorphin ซึ่งมีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการปวด (Radziewicz and Schneider, 1992)

จากการศึกษาของ โจนนภา กิตติศัพท์ (2536) ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ฟังดนตรีมีระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลหลังผ่าตัดเมื่อครบ 48 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วัลลภา สังฆโสภณ (2536) ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าระดับความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของกลุ่มที่ได้ฟังดนตรีลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดวงดาว ดุลยธรรม (2544) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พูนสุข พัทธ์ศิริ (2544) ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยในขณะทำแผลเปิด พบว่าความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นขณะทำแผลของกลุ่มที่ฟังดนตรีน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเพลงประเภท classic ที่ใช้ในการบรรเลงโดยตลอด และเสียงธรรมชาติ โดยเพลง classic เลือกเฉพาะเพลงไทยเนื่องจากผู้ป่วยมีความคุ้นเคยมากกว่าเพลงสากล และเพลง classic ไม่ก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ฟังโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจ ดังการศึกษาของ Davis-Rollans and Cunningham (1987) ได้ศึกษาผลของดนตรี classic ต่อปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายด้านอัตราการเต้นของหัวใจ และจังหวะการเต้นของหัวใจ รวมทั้งอัตราการหายใจของผู้ป่วยในหน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลงเพียง 1-2 ครั้งต่อนาทีเมื่อผู้ป่วยได้ฟังดนตรี classic อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่เกิดจังหวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติระหว่างที่ได้ฟังดนตรี นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกมีความสุข ฟังพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Good (1995) ศึกษาการใช้ดนตรีในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วย 81% มีความทุกข์ทรมานลดลง จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี (2546) ใช้ดนตรีที่เป็นเสียงธรรมชาติในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกรรมฐาน

อานาปานสติ หมายความว่า การระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าและออก (อาน+ปาน หรืออปาน+สติ) อาน = หายใจเข้า ปาน หรือ อปาน = หายใจออก สติ = ความระลึกได้ รวมแล้วคือการระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออก (เจก ธนะสิริ, 2539) อานาปานสติเป็นการสัมผัสรู้การเคลื่อนไหวของลมหายใจและการหยุดนิ่งของลมหายใจ สำหรับอริยาบทของการทำสมาธินั้นทำได้ทุกอริยาบทไม่ว่าจะนั่ง ยืน นอน ให้กำหนดลมหายใจของตนซึ่งกระทบที่ปลายจมูกก็ได้ ที่ทามกลางอกก็ได้ ที่เหนือ

สะคือเป็นศูนย์กลางก็ได้ แล้วแต่จะเหมาะกับแต่ละบุคคลโดยมีสติจับอยู่ที่ลมหายใจเข้าออก ไม่ให้จิตฟุ้งซ่านไปในที่อื่น ผูกจิตเอาไว้ด้วยเชือกคือสติ ที่หลักคือลมหายใจเข้าออก เมื่อหายใจเข้ายาวก็รู้ว่าเราหายใจเข้ายาว เมื่อหายใจออกยาวก็รู้ว่าหายใจออกยาว เมื่อหายใจเข้าสั้นก็รู้ว่าเราหายใจเข้าสั้น เมื่อหายใจออกสั้นก็รู้ว่าหายใจออกสั้น หรือจะบริกรรม คือนึกกรรมฐานบทใดบทหนึ่ง เช่น พุทฺธคุณ เป็นต้นว่า อรหํ หรือพุทฺโธกำกับไม่ให้จิตฟุ้งซ่าน โดยภาวนาประกอบไปกับการกำหนดลมหายใจ คือเมื่อหายใจเข้าให้ภาวนาว่าพุท เมื่อหายใจออกให้ภาวนาว่าโธ แต่เมื่อกำหนดลมหายใจดีแล้วการภาวนาก็จะหายไป จิตจะไปกำหนดอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่งที่ตนถนัด เช่นปลายจมูกแต่เพียงจุดเดียว เพราะการภาวนานั้นก็เพื่อควบคุมไม่ให้คิดไปข้างนอกเท่านั้น ในการฝึกปฏิบัติจึงตั้งใจกำหนดไว้ให้มันตรงที่ลมกระทบแห่งใดแห่งหนึ่งโดยเฉพาะ อย่าให้เลื่อนลงหรือเลื่อนเข้าเลื่อนออก หรือเคลื่อนที่ไปมา จิตจะฟุ้งซ่าน ซึ่งเมื่อจิตฟุ้งซ่านควรบริกรรมระคองจิตไว้ให้ตั้งอยู่ในบริกรรมภาวนาจนรู้เห็นความนึกนั้นแจ่มชัด จิตก็จะตั้งมั่นแน่นแน่ เป็นอันหนึ่งอันเดียวใจก็จะสงบ (เอกธนะสิริ, 2539)

กลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติสมาธิ

1. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท (กฤตยา มนูญปิฎ, 2538: 8) การปฏิบัติสมาธิจะทำให้เกิดการตั้งมั่นต่อการกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง และยับยั้งการกระตุ้นอื่นๆ เป็นการปรับระดับของกระแสประสาทที่จะผ่านไปยัง Cerebral cortex ซึ่งประสาทส่วนนี้สามารถส่งกระแสประสาทลงมาควบคุมกระแสประสาทนำเข้าจากอวัยวะส่วนปลาย คือมี efferent inhibitory pathways สำหรับการได้ยิน การเห็น และการรู้ตัวตน (somesthetic system) ซึ่งประกอบด้วย การสัมผัส การกอดดัน การสัมผัสเตือน ความเจ็บปวด และอุณหภูมิ (ความรู้สึกทุกอย่างนอกจากความรู้สึกเฉพาะคือการเห็น การได้ยิน การรู้รส และการไต่กลิ่น) จากการศึกษาดังกล่าวทำให้สามารถปรับเพิ่มหรือลดความสนใจต่อสิ่งกระตุ้นอื่น เช่นขณะอ่านหนังสือจะไม่สนใจต่อสิ่งที่มารบกวน นอกจากนี้การกระตุ้นที่ซ้ำๆ กันอาจทำให้มีการตอบสนองเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากการที่ยับยั้งอวัยวะรับสัมผัสทำให้เกิดความเคยชินไม่เอาใจใส่ต่อสิ่งกระตุ้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี ขณะที่จิตสงบเป็นสมาธินั้นร่างกายหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น (Luxes and Glower อ้างถึงในสุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2531: 827) สารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของนิวโรเปปไทด์มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ซึ่งมีอยู่ในร่างกาย (endogenous morphine) สารดังกล่าวมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitter) และฮอร์โมน Endorphin นั้นสามารถพบได้ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ต่อม pituitary, hypothalamus (Guyton, 1981: 616 อ้างถึงในพัทยา

จิตสุวรรณ, 2535: 97) ระบบทางเดินอาหารและลำไส้ในน้ำเหลือง และระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งในระบบประสาทส่วนกลางนี้ Endorphin ทำหน้าที่ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดซึ่งส่งมาจากไขสันหลัง ทำให้ความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานลดลง

ด้งการศึกษาของขวัญตา เพชรธณี โชติ (2543) เรื่องผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวล และความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่ากลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gortner et al. (1988) ศึกษาการติดตามการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 67 ราย โดยผู้ศึกษาได้ใช้การสอนแนะทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา และการออกกำลังกาย ติดตามการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีเกิดปัญหาที่เกินขีดความสามารถของพยาบาล และอภิปรายถึงเหตุการณ์ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะฟื้นฟูสภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดลดลง มีการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรม ได้แก่การยกของ และมีความทนต่อการเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจคือความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gortner and Jenkins (1990) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 149 ราย ในระยะ 4, 8, 12 และ 24 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยใช้การสอนแนะทางโทรศัพท์ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีระดับความสามารถในการเดิน การทำกิจกรรมทั่วไป และการยกของสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Tack and Gilliss (1990) ได้นำการสอนแนะทางโทรศัพท์เพื่อการประเมินและติดตามอาการที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เช่นความเจ็บปวด แผลผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ ภาวะโภชนาการ และความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้านจำนวน 75 ราย โดยแต่ละครั้งของการสอนแนะทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ และให้ความเอาใจใส่ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นๆ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อให้แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งต่อในกรณีที่ปัญหานั้นเกินขีดความสามารถของผู้ฝึกสอน และประเมินความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาต่างๆ ผลการศึกษาพบว่าเมื่อให้การสอนแนะแล้วผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาความไม่สุขสบายจากเจ็บปวดแผลผ่าตัด

จัดการกับแบบแผนการนอนหลับ และแบบแผนทางโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงไปได้ด้วยตนเอง สามารถป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะสุขภาพ มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น และเมื่อเกิดปัญหาใหม่ขึ้นผู้ป่วยจะพัฒนากลวิธีในการแก้ปัญหาด้วยตนเองทุกวัน

วัลลภา สังฆโสภณ (2536) ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 ราย โดยผู้ป่วยทั้ง 30 รายจะจัดให้มีระยะฟังดนตรี และระยะไม่ฟังดนตรี นานครั้งละ 30 นาที พบว่าระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟังดนตรีลดลงมากกว่าเมื่อไม่ได้รับฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Wilkie et al. (1995) ทำการศึกษานำร่องถึงผลของการสอนแนะในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 8 รายโดยใช้การสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถสื่อสารถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองกับแพทย์ และหาข้อสรุปของการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ โดยผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง วิธีการรายงานถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของตนเองให้แก่แพทย์ผู้ให้การรักษาในขณะที่มา รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการสอนแนะทางโทรศัพท์เพื่อประเมิน และบันทึกความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนะมีการรายงานถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มขึ้น และมีการประเมินถึงคุณภาพและความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยตรงกับ การประเมินของแพทย์ผู้ให้การรักษา มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประไพ มีทรัพย์และกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2542) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้ เครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย กลุ่มทดลอง 15 รายปฏิบัติตามเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน โดยไม่ต้องเกร็งก่อนของสมบัติ ดาปัญญาที่บันทึกไว้ในคลัมป์เทป ให้ผู้ป่วยฝึกวันละ 2 ครั้งเป็นเวลาต่อเนื่องกัน 3 วัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์ และคณะ (2544) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อทักษะการสวนปัสสาวะและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 46 คนที่กำลังศึกษาวิชาแนวคิดพื้นฐาน และหลักการพยาบาล 2 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 ราย โดยในแต่ละกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อย และในแต่ละกลุ่มย่อยจะมีอาจารย์ประจำกลุ่มรับผิดชอบสอนนักศึกษากลุ่มละ 1 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนแบบตรวจสอบทักษะ คะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการสอนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุศริน เอี้ยวสีหยก (2545) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก จำนวน 24 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนแนะก่อน

ผ่าตัด 2 วันจนกระทั่งครบ 3 วันหลังผ่าตัด รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนและมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ความเจ็บปวด (จากการคาท่อช่วยหายใจ และแผลผ่าตัด), ความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกคับข้องใจจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ, ความทุกข์ทรมานจากการรบกวนการนอนหลับ, ความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายเมื่อถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และ ความทุกข์ทรมานจากความกลัวและวิตกกังวล พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย และลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น โดยใช้โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นกลวิธีในการสอนรูปแบบหนึ่งในการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากปัญหา และอาการต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ทำให้การแก้ไขปัญหาตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมิน และวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด และการใส่ท่อช่วยหายใจ ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
2. การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุที่

ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย

- 2.1 การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย
- 2.2 การฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ
- 2.3 การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย
- 2.4 การสอน และสาธิตให้แก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในเรื่องการเคลื่อนไหว / เปลี่ยนท่า เพื่อลดความไม่สบาย

3. การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลงปฏิบัติในสิ่งที่ผู้วิจัยสอนตามข้อ 2

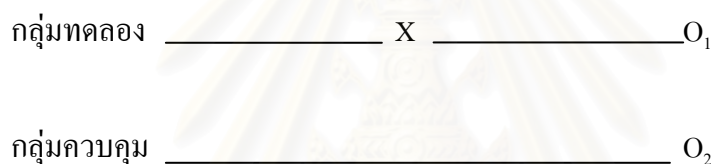
4. การประเมินผลการปฏิบัติว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานตามที่ผู้วิจัยสอน และสาธิตได้หรือไม่ และต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยชี้แนะ สอน และสาธิตซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถทำได้

ความทุกข์ทรมานลดลง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดหลังการทดลอง (Nonequivalent control posttest only design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดำเนินการวิจัยโดย ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังแผนภาพ



(Polit and Beck, 2004: 183)

X หมายถึงโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติ

O₁ หมายถึงความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติ

O₂ หมายถึงความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอายุ 18-59 ปีที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 30 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2547 ถึง เดือนกันยายน 2547 โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองคือควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน (ประคอง วรรณสูตร, 2542; Burns and Grove, 1993) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
2. ผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่ม

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจนานเกิน 2 วัน
2. มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สติ (consciousness) เช่นผู้ป่วยสับสน (confusion) หรือหมดสติ (unconscious) หรือมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ (vital sign) ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอทหรือสูงกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจรต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาทีหรือสูงกว่า 120 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจต่ำกว่า 16 ครั้ง/นาทีหรือสูงกว่า 30 ครั้ง/นาที, มีไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส

การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังกล่าวแล้วผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วย 15 คนแรกได้รับการจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง 15 คนต่อมาจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจัดให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Edlund and Sneed, 1989; Jurf and Nirschl, 1993) ดังนี้

1. เพศเดียวกัน
2. อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี
3. ได้รับยาแก้ปวดชนิดเดียวกัน และวิธีการให้ยาแบบเดียวกัน รวมทั้งการได้ยาทำให้สงบ (sedative drug) ชนิดเดียวกัน

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำแนกตามเพศ อายุ ยาแก้ปวดและยาทำให้สงบที่ได้รับ

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เพศ	อายุ	ยาแก้ปวด	ยาทำให้สงบ	เพศ	อายุ	ยาแก้ปวด	ยาทำให้สงบ
1	ชาย	48	Morphine	Valium	ชาย	47	Morphine	Valium
2	ชาย	46	Morphine	Valium	ชาย	46	Morphine	Valium
3	ชาย	55	Morphine	Valium	ชาย	59	Morphine	Valium
4	หญิง	25	Dynastat	-	หญิง	27	Dynastat	-
5	ชาย	43	Morphine	Valium	ชาย	38	Morphine	Valium
6	ชาย	58	Morphine	Valium	ชาย	59	Morphine	Valium
7	ชาย	50	Morphine	Valium	ชาย	50	Morphine	Valium
8	หญิง	44	Morphine	-	หญิง	41	Morphine	-
9	หญิง	59	Morphine	-	หญิง	59	Morphine	-
10	หญิง	57	Morphine	Valium	หญิง	57	Morphine	Valium
11	ชาย	57	Morphine	Valium	ชาย	59	Morphine	Valium
12	ชาย	55	Morphine	Valium	ชาย	59	Morphine	Valium
13	ชาย	57	Morphine	Valium	ชาย	58	Morphine	Valium
14	หญิง	32	Morphine	Valium	หญิง	37	Morphine	Valium
15	ชาย	57	Morphine	Valium	ชาย	57	Morphine	Valium

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท (ภาคผนวก ค) ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบประเมินความทุกข์ทรมาน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรม

เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

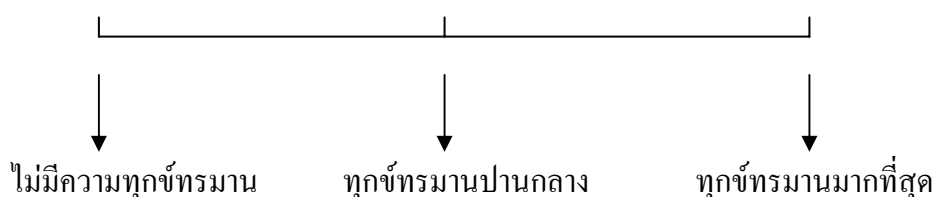
1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 9 ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การเคย เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก การเคยใส่ท่อช่วยหายใจ วิธีที่ใช้ในการผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียดขึ้น การฟังเพลง และการฝึกสมาธิของผู้ป่วย โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.1.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ชนิดและขนาดของยาแก้ปวด / ยาทำให้สงบที่ได้รับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย โดยที่ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยด้วยตนเอง

1.2 แบบประเมินความทุกข์ทรมาน เป็นแบบวัดความทุกข์ทรมาน ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความทุกข์ทรมานของ Johnson (1973) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงด้านซ้ายคือไม่มีความทุกข์ทรมาน, ตรงกลางเส้นคือมีความทุกข์ทรมานปานกลาง และปลายเส้นด้านขวาคือมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด โดยให้ผู้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรง ในบริเวณที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง คะแนนความทุกข์ทรมานได้จากการวัดระยะบนเส้นตรงนี้ โดยใช้อุปกรณ์วัดความยาวมาตรฐานคือไม้บรรทัดวัดจากส่วนซ้ายสุดจนถึงจุดที่ผู้ป่วยกำหนด แล้วอ่านค่าตัวเลขบนสเกล ซึ่งมีหน่วยเป็นเซนติเมตร



โดยมีเกณฑ์กำหนดระดับความทุกข์ทรมาน (จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, 2546) คือ

คะแนน 1 - 4 หมายถึง ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเล็กน้อย

คะแนน 5 - 6 หมายถึง ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานปานกลาง

คะแนน 7 - 10 หมายถึง ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความทุกข์ทรมานไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไข

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความทุกข์ทรมานไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษา จำนวน 30 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับแนวคิดการสอนและการสอนของ Girvin (1999) ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม การลงฝึกปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ โดยมีสื่อที่ใช้คือ แผนการสอนและการปฏิบัติตน แผนการสอนของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน และคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

2.1 แผนการสอนและการปฏิบัติตน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดของ Girvin (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แผนการสอนและนี้ใช้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน และใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 1 ชั่วโมง โดยมี 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพื่อประเมิน และวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะที่หอผู้ป่วยหนัก ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการผ่าตัดครั้งนี้ ความรู้สึกและความคาดหวังกับการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ และประสบการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดได้

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน และ

ประสบการณ์เดิม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และตอบข้อซักถามในปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยสงสัยหรือต้องการทราบข้อมูล หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้ หรือประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว หรือมีความรู้แต่วางแผนปฏิบัติกิจกรรมไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลตามปัญหานั้นๆ และให้ข้อมูลพร้อมทั้งทักษะการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แผนการสอน ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังผ่าตัด เช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่สามารถพูดได้ การมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆติดที่ผู้ป่วย การใส่สายปัสสาวะ สภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนักตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกร่างกายจากประสาทสัมผัส เช่นความรู้สึกเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

2.2 การฝึกการติดต่อสื่อสาร เพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกให้โดยใช้แผนภาพการสื่อสาร

2.3 การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดต่างๆ การนอนไม่หลับ หรือความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน โดยเสนอวิธีการผ่อนคลายแบบต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความพอใจ (ได้แก่การทำสมาธิโดยใช้หลักอานาปานสติกรรมฐานคือการควบคุมหายใจเข้าออก, ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวดและลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวดโดยใช้เสียงดนตรี) โดยผู้วิจัยสอน และสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และใช้คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานประกอบ

2.4 การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหว หรือเปลี่ยนท่าเมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ โดยผู้วิจัยสอน และสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติในสิ่งที่ผู้วิจัยสอนตามขั้นตอนที่ 2 และในระหว่างที่ผู้ป่วยฝึกนั้น ผู้วิจัยมีการติดตาม และสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้นพร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนนี้จะเกิดก่อนผ่าตัด 1 วัน และผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักจนกระทั่งผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจออกเพื่อสังเกตว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะทำการสอนซ้ำจนผู้ป่วยสามารถทำได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม ผลการปฏิบัติ เช่นฝึกปฏิบัติได้หรือไม่ เพราะอะไร สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลแนะนำเพิ่มเติม

ขั้นตอนต่างๆ ทั้ง 4 ขั้นตอนเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน ส่วนระยะหลังผ่าตัดผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยหนักจนกระทั่งผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจออก โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผลของการผ่าตัด และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายตามที่ได้ฝึกไว้ก่อนผ่าตัด ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาล และปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 ดังกล่าวข้างต้น

2.2 แผนการสอนของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน มีเนื้อหาเกี่ยวกับทักษะในการติดต่อสื่อสาร การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่าเมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และการฝึกเทคนิคผ่อนคลาย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาดาราศาสตร์ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยสอน และสาธิตการปฏิบัติตนให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ใช้สื่อการสอนเป็นแผ่นภาพเพื่อการสื่อสารภาพประกอบคำบรรยาย และคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยจะทำการสอนและสาธิตการปฏิบัติตนให้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2.3 คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นหนังสือที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ ประสิทธิภาพที่ต้องประสบหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤต ทักษะการปฏิบัติตนที่ผู้วิจัยเตรียมให้ผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานคือการใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบต่างๆ การเคลื่อนไหว และการเปลี่ยนท่าเมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเนื้อหาทั้งหมดมีความสอดคล้องกับแผนการสอนของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีทั้งหมด 12 หน้า ซึ่งแจกให้กลุ่มทดลองคนละ 1 ฉบับ

โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

- 2.3.1 ผู้วิจัยศึกษาดาราศาสตร์ และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
- 2.3.2 ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศซึ่งเกี่ยวกับการสอนแนะนำ
- 2.3.3 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 2.3.4 นำกรอบของการสอนแนะนำมาสร้างเป็น โปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน โดยนำแนวคิดต่างๆ ที่ได้ศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และร่วมกำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการสอนแนะนำเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
- 2.3.5 กำหนดเนื้อหา สาระสำคัญใน โปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน โดยการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา

กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการ การประเมินผล และสื่อประกอบการใช้โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน

2.3.6 สร้างเอกสาร และสื่อประกอบการสอนของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนตามที่กำหนดไว้ ได้แก่แผนการสอนและการปฏิบัติตน แผนการสอน และคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สำนวนภาษา รูปแบบ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 5 รายพบว่าเนื้อหา และกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสม ระยะเวลาเป็นไปตามที่กำหนด สามารถนำไปใช้ในการทดลองต่อไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย 16 ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากความคับข้องใจเนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายเนื่องจากการถูกจำกัดความเคลื่อนไหว และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 3 ระดับคือ

- | | |
|---|--|
| 0 | หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติหรือไม่มีพฤติกรรมในข้อนั้นเลย |
| 1 | หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมในข้อนั้นบางครั้ง |
| 2 | หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมในข้อนั้นเป็นประจำทุกครั้งที่ |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ

โครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสำนวนภาษา ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่กลางเดือนมิถุนายน 2547 ถึงต้นเดือนกันยายน 2547 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 30 คน โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง รายละเอียดมีดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาแล้ว

1.2 การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้การสอนและการปฏิบัติตน โดยศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนและการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และดำเนินการดังกล่าว

1.3 ผู้วิจัยทำแผนการดำเนินการทดลองโดยติดต่อประสานงานกับคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือวิจัยเสนอคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ ศัลยแพทย์ผู้ชำนาญด้านศัลยกรรมหลอดเลือดหัวใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่าง 15 คนแรกผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน หลังจากนั้นทำการจับคู่ โดยกำหนดคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ ยาแก้ปวด และยาทำให้สงบที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 15 คน อธิบายรายละเอียด แนวทางดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อ

พิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หากยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ป่วยลงชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นความลับ ผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หรือเป็นผลสรุปเท่านั้น

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัด 1 วันเพื่อแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์และการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2.2 กลุ่มทดลอง แบ่งเป็นระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วันเพื่อสร้างสัมพันธภาพพร้อมกับแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พิกัดสิทธิของผู้ป่วย โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์และการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้การสอนแนะนำตามโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยตามความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย

1.1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไป จากแฟ้มประวัติ และลงบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพื่อประเมิน และวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะที่หอผู้ป่วยหนัก ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการผ่าตัดครั้งนี้ ความรู้สึก และความคาดหวังกับการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด ข้อมูลต่างๆที่ต้องการทราบ การแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น และสนทนาเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป ความสุขสบายต่างๆการรักษาพยาบาลที่ได้รับเพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัย

1.3 กรณีที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกวิตกกังวล กลัว หรือรู้สึกไม่สบายใจระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยจะใช้การพูดให้เกิดความมั่นใจ พูดให้แรงเสริม และ/หรือใช้การสัมผัสเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ อบอุ่นใจ และลดความวิตกกังวล

1.4 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยสรุปปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายต่างๆที่ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญหลังผ่าตัด เช่นความเจ็บปวด การใส่ท่อช่วยหายใจ การนอนไม่หลับ เพื่อให้ผู้ป่วย

ได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนต้องประสบล่วงหน้า และสามารถวางแผนเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเหล่านั้นได้

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ปฏิบัติดังนี้

2.1 ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติการตามปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และตอบข้อซักถามในปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยสงสัยหรือต้องการทราบข้อมูล

2.2 หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้ หรือประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว หรือมีความรู้แต่วางแผนปฏิบัติการไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลตามปัญหานั้นๆ และให้ข้อมูลพร้อมทั้งทักษะการปฏิบัติการเพื่อลดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง โดยใช้แผนการสอนซึ่งมีหัวข้อต่างๆดังนี้ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังผ่าตัด เช่น เหตุผลและความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ และพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก การไม่สามารถพูดได้ การมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆติดที่ผู้ป่วย การใส่สายปัสสาวะ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัส เช่นความรู้สึกเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การฝึกการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกให้โดยใช้แผนภาพการสื่อสาร การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดต่างๆ การนอนไม่หลับ หรือความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน โดยเสนอวิธีการผ่อนคลายแบบต่างๆให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้ตามความพอใจ (ได้แก่การทำสมาธิโดยใช้หลักอานาปานสติกรรมฐานคือการควบคุมหายใจเข้าออก และใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวด และลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวดโดยใช้เสียงดนตรี โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหว หรือเปลี่ยนท่าเมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ โดยผู้วิจัยสอน และสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้อง พร้อมกับแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติการตามที่ได้วางแผนไว้

3.1 ให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติในสิ่งที่ผู้วิจัยสอนตามขั้นตอนที่ 2

3.2 ผู้วิจัยสังเกตและติดตามผู้ป่วยขณะปฏิบัติการ โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติการ ผู้วิจัยพูดให้แรงเสริมในผลการปฏิบัติ และให้ข้อมูลย้อนกลับ

ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือฝึกสอนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง และสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ปฏิบัติดังนี้

4.1 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านไป รวมถึงปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม และวิธีแก้ไขปัญหา หรือทางเลือกอื่น ๆ ในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมทั้งเสนอตัวว่าผู้วิจัยมีความยินดีและเต็มใจเป็นอย่างยิ่งที่จะให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาตามที่ผู้ป่วยต้องการตลอดกระบวนการสอนแนะ

4.2 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้วิจัยจะมาให้การสอนแนะแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแล้วที่หอผู้ป่วยหนัก และกล่าวคำอำลา

2.2.2 ระยะเวลาหลังผ่าตัด ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ ดังรายละเอียด ดังนี้

2.2.2.1 ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิทักทายผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สังเกตอาการทั่วไป ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผลของการผ่าตัด และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายตามที่ได้ฝึกไว้ก่อนผ่าตัด ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาล

2.2.2.2 ผู้วิจัยติดตาม และสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น พยายามให้แรงเสริมในผลการปฏิบัติ ให้ข้อมูลย้อนกลับ กล่าวชมเชยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในกลุ่มที่รู้สึกกลัวหรือไม่มั่นใจในการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยจะพูดให้เกิดความมั่นใจ โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้วิจัยจะอยู่ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีกำลังใจในการปฏิบัติ และไม่รู้สึกลัวว่าตนถูกทอดทิ้ง

2.2.2.3 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา หรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน สิ่งที่ปฏิบัติได้ และสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม

3.ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินความทุกข์ทรมานของกลุ่มควบคุมหลังจากเอาท่อช่วยหายใจออกแล้ว โดยใช้แบบประเมินความทุกข์ทรมาน ส่วนกลุ่มทดลองผู้วิจัยประเมินความทุกข์ทรมานหลังจากเอาท่อช่วยหายใจออกแล้วโดยใช้แบบประเมินความทุกข์ทรมาน และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด และข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้เชิษฐ์ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

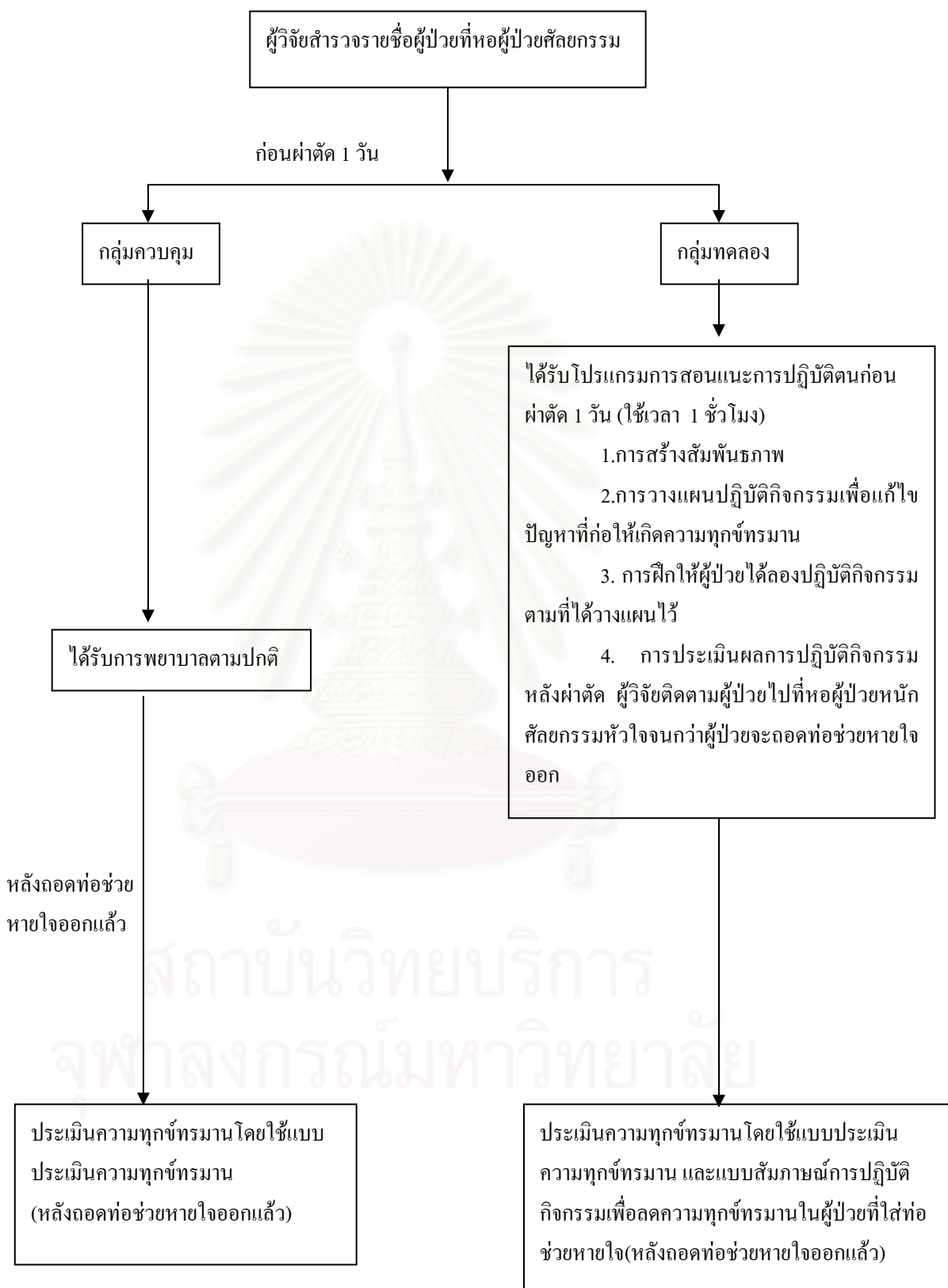
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science/ For Windows) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. นำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความทุกข์ทรมานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 15 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบด้วยคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังเสนอในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา ดังเสนอในตารางที่ 3-5

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	10	66.7	10	66.7	20	66.7
	หญิง	5	33.3	5	33.3	10	33.3
อายุ (ปี)							
	20-30	1	6.7	1	6.7	2	6.7
	31-40	1	6.7	2	13.3	3	10
	41-50	6	40	5	33.3	11	36.7
	51-59	7	46.7	7	46.7	14	46.7
ระดับการศึกษา							
	ประถมศึกษา	5	33.3	4	26.7	9	30
	มัธยมศึกษา	5	33.3	5	33.3	10	33.3
	ประกาศนียบัตร	3	20	-	-	3	10
	ปริญญาตรี	2	13.3	3	20	5	16.7
	ปริญญาโท	-	-	3	20	3	10
อาชีพ							
	ข้าราชการ	1	6.7	3	20	4	13.3
	ค้าขาย	1	6.7	1	6.7	2	6.7
	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	6.7	-	-	1	3.3
	พนักงานบริษัท	2	13.3	-	-	2	6.7
	รับจ้าง	5	33.3	2	13.3	7	23.3
	ข้าราชการบำนาญ	1	6.7	2	13.3	3	10
	ธุรกิจส่วนตัว	1	6.7	1	6.7	2	6.7
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	20	6	40	9	30

จากตารางที่ 2 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ในช่วง 51-59ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 23.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรค โรคประจำตัว และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจก่อนการผ่าตัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรค						
Valvular Heart Disease	10	66.70	8	53.30	18	60.00
- Atrial Regurgitation + Atrial Stenosis	3	30.00	2	25.00	5	27.78
- Mitral Regurgitation + Mitral Stenosis	-	-	4	50.00	4	22.22
- Mitral Regurgitation	4	40.00	-	-	4	22.22
- Mitral Stenosis	2	20.00	-	-	2	11.11
- Atrial Regurgitation	1	10.00	1	12.50	2	11.11
- Mitral Regurgitation + Atrial Regurgitation	-	-	1	12.50	1	5.56
Coronary Atery Disease	5	33.33	7	46.67	12	40.00
โรคประจำตัว						
None	8	53.33	11	73.33	19	63.33
Hypertension	4	26.67	1	6.67	5	16.67
Diabetis Mellitus + Hypertension	2	13.33	3	20.00	5	16.67
Diabetis Mellitus	1	6.67	-	-	1	3.33

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสิทธิภาพการทำงาน						
ของหัวใจ (LVEF) %						
20 – 30	1	6.67	1	6.67	2	6.67
31 – 40	-	-	1	6.67	1	3.33
41 – 50	4	26.67	3	20	7	23.33
51 – 60	3	20	6	40	9	30
61 – 70	2	13.33	-	-	2	6.67
71 – 80	1	6.67	-	-	1	3.33
81 – 90	-	-	1	6.67	1	3.33
Not notify	4	26.67	3	20	7	23.33

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นโรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ โดยเป็นชนิด Atrial Regurgitation ร่วมกับ Atrial Stenosis มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.78 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 63.33 และส่วนใหญ่มีค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในช่วง 51-60 % คิดเป็นร้อยละ 30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามยาบรรเทาปวด และยาทำให้สงบที่ได้รับหลังผ่าตัด

ยาที่ได้รับหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ยาบรรเทาปวด						
Morphine	14	93.33	14	93.33	28	93.33
Dynastst	1	6.67	1	6.67	2	6.67
ยาทำให้สงบ						
Valium	12	80	12	80	24	80
ไม่ได้ให้ยา	3	20	3	20	6	20

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดเป็น Morphine มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ส่วนยาทำให้สงบที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับเป็น Valium มีจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการผ่าตัดที่ได้รับ และระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การผ่าตัดที่ได้รับ						
ทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ	5	33.3	7	46.7	12	40
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	10	66.7	8	53.3	18	60
ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ						
1-10 ชั่วโมง						
1-10 ชั่วโมง	1	6.7	-	-	1	3.3
11-20 ชั่วโมง						
11-20 ชั่วโมง	11	73.3	13	86.7	24	80
21-30 ชั่วโมง						
21-30 ชั่วโมง	1	6.7	-	-	1	3.3
31-40 ชั่วโมง						
31-40 ชั่วโมง	-	-	-	-	-	-
41-50 ชั่วโมง						
41-50 ชั่วโมง	2	13.3	2	13.3	4	13.3

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจคิดเป็นร้อยละ 60 และระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลา 11-20 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 80

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ ใส่ท่อช่วยหายใจ	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ	8.02	1.91	28	.384	.352
กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการ สอนและการปฏิบัติตน	7.69	2.68			

$P < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความทุกข์ทรมานในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนมีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบวัดหลังการทดลอง (Nonequivalent control group only posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 30 คน ระหว่างกลางเดือนมิถุนายน 2547 ถึงต้นเดือนกันยายน 2547 โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุ 18-59 ปี
2. ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

1.2 แบบประเมินความทุกข์ทรมาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน โดยมีสื่อประกอบการใช้โปรแกรม ดังนี้

2.1 แผนการสอนและการปฏิบัติตน

2.2 แผนการสอน

2.3 คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่กลางเดือนมิถุนายนจนถึงต้นเดือนกันยายน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลรามารชิบัติ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารชิบัติ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ขึ้นตอนการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือวิจัยเสนอคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารชิบัติเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ ศัลยแพทย์ผู้ชำนาญด้านศัลยกรรมหลอดเลือดหัวใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่าง 15 คนแรกผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน หลังจากนั้นทำการจับคู่ โดยกำหนดคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ ยาแก้ปวด และยาทำให้สงบที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 15 คน อธิบายรายละเอียด แนวทางดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หากยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ป่วยลงชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็น

ความลับ ผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หรือเป็นผลสรุปเท่านั้น สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัด 1 วันเพื่อแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการเซ็นคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ส่วนกลุ่มทดลองนั้นแบ่งเป็นระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วันเช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุมเพื่อสร้างสัมพันธภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้การสอนแนะนำตามโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน จากนั้นระยะหลังผ่าตัด ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยเข้าไปในหอผู้ป่วยหนักเพื่อทบทวน โปรแกรมการสอนแนะนำที่ผู้วิจัยได้ให้ไปในระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยทุกวันจนกว่าผู้ป่วยจะถอดท่อช่วยหายใจออก

3. ผู้วิจัยประเมินความทุกข์ทรมานของกลุ่มควบคุมหลังจากเอาท่อช่วยหายใจออกแล้ว โดยใช้แบบประเมินความทุกข์ทรมาน ส่วนกลุ่มทดลองผู้วิจัยประเมินความทุกข์ทรมานหลังจากเอาท่อช่วยหายใจออกแล้วโดยใช้แบบประเมินความทุกข์ทรมาน และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science/For Windows) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. นำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความทุกข์ทรมานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะนำ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 30 คนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีการศึกษาใน

ระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 23.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 60 และระยะเวลาที่คาบอช่วยหายใจส่วนใหญ่ 11-20 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีวิธีการที่ทำให้เกิดความผ่อนคลายเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นคือการฟังเพลง คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมาคือ การออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีวิธีการที่ทำให้เกิดความผ่อนคลายเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นคือ การหาเพื่อนคุย คิดเป็นร้อยละ 20 กลุ่มควบคุมร้อยละ 80 ชอบฟังดนตรี ส่วนกลุ่มทดลองชอบฟังดนตรีร้อยละ 66.7

2. ระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

2.1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีคะแนนความทุกข์ทรมานในระดับมาก โดยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานเท่ากับ 8.02 และในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนมีคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานเท่ากับ 7.69

2.2 คะแนนความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความทุกข์ทรมานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนมีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีคะแนนความทุกข์ทรมานในระดับมาก โดยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานเท่ากับ 8.02 และในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนมีคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานเท่ากับ 7.69 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bergbom-engberg and Haljamae (1989) ซึ่งได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 158 คนพบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ สุพัตรา อยู่สุข (2536) ศึกษาความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 110 ราย พบว่าผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมานในระดับมาก เช่นเดียวกับเพ็ญศรี สุเหตุดำรง (2537) ได้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่เคยใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 10 รายพบว่าผู้ป่วยทุกคนเห็นตรงกันว่าสิ่งที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง และ Pochard et al (1995) ศึกษาผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 43 คนพบว่ามีความทุกข์ทรมานมาก

และจากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่ามีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่างๆ คือกลุ่มควบคุมเห็นด้วยมากและมากที่สุดสำหรับปัจจัยดังต่อไปนี้ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่การสื่อสารกับผู้อื่นได้ยากจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และรู้สึกอึดอัด เนื่องจากการดูดเสมหะนานในแต่ละครั้งมีจำนวนกลุ่มควบคุมที่เห็นด้วย 14 คน และจำนวน 12 คนที่เห็นด้วยว่าปัจจัยดังต่อไปนี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน คือการนอนไม่หลับจากสภาพแวดล้อม เช่น แสงสว่าง เสียง, การปวดเมื่อยจากการนอนในท่าเดียนานๆ และการมีสายต่างๆ ระโยงระยาง ท่อช่วยหายใจ และท่อระบายที่ติดตัวทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด ส่วนกลุ่มทดลองเห็นด้วยมากและมากที่สุดสำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่การเจ็บปวดจากการใส่สายดูดเสมหะ และรู้สึกอึดอัด เนื่องจากการดูดเสมหะนานในแต่ละครั้งมีจำนวนกลุ่มทดลองที่เห็นด้วย 13 คน และจำนวน 10 คนเห็นด้วยว่าการสื่อสารกับผู้อื่นได้ยากจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา อยู่สุข (2536) ที่พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ คือการสื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก การเจ็บปวดจากการดูดเสมหะทำให้มีความทุกข์ทรมานในระดับมาก ส่วนการปวดเมื่อยจากการนอน อึดอัดและเนื่องจากการดูดเสมหะ การมีอุปกรณ์รักษาพยาบาลติดตัวมากทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานปานกลาง สอดคล้องกับนันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย และการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกรายต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน สาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่างๆ ส่วนใหญ่มาจากกิจกรรมการักษาพยาบาล ได้แก่ การใส่และคาท่อทางเดินหายใจทำให้มีการบาดเจ็บ และระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก ลำคอ หลอดลม คอหอยและกล่องเสียงจากการกระทบกระแทกของปลายท่อทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังอาจเกิดการกดอวัยวะดังกล่าวจาก cuff ของท่อทางเดินหายใจ การเคลื่อนที่ขึ้นลง แกว่ง ดึงรั้ง หรือเลื่อนหลุดจากการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่านอน การอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542; Regan, 1988)

การใส่ท่อช่วยหายใจยังทำให้กลไกการป้องกันตัวของทางเดินหายใจทำงานลดลง ปฏิบัติการการไอลดลงหรือหายไป ลดความสามารถของ cilia ในการโบกพัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ เกิดการคั่งของเสมหะจึงจำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ และขณะดูดเสมหะแรงดูดที่ใช้จะต้องไม่มากเกินไป 100-120 มิลลิเมตรปรอท เพราะถ้าแรงดูดสูงเกินไปจะทำให้มีการทำลายต่อเยื่อหลอดลม (Allen, 1988) การทำลายเยื่อหลอดลมจะมีมากขึ้นถ้าการดูดเสมหะไม่ถูกวิธี มีการสอดสายดูดเสมหะที่รุนแรงและดูดซ้ำๆ แม้ว่าจะมีการทดลองใช้สายดูดเสมหะชนิดต่างๆ กันก็ยังคงพบว่าการดูดเสมหะแต่ละครั้ง สายดูดเสมหะจะขีดข่วน ทำลายเยื่อหลอดลม และจะมีการทำลายมากขึ้นถ้าเป็นการดูดเสมหะที่รุนแรง ไม่นุ่มนวลและดูดซ้ำๆ (Regan, 1988) นอกจากนี้ก่อนการดูดเสมหะ ถ้าเสมหะอยู่ลึกจะต้องใช้ถุงลมช่วยหายใจ (resuscitating bag) ช่วยบีบลมเข้าปอดประมาณ

3 ครั้งเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอซึ่งจะช่วยให้เสมหะที่อยู่ส่วนลึกของปอดออกมา(วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2535) การบีบถุงลมช่วยหายใจนี้จะเป็นการช่วยขยายถุงลม ไม่ให้ถุงลมแฟบในการดูดเสมหะครั้งต่อไป (อรสา พันธุ์ภักดี, 2534) ในขณะที่บีบถุงลมช่วยหายใจถ้ามีการยืดตึงให้ท่อทางเดินหายใจอยู่กับที่ไม่ดีพอ ผู้ป่วยจะเจ็บปวดจากการกระทบกระแทกของปลายท่อทางเดินหายใจในหลอดลมที่มีการเคลื่อนไหวขึ้น-ลงในขณะบีบถุงลมช่วยหายใจ ดังที่ Luckmann and Sorensen (1987) กล่าวว่า การดูดเสมหะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย จากการศึกษารายงานของ Puntillo (1990) เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 24 คน พบว่าผู้ป่วย 13 คน รายงานว่าได้รับความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และยังรายงานว่าการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยไอ และเป็นสาเหตุให้อาการปวดมากขึ้น Turner et al. (1990) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักพบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ไม่น่าพอใจโดยผู้ป่วย 44% เจ็บปวดจากการดูดเสมหะ สุพัตรา อยู่สุข (2536) ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 110 ราย พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดได้แก่ความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะ นอกจากนี้การดูดเสมหะยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ และเกิดการสำลัก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนและผลที่เกิดจากการดูดเสมหะดังกล่าวจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (Demer, 1982) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถพูดได้จากการที่ท่อช่วยหายใจกดกล่องเสียง ผู้ป่วยที่ฟังการสนทนาของพยาบาลเข้าใจ แต่ไม่สามารถโต้ตอบได้ทำให้ผู้ป่วยอึดอัด คับข้องใจซึ่งถือเป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Dolan, 1991) Hupcey and Zimmerman (2000) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับเมื่ออยู่ที่หอผู้ป่วยหนักพบว่าผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ และโกรธเมื่อต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากทำให้ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ เช่นเดียวกับ Mckinley et al. (2002) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วจำนวน 14 คนพบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเนื่องจากไม่สามารถบอกความต้องการได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้พูดไม่ได้ และพยาบาลไม่สามารถที่จะเข้าใจเมื่อผู้ป่วยพยายามสื่อสารด้วยวิธีอื่น

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจยังต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ระวังไม่ให้ท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดและดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมักจะมีอุปกรณ์ต่างๆติดตัวผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล และช่วยในการติดตามเฝ้าดูสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดเครื่องเฝ้าดูการทำงานของหัวใจ คาสายสวนปัสสาวะ การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยจะต้องทำด้วยความระมัดระวัง และจำกัดในบางท่าทาง ในผู้ป่วยบางรายอาจถูกผูกยึดไว้เพื่อป้องกันอุปกรณ์ต่างๆดังกล่าวเลื่อนหลุดจากการดึงออก หรือการเคลื่อนไหวโดยไม่ระมัดระวังของตัวผู้ป่วยเอง (Johnson and Sexton, 1990) ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัดและไม่สุขสบาย ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังบริเวณเอวและก้นกบเมื่ออยู่ในท่านอนหงายนานๆ (Johnson and Sexton, 1990) นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้หรือได้

จำกัดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังหรืออำนาจในตนเองไป จากการศึกษาของสุพัตรา อยู่สุข (2536) พบว่าการคาบอทางเดินหายใจทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับนันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย และการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม และ Grap et al. (2002) ที่ศึกษาความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 22 คน พบว่าการเคลื่อนไหวจะเพิ่มความทรมานในการใส่ท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ข้อ 2 เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากระยะเวลาในการฝึกสอนสั้นเกินไป เช่นการฝึกสมาธิ แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเคยฝึกสมาธิมาบ้าง แต่ไม่ได้ทำเป็นประจำ ดังนั้นเมื่อถึงเวลาที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานแบบเฉียบพลันทำให้ไม่สามารถทำสมาธิได้ถึงระดับฌาน ซึ่งร่างกายจะมีการหลั่งสาร Endorphin ขึ้น สาร Endorphin นี้ทำหน้าที่ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดที่ส่งมาจากไขสันหลัง ทำให้ความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานลดลง (ประเวศ วะสี, 2540) ผู้ป่วยอาจทำได้แค่สมาธิ ซึ่งเป็นเพียงสมาธิชั่วระยะสั้นๆ อาจไม่เพียงพอในการระงับความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณี ลิ้มปวีร์วรรณ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายต่อความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง พบว่าการทำสมาธิเป็นวิธีการเผชิญความเจ็บปวดทางจิตที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายปวดได้ แต่ในช่วงแรกของอาการปวดผู้ป่วยยังไม่สามารถใช้สมาธิช่วยได้ จะต้องมีกรบรรเทาอาการปวดทางร่างกายในระดับหนึ่งก่อน แล้วจึงมุ่งแก้ความเจ็บปวดที่อารมณ์

นอกจากนี้การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น เนื่องจากบริเวณทรวงอกจะมีเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นเส้นประสาทที่มีความซับซ้อน และมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณอวัยวะภายใน (visceral and somatic pain) (Jurf and Nirschl, 1993) นอกจากนี้แผลผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีแนวการผ่าตัดยาวจะเจ็บปวดมากกว่าแผลผ่าตัดที่มีแนวแผลผ่าตัดสั้น และการผ่าตัดที่ใช้เวลานานจะทำให้เจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดในระยะสั้น เพราะแผลผ่าตัดที่มีแนวการผ่าตัดยาว และเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดนานจะทำให้เนื้อเยื่อ และเซลล์ประสาทได้รับอันตรายมาก เนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายนี้จะมีการหลั่งสาร bradykinin, serotonin, histamine, potassium, prostaglandins และ leukotrienes ออกมากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น (Boss, 1992; Lewis, Heitkemper, and Dirksen, 2000) ความเจ็บปวด

หลังผ่าตัดนี้เป็นความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน ต้องการการบรรเทาอย่างรวดเร็ว การใช้เทคนิค เบี่ยงเบนความสนใจ เช่นการทำสมาธิ หรือการฟังดนตรีเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผล ดังการศึกษา ของนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) เรื่องการรับรู้ความเจ็บปวด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พบว่าวิธีการบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดพึงพอใจมากที่สุด คือการ ให้อาบบรรเทาปวด โนมินภา กิตติศัพท์ (2536) ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวด และ ความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 10 ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองให้ ความเห็นว่าบางครั้งรู้สึกหงุดหงิดถ้าได้ฟังเพลงในขณะที่ตนกำลังเจ็บปวดมาก ซึ่งตนต้องการยา ระงับปวดมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen et al. (1997) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพยาบาล ในรูปแบบการสอนแนะ และการใช้การรบกวนเพื่อดึงความสนใจเพื่อคุณภาพ และผลของ การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานของเด็ก ผู้ปกครอง และพยาบาลในระหว่างการให้วัคซีน ผลการวิจัยพบว่าความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานของเด็กไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 5 คนคิดเป็นร้อยละ 33.3 ที่ไม่ชอบฟังเพลง แต่ หลังผ่าตัดขอฟังเพลงจำนวน 2 คน ผู้ป่วยได้กล่าวว่าฟังแล้วทำให้สบายใจขึ้น เพลินดี และมีผู้ป่วยที่ ชอบฟังเพลงแต่หลังผ่าตัดขอไม่ฟังจำนวน 6 คน เพราะรู้สึกรำคาญ ไม่อยากฟัง ไม่มีอารมณ์จะฟัง ซึ่งผู้วิจัยสังเกตว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีคะแนนความทุกข์ทรมานในระดับสูง แต่มีผู้ป่วยจำนวน 3 คน ขอฟังเพลงเมื่อถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว โดยผู้ป่วยกล่าวว่าเมื่อฟังเพลงช่วยให้หลับได้ และ อารมณ์แจ่มใสขึ้น

แม้ว่าการใช้โปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตนจะทำให้ระดับความทุกข์ทรมานระหว่าง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยของระดับความ ทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มทดลองนั้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดย กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตน มีคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมาน เท่ากับ 7.69 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานเท่ากับ 8.02 และกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตนยังมีค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความ ทุกข์ทรมานระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีค่าเท่ากับ 23.87 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.6 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในกลุ่ม ทดลองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานได้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วย จำนวน 14 คนสามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนได้ระหว่างที่ใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ ผู้ป่วย จำนวน 11 คนสามารถทำสมาธิเมื่อนอนไม่หลับ และใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัดเมื่อต้อง หายใจเข้าออกลึกๆ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย และมีผู้ป่วยจำนวน 9 คนสามารถขยับ หรือเปลี่ยนท่า ได้แม้จะมีอุปกรณ์การรักษาพยาบาลติดตัวมาก แต่พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองร้อยละ 86.67 กล่าวว่า การดูแลเหมาะสมทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด ไม่มีวิธีใดที่จะช่วยทำให้ความทุกข์ทรมาน

จากการดูผสมหะลดลงได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ไม่มีผู้ป่วยรายใดดึงท่อช่วยหายใจออกเองเลย ซึ่งต่างกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 1 คนที่ดึงท่อช่วยหายใจออกเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตน โดยจัดทำตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ OPD โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งจะได้รับทราบว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดช่วงไหนเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเตรียมตัว เตรียมใจ และฝึกปฏิบัติเทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ก่อนที่จะได้พบกับสถานการณ์จริง และควรมีการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายตามแบบที่ผู้ป่วยคุ้นเคยให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล เนื่องจากหากผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับเทคนิคจะทำให้มีความเคยชิน และสามารถ应用技术นั้นในการผ่อนคลายได้ดีกว่าวิธีที่เพิ่งจะฝึกปฏิบัติ
2. ควรมีการปฏิบัติกรพยาบาลที่นุ่มนวลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะการดูผสมหะ ควรมีการดูแลเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้นและดูแลด้วยความนุ่มนวล
3. ควรมีการให้ยาบรรเทาปวดที่เพียงพอเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานในระดับมาก ก่อนที่จะใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานในขั้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ OPD โดยหาวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ หรือการผ่อนคลายแบบอื่นตามที่ผู้ป่วยมีความเคยชิน หรือใช้แล้วได้ผล แนะนำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติต่อบ้านจนสามารถทำได้ผลดี และสามารถนำมาใช้ได้
2. ควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องความทนทานต่อความเจ็บปวด (pain threshold) และความอดทนต่อความเจ็บปวด (pain tolerance) เนื่องจากมีผลต่อระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- จอม สุวรรณโณ. 2542. บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล 48: 13-20.
- จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. 2546. ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา ตันติธรรม. 2542. ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต. ใน การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต, หน้า 432-433. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- ฉวี มากพุ่ม. 2530. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉก ธนะสิริ. 2539. สมาธิกับคุณภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: แปลนพับลิชชิ่ง.
- ช่อลดา พันธุเสนา. 2536. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ชาญชัย โพธิ์คลัง. 2532. หลักพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ในการฝึกกีฬา (The scientific basic of coaching). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ดรุณี รุจกรกานต์. 2541. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- นที เกื้อกุลกิจการ. 2541. การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. 2535. การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และพิชาณี แสนมโนวงศ์. 2542. รายงานการวิจัยเรื่องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่. (ม.ป.ท.).
- บุญชม ศรีสะอาด. 2537. การพัฒนาการสอน. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุศริน เอี้ยวสีหยก. 2545. ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง กรรณสุด. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประไพ มีทรัพย์ และ กัญญารัตน์ ผู้บริหาร. 2542. ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ. พุทธชินราชเวชสาร 3 (กันยายน-ธันวาคม): 128-134.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2536. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประเวศ วะสี. 2540. บนเส้นทางชีวิต: วิกฤตภาวะนิรันดร์. หมอชาวบ้าน 18: 54-63.
- ปราณี ลิ้มปัววรรณ. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีระพงษ์ บุญศิริ. 2536. จิตวิทยาการกีฬา (sport psychology). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- เพ็ญศรี สุหฤตดำรง. 2537. ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจเทียมและเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลดาวลัย จารุณาวัดณ์. 2528. ผลของการใช้เครื่องมือติดต่อสื่อสารที่มีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์. 2535. การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. อุบลราชธานี: ผดุงสาร.
- วันเพ็ญ ปานยิ้ม. 2543. ผลของการนวดจุดฝ่าเท้าต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลลภา สังฆโสภณ. 2536. ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร เจริญชัยศรี. 2542. มหัศจรรย์แห่งสมาธิและวิทยาศาสตร์ทางจิต. ชีวิต 1(กรกฎาคม): 78-81.
- สิทธิโชค วรรณสันติกุล. 2539. ศิลปะการบังคับบัญชา. กรุงเทพฯ: บุคแบงก์.
- สุดิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. 2535. บทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเฉียบพลัน. ใน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เฉียบพลันและเรื้อรัง, หน้า 42-44. (ม.ป.ท.).
- สุพร พลยานันท์. 2528. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แม็ค.

- สุพรรณณี สุ่มเล็ก. 2527. ผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา อยู่สุข. 2536. ระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรสา พันธุ์ภักดี. 2534. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 2, หน้า 178-228. กรุงเทพมหานคร: มิตรเจริญการพิมพ์.
- อรสา พันธุ์ภักดี. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 2, หน้า 209-218. กรุงเทพมหานคร: วิเจ ประพันธ์.
- อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, ดวงแข พิทักษ์สิน, สมสุข สิงห์ปัญจนที และวิราวรรณ คล้ายหิรัญ. 2544. ผลของการสอนแนะต่อทักษะการสวนปัสสาวะและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี 13: 10-15.
- อินทรา ปากันทะ. 2545. ผลของการให้ข้อมูลต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยขณะได้รับการสลายนิ้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุไร นิโรชนันท์. 2539. ผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัสนี วันชัย. 2539. ความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Allen, D. 1988. Making senses of suctioning. Nursing Times 84: 46-48.
- Arling, G. 1987. Strain, social support, and distress in old age. Journal of Gerontology 42: 107-113.

- Aurell, J., and Elmqvist, D. 1985. Sleep in the surgical intensive care unit: Continuous polygraphic recording of sleep in nine patients receiving postoperative care. British Medical Journal 290: 1029-1032.
- Baker, C. F. 1984. Sensory overload and noise in the ICU: Sources of environmental stress. Critical Care Quarterly : 66-80.
- Baldwin, K. M., Garza, C. S., Martin, R. N., Sheriff, S., and Hanssen, G. A. 1995. Sensory Alteration in the intensive care unit patient. In Davis's manual of critical care therapeutics, p. 609. Philadelphia: F. A. Davis.
- Barry, P. D. 1989. Psychosocial nursing assessment and intervention: Care of the physically ill person. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Beare, P. G., and Myers, J. L. 1994. Principles and practice of adults health nursing. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Bergbom-Engberg, I., and Haljamae, H. 1989. Assessment of patients' experience of discomforts During respirator treatment. Critical Care Medicine 17: 1068-1072.
- Blackwood, B. 2000. The art and science of predicting patient readiness for weaning from mechanical ventilation. International Journal of Nursing Studies 37: 145-151.
- Bond, M. R. 1984. Pain. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone.
- Bonica, J. J. ed. 1991. The management of pain. London: Lea & Febiger.
- Boss, B. J. 1992. Nursing assessment and role in management pain. In Lewis, S. W., and Collier, I. C. (eds.), Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems, 3rd ed. pp. 1497-1520. New York: Mosby.
- Burns, N., and Grove, S. K. 1993. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Carr, C. J. E. 1990. Postoperative pain: Patients' expectations and experiences. Journal of Advanced Nursing 15: 89-100.
- Chlan, L. 1998. Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patient receiving ventilatory assistance. Heart & Lung 27: 169-176.
- Christensen, B. L., and Kockrow, E. O. 1991. Foundations of nursing. St Louis: Mosby.
- Clarke, E. B., and Spross, J. A. 1996. Expert coaching and guidance. In Hamric, A. B., Spross, J. A., and Hanson, C. M. (eds.), Advanced nursing practice: An integrative approach, Philadelphia: W. B. Saunders.

- Clarke, M. 1984. Stress and coping: Constructs for nursing. Journal of Advanced Nursing 9: 3-13.
- Closs, S. J. 1992. Patient 'night-time pain, analgesic provision and sleep after surgery. International Journal of Nursing Studies 29: 381-389.
- Cohen, L. L., Blount, R. L., and Panopoulos, G. 1997. Nurse coaching and cartoon distraction: An effective and practical intervention to reduce child, parent and nurse distress during immunizations. Journal of Pediatric Psychology 22: 355-370.
- Cornock, M. A. 1998. Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. Journal of Advanced Nursing 27: 518-527.
- Criner, G. J., and Isaac, L. 1995. Psychological issues in the ventilator-dependent patient. Respiratory Care 40: 855-864.
- Dale, F. 1993. Postoperative pain in the elective surgical patient. British Journal of Nursing 2: 842-849.
- Davis-Rollans, C., and Cunningham, S. G. 1987. Physiologic responses of coronary care patients to selected music. Heart & Lung 16: 370-378.
- Demer, R. R. 1982. Complications of endotracheal suctioning procedures. Respiratory Care 27 (April): 453-457.
- Derham, C. 1991. An evaluation of the preoperative information given by the intensive care nurse. Intensive Care Nurse 7: 80-85.
- Dodson, M. E. 1985. The management of postoperative pain. London: Edward Arnold.
- Doehring, K. M. 1989. Relieving pain through touch. Advancing Clinical Care 4: 32-33.
- Dolan, J. T. 1991. Critical care nursing clinical management through the nursing process. Philadelphia: F.A. Davis.
- Dossy, B. M. 1992. Psychophysiologic self-regulation interventions. In Barbara, M., Dossey, Cathic, E., Guzzetta, and Cornelia, V. K. (eds.), Critical care nursing: Body-Mind-Spirit, New York: J.B. Lippincott.
- Drain, C. B. 1994. The post anesthesia care unit. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Durham, J. D. 1992. Psychosocial nursing in non-psychiatric settings. In Psychiatric Nursing, pp. 458-460. California: Addison-Wesley Nursing.
- Edlund, B., and Sneed, N. V. 1989. Emotional responses to diagnosis of cancer: Age-related comparison. Oncology Nursing Forum 16: 691-697.

- Feldman, H. R. 1991. Pain. In Patrick, M. L. et al. (eds.), Medical-surgical nursing: Pathophysiological concepts, 2nd ed. pp. 32-115. Philadelphia: Lippincott.
- Finkelmeier, B. F. 2000. Cardiothoracic surgical nursing, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Fontaine, D. K. 1994. Nonpharmacologic management of patient distress during mechanical ventilation. Critical Care Clinics 10 (October): 695-708.
- Fuller, J., and Schaller-Ayers, J. S. 1990. Health assessment: A nursing approach. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Galloway, M. M. 1999. Perioperative care. In Harkness, G. A., and Dincher, J. R. (eds.), Medical-surgical nursing: Total patient care, 10th ed. pp. 479-514. St. Louis: Mosby.
- Galloway, S. C., and Graydon, J. E. 1996. Uncertainty, symptom distress, and information needs after surgery for cancer of the colon. Cancer Nursing 19: 112-117.
- Garvin, B. J., Huston, G. P., and Baker, C. F. 1992. Information used by nurses to prepare patients for a stressful event. Applied Nursing Research 5 (November): 158-163.
- Gaston-Johansson, F., Franco, T., and Zimmerman, L. 1992. Pain and psychological distress in patients undergoing autologous bone marrow transplantation. Oncology Nursing Forum 19: 41-47.
- Girvin, J. 1999. Coaching for improving job performance and satisfaction. Nursing Times 95: 55-57.
- Good, M. 1995. Relaxation techniques for surgical patients. American Journal of Nursing 95: 39-42.
- Gortner et al. 1988. Improving recovery following cardiac surgery: A randomized clinical trial. Journal of Advanced Nursing 13: 649-661.
- Gortner, S. R., and Jenkins, L. S. 1990. Self-efficacy and activity level following cardiac surgery. Journal of Advanced Nursing 15: 1132-1138.
- Grady, K. L., Jalowice, A., Grusk, B. B., White-Williams, C., and Robinson, J. A. 1992. Symptom distress in cardiac transplant candidates. Heart & Lung 21: 434-439.
- Grap, M. J., Glass, C., and Lindamood, M. O. 1995. Factors related to unplanned extubation of endotracheal tubes. Critical Care Nurse (April): 57-65.
- Grap, M. J., Blecha, T., and Munro, C. 2002. A description of patients' report of endotracheal tube discomfort. Intensive and Critical Care Nursing 18: 244-249.
- Grealish, L. 2000. The skills of coach are an essential element in clinical learning. Journal of Nursing Education 39: 231-233.

- Gross, A. R. 1986. The effect of coping strategies in the relief of pain following surgical intervention for low back pain. Psychosomatic Medicine 48: 229-241.
- Hafsteindottir, T. B. 1996. Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. Intensive and Critical Care Nursing 12: 261-271.
- Hailey, B. J., Lalor, K. M., and Hardin, K. N. 1990. The effect of type of relationship on perceived psychological distress in women with breast cancer. Health Care Women International 11: 359-366.
- Heffline, M. S. 1990. Exploring nursing interventions for acute pain in the post anesthesia care unit. Journal of Post Anesthesia Nursing. 5:321-328.
- Hewitt, J. 2002. Psycho-affective disorder in intensive care unit: A review. Journal of Clinical Nursing 11: 575-584.
- Hodgson, L. A. 1991. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. Journal of Advanced Nursing 16: 1503-1510.
- Holmes, S. 1991. Preliminary investigations of symptom distress in two cancer patient populations: Evaluation of a measurement instrument. Journal of Advanced Nursing 16: 439-446.
- Honkus, V. L. 2003. Sleep deprivation in critical care units. Critical Care Nursing Quarterly 26: 179-189.
- Hudak, C. M., and Benz J. J. 1990. Critical Care Nursing: A holistic approach. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., and Morton, P. G. 1998. Critical care nursing: A holistic approach. 7th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Hupcey, J. E., and Zimmerman, H. E. 2000. The need to know: Experiences of critically ill patients. American Journal of Critical Care 9: 192-198.
- Johnson, B. S. 1989. Adaptation and growth: Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Johnson, J. E. 1972. Effects of structuring patients' expectations on their reactions to threatening events. Nursing Research 21: 499-503.
- Johnson, J. E. 1973. Effects of accurate expectations about sensations on the sensory and distress components of pain. Journal of Personality and Social Psychology 27: 261-275.
- Johnson, J. E., Fuller, S. S., Endress, M. P., and Rice, V. H. 1978. Alter patients responses to surgery: An extension and replication. Research in Nursing and Health 1: 111-121.

- Johnson, J. E., Rice, V. H., Fuller, S. S., and Endress, M. P. 1978. Sensory information instruction in a coping strategy and recovery from surgery. Research in Nursing and Health 23: 4-17.
- Johnson, M. M., and Sexton, D. L. 1990. Distress during mechanical ventilation: Patients' perceptions. Critical Care Nurse 10: 48-57.
- Jurf, J. B., and Nirschl, A. L. 1993. Acute postoperative pain management: A comprehensive review and update. Critical Care Nursing Quarterly 16: 8-25.
- Karb, V. B. 1980. Pain. In Phipps, W. J., Long, B. C., and Wood, N. F. (eds.), Medical surgical nursing: Concepts and clinical practice, pp. 129-141. St Louis: The C.V. Mosby.
- Keller, H., and Bzdek, V. M. 1986. Effects of therapeutic touch on tension headache pain. Nursing Research 35: 101-106.
- Leddy, S., and Pepper, J. M. 1998. Conceptual bases of professional nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- LeMone, P., and Burke, K. M. 1996. Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care. California: Addison-Wesley Nursing.
- Leventhal, H., and Johnson, J. E. 1983. Laboratory and field experiment of a theory of self-regulation. In Wooldridge, P.T. et al. (eds.), Behavioral science and nursing theory, pp. 189-282. St. Louis: The C.V.Mosby.
- Lewis, F. M., and Zahlis, E. H. 1997. The nurse as coach: A conceptual framework for clinical practice. Oncology Nursing Forum 24: 1695-1702.
- Lewis, S. M., and Collier, I. C. 1992. Medical-surgical nursing assessment of clinical problems. 3rd ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., and Dirksen, S. R. 2000. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Lindsey, A. M., Carrieri-Kohlman, V., and Page, G. G. 1993. Stress response. In Virginia, C. K., Ada, M. L., and Claudia, M. W. (eds.), Pathophysiological phenomena in nursing: Human response to illness, pp. 397-419. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Long, B. C. 1991. Preoperative nursing. In Phipps, W. J., Long, B. C., Woods, N. F., and Cassmeyer (eds.), Medical-surgical nursing: Concepts and clinical practice, 4th ed. pp. 445-465. St. Louis: Mosby.

- Logan, J., and Jenny, J. 1997. Qualitative analysis of patients' work during mechanical ventilation and weaning. Heart & Lung 26 (March/April): 140-147.
- Luckman, J., and Sorensen, K. C. 1987. Medical-surgical nursing: A psychophysiologic Approach. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Marino, P. L. 1998. Analgesia and sedation. In The ICU book. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- McCaffery, M. 1979. Nursing management of the patient with pain. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- McCaffery, M. 1990. Pain management: Nurses lead the way to new priorities. American Journal of Nursing 90: 45-50.
- McCleane, G. J., and Cooper, R. 1990. The nature of pre-operative anxiety. Anaesthesia 45: 153-155.
- McCorkle, R., and Young, K. 1978. Development of a symptom distress scale. Cancer Nursing 1: 373-378.
- McDonald, D. D., McNulty, J., Erickson, K., Weiskopf, C. 2000. Communicating pain and pain management needs after surgery. Applied Nursing Research 13: 70-75.
- McGuire, L. 1999. The patient with pain. In Harkness, G. A., and Dincher, J. R. (eds.), Medical-surgical nursing: Total patient care, 10th ed. pp. 217-238. St. Louis: Mosby.
- McHugh, N. G., Christman, N. J., and Johnson, J. E. 1982. Preparatory information: What helps and why. American Journal of Nursing (May): 780-782.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., and Hedson, J. 2002. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. Intensive and Critical Care Nursing. 18: 27-36.
- Meehan, T. C. 1993. Therapeutic touch and postoperative pain: A Rogerian research study. Nursing Science Quarterly 6: 69-78.
- Melzack, R., and Wall, P. D. 1965. Pain mechanism: A new theory. Science 150: 971-978.
- Miller, K. M. 1987. Deep breathing relaxation: A pain management technique. AORN 45: 484-488.
- Moore, S. M. 1996. The effects of a discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. International Journal of Nursing Studies 33: 181-189.

- Muro, G. A., Keeling, A. W., and Long, B. C. 1995. Postoperative nursing. In Phipps, W.J., Cassmeyer, V.L., Sands, J.K. and Leham, M.K. (eds.), Medical-surgical nursing: Concepts and clinical practice, 5th ed. pp. 630-650. St. Louis: Mosby.
- Neufeldt, V., and Guralnik, D. B. 1988. Webster's New World Dictionary of American English. 3rd ed. New York: Simon & Schuster.
- O' Shaughnessy, S. 2001. Executive coaching : The route to business stardom. In Industrial and Commercial Training 33: 194-197.
- Pederson, C., and Parran, L. 1999. Pain and distress in adults and children undergoing peripheral blood stem cell or bone marrow transplant. Oncology Nursing Forum 26: 575-582.
- Penckofer, S. M., and Holm, K. 1990. Women undergoing coronary artery bypass surgery: Physiological and psychosocial perspectives. Cardiovascular Nursing 26: 13-18.
- Pennock, B. E., Crawshaw, L., Maher, T., Price, T., and Kaplan, P. 1994. Distressful events in the ICU as perceived by patients recovering from coronary artery bypass surgery. Heart & Lung 23: 323-327.
- Perry, A. G., and Potter, P. A. 2002. Clinical nursing skills & techniques. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Pochard, F., et al. 1995. Subjective psychological status of severely ill patients discharged from mechanical ventilation. Clinical Intensive Care 6: 57-61.
- Polit, D. F. and Beck, C. T. 2004. Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Potter, P. A., and Perry, A. G. 1999. Basic nursing: A critical thinking approach. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Puntillo, K. A. 1990. Pain experiences of intensive care unit patients. Heart & Lung 19: 526-533.
- Radziewicz, R. M., and Schneider, S. M. 1992. Using diversional activity to enhance coping. Cancer Nursing 4: 293-298.
- Redeker, N. S. 2000. Sleep in acute care settings: An integrative review. Journal of Nursing Scholarship (First Quarter): 31-38.
- Regan, M. 1988. Tracheal mucosal injury the nurse's role. The Journal of Clinical Practice Nursing 3: 1064-1066.
- Reid-Ponte, P. 1992. Distress in cancer patients and primary nurses' empathy skills. Cancer Nursing 15: 283-292.

- Rhodes, V. A., and Watson, P. M. 1987. Symptom distress the concept past and present. Seminars in Oncology Nursing 3: 242-247.
- Russell, S. 1999. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. Journal of Advanced Nursing 29: 783-791.
- Salmon, P., and Kaufman, L. 1990. Preoperative anxiety and endocrine response to surgery. Lancet 335: 1340.
- Samarel, N., and Fawcett, J. 1992. Enhancing adaptation to breast cancer: The addition of coaching to support groups. Oncology Nursing Forum 19: 591-595.
- Samarel, N., Fawcett, J., and Tulman, L. 1993. The effects of coaching in breast cancer support groups: A pilot study. Oncology Nursing Forum 20: 795-798.
- Schalling, D. 1986. Anxiety, pain, and coping. In Spielberger, C. D. and Sarason, I. G. (eds.), Stress and anxiety, pp. 439-445. Washington: Hemisphere.
- Schover, L. R. et al. 1995. Partial mastectomy and breast reconstruction. Cancer 75: 54-64.
- Scott, L. S., Clum, G. A., and Peoples, J. B. 1983. Preoperative predictors or postoperative pain. Pain 15: 283-293.
- Simpson, T. F., Armstrong, S., and Mitchell, P. 1989. American Association of Critical Care Nurses demonstration project: Patients' recollection of critical care. Heart & Lung 18: 325-331.
- Smeltzer, S. C., and Bare, B. C. 2000. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 9th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Smith, S. A. 1989. Extended body image in the ventilated patient. Intensive Care Nursing 5: 31-38.
- Spross, J. A., Clarke, E. B., and Beauregard, J. 2001. Expert coaching and guidance. In Hamric, A. B., Spross, J. A., and Hanson, C. M. (eds.), Advanced nursing practice: An integrative approach, 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Stovsky, B., Rudy, E., Dragonette, P. 1988. Comparison of two types of communication methods used after cardiac surgery with patients with endotracheal tubes. Heart & Lung 17: 281-289.
- Tack, B. B., and Gilliss, C. L. 1990. Nurse-monitored cardiac recovery: A description of the first 8 weeks. Heart & Lung 19: 491-499.
- Taylor, C., Lillis, C., and Lemone, P. 2001. Comfort. In Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care, 4th ed. Philadelphia: Lippincott.

- Taylor, M. L. 1990. Psychological treatment of chronic pain. In Stephan, E. A. (ed.), The pain clinic manual, Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Thelan, L. A., Davie, J. K., and Urden, L. D. 1990. Textbook of critical care: Diagnosis and management. St Louis: The C. V. Mosby.
- Topf, M. 2000. Hospital noise pollution: An environment stress model to guide research and clinical interventions. Journal of Advanced Nursing 31: 520-528.
- Tung, A., and Rosenthal, M. 1995. Patients requiring sedation. Critical Care Clinics 11: 791-802.
- Turner, J. S., Briggs, S. J., Springhom, H. E., and Pot Geiter, P. D. 1990. Patients' recollection of intensive care unit experience. Critical Care Med 18: 966-968.
- Ulrich, R. S. 1984. View through a window may influence recovery from surgery. Science 224: 420-421.
- Walker, B. B. 1972. The postsurgery heart patient: Amount of uninterrupted time for sleep and rest during the first, second, and third post-operative days in a teaching hospital. Nursing Research 21: 164-169.
- Whipple, B., and Glynn, N. J. 1992. Quantification of the effects of listening to music as a noninvasive method of pain control. Scholarly Inquiry for Nursing practice: An International Journal 6: 243-258.
- Wikie, D. J., Williams, A. R., Grevstad, R., and Mekwa, J. 1995. Coaching persons with lung cancer to report sensory pain. Cancer Nursing 18: 7-15.
- Wong, F. Y. K., and Arthur, D. G. 2000. Hong Kong patients' experiences of intensive care after surgery: Nurses' and patients' views. Intensive and Critical Care Nursing 16: 290-303.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

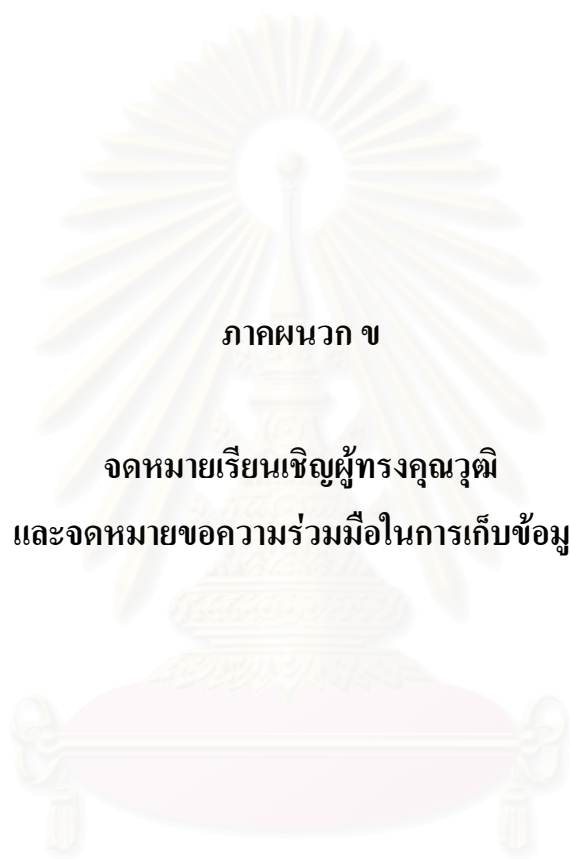
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวรรณวิมล แสงโชติ	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ ประสานมิตร
รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุมพรปาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
อาจารย์ไสว นรสาร	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
นางสาวยุจินต์ เดชชัยย์ณู	หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/
มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น ดังนี้

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวรรณวิมล แสงโชติ | 3. อาจารย์ไสว นรสาร |
| 2. อาจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง | 4. นางสาวยุจินต์ เดชชัยย์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- | | | |
|-------------------|---|---------------------------|
| <u>สำเนาเรียน</u> | 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวรรณวิมล แสงโชติ | 3. อาจารย์ไสว นรสาร |
| | 2. อาจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง | 4. นางสาวยุจินต์ เดชชัยย์ |

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02 – 2189817

ชื่อนิสิต นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร โทร. 09-1291279, 02-3912796

ที่ ศธ 0512.11/1081
มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม

เนื่องด้วย นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02 – 2189817

ชื่อนิสิต นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร โทร. 09-1291279, 02-3912796

ที่ ศธ 0512.11/1081
มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุมพรปราณ

เนื่องด้วย นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันวิทยกิตติ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02 – 2189817

ชื่อนิสิต นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร โทร. 09-1291279, 02-3912796

ที่ ศธ 0512.11/1082

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตน (แผนการสอน แผนการสอนและการปฏิบัติตน และคู่มือปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ) จากผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 30 คน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

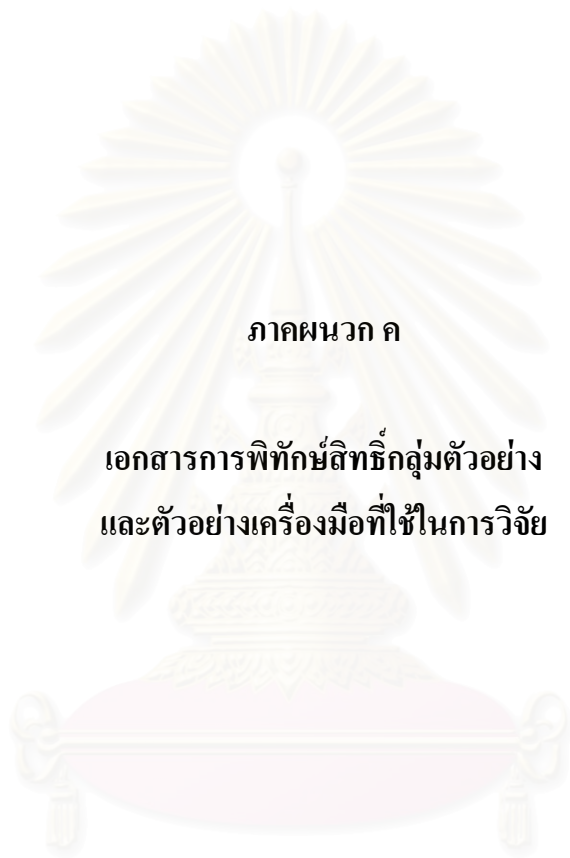
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02 – 2189817

ชื่อนิสิต นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร โทร. 09-1291279, 02-3912796



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย, นาง, นางสาว)..... นามสกุล.....ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ” จากผู้วิจัยคือนางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร โดยข้าพเจ้าจะได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดเมื่ออยู่ที่หอผู้ป่วยหนัก จนกว่าจะถอดท่อช่วยหายใจ และจะได้รับการประเมินความทุกข์ทรมานเมื่อถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ข้าพเจ้าจะอยู่ในความดูแลของผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการศึกษาเป็นอย่างดี ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการร่วมในการศึกษาวิจัยเวลาใดก็ได้ และการบอกเลิกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

หากท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อฉันได้ที่ 02-3912796 หรือสอบถามอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์คือผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-2189817

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....(ผู้ยินยอม)

...../...../.....

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

...../...../.....

ลงชื่อ.....(พยาน)

...../...../.....

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริจันทร์ ภักทวิเชียร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
3. สถานที่ติดต่อ บ้านเลขที่ 5/40 ซอยเจ้าพระยา ถนนสุขุมวิท 71 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ที่บ้าน 02-3912796 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09-1291279
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งใช้วิธีการสอนแนะนำที่เน้นให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด ทำให้เมื่อผู้ป่วยไปเผชิญกับสถานการณ์จริงผู้ป่วยจะสามารถลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้ และทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น และใช้เวลารักษาในหอผู้ป่วยหนักสั้นลง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

3. การวิจัยครั้งนี้จะใช้วิธีคัดเลือกผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และมีเกณฑ์ตามที่กำหนด ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจัดให้ผู้ป่วย 15 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 15 คนต่อมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ 15 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นลายลักษณ์อักษร ภายหลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

4. วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ภายหลังจากได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการโดยสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วย 15 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 15 คนต่อมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ 15 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง โดยมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือเพศเดียวกัน และอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ คือ ก่อนวันเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน และหลังผ่าตัดทุกวันจนกว่าผู้ป่วยจะถอดท่อช่วยหายใจออก หลังจากนั้นจึงวัดความทุกข์ทรมานโดยใช้มาตรวัดความทุกข์ทรมานและแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรม

เพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเอาท่อช่วยหายใจออกแล้ว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏกรรมวิธีที่อาจก่อให้เกิดอันตราย

5. ความรับผิดชอบของประชากรตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างควรเข้ารับโปรแกรมการสอนแนะก่อนผ่าตัด 1 วันและหลังผ่าตัดทุกวันจนกว่าจะถอดท่อช่วยหายใจออก และตอบมาตรวัดความทุกข์ทรมาน และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

6. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยซึ่งถือว่าเป็นการทดลองได้แก่โปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

7. การวิจัยครั้งนี้อาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นแก่กลุ่มประชากร ได้แก่ผู้ป่วยอาจมีความกังวลที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องเสียสละเวลาในช่วงพักฟื้นมาเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

8. ประโยชน์ที่ได้รับแก่ประชากรตัวอย่าง ได้แก่ รับทราบเหตุผลและความจำเป็นในการต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด ได้รับข้อมูลเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังผ่าตัด เช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่สามารถพูดได้ การมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆติดที่ผู้ป่วย การใส่สายปัสสาวะ สภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนักตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึจากประสาทสัมผัส เช่นความรู้สึเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับการฝึกทักษะต่างๆเพื่อลดความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น เช่นทักษะการติดต่อสื่อสารเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ทักษะการฝึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดและใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งทักษะการผ่อนคลาย

9. ผู้วิจัยกล่าวถึงการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ ซึ่งมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ

10. ในหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่าง มีข้อความในเรื่องการปกปิดข้อมูล จะไม่มีการเปิดเผยชื่อของประชากรกลุ่มตัวอย่างในการนำเสนอผลงานวิจัย

11. เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น หรือเหตุผลซึ่งต้องยกเลิกการเข้าร่วมในโครงการของประชากรตัวอย่าง ได้แก่การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่แพทย์ไม่อนุญาตให้ทำกิจกรรมต่างๆ หรือเกิดภาวะวิกฤติของโรคในระยะหลังผ่าตัด

12. ระยะเวลาที่คาดว่าประชากรตัวอย่างจะต้องเกี่ยวข้องกับการทำวิจัย ประมาณ 2 วัน

13. จำนวนของประชากรตัวอย่างในการวิจัย โดยประมาณ 30 คนที่จะใช้ในการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่.....วันที่.....

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

2. โครงร่างการวิจัย จำนวน 14 ชุด

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร ตำแหน่ง นิติระดับมหาบัณฑิต คณะ/สถาบัน /
หน่วยงาน พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการ
สอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ” และประสงค์จะเสนอขอรับ
การพิจารณาจริยธรรมฯ ทั้งนี้โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณา Relevant & Scientific Merit และการ
คัดกรองงานวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะ/ สถาบัน/ หน่วยงานแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

.....

(นางสาวศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

(ลงนาม).....

(ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัยเรื่อง
“ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความ
ทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ”

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ (ระบุ).....ปี

3.ระดับการศึกษา

- ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร
 ปริญญาตรี ปริญญาโท
 อื่นๆ (ระบุ).....

4.อาชีพ

- ข้าราชการ ค้าขาย
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท
 อื่นๆ (ระบุ).....

5.ท่านเคยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหรือไม่ เคย ไม่เคย

6.ท่านเคยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือไม่ เคย ไม่เคย

7.เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความเครียด ท่านใช้วิธีใดเพื่อให้ผ่อนคลาย

- อ่านหนังสือ ฟังเพลง
 ทำสมาธิ หาเพื่อนคุย
 อื่นๆ (ระบุ).....

8.ปกติท่านชอบฟังดนตรีหรือไม่ ชอบ ไม่ชอบ

ถ้าชอบฟังดนตรี ท่านชอบฟังดนตรีประเภทใด

- ไทย สากล
 เพลงพื้นบ้าน ไทยเดิม
 ROCK CLASSIC
 POP เสียงจากธรรมชาติ เช่น น้ำตก

9.ท่านเคยปฏิบัติสมาธิมาก่อนหรือไม่ เคย ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

1. การวินิจฉัยโรค.....

2. การผ่าตัด.....

3. โรคประจำตัว.....

4. ระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจ.....วัน

5. ยาบรรเทาปวดที่ได้รับหลังผ่าตัด

- ชนิดและขนาดของยา.....

- วิธีการให้ยา.....

6. ยาทำให้สงบระงับ (Sedative Drug) ที่ได้รับ.....

7. Left Ventricular Ejection Fraction = %

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความทุกข์ทรมาน

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความทุกข์ทรมานของท่านขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึกระหว่าง 0-10 คะแนนโปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงข้างล่างนี้ที่ได้ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดขณะใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ว่าท่านจะกักบาทลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งถูกหรือผิด เพราะเป็นความรู้สึกของท่านเอง

ตลอดระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจท่านรู้สึกทุกข์ทรมานในระดับใด



ระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย..... คะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์
 ทรมาณของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมาณที่เกิดขึ้นกับท่านที่ผ่านมาตลอด
 ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ กรุณาตอบให้ตรงกับการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมาของท่านให้มากที่สุด
 และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติกิจกรรมของท่าน
 การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ ดังนี้

- ไม่ได้ปฏิบัติ (0) หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมาณเลย
 ปฏิบัติบางครั้ง (1) หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมาณเป็นบางครั้ง
 ปฏิบัติทุกครั้ง (2) หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมาณทุกครั้ง

รายละเอียดของกิจกรรม	การปฏิบัติกิจกรรม		
	ไม่ได้ปฏิบัติ 0	ปฏิบัติบางครั้ง 1	ปฏิบัติทุกครั้ง 2
1.ท่านทำสมาธิอย่างน้อยวันละ 3-4 ครั้งและ บ่อยครั้งตามความต้องการเมื่อรู้สึกปวดแผล ผ่าตัด 2.ท่านทำสมาธิ เมื่อนอนไม่หลับ 3.ท่านทำสมาธิ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือวิตก กังวล			

แผนการสอนแนะเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ช่วงเวลาของการสอนแนะ	ขั้นตอนการสอนแนะ	กิจกรรมและรายละเอียดของการสอนแนะ
ก่อนผ่าตัด	<p>1.การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยตามความรู้และประสบการณ์เดิม</p> <p>2.การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาคือก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน</p> <p>3.การฝึกให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้</p> <p>4.การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม</p>	<p>1.ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ์ผู้ป่วยด้วยการเรียกชื่อ แนะนำตนเองด้วยท่าทางที่ยิ้มแย้มแจ่มใสและเป็นกันเอง ภายหลังจากที่ผู้วิจัยศึกษาประวัติความเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง และข้อมูลส่วนบุคคลจากรายงานผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยสนทนาเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป การรักษาพยาบาลที่ได้รับ ความสุขสบายต่างๆ โดยใช้คำพูด สีหน้า แววตาและกิริยาท่าทีที่เป็นมิตร สุภาพเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมิน.....</p> <p>1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหาหรืออาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามปัญหาที่ได้สรุป.....</p> <p>การสังเกตและติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย</p> <p>1.ให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติในสิ่งที่ผู้วิจัยสอนตามขั้นตอนที่ 2.....</p> <p>1.ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านไป.....</p>

แผนการสอนเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เรื่องและวัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	การประเมิน
<p>การฝึกเทคนิคผ่อนคลายเป็นวิธีที่ใช้ลด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ประโยชน์ในการฝึกการ ผ่อนคลายและสามารถ ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ได้</p>	<p>การผ่อนคลายเป็นวิธีที่ใช้ลด ความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ ได้แก่ความเจ็บปวด ความ วิตกกังวล นอนไม่หลับ เพราะ เมื่อร่างกายมีการผ่อนคลาย จะทำ ให้ระบบประสาทอัตโนมัติลด การทำงานลง และการรับรู้ความ เจ็บปวดลดลง</p>	<p>สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลาย ได้แก่</p> <p>1.การทำสมาธิแบบอานาปานสติกรรมฐาน มี ขั้นตอน ดังนี้</p> <p>1)จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเท่าที่จะทำได้</p> <p>2)ให้ผู้ป่วยหลับตา ทำใจให้สงบ สูดหายใจ เข้าให้รู้ว่าหายใจเข้า หายใจออกให้รู้ว่าหายใจ ออกอาจใช้คำภาวนาด้วย เช่นหายใจเข้าพุท หายใจออกโธ พยายามให้มีสติระลึกรู้ตลอด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2.การฟังดนตรี เมื่อประเมินแล้วว่าผู้ป่วยชอบ ฟังดนตรี</p> <p>1)นำเทปที่มีเสียงดนตรีประเภทต่างๆ ให้ ผู้ป่วยเลือก เช่นเสียงธรรมชาติ</p> <p>2)ให้ผู้ป่วยลองฟังเสียงดนตรีที่เลือก</p> <p>.....</p>	<p>คู่มือปฏิบัติตัว เพื่อลดความทุกข์ ทรมาน</p> <p>เทป และหูฟัง</p>	<p>ลักษณะใบหน้ามีการผ่อนคลาย เช่น ไม่มีอาการนิ้วหน้า คิ้ว ขมวด สามารถควบคุมการ หายใจได้ ตลอดระยะเวลาที่มี การผ่อนคลายผู้ป่วยไม่พูด ไม่ เปล่งเสียงไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หรือกล้ามเนื้อทั่วร่างกายไม่มี การเกร็ง และการประเมินจาก ความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกหลังจาก ใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่นรู้สึก สงบ และผ่อนคลาย ผู้ป่วยผ่อนคลาย การหายใจ และชีพจรช้าลง, ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกสบายใจเมื่อฟังดนตรีที่ ชอบ</p>

เรื่องและวัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	การประเมิน
<p>การฝึกเทคนิคการติดต่อสื่อสาร</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้เทคนิคสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ</p>	<p>การติดต่อสื่อสารเป็นความจำเป็นของชีวิตในการบอกความต้องการของตน โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะไม่สามารถพูดสื่อสารได้จากการที่ท่อช่วยหายใจกีดก้องเสียงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้ เช่นปวดแผล</p>	<p>ผู้วิจัยสอนวิธีในการสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยมีขั้นตอน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายสาเหตุของการไม่สามารถพูดได้เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะสามารถพูดได้ตามปกติเมื่อถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว นำแผ่นภาพการสื่อสารให้ผู้ป่วยดูและแนะนำวิธีใช้..... 	<p>แผ่นภาพการสื่อสาร</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถบอกความต้องการของตนโดยใช้แผ่นภาพได้อย่างถูกต้อง</p>
<p>การฝึกการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าเมื่อมีท่อช่วยหายใจได้โดยปลอดภัย</p>	<p>การใส่ท่อช่วยหายใจ และการมีอุปกรณ์การรักษาติดที่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้จำกัดทำให้เกิดความรู้สึกรำคาญและปวดเมื่อย การที่ผู้ป่วยขยับหรือเปลี่ยนท่าเองอาจทำให้อุปกรณ์ที่มีความสำคัญที่ติดกับผู้ป่วยหลุดออกได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือผู้ป่วยบางคนอาจไม่กล้าขยับตัวเพราะกลัวอุปกรณ์ต่างๆหลุด</p>	<p>ผู้วิจัยสอนและสาธิตวิธีการขยับตัวหรือเปลี่ยนท่า ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ หรือศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 20-30 องศา ใช้มือ ฝ่ามือหรือหมอนประคองที่บริเวณแผลผ่าตัดเพื่อลดการสั่นสะเทือน..... 		<p>ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง</p>

เรื่องและวัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	การประเมิน
<p>การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เป็นการช่วยลดความวิตกกังวล และลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ของผู้ป่วยลง เป็นการเตรียมผู้ป่วยในการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน</p>	<p>ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งจากการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และลักษณะหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคย มีสภาพห้องที่นรกแล้ว มีเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆที่แปลกตา มีเสียงรบกวนจากเครื่องมือ ไฟเปิดสว่างตลอดเวลา.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ก่อนผ่าตัด</p> <p>ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังผ่าตัด ได้แก่</p> <p>1.เหตุผลและความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>หลังผ่าตัด</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผลของการผ่าตัด</p>	<p>รูปภาพเกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆรวมทั้งรูปภาพสภาพแวดล้อมทั่วไปภายในหอผู้ป่วยหนัก</p>	<p>จากการถามคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องต่างๆในการใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง</p>



ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย
เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นของกลุ่มควบคุม

วิธีการที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. อ่านหนังสือ	2	13.30
2. ฟังเพลง	4	26.70
3. อื่นๆ		
- หาเพื่อนคุย	1	6.70
- ออกกำลังกาย	3	20.00
- ดูโทรทัศน์ / ภาพยนตร์	1	6.70
- เดินเล่น	1	6.70
- หางานทำ	1	6.70
- ทำใจ	1	6.70
- ร้องเพลง	1	6.70

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย
เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นของกลุ่มทดลอง

วิธีการที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. อ่านหนังสือ	1	6.70
2. ฟังเพลง	2	13.30
3. ทำสมาธิ	2	13.30
4. อื่นๆ		
- หาเพื่อนคุย	3	20.00
- ดูโทรทัศน์ / ภาพยนตร์	2	13.30
- ไปข้างนอก	1	6.70
- ไม่คิดอะไร	1	6.70
- สวดมนต์	2	13.30
- คิดเจียบๆ	1	6.70

ตารางที่ 9 แสดงความชอบในการฟังดนตรี และประเภทของดนตรีที่ฟังของกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ
ความชอบในการฟังดนตรี		
ชอบ	12	80
ไม่ชอบ	3	20
ประเภทของดนตรีที่ฟัง		
ลูกทุ่ง	4	26.7
สากล	1	6.7
ไทยเดิม	2	13.3
Classic	2	13.3
จีน	1	6.7
Pop	2	13.3
ไม่ฟัง	3	20

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงความชอบในการฟังดนตรี และประเภทของดนตรีที่ฟังของกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ความชอบในการฟังดนตรี		
ชอบ	10	66.7
ไม่ชอบ	5	33.3
ประเภทของดนตรีที่ฟัง		
ลูกทุ่ง	7	46.7
เพื่อชีวิต	1	6.7
String	1	6.7
ฟังได้ทุกประเภท	1	6.7
ไม่ฟัง	5	33.3

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน และร้อยละของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มควบคุม

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสื่อสารกับผู้อื่นได้ยากจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	14	93.33
รู้สึกอึดอัดและเหนื่อยจากการดูดเสมหะนานในแต่ละครั้ง	14	93.33
การนอนไม่หลับจากสภาพแวดล้อม เช่น แสงสว่าง เสียง	12	80
การปวดเมื่อยจากการนอนในท่าเดียวนานๆ	12	80
การมีสายต่างๆระโยงระยาง ท่อช่วยหายใจ และท่อระบายที่ติดตัวทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด	12	80
กลืนน้ำลายไม่ได้ / ลำบากจากการคาท่อทางเดินหายใจ	11	73.33
การเจ็บปวดจากการใส่สายดูดเสมหะ	10	66.67
การเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด	10	66.67
รู้สึกอึดอัดและหรือเจ็บปวดจากการบีบถุงลมช่วยหายใจ	9	60
การเจ็บคอจากการใส่และคาท่อทางเดินหายใจ	9	60
การนอนหลับได้ไม่เพียงพอจากกิจกรรมการรักษา เช่น การดูดเสมหะ	9	60
รู้สึกไม่สุขสบายจากการถูกผูกข้อมือเพื่อป้องกันการดึงอุปกรณ์การรักษาพยาบาลต่างๆ	8	53.33
การมีเสียงรบกวนจากการทำงานและสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ	5	33.33
ตกใจกลัวเมื่อต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ	4	26.67
การไม่ทราบวันเวลาเมื่ออยู่ใน ICU	4	26.67
การมองเห็นเครื่องมือต่างๆที่น่ากลัวและไม่คุ้นเคย	4	26.67
การได้ยินเสียงรบกวนจากเสียงพูดคุย	4	26.67
การเจ็บมุมปากจากท่อช่วยหายใจดึงรั้งขณะเคลื่อนไหว	4	26.67
วิตกกังวลว่าเครื่องช่วยหายใจจะไม่ทำงาน	3	20
การได้ยินเสียงรบกวนจากโทรศัพท์	2	13.33
การไม่ได้รับคำอธิบายจากบุคลากรก่อนทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล	2	13.33
\bar{X}	30.6	
SD	8.97	

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน และร้อยละของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเจ็บปวดจากการใส่สายดูดเสมหะ	13	86.67
รู้สึกอึดอัดและเหนื่อยจากการดูดเสมหะนานในแต่ละครั้ง	13	86.67
การสื่อสารกับผู้อื่นได้ยากจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	10	66.67
กลืนน้ำลายไม่ได้ / ลำบากจากการคาท่อทางเดินหายใจ	9	60
รู้สึกอึดอัดและหรือเจ็บปวดจากการบีบถุงลมช่วยหายใจ	9	60
การเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด	9	60
การนอนไม่หลับจากสภาพแวดล้อม เช่น แสงสว่าง เสียง	7	46.67
การเจ็บคอจากการใส่และคาท่อทางเดินหายใจ	7	46.67
การนอนหลับได้ไม่เพียงพอจากกิจกรรมการรักษา เช่น การดูดเสมหะ	7	46.67
การปวดเมื่อยจากการนอนในท่าเดียนานๆ	7	46.67
การมีสายต่างๆระโยงระยาง ท่อช่วยหายใจ และท่อระบายที่ติดตัวทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด	5	33.33
รู้สึกไม่สุขสบายจากการถูกผูกข้อมือเพื่อป้องกันการดึงอุปกรณ์การรักษาพยาบาลต่างๆ	5	33.33
ตกใจกลัวเมื่อต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ	3	20
การไม่ทราบวันเวลาเมื่ออยู่ใน ICU	3	20
การมองเห็นเครื่องมือต่างๆที่น่ากลัวและไม่คุ้นเคย	3	20
การมีเสียงรบกวนจากการทำงานและสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ	3	20
การได้ยินเสียงรบกวนจากเสียงพูดคุย	3	20
วิตกกังวลว่าเครื่องช่วยหายใจจะไม่ทำงาน	1	6.67
การเจ็บมุมปากจากท่อช่วยหายใจดึงรั้งขณะเคลื่อนไหว	1	6.67
\bar{X}	23.87	
SD	10.99	

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน และร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง

ข้อความ	ปฏิบัติ บางครั้ง (คน)	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (คน)	รวม (คน)	ร้อยละ
ระหว่างที่ท่านใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ ท่านสามารถสื่อสารบอกความต้องการของท่านได้	6	8	14	93.33
ท่านทำสมาธิอย่างน้อยวันละ 3-4 ครั้งและบ่อยครั้งตามความต้องการเมื่อรู้สึกปวดแผลผ่าตัด	7	5	12	80
ท่านทำสมาธิ เมื่อนอนไม่หลับ	8	3	11	73.33
ท่านใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัดเมื่อต้องหายใจเข้าออกลึกๆ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย	5	6	11	73.33
ท่านสามารถยับหรือเปลี่ยนท่าได้แม้จะมีอุปกรณ์การรักษาพยาบาลติดตัวมาก	6	3	9	60
ท่านทำสมาธิ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือวิตกกังวล	7	-	7	46.67
ท่านใช้การผ่อนคลายตามแบบที่ท่านคุ้นเคยอย่างน้อยวันละ 3-4 ครั้งและบ่อยครั้งตามความต้องการเมื่อรู้สึกปวดแผลผ่าตัด	4	3	7	46.67
ท่านใช้การผ่อนคลายตามแบบที่ท่านคุ้นเคยเมื่อนอนไม่หลับ	5	2	7	46.67
ท่านใช้การผ่อนคลายตามแบบที่ท่านคุ้นเคยเมื่อท่านรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ	4	2	6	40
เมื่อท่านรู้สึกไม่สุขสบายหรือปวดเมื่อย ท่านสามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่านอนได้ด้วยตนเอง	3	3	6	40
ท่านฟังเพลงช่วยลดความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด	3	2	5	33.33
เมื่อรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจท่านใช้วิธีฟังเพลงเพื่อให้ผ่อนคลาย	3	2	5	33.33
ท่านฟังเพลงเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก เช่นเสียงพูดคุย เสียงโทรศัพท์	2	2	4	26.67
ท่านฟังเพลงช่วยลดความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะ	2	2	4	26.67

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	รวม	ร้อยละ
ท่านฟังเพลงเพื่อให้ผ่อนคลายได้ดีขึ้น	1	2	3	20
ท่านใช้การผ่อนคลายตามแบบที่ท่านคุ้นเคยเพื่อลด ความเจ็บปวดจากการดูแลตนเอง	3	-	3	20



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร
วัน เดือน ปีเกิด	3 พฤศจิกายน 2513
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพพระดับ 5
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยหนักศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โรงพยาบาลรามารชิบดี 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารชิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2536

ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ

พ.ศ. 2536 - 2537	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิงชั้น 9 (ระบบศัลยกรรม ประสาท และระบบทางเดินปัสสาวะ)
พ.ศ. 2538 - 2540	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยพิเศษศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ชั้น 9
พ.ศ. 2541 - 2542	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยพิเศษศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ชั้น 7
พ.ศ. 2543 – ปัจจุบัน	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนักศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย