

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขต การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ 1) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ 2) แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการ 3) พัฒนาการของเด็กวัยเรียน 4) แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา 5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

การใส่ท่อหลอดลมคอ หมายถึง การใส่ท่อเข้าไปในหลอดลม เพื่อสร้างและคงไว้ซึ่งการเปิดของทางเดินหายใจ (Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997) เพื่อให้การช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ นับได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักและต้องการการดูแลเอาใจใส่มากกว่าผู้ป่วยเด็กประเภทอื่น เนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอจะทำให้ผู้ป่วยเด็กผู้ป่วยไม่สามารถเปล่งเสียงออกมาได้เพราะอากาศที่ผ่านเข้าไปและออกจากปอดไม่สัมผัสกล่องเสียง ผู้ป่วยเด็กจึงไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ตามปกติ (Stovsky, Rudy, & Dragonette, 1988; Johnson & Sexton, 1990; Williams, 1992; Villaire, 1995; Hafsteindbottir, 1996; Menzel, 1997; Kim, Garvin, & Moser, 1999) ทำให้ไม่สามารถบอกถึงความต้องการของตนเองได้เหมือนเด็กทั่วไป และความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง (Hall, 1996; Fitch, Remus & Stade, 1998; Wojnicki-Joansson, 2001) และหากมีการเลื่อนหลุด การอุดตันของท่อหลอดลมคอหรือเครื่องช่วยหายใจเกิดขัดข้องในรายที่จำเป็นต้องช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย ผู้ป่วยเด็กประเภทนี้จึงต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และที่สำคัญคือ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเหล่านี้จะต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแล พยาบาลสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2548; ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548) สามารถวางแผนการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผลในการรักษาสูงสุดในขณะเดียวกันก็ให้เกิดการทำลายต่อทางเดินหายใจให้น้อยที่สุด

ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหายใจ (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2548; ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548) อาจมีการขัดข้องในการทำงานของระบบทางเดินหายใจจนกระทั่งทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน

โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาของระบบทางเดินหายใจในเด็กพบได้ดังนี้ (ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548)

1. ภาวะที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ (Airway obstruction) แบ่งเป็น 2 อย่าง คือ

1.1 การอุดกั้นทั้งหมดของท่อทางเดินอากาศอย่างเฉียบพลัน (Acute total obstruction of the airway) ซึ่งเกิดจากการที่มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปอุดกั้น ทำให้อากาศไม่สามารถผ่านเข้าสู่ปอดได้ และพบว่า มีการอุดกั้นที่บริเวณกล่องเสียง และหลอดลม เช่น การสำลักวัตถุที่เป็นของแข็ง เป็นต้น

1.2 การอุดกั้นของท่อทางเดินอากาศอย่างเรื้อรัง (Chronic obstruction of the airway) เป็นการอุดกั้นตามส่วนใดส่วนหนึ่งของท่อทางเดินอากาศ ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติ อาจเกิดจากภาวะการตีบตันหรืออาจพบในรายที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะในระบบหายใจ เช่น การอุดตันของกล่องเสียง (Laryngeal obstruction)

2. ภาวะที่มีการเพิ่มการทำงานของหายใจ (Increased work of breathing) แบ่งเป็น

2.1 แรงต้านของทางเดินอากาศเพิ่มขึ้น (Increased airway resistance) พบในโรค หลอดลมอักเสบ หลอดลมตีบ เป็นต้น

2.2 แรงต้านของเนื้อเยื่อจากปอดและผนังทรวงอกเพิ่มขึ้น พบใน โรคปอดอักเสบ โรคปอดบวม น้ำ เป็นต้น

3. อัตราการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด มีไข้สูง ชัก เป็นต้น

4. ภาวะที่มีระบบประสาทส่วนกลางถูกกด เช่น ได้รับยาเกินขนาด โรคของสมอง หรือสมองได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

5. โรคของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ที่มีผลต่อการอ่อนตัวของกล้ามเนื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น โปลิโอ มายแอสทีเนีย เกรวิส (Myasthenia gravis) เป็นต้น

ข้อบ่งชี้สำหรับสำหรับการใส่ท่อหลอดลมคอ ((Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997)

1. ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.1 ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสมอง (Mental status)

1.2 ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดงลดลง แม้ว่าจะให้ออกซิเจนทดแทนด้วยวิธีต่าง ๆ แล้วก็ตาม

1.3 มีภาวะอ่อนแรง (Fatigue)

1.4 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สมอง และช่องทรวงอก

2. ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.1 การอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งประกอบด้วยการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

2.2 ผู้ป่วยซึ่งอาจล้มลุกได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือผู้ป่วยที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 และคู่ที่ 10 สูญเสียหน้าที่

วัตถุประสงค์ของการใส่ท่อหลอดลมคอ คือ (Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997)

1. เพื่อสร้างทางเดินหายใจ
2. เพื่อรักษาทางเดินหายใจให้โล่ง
3. เพื่อเตรียมไว้สำหรับการช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องช่วยหายใจ

การใส่ท่อหลอดลมคอ ทำได้ 2 วิธี คือ (Kathol,1999; Manzano & Perez, 1993)

1. การใส่ท่อหลอดลมคอทางปาก (Orotracheal) ใช้เมื่อกรณีฉุกเฉิน หรือเมื่อเด็กมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยในทางเดินหายใจส่วนบนที่น้อยกว่า 12-18 ชั่วโมง โดยใช้ท่อสำหรับใส่ทางปาก (Oroendotracheal) วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีข้อดี คือสามารถใช้ท่อขนาดใหญ่ได้ และการดูแลหะทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพดีกว่า

2. การใส่ท่อหลอดลมคอทางจมูก (Nasotracheal) ใช้เมื่อต้องการช่วยรักษาทางเดินหายใจส่วนบนเป็นระยะเวลานานประมาณ 3 สัปดาห์ หรือมากกว่า 3 สัปดาห์ขึ้นไป วิธีนี้มีข้อดี คือท่อมีโอกาสหลุดโดยบังเอิญได้น้อยกว่าทางปาก ผู้ป่วยทนได้ดีกว่า และรู้สึกสุขสบายกว่า ใส่ท่อไว้เป็นระยะเวลานานกว่า สามารถดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากได้ดีกว่า แต่มีข้อเสียของการใส่ทางจมูก คือ การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดได้ง่ายกว่า และท่อขนาดเล็กกว่าทำให้ดูแลหะได้ยาก

ในผู้ป่วยเด็กส่วนมากจะนิยมใส่ท่อหลอดลมคอทางปาก ทั้งนี้เพราะคำนึงถึงข้อดีในเรื่องของการดูแลหะที่สามารถทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพมากกว่า (Kathol,1999; Manzano & Perez, 1993)

ลักษณะของท่อหลอดลมคอที่ใช้นั้นมีทั้งชนิดที่มีกระเปาะ (Cuff tube) และไม่มีกระเปาะ (Uncuff tube) ประโยชน์ของกระเปาะ คือช่วยป้องกันอากาศรั่ว หรือการสูดสำลักสิ่งที่อาเจียนเข้าไปในปอด ส่วนใหญ่จะใช้ท่อชนิดที่มีกระเปาะ (Cuff tube) ในเด็กโตและผู้ใหญ่ จะไม่ใช้ชนิดที่มีกระเปาะ ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 10 ปี เพราะถ้าใช้จะทำให้เกิดเนื้อตายของหลอดลมได้ง่าย สำหรับการใส่ท่อหลอดลมคอชนิดที่มีกระเปาะในเด็กที่อายุมากกว่า 10 ปี มีข้อเสนอนแนะให้ใส่ลมเข้าไปในกระเปาะจำนวนน้อย ๆ และที่สำคัญจะต้องปล่อยลมออกจากกระเปาะทุกชั่วโมงนาน 2-5 นาที เพื่อลดการเกิดเนื้อตายของหลอดลม (Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่ท่อหลอดลมคอ

1. Subglottic stenosis เกิดขึ้นได้เนื่องจากการเลือกชนิดและขนาดของท่อหลอดลมคอที่ไม่เหมาะสม ไม่นิยมชนิดที่มีกระเปาะ (Cuff tube) ในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 10 ปี และถ้า

จำเป็นต้องใช้ก็ใช้เลือกชนิดที่เป็น low-pressure high volume cuff (Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997)

วิธีการใส่ท่อหลอดลมคอก็เป็นวิธีที่สำคัญที่จะลดผลแทรกซ้อนจากภาวะนี้ได้อีกวิธีหนึ่ง ควรใส่โดยผู้ชำนาญที่สุดที่มีอยู่ขณะนั้น ถ้าผู้ป่วยเด็กมีอาการต่อต้านก็ควรให้ยา sedative เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีปัญหาของการอุดกั้นทางเดินหายใจไม่แนะนำให้ใช้ยาคลายกล้ามเนื้อ นอกจากจะแน่ใจว่าสามารถให้ ventilation ต่อผู้ป่วยโดยวิธีอื่นได้ เช่น Mask และ bag ได้ในกรณีที่ไม่สามารถใส่ท่อหลอดลมคอได้ (Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997)

2. Endobronchial intubation อาจเกิดขึ้นได้ถ้าผู้ใส่ท่อ ไม่ได้มีการระมัดระวังถึงความยาวของท่อที่จะใส่เข้าไปในหลอดลม โดยทั่วไปหลังใส่ต้องฟังดูเสียงหายใจที่ปอดทั้งสองข้างให้เท่ากัน การขยายของผนังทรวงอกทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ฟังลมบริเวณท้องส่วนบนว่ามีลมเข้ากระเพาะอาหารหรือไม่ และควรติดตามภาพถ่ายรังสีปอด เพื่อดูตำแหน่งของปลายท่อหลอดลมคอทุกครั้งว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมหรือไม่ ตำแหน่งที่เหมาะสมคือ body ของ T- vertebrae ที่ 2 (Kathol,1999; Manzano & Perez, 1993)

3. Endotracheal tube obstruction เป็นผลมาจากการระบายเสมหะ หรือการให้ความชื้นแก่ผู้ป่วยไม่เพียงพอ โดยปกติผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาการอักเสบของระบบหายใจร่วมอยู่ด้วย ทำให้มีเสมหะออกมาก ประกอบกับการไอหรือการระบายเสมหะออกได้ด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพพอ ทำให้เสมหะเหนียวข้นและเกิดการอุดตันได้ง่าย วิธีแก้ไขโดยการพิจารณาปรับระดับความชื้นให้เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่เครื่องทำความชื้นที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมักเป็น heated humidifier ซึ่งให้ความชื้นได้ดี และอาจหยด normal saline เสริมเข้าไปในท่อหลอดลมคอก่อนดูดเสมหะ อีกประการหนึ่งคือเลือกขนาดของท่อหลอดลมคอ ให้ใหญ่ที่สุดเท่าที่จะใช้ได้โดยเกิดผลต่อเยื่อหลอดลมน้อยที่สุด เพื่อลดโอกาสการเกิดการอุดตันของเสมหะ หรือ resistance ที่เกิดจากท่อหลอดลมคोन้อยลง (Kathol,1999; Manzano & Perez, 1993)

ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาทางเดินหายใจให้โล่ง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อให้การพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถที่จะวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ การพยาบาลที่ต้องให้แก่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ มีดังนี้

1. การดูแลท่อหลอดลมคอ

การดูแลให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ติดท่อหลอดลมคอให้อยู่กับที่ตามระดับที่กำหนดในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันไม่ให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนขึ้นลง หรือหลุด ซึ่งการเลื่อนไปมาของท่อหลอดลมคออาจทำให้ลงไปอยู่ในหลอดลมข้างใดข้างหนึ่ง หรือลงไปอยู่ในหลอดอาหาร วัสดุที่ใช้ยึดท่อไว้ต้องเปลี่ยนทุกวัน และเปลี่ยนตำแหน่งของท่อหลอดลมคอไปมุมปากด้านตรงข้ามทุกครั้ง (กรณีใส่

ท่อหลอดลมคอทางปาก) หลังจากเปลี่ยนตำแหน่งของท่อหลอดลมคอใหม่ต้องตรวจสอบเสียงหายใจที่ปอดทั้งสองข้าง สังเกตการขยายของผนังทรวงอกทั้ง 2 ข้างเท่ากันหรือไม่ ฟังเสียงลมบริเวณท้องส่วนบนว่ามีลมเข้ากระเพาะอาหารหรือไม่ ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคคว่าอยู่ในระดับที่กำหนดหรือไม่ทุกครั้ง และควรติดตามภาพถ่ายรังสีปอดเพื่อดูตำแหน่งของปลายท่อทุกครั้ง ตำแหน่งที่เหมาะสมคือ body ของ T- vertebrae ที่ 2 (Kathol,1999; Manzano & Perez, 1993) ถ้าปลายท่อหลอดลมคยาวเกินไปต้องตัดออกให้พอดี เพื่อป้องกันการตีรั้ง (Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997)

ในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ต้องใส่ท่อทางเดินอากาศ (Oropharyngeal airway) เพื่อป้องกันผู้ป่วยกัดท่อหลอดลมคอ และเปลี่ยนท่อทางเดินอากาศทุกครั้งที่ทำความสะดวกช่องปาก ในผู้ป่วยที่สับสน ไม่ค่อยรู้สึกตัว หรือผู้ป่วยเด็กเล็ก ต้องพิจารณาผูกมัดมือทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันผู้ป่วยดึงท่อหลอดลมคอ ในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยต้องจับท่อหลอดลมคอไว้ ถ้าต่อสายให้ออกซิเจนหรือสายเครื่องช่วยหายใจต้องจับสายเหล่านี้เคลื่อนตามไปกับตัวผู้ป่วยด้วย เพื่อป้องกันการตีรั้งและอาจทำให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดได้ (จรัสศรี จันทรสลายทอง, 2540 อ้างถึงใน วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์และศรีมณา นิยมคำ, 2540) พยาบาลต้องดูแลเฝ้าติดตามอาการและอาการที่แสดงว่าท่อหลอดลมคออยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (Respiratory distress) เขียว (cyanosis) เสียงหายใจที่ลดลงหรือหายไป ความสามารถในการผ่านของสายดูดเสมหะเข้าไปในท่อหลอดลมคอ ต้องให้การแก้ไขเบื้องต้นและรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ

2. การดูดเสมหะ

การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ จะทำให้กลไกการป้องกันของทางเดินหายใจส่วนล่าง และปฏิกิริยาการไอ (Cough reflex) เสียไป การทำงานของขนปัด (Cilia) ในการพัดสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจลดลง (Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997) ทำให้มีการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจมากขึ้น เสมหะที่คั่งค้างนอกจากจะทำให้เกิดการอุดตันในทางเดินหายใจแล้ว ยังทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายอีกด้วย ดังนั้นการดูดเสมหะจึงมีความจำเป็นและสำคัญมากในการทำให้ทางเดินหายใจโล่ง การดูดเสมหะมีผลดี คือ ทำให้ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะอุดตัน และลดการติดเชื้อ แต่ผลเสียจากการดูดเสมหะก็มีมากเช่นเดียวกัน คือ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน โดยเฉพาะในรายที่ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติ และเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากการดูดเสมหะสำหรับผู้ป่วยเด็กในการปฏิบัติทางคลินิกทั่ว ๆ ไป จะเพิ่มออกซิเจนให้ช่วงหายใจเข้าโดยเพิ่มจากเดิม 10 เปอร์เซ็นต์ระหว่างการดูดเสมหะ (สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2548; ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548) นอกจากภาวะออกซิเจนลดต่ำจากการดูดเสมหะแล้ว อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น หัวใจเต้นช้า และความดันโลหิตลดลง เนื่องจากการกระตุ้นประสาทเวกัส

(Vagus nerve) หรือมีเลือดออกในระบบทางเดินหายใจจากการระคายเคือง รวมทั้งการติดเชื้อ ภายหลังการดูดเสมหะ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของความดัน และปริมาตรของปอดทำให้เกิดปอดแฟบ (Atelectasis) ได้

การดูดเสมหะควรทำต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ถึงความต้องการดูดเสมหะ ซึ่งประเมินได้จากการสังเกต ปริมาณน้ำคัดหลั่งที่ปรากฏในช่องปากและจมูก การฟังเสียงปอดด้านบน ตลอดจนเมื่อมีความผิดปกติ ของอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ค่าความดันออกซิเจนในเลือดลดต่ำลง และสีผิวกายเขียว (Cyanosis) (สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2548; ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548)

เนื่องจากการดูดเสมหะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ดังนั้นจึงควรทราบและคำนึงถึงสิ่ง ต่อไปนี้ (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2548; ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548)

1. การดูดเสมหะโดยใช้วิธีปราศจากเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยการสวมถุงมือไร้เชื้อ และใช้สายดูด เสมหะแบบไร้เชื้อที่มีขนาดพอเหมาะกับท่อหลอดลมคอ ไม่ควรหยอดน้ำเกลือไร้เชื้อในท่อหลอดลมคอ เป็นกิจวัตรเพราะจะเพิ่มอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ ควรใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีน้ำคัดหลั่งเหนียวข้นมาก และแก้ไขไม่ได้ โดยการปรับอุณหภูมิก๊าซหายใจเข้าให้อยู่ที่ 37 องศาเซลเซียส การใช้น้ำเกลือไร้เชื้อ เตรียมโดยใช้กระบอกฉีดยาไร้เชื้อและควรเปลี่ยนทุกครั้งที่ยหยอด สำหรับปริมาณน้ำเกลือที่เหมาะสมใน เด็กโตให้หยอด 1-2 มล. เข้าในท่อหลอดลมคอทันทีก่อนดูดเสมหะแต่ไม่ควรบีบ bag แรง ๆ หรือต่อท่อ หลอดลมคอ เข้ากับวงจรท่อช่วยหายใจ เพื่อให้โล่น้ำเกลือลงในทางเดินหายใจผู้ป่วย เพราะเสี่ยงต่อการ ล้างก้นน้ำและก้อนเสมหะที่เจออาจหลุดเข้าสู่ปอดได้

2. การดูดเสมหะนาน ๆ จะทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ เนื่องจากดูดเอาลมออกจากปอด ควรหนีบสายดูดในขณะที่สอดสายดูดเข้าท่อหลอดลมคอ และเปิดที่หนีบเมื่อใส่สายดูดเสมหะเข้าไปได้ เรียบร้อยพร้อมที่จะดูดเสมหะแล้ว ควรช่วยหายใจด้วยออกซิเจนสลับกับการดูดเสมหะ

3. กรณีที่มีเสมหะคั่งค้างในปอดมาก ควรพิจารณาทำสรีรบำบัดทรวงอก (Chest physiotherapy) ก่อนการดูดเสมหะ ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ

3.1 การจัดท่านอนให้มีการระบายของน้ำคัดหลั่งตามแรงดึงดูดของโลก (Postural drainage) การตะแคงควรหลีกเลี่ยงการนอนทับปอดข้างที่ปกตินานเกินไป เพื่อไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยน ก๊าซบกพร่อง จากการขัดขวางการขยายของทรวงอกข้างที่ดี

3.2 การเคาะ (Percussion) หรือการสั่น (Vibration) มีข้อห้ามในการทำสรีรบำบัดทรวงอก (Chest physiotherapy) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีกระดูกซี่โครงหัก ไอบเป็นเลือด เลือดออกในปอด โรคหอบหืดที่ไม่สนองต่อการรักษา และภายหลังการให้อาหารทางปากทันที (Hazinski, 1999)

3. การให้ความชื้น (Humidify)

ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคออยู่ ทำให้ลมหายใจไม่ผ่านแหล่งความชื้นในโพรงจมูก ลมที่ เข้าไปจะแห้ง ทำให้เยื่อทางเดินหายใจทำงานน้อยลง และมีการอักเสบ (Kathol, 1999; Manzano &

Perez, 1993) เสมหะที่ออกมาก็จะแห้ง เหนียว ยากแก่การไอหรือดูดออก จะทำให้มีการอุดตันทางเดินหายใจได้ง่าย ซึ่งอาจเกิดที่หลอดลมฝอย หลอดลม หรือที่ท่อหลอดลมคอก็ได้ ก่อนเสมหะที่จุกตามท่อหลอดลมคอ เป็นสาเหตุของภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และอาจถึงแก่ชีวิตได้ในบางราย ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคออยู่จะต้องให้อากาศที่มีความชื้นเพียงพอ (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2548; ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548)

พยาบาลต้องควรตรวจดูให้มีน้ำอยู่ในภาชนะสำหรับความชื้นตลอดเวลา สำหรับการให้ความชื้นจากเครื่องช่วยหายใจบางชนิด มีการปรับอุณหภูมิด้วย พยาบาลต้องดูแลให้อุณหภูมิในระบบทำความชื้นนี้อยู่ในระดับที่พอเหมาะ และคอยดูแลจัดน้ำที่จับอยู่ตามสายยางที่ต่อมายังผู้ป่วยออกเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันมิให้เกิดการอุดตันของทางผ่านอากาศ และป้องกันมิให้น้ำไหลเข้าไปในหลอดลม เครื่องมือที่ให้ความชื้นที่ต่อกับออกซิเจน มักเป็นอาหาร (Media) ที่ดีของเชื้อแบคทีเรีย ต้องดูแลความสะอาด และเปลี่ยนทุกวันและทำความสะอาดข้อต่อต่าง ๆ (Slip joint) โดยเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ทุกครั้งที่ถอดออก (ธิดิตา ชัยศุภมวงคลลาภ, 2547; จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ และคณะ, 2547)

4. การจัดทำ

การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอมีประโยชน์มาก เพราะจะช่วยให้ไม่มีการคั่งค้างของเสมหะหรือเสมหะน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ลดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) หรือแผลกดทับ ต้องมีการเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยบ่อย ๆ ในท่าที่เหมาะสม คือจัดท่านอนให้ลำคอไม่เหยียดหรืออ้อมมากเกินไป ถ้าจัดกระทำได้ควรจัดให้อยู่ในท่านั่งบ้างเพื่อช่วยให้มีการระบายอากาศของปอดส่วนล่างได้ดีและระวังการหักพับของท่อหลอดลมคอ (จรัสศรี จันทร์สายทอง, 2540 อ่างถึงใน วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และศรีมณา นิยมคำ, 2540)

การระบายเสมหะ (Postural drainage) เป็นการจัดทำแบบหนึ่ง เป็นวิธีการระบายสิ่งคั่งค้างภายในปอดด้วยการจัดทำผู้ป่วย โดยอาศัยแรงดึงดูดของโลก การเปลี่ยนท่า การเคาะ (Percussion) หรือการสั่น (Vibration) ที่ผนังทรวงอกจะทำให้เสมหะหลุด และขับออกจากหลอดลมได้ง่าย (Hazinski, 1999) การจัดทำนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของปอดที่ต้องการเอาเสมหะออก ซึ่งพยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนทำ โดยการฟังปอด การเคาะปอด หรือการดูจากผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก หลังจากประเมินแล้ว กระทำการระบายเสมหะโดยการเคาะ (Percussion) ใช้อุ้งมือเคาะลงบริเวณบริเวณทรวงอกที่ต้องการเอาเสมหะออก จะใช้เวลานานเท่าไรนั้นขึ้นอยู่กับระดับความอดทนของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อเริ่มต้นทำวันแรกอาจจะต้องใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ทุก 4 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามอาจจะเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ระยะเวลาในการทำอาจจะเพิ่มขึ้นถึง 20 นาที ทุก 4 ชั่วโมง ภายหลังทำการระบายเสมหะแล้ว ควรดูแลให้ผู้ป่วยทั้งทางท่อหลอดลมคอ และทางปาก บ้วนทักสี ลักษณะ และจำนวนของเสมหะทุกครั้ง

5. การติดต่อสื่อสาร

ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอจะไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวจนภาษา เพื่อบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบได้ ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติก็ตาม เนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอไม่ว่าจะเป็นการใส่ทางปาก (Orotracheal) ทางจมูก (Nasotracheal) หรือ การเจาะคอ (Tracheostomy) อากาศที่ผ่านเข้าและออกจากปอดจะไม่สัมผัสกล่องเสียง (Kathol, 1999; Manzano & Perez, 1993) ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถเปล่งเสียงที่ใช้สื่อสารด้วยการพูดได้ เกิดความยากลำบากและขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความต้องการของตนเองไปสู่ผู้ให้การดูแลสุขภาพพยาบาลหรือญาติของตนเช่นเดียวกันกับเด็กทั่วไป (Weinmann & Giles, 1988 cited in Elliott & Wright, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็กของ นอยส์ (Noyes, 2000) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ประสบความยากลำบากในการสื่อสาร และต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนเองสามารถสื่อสารได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลให้การดูแลสุขภาพ จะมีการสื่อสารซึ่งกันและกันระหว่างการดูแลสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (ซูใจ บุญมาก, 2529; Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995) ซึ่งมีทั้งการสื่อสารด้วยวจนภาษาและอวจนภาษา ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้รับการช่วยเหลือด้านการสื่อสารที่เหมาะสมจะทำให้เขารู้สึกปลอดภัย รู้สึกมั่นใจ สามารถควบคุมความรู้สึกกดดัน และความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในกิจกรรมการดูแลสุขภาพ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพได้ดี (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2530)

ดังนั้น พยาบาลจะต้องหาวิธีการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วยเด็ก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้บอกปัญหาและความต้องการของตนเองแก่ผู้ดูแลสุขภาพพยาบาลและญาติ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กกับผู้ดูแลสุขภาพพยาบาลจะมีปัญหาเพิ่มขึ้นอีกประการหนึ่งในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และด้านภาษาของเด็ก ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักถึงในสิ่งนี้ด้วย ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการสื่อสารของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความไวต่อการสังเกตและสามารถรับรู้ถึงการสื่อสารนั้น เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือหรือตอบสนองต่อการสื่อสารของผู้ป่วย รวมทั้งเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งจะช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลประสบความสำเร็จได้ง่ายยิ่งขึ้น

โดยปกติแล้วพยาบาลจะสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการใช้วจนภาษาเป็นส่วนใหญ่ (Arnold, 1999) แต่การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจที่ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และเป็นวัยที่

พัฒนาการด้านการสื่อสาร ความเข้าใจคำศัพท์ และการใช้ภาษายังไม่สมบูรณ์ จะกระทำได้อย่างมาก ขึ้น ทำให้พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ พบว่า นอกจากการสื่อสารด้วยวจนภาษาและอวจนภาษาแล้ว พยาบาลจะจัดหาอุปกรณ์ช่วยสื่อสารให้ผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ควบคุมการสื่อสาร (Jablonski,1994) การคอยอำนวยความสะดวกในการสื่อสาร (Connolly & Shekleton,1991) ดังนั้น จึงพอจะแบ่งวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การสื่อสารด้วยวจนภาษา เป็นวิธีการที่พยาบาลยึดเป็นหลักในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อถามหรือบอกข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อสอนเพื่อออกคำสั่ง และเพื่ออยู่กับผู้ป่วยให้แน่ใจ แต่โดยส่วนใหญ่แล้วพยาบาลจะพูดกับผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลด้วยประโยคสั้น ๆ ถาม และบอกให้ผู้ป่วยกระทำบางสิ่งบางอย่าง (Asworth,1980 cited in Elliott & Wright,1999) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพยาบาลจะใช้วิธีการสื่อสารด้วยการพูด 3 วิธี คือ

1.1 วิธีการพูดบอกเล่า เป็นการอธิบายถึงกิจกรรมการรักษาพยาบาลรวมทั้งสภาพแวดล้อม หรือสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจแก่ผู้ป่วย เช่น การสอนวิธีการสื่อสารวิธีต่าง ๆ เป็นต้น การอธิบายข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายจากความเครียดและความวิตกกังวล (Johnson & Sexton,1990) รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและไม่โดดเดี่ยว (Dyer,1995)

1.2 วิธีการถามแล้วกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยตอบคำถามว่า ใช่ หรือไม่ใช่ โดยใช้การแสดงท่าทาง การกระพริบตา และการเขียน เป็นต้น เป็นวิธีการสื่อสารสองทางที่ควรใช้ในการเริ่มต้นสื่อสารร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ตรงกัน (Sitzer,1993; Sieh & Brentin,1997)

1.3 วิธีการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วยแล้วพยาบาลออกเสียงตามผู้ป่วยพูด และถามผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่ เป็นวิธีการที่พยาบาลใช้ร่วมกับการขยับปากพูดของผู้ป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถรับข่าวสารของผู้ป่วยและตรวจสอบความถูกต้องได้

สิ่งที่พยาบาลควรระวังในการสื่อสารด้วยการพูด คือ น้ำเสียงที่ใช้พูด ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งถึงอารมณ์ ความรู้สึกของพยาบาลได้เป็นอย่างดี พยาบาลควรใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ระดับเสียงและความเร็วที่พอเหมาะ สอดคล้องกับคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปรารถนาดี ความสนใจของพยาบาล สำหรับวจนภาษาที่เป็นการเขียนนั้นพยาบาลจะใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยใส่ท่อทางเดินหายใจน้อย ส่วนใหญ่เป็นการจัดหาอุปกรณ์การเขียนเพื่อให้ผู้ป่วยใช้เขียนในการสื่อสาร

2. การสื่อสารด้วยอวัจนภาษา ในขณะที่พยาบาลสื่อสารด้วยการพูดกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ บางครั้งพยาบาลอาจใช้ท่าทางประกอบ (Connolly & Shekleton, 1992) เพื่อช่วยเสริมและเน้นความหมายของการพูด การสื่อสารด้วยอวัจนภาษาที่พยาบาลใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ดังนี้

2.1 การแสดงออกทางใบหน้า การแสดงออกทางใบหน้าของพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสังเกตได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่ใจ หรือมีความรู้สึกไม่สุขสบาย (Kozier, Erb & Wilkinson, 1995) พยาบาลต้องระวังและควบคุมการแสดงออกทางใบหน้า โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือ ผู้ป่วยที่กลัวว่าตนเองจะถูกรังเกียจ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจะสำรวจหาอาการที่แสดงถึงความรังเกียจจากใบหน้าของพยาบาล และแม้ว่าการแสดงออกทางใบหน้าจะไม่สามารถควบคุมได้ทุกอย่าง แต่การควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตนเองจะช่วยให้พยาบาลสามารถควบคุมการแสดงออกทางใบหน้าได้ดีขึ้น

2.2 การสบตา การสบตาเป็นสัญญาณที่บ่งชี้ถึงความต้องการเริ่มต้นการสื่อสาร (Devie, 1994) การสบตาของพยาบาลจะแสดงถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย และช่วยให้พยาบาลสามารถสังเกตสัญญาณจากใบหน้าและสายตาของผู้ป่วย ลักษณะการสบตาของพยาบาลควรสม่ำเสมอและเป็นธรรมชาติ สายตาของพยาบาลควรแสดงความอบอุ่น และความปรารถนาดี (บุญศรี ปรารณศักดิ์และศิริพร จิรวินน์กุล, 2538) ระยะเวลาที่เหมาะสมของการสบตาควรอยู่ในช่วง 2-6 วินาที (Sieh & Brentin, 1997) การสบตาที่ไม่เหมาะสม เช่น การจ้องตานานเกินไปจะสื่อถึงการข่มขู่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือเกิดความอาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ส่วนการหลบตาจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกห่างเหิน ไม่แน่ใจ และอาจแสดงถึงความต้องการหลีกเลี่ยงการสื่อสารของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลขาดความสนใจ ไม่ดูแล และเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจ (Altschul, 1972 cited in Devies, 1994)

2.3 การใช้ท่าทาง ลักษณะท่าทางของพยาบาลเป็นตัวแทนคำพูดของพยาบาลที่สื่อให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึก และเจตคติขณะที่สื่อสารของพยาบาล เช่น การกอดอก ขยับตัวไปมา สื่อถึงความเครียดไม่แน่ใจในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ การเดินถอยหลัง และเบือนหน้าหนี แสดงความรังเกียจ เบื่อหน่าย เป็นต้น สำหรับท่าที่ที่พยาบาลควรใช้ขณะสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น คือ ท่าที่โน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อยเป็นการแสดงถึงความสนใจ เอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและเป็นมิตร (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1999)

2.4 การแสดงสัญญาณด้วยศีรษะ เป็นลักษณะอาการกิริยาของพยาบาลที่พบบ่อยและมีความสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผงกศีรษะ ซึ่งเป็นการยืนยันและสนับสนุนสิ่งที่พยาบาลกำลังพูด รวมทั้งเป็นการแสดงความสนใจและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการ

สื่อสาร (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1999) นอกจากนี้ยังแสดงความเป็นมิตรและความห่วงใย (Heintzman, 1993) ส่วนการใช้ศีรษะในการสื่อสารด้วยอากัปกริยาอื่น เช่น การพยักหน้า แสดงถึง การยอมรับ การส่ายหน้า แสดงการปฏิเสธ เป็นต้น

2.5 การแสดงสัญญาณด้วยการใช้มือ สัญญาณมือที่ใช้กันบ่อยคือ การใช้นิ้วมือ ชี้บอกทิศทางหรือตำแหน่งสิ่งของหรือบุคคล สำหรับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ พยาบาลอาจใช้มือแสดงท่าทางประกอบในขณะที่พูดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น เช่น การส่ายหน้าไปมา แสดงอาการปฏิเสธขณะที่พูดว่า "หนูยังกินอาหารไม่ได้" หรือการใช้นิ้วหัวแม่มือจรดกับปลายนิ้วก้อย แสดงว่า จำนวนเล็กน้อย ขณะที่พูดว่า "เจ็บนิดเดียว" เป็นต้น

2.6 การสัมผัส การสัมผัสของพยาบาลเป็นการสื่อสารความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน ซึ่งสำคัญมากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจต้องการการสัมผัสอย่างนุ่มนวล (Hazinshi, 1999) แม้ว่าการสัมผัสที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความขุขสหายและพบกับความต้องการทางร่างกาย แต่การสัมผัสที่แสดงถึงความเอาใจใส่จะมีผลต่อผู้ป่วยมากกว่าโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ การสัมผัสของพยาบาลจะถ่ายทอดการเห็นใจ ความห่วงใย และการปลอบโยนไปสู่ผู้ป่วย (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1999) เป็นวิธีการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอื้ออาทร ความห่วงใย และความปรารถนาดี อย่างไรก็ตามพยาบาลควรประเมินความต้องการสัมผัสและคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วยก่อนที่จะสัมผัสผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลใช้การสัมผัสอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. การสื่อสารโดยใช้อุปกรณ์ช่วย พยาบาลอาจใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (Connolly & Shekleton, 1991) คือ

3.1 การสื่อสารโดยใช้อุปกรณ์ช่วยในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจเป็นเวลาน้อยกว่า 5 วัน ประกอบด้วย การเขียนด้วยกระดาษและดินสอ/ชอล์กและกระดาน การเขียนเมจิกบนกระดาน (Magic slate) การใช้อักษรแม่เหล็ก (Magnetic plastic letters & broad) การใช้กระดานอักษร (Alphabet broad) การใช้กระดานรูปภาพ (Picture broad) การใช้กระดานสัญลักษณ์ต่าง ๆ (Symbol broad) การใช้บัตรคำ (Flash card) การใช้ภาพพลิก (Flip charts) และ การใช้เครื่องอิเล็กทรอนิกส์สะกดคำ (Speak & Spell electronic game)

3.2 การสื่อสารโดยใช้อุปกรณ์ช่วยในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจเป็นระยะเวลา นานกว่า 5 วัน ประกอบด้วย การใช้พิมพ์ดีดไฟฟ้า การใช้คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์ในการช่วยในการผลิตเสียงพูด เช่น Venti-Voice, Portex Trach-Talk, Pitt-Speaking tube และ Passy-Muir tracheostomy

การจัดหาทางเลือกและการสอนวิธีการสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพอใจในวิธีการสื่อสาร (จิตติณัฐ ศศิฉาย, 2533)

สามารถสื่อสารกับบุคคลในทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว (Stovsky et al., 1988) และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการสื่อสาร (ลดาวัลย์ จารุวนาวัดน์, 2528) ดังเช่นการศึกษาของคอสเทลโล (Costello, 2000) ถึงผลการใช้เครื่องมือช่วยในการสื่อสารที่มีลักษณะเป็นเสียงพูด (Voice output communication aids:VOCAs) กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลเด็กของบอสตัน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กภายหลังการจำหน่ายพบว่า การใช้เครื่องมือช่วยสื่อสารทำให้ผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่รู้สึกรู้สึกเหนื่อยหรือวิตกกังวลในการสื่อสารกับพยาบาลและญาติ ทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อทางเลือกวิธีการสื่อสารและเครื่องมือช่วยสื่อสารที่ใช้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้อัตราการใช้ออกซิเจนของผู้ป่วยลดลง และทำให้ฟื้นตัวจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น (Johnson & Sexton, 1990) แต่เนื่องจากวิธีการรักษาพยาบาล ลักษณะงานที่ซับซ้อนและมีจำนวนมากในหอผู้ป่วยทำให้พยาบาลต้องเร่งรีบ (Ashrust, 1997) ให้ความเวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และอาจใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการสื่อสาร ดังเช่นการศึกษาของเซลเยอร์และสจิวต์ (Salyer & Stuart, 1985) ซึ่งสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจขณะให้การพยาบาล จำนวน 217 ครั้ง พบว่า พยาบาลไม่มีการสื่อสารขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นจำนวนถึง 43 ครั้ง และเมื่อผู้ป่วยเริ่มต้นการสื่อสารด้วยอวัจนภาษาจำนวน 34 ครั้ง พยาบาลมีปฏิกริยาที่เป็นพฤติกรรมด้านลบถึง 11 ครั้ง เช่น การเดินจากไปโดยไม่สื่อสารกับผู้ป่วย หรือสื่อสารด้วยท่าทางไม่พอใจ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการเลือกวิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจอาจเกิดปัญหาต่าง ๆ ซึ่งสามารถจำแนกได้ 2 ประการ (Williams, 1992) ได้แก่

1. ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจมีความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความอ่อนเพลีย อ่อนเปลี้ย เป็นอัมพาต หรือมีความผิดปกติทางสรีรวิทยา เช่น มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ มีความพิการต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคของการสื่อสารหรือทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ เช่น หูหนวก ตาบอด เป็นต้น นอกจากนี้การรักษาด้วยยา เช่น ยาคลายเครียด ยานอนหลับ เป็นต้น ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งมีผลต่อการสื่อสารเช่นกัน

2. ปัญหาที่เกิดจากเทคนิคของการสื่อสาร เนื่องจากวิธีการสื่อสารแต่ละวิธีมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน บางชนิดต้องใช้เวลามาก เช่น กระดานอักษร เป็นต้น บางชนิดมีราคาแพง และมีใช้น้อย เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น บางวิธีการสื่อสารอาจเสี่ยงต่อการแปลความหมายผิดเนื่องจากผลทางวัฒนธรรม บุคลิกส่วนตัว และพัฒนาการด้านการสื่อสาร และวิธีการสื่อสารหลายวิธีต้องอาศัยความแข็งแรงของร่างกาย เช่น การชี้ตัวอักษรหรือภาพหรือการเขียน เป็นต้น นอกจากนี้วิธีการสื่อสารบาง

วิธีมีความซับซ้อนต้องสอนวิธีการให้แก่ผู้ป่วยก่อนใช้ ซึ่งเป็นการเสียเวลา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พร้อมที่จะเรียนรู้เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วย

6. การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและครอบครัว

สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือการดูแลระดับประครองด้านจิตใจ ในภาวะที่ผู้ป่วยเด็กอยู่ในภาวะวิกฤติของการหายใจต้องใส่ท่อหลอดลมคานั้น ผู้ป่วยเด็กจะได้รับกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งเป็นประสบการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นสิ่งที่คุกคามน่ากลัวสำหรับผู้ป่วยเด็ก (Heart & Bossert, 1994) หลังจากผู้ป่วยเด็กได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอแล้ว บิดามารดาของเด็กต้องมีโอกาสได้แสดงความรู้สึกและความกลัว เช่น ความกลัวการสูญเสีย เป็นสิ่งที่ต้องอธิบายให้รู้และให้การปรึกษา เกี่ยวกับแผนการรักษา เครื่องมือต่าง ๆ สัญญาณเตือน เครื่องวัดสัญญาณชีพ (Monitor) ต้องได้รับการอธิบายให้ทราบ การได้ใกล้ชิดได้ดูแลเด็กที่มากพอจะช่วยลดความวิตกกังวลของบิดามารดาได้ ถ้าเด็กรู้สึกตัวดีพยาบาลต้องดูแลให้เด็กได้รับความสุขสบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งทำได้โดยให้การปลอบโยนด้วยการสัมผัส จับมือเด็ก พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1999) ทำให้เด็กเกิดความมั่นใจด้วยการจัดให้อยู่ในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นเจ้าหน้าที่พยาบาล หรืออาจสามารถมองเห็นบิดามารดาถ้าสามารถจัดได้ (จรัสศรี จันทรสายนทอง, 2540 อ้างถึงใน วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และศรีมณา นิยมคำ, 2540) ในผู้ป่วยเด็กโตมีความต้องการที่จะแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการใส่ท่อหลอดลมคอ การเล่น สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในกรณีนี้ได้ โดยอาจใช้เครื่องเล่นที่เป็นท่อหลอดลมคอจำลอง (Intubation doll) มาให้ผู้ป่วยซึ่งจะใช้เป็นเครื่องมือให้เด็กแสดงความรู้สึกได้ในช่วงเวลาที่ใส่ท่อหลอดลมคอ หรือหลังใช้เครื่องช่วยหายใจ (Hazinshi, 1999)

7. การดูแลทั่วไป

1. การดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน เป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันการติดเชื้อในช่องปากเพื่อช่วยให้ปากสะอาด ไม่เกิดแผลกดทับและลดการติดเชื้อจากการใส่ท่อหลอดลมคอ (จรัสศรี จันทรสายนทอง, 2540 อ้างถึงใน วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และศรีมณา นิยมคำ, 2540)
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ
3. การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ท่อหลอดลมคอหลุด ผู้ป่วยตกเตียง เป็นต้น
4. ให้มีการออกกำลังกาย โดยการให้เคลื่อนไหวบริหารแขนขา และข้อต่าง ๆ ตามสมควร
5. การประเมินสภาพร่างกาย เช่น การหายใจ ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง การสังเกตสีผิวของผู้ป่วย การสังเกตสี ลักษณะและจำนวนของเสมหะ การบันทึกน้ำหนักที่ได้รับและออกจากร่างกาย การชั่งน้ำหนักตัว

6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการใส่ท่อหลอดลมคอ เช่น ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการสำลักสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย การป้องกันภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) การป้องกันท่อหลอดลมคอได้รับอันตราย (Tracheal damage) เป็นต้น

7. การถอดท่อหลอดลมคอ แพทย์จะพิจารณาถึงความสามารถของการหายใจเองของผู้ป่วยและสภาวะทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ (Cardiovascular) ได้แก่ ชีพจรและความดันโลหิต (Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole & Lamborn, 1997) เมื่อแพทย์จะทำการถอดท่อหลอดลมคอ พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเด็กและญาติทราบ อธิบายให้ทราบว่าถอดอย่างไร อาการที่อาจเกิดขึ้น เช่น เสียงแหบ ไอ เจ็บคอ กลืนลำบาก รวมถึงความสำคัญของการไอและการหายใจลึก ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

8. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

คลีเกล มูซโซ โกลด์สมิท และอารารา (Kraegel, Mousseau, Goldsmith & Arara, 1974) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านสรีรวิทยาหรือความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความปลอดภัย ความสะอาดของร่างกาย การได้อยู่ในสถานที่เงียบสงบ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายตามความต้องการ และได้รับการดูแลเพื่อลดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่าง ๆ

2. ความต้องการด้านจิตสังคม ได้แก่ ความต้องการมีสิทธิในการเลือกหรือควบคุมตนเอง มีความสำเร็จและมองเห็นเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงเป็นความท้าทายของชีวิต มีความมั่นใจ ได้รับการบอกเล่าในสิ่งที่ต้องการทราบ ได้รับการสอนและแนะนำเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ๆ ได้รับการยอมรับ เคารพนับถือในตนเองและได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นด้วยดี

3. ความต้องการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย ความกระจ่างชัดเจนนในสิ่งที่ซับซ้อน ตลอดจนควบคุมและจัดการกับค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคม

จากรายการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเด็กวิกฤติของ Curley (2001) ได้ข้อสรุปว่า การเจ็บป่วยที่รุนแรงที่เกิดในผู้ป่วยเด็กเป็นเหตุการณ์ที่เด็กและครอบครัวไม่ได้คาดการณ์มาก่อน การดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กวิกฤติและครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้ป่วยเด็กวิกฤติและครอบครัว คือ การมีหลักประกันคุณภาพการดูแลที่ดี การให้ข้อมูลที่ตรงความเป็นจริง การดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับ และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Noyes (2000) โดยได้ทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับ

ประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจประสบความยากลำบากในการสื่อสาร และต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนเองสามารถสื่อสารได้

Farrell และคณะ (1992) ได้ออกแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็ก และความต้องการของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 30 คนที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤติ พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีความต้องการการสัมผัสและพูดคุยกับผู้ดูแลและคนในครอบครัว ผู้ป่วยเด็กมีความต้องการฟังเพลงสุดโปรดเหมือนตอนอยู่ที่บ้าน ต้องการอ่านหนังสือที่ตนชื่นชอบหรือดูทีวีในรายการที่ตนโปรดปราน ต้องการดื่มนมจากถ้วยที่เคยใช้ที่บ้าน ต้องการอยากเห็นสัตว์เลี้ยงของตนเองหรือเล่นเกมที่ตนชอบ ต้องการเจอเพื่อน ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบิดามารดาและคนในครอบครัว และผู้ป่วยเด็กมีความต้องการให้จัดหารูปเพื่อนและรูปของบุคคลในครอบครัวหรือรูปของสัตว์เลี้ยงของตนไว้ให้ดูขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤติ

ส่วนความต้องการของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก พบว่า บิดามารดาของเด็กป่วยเหล่านี้มีความต้องการและปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร ซึ่งพบว่าจะมีผลช่วยลดความกังวลลงไปได้มาก ผลสรุปที่ได้จากการศึกษานี้ทำให้ทราบว่าการพยาบาลหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤติมีการติดตามเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยเด็กและบิดามารดาของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการเหล่านั้นได้ จะพบว่าผู้ป่วยเด็กมีความรู้สึกปลอดภัย รู้สึกมั่นใจ สามารถควบคุมความรู้สึกกดดัน และความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้ดี ส่วนบิดามารดาของผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะสามารถร่วมเป็นภาคีในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคและมีสุขภาพดีขึ้นในเร็ววันได้

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการ

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็นเพื่อการดำรงชีวิต หรือเพื่อรักษาสมดุลของการดำรงชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Kraegel, Mousseau, Goldsmith & Arora, 1974; Kron, 1971; Rines & Montag, 1967; Toole, 1992) บุคคลมีความต้องการอยู่ตลอดเวลาโดยไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตายและจะมีความต้องการในเวลาปกติ และเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหากความต้องการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถปรับตัวหรือไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่โดยปกติสุขได้ ซึ่งมีผู้สนใจศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการไว้อย่างหลากหลายดังนี้

มาสโลว์ (Maslow, 1970) กล่าวว่า บุคคลเกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณความต้องการ ความต้องการในระดับต่ำต้องได้รับการตอบสนองก่อน จึงจะเกิดความต้องการในระดับที่สูงกว่าต่อไปได้ และแบ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiologic needs) เป็นความต้องการที่จัดลำดับอยู่ในขั้นแรก เป็นความต้องการเพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของสรีรวิทยาและการคงอยู่ของชีวิต เช่น ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย เพศสัมพันธ์ การเคลื่อนไหว การพักผ่อน เป็นต้น เมื่อความต้องการของบุคคลในขั้นนี้ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอแล้ว บุคคลจึงจะมีความต้องการในระดับสูงกว่าขั้นนี้ต่อไป

2. ความต้องการด้านการปลอดภัย (Safety & security needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับการปกป้องบุคคลให้พ้นจากอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจปราศจากความกลัว ความวิตกกังวล และความหวาดหวั่นใจ ผู้รับบริการรู้สึกต้องการความปลอดภัยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวในสิ่งที่ไม่รู้

3. ความต้องการความรักและรู้สึกว่ามีส่วนร่วม (Love & belonging needs) เป็นความต้องการความเข้าใจ การยอมรับ และความรักจากบุคคลอื่น และมีความต้องการตนเองมีส่วนร่วมและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นต้น การที่บุคคลรับรู้ว่าจะไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับความรักและรู้สึกว่ามีส่วนร่วมจะทำให้รู้สึกอ้างว้าง เปล่าเปลี่ยว แยกตนเอง อาจมีอาการมากจนเข้าสู่ภาวะวิกฤติได้

4. ความต้องการเป็นที่ยกย่องนับถือ (Self-esteem needs) เป็นความต้องการความภาคภูมิใจในตนเอง และเป็นที่ยกย่องนับถือจากสังคมแวดล้อม เป็นความต้องการเมื่อบุคคลเปลี่ยนบทบาทเป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบและสัมพันธภาพที่เปลี่ยนไป การได้รับการตอบสนองด้านนี้ ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าและยอมรับตนเอง

5. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จด้วยความสามารถแห่งตน (Self-actualization needs) เป็นความต้องการที่พัฒนามาก ชั้นสูงสุดของความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการลำดับต้นได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจแล้ว บุคคลจะรู้สึกมีความสุขที่จะทำเพื่อคนอื่น แสวงหาสิ่งที่ดีและถูกต้องในการกระทำ ไม่คำนึงถึงผลตอบแทน

โคชิเออร์และเอิบ (Kozier & Erb, 1983) ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiologic needs) เป็นความต้องการที่เป็นพื้นฐานของการคงไว้ซึ่งชีวิต เพื่อรักษาสมดุลทางด้านชีวภาพ ถ้าความต้องการด้านนี้ไม่ได้รับการตอบสนองจะมีผลกระทบต่อความต้องการด้านอื่น ๆ ด้วย ความต้องการด้านนี้ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย อุณหภูมิร่างกายที่เหมาะสม

2. ความต้องการการกระตุ้น (Stimulation needs) เป็นความต้องการเพื่อให้มีการจัดกระทำ (Activity) ตามพัฒนาการ และเพื่อรักษาความสมดุลของลักษณะชีวิตประจำวัน เนื่องจากปฏิบัติบางอย่างต้องการการกระตุ้น เช่น การรับประทานอาหาร การคลาน การเดินของเด็ก เป็นสิ่งที่กระตุ้นได้แก่ กระตุ้นทางอารมณ์ กระตุ้นความรู้สึก กระตุ้นการรับรู้

3. ความต้องการการปกป้อง (Protection needs) เป็นความต้องการเพื่อปกป้องบุคคลให้พ้นจากสิ่งที่เป็นอันตราย และได้รับความปลอดภัย แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

3.1 ความต้องการความปลอดภัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความปลอดภัยจากสารเคมี เครื่องจักร ความร้อนและเชื้อโรค สำหรับผู้ป่วยมักจะเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมทั้งความสะอาดส่วนบุคคล ป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ ในร่างกายและความสะอาดของสิ่งแวดล้อม

3.2 ความต้องการความปลอดภัยด้านจิตใจ เป็นความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งทำให้บุคคลมั่นใจ ปราศจากความวิตกกังวล ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ได้แก่ ต้องการมีความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีการป้องกันอันตราย ต้องการรู้การพยากรณ์โรค การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความต้องการเกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกด้านจิตใจ

4. ความต้องการความรักและความรู้สึกว่ามีส่วนร่วม (Love & belonging needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความสนใจ การช่วยเหลือประคับประคอง กำลังใจและความใกล้ชิดกับบุคคล เช่น บิดามารดา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เป็นต้น ความต้องการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลบุตรของมารดา การไม่ได้มีส่วนร่วมทำให้มารดาที่มีความรู้สึกว่ามีคุณค่า รู้สึกเดียวดาย

5. ความต้องการยอมรับนับถือ (Self-esteem needs) บุคคลต้องการยอมรับนับถือจากสิ่งทีพวกเขากระทำและสามารถกระทำ บุคคลต้องการคิดว่าตนเองถูกต้องเป็นที่ต้องการและเป็นประโยชน์ การไม่พึงพาผู้อื่นทำให้บุคคลมีความมั่นใจในตนเอง บุคคลต้องการการเห็นพ้องด้วย และการระลึกถึงจากสังคมต่อการกระทำของเขา

6. ความต้องการทางจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นผลของความเชื่อ เป็นความต้องการเพื่อคาดหวัง เป็นความเลื่อมใสในศาสนา ศรัทธา มั่นใจ เชื่อถือในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งที่อยู่เหนือมนุษย์ อยู่เหนือธรรมชาติ คล้ายพระเจ้า มักเกี่ยวข้องกับพิธีกรรมทางศาสนา พิธีบูชาต่าง ๆ ในการเจ็บป่วย บุคคลที่ผ่าตัดหวังว่าการผ่าตัดจะสำเร็จด้วยดี ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานมาก เมื่อมีการพยากรณ์โรคไม่ดีบุคคลยังคงหวังว่าบางสิ่งจะดีขึ้น มีความต้องการด้านจิตวิญญาณขึ้น เพื่อให้ความหวังเป็นไปตามความคาดหวัง

7. ความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ (Self-actualization needs) เป็นความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต ซึ่งมาสโลว์จัดให้เป็นความต้องการขั้นสูงสุด

คลีเกล มุซโซ โกลด์สมิท และอาเรธา (Kraegel, Mousseau, Goldsmith & Arara, 1974) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

4. ความต้องการด้านสรีรวิทยาหรือความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความปลอดภัย ความสะอาดของร่างกาย การได้อยู่ในสถานที่เงียบสงบ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายตามความต้องการ และได้รับการดูแลเพื่อลดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่าง ๆ

5. ความต้องการด้านจิตสังคม ได้แก่ ความต้องการมีสิทธิในการเลือกหรือควบคุมตนเอง มีความสำเร็จและมองเห็นเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงเป็นความท้าทายของชีวิต มีความมั่นใจ ได้รับการบอกเล่าในสิ่งที่ต้องการทราบ ได้รับการสอนและแนะนำเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ๆ ได้รับการยอมรับ เคารพนับถือในตนเองและได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นด้วยดี

6. ความต้องการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย ความกระจ่างชัดเจนในสิ่งที่ซับซ้อน ตลอดจนควบคุมและจัดการกับค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคม

เดสแชม เออร์นี เอมเบต(Deschamps, Emy & M'Bede, 1989) ได้ประยุกต์ความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow, 1970) มาอธิบายความต้องการพื้นฐานของเด็กวัยเรียนตอนปลายถึงวัยรุ่นตอนต้นว่า

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ได้แก่ ความต้องการอาหาร ออกซิเจน การพักผ่อนนอนหลับ

2. ความต้องการความปลอดภัย (Security needs) มีความต้องการความมั่นคง (Stability) อิสระภาพ (Freedom) อิสระภาพจากความกลัว (Freedom from fear) ได้รับการคุ้มครอง (Protection)

3. ความต้องการความรักและรู้สึกว่ามีส่วนร่วม (Love & belonging needs)

4. ความต้องการเคารพยกย่องและการมีชื่อเสียง (Esteem & prestige needs) มีความต้องการการประเมินตนเองที่สม่ำเสมอบนพื้นฐานการมีเหตุผล แม้จะอยู่ในสถานภาพที่สูงขึ้น

5. ความต้องการประสบความสำเร็จ (Self-accomplishment needs) ต้องการมีความคิดที่สร้างสรรค์

6. ความต้องการความรู้และความเข้าใจ (Knowledge & understanding needs) มีความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity) มีการสำรวจระดับความสนใจใหม่และความรู้สึกจากการสัมผัสสิ่งใหม่ ๆ (New horizon & new sensation)

7. ความต้องการสุนทรียศาสตร์ (Aesthetic needs) มีความสนใจในศิลปะ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการดังที่ได้กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า เป็นแนวคิดความต้องการพื้นฐานของบุคคลทั่วไป ประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม มีเพียงแต่ คลีเกล มูซโซ โกลด์สมิท และอารารา (Kraegel, Mousseau, Goldsmith & Arara, 1974) เท่านั้นที่ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย แต่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยวัยใดและผู้ป่วยโรคใด ซึ่งผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจนั้นมีความต้องการที่แตกต่างจากความต้องการพื้นฐานทั่วไป เนื่องจากกาใส่ท่อหลอดลมคอจะทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวจนาภาษา เพื่อบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบได้ ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติก็ตาม ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของผู้ป่วย

เด็กอย่างมาก ซึ่งพัฒนาการของเด็กวัยเรียนแตกต่างจากเด็กวัยอื่น มีความต้องการที่เฉพาะเจาะจงกับวัยและสภาวะการเจ็บป่วย เช่น ด้านร่างกายมีความต้องการออกซิเจนที่เพียงพอและการพักผ่อนนอนหลับ ด้านจิตใจอารมณ์ มีความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตใจจากบุคลากรที่มีสุขภาพและจากครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดความเครียด เช่น เมื่อผู้ป่วยเด็กไม่สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้จากการได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจ หรือเมื่อผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการอื่นที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ผู้ป่วยเด็กมีความต้องการความปลอดภัย (Security needs) ต้องการบิดามารดาหรือพยาบาลคอยปลอบโยนหรืออยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจใกล้ ๆ (Kraegel, Mousseau, Goldsmith & Arara, 1974) ส่วนทางด้านสังคมนั้นเมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องแยกจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียน ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความต้องการที่จะรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน ให้เหมือนก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือบางครั้งต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนานจึงต้องการให้ญาติหรือกลุ่มเพื่อนมาเยี่ยมบ้าง

3. ลักษณะและพัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนหรือวัยเด็กตอนปลาย เป็นช่วงวัยที่มีอายุ 6-12 ปี เป็นวัยที่เริ่มเรียนหนังสือจริงจังเพิ่มขึ้น อยู่ในชั้นประถมต้นถึงประถมปลายจึงนิยมเรียกวัยนี้ว่าวัยเรียน (School age) ชีวิตส่วนใหญ่จะอยู่นอกบ้าน ออกสังคมอย่างจริงจัง ชอบไปบ้านเพื่อน สนามกีฬา สถานรื่นรมย์ต่าง ๆ เริ่มเรียนรู้ค่านิยมจากสังคมจากกลุ่มเพื่อน หรือครู มีการพัฒนาความคิดเชิงวิเคราะห์และเปรียบเทียบได้ เด็กวัยเรียนจะมีลักษณะและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ (ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต, 2543) ดังนี้

1. อยากรู้อยากเห็น ในวัยนี้ยังคงมีความอยากรู้อยากเห็นมาก เช่นเดียวกับวัยเด็กตอนต้น อยากรทดลอง อยากรเก่ง อยากร่วมมือ จึงเรียนหนังสือได้ดีขึ้น จะถามซอกแซกยิ่งขึ้น อยากรหาเหตุผล อยากรหาว่าสิ่งต่าง ๆ เกิดขึ้นได้อย่างไร ทำให้ไม่ถึงเกิดและจะชอบอ่านหนังสือเพื่อหาคำตอบ มีความสามารถในการอ่าน การเขียน และทำงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาการได้ (Potts & Mandelco, 2002)

2. มีความสนใจ สมาธิ และระเบียบวินัยถึงแม้ในช่วงอายุ 6-7 ปี ช่วงความสนใจจะสั้น แต่เมื่ออายุ 8 ปี ช่วงความสนใจจะนานขึ้น พยายามทำงานจนเสร็จ สนใจเก็บสะสมสิ่งของ สนใจงานฝีมือ และอยากฝึกทักษะให้มีความชำนาญเพิ่มขึ้น เด็กเริ่มพัฒนาความต้องการใฝ่สัมฤทธิ์ผล คือการสร้างนิสัยว่าเป็นผู้ประสบความสำเร็จ สำเร็จมากกว่า หรือไม่สำเร็จให้กับตนเอง ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับความสามารถของเด็กแต่ละคน

3. รู้จักตนเอง เริ่มมองเห็นตนเอง วิพากษ์วิจารณ์ตนเองยอมรับความแตกต่างของคนอื่นมีความสนใจต่อครอบครัวน้อยลง แต่จะเพิ่มความสนใจในสังคมและกลุ่มเพื่อนมากขึ้น

ส่วนพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กวัยเรียน มีดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย อัตราการเจริญเติบโตจะช้าลงเล็กน้อยแต่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ เด็กหญิงจะโตเร็วกว่าเด็กชาย ร่างกายจะขยายออกด้านส่วนสูงมากกว่าส่วนกว้างสัดส่วนร่างกายใกล้เคียงผู้ใหญ่มากขึ้น แต่ส่วนหัวยังคงใหญ่กว่าส่วนลำตัว ปาก ขากรรไกร และจมูกใหญ่ได้รูป ลำตัวเล็กได้สัดส่วน คอยาว ออกผาย ท้องราบ แขนขายาว มือเท้าใหญ่ขึ้น (Hurlock,1982) เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านร่างกายโดยเฉพาะด้านคุณภาพการทำงานในระบบต่าง ๆ ได้แก่

1.1 กล้ามเนื้อและระบบประสาท จะทำงานประสานกันได้ดีขึ้น ประสาทสัมผัสมีการพัฒนาให้มีความละเอียดอ่อนขึ้น มีผลต่อการพัฒนาด้านการเรียนรู้และสติปัญญาที่ต้องใช้ทักษะประเภทนี้เป็นสื่อ จึงสามารถปฏิบัติได้ดี

1.2 กระดูกและฟัน กระดูกจะเจริญเติบโตเต็มที่โดยขยายยาวขึ้น ทำให้เด็กวัยนี้ดูแก่ง้าง แขนขายาวเนื่องจากมีการขยายด้านส่วนสูงมากกว่าความกว้าง จะมีความสูงเพิ่มขึ้นปีละ 5-6 เซนติเมตร เมื่ออายุได้ 12 ปี จะมีความสูงเพิ่มขึ้น 30-60 เซนติเมตร โดยทั่วไปจะสูงประมาณ 150 เซนติเมตร ส่วนน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นละ 2-3.5 กิโลกรัม เมื่ออายุ 12 ปีจะมีน้ำหนักโดยประมาณ 40 กิโลกรัม กระดูกข้อมือ 6-7 ชิ้นยังไม่เจริญเต็มที่ จะมีกระดูกข้อมือครบ 8 ชิ้นเมื่อถึงวัยเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ขากรรไกรขยายใหญ่ขึ้น จะมีฟันแท้ที่แรกงอกเมื่ออายุ 6 ปี และฟันน้ำนมจะเริ่มหัก จะมองเห็นฟันหน้าขึ้นก่อนต่อด้วยฟันเขี้ยวล่าง ฟันกรามซี่ที่หนึ่งซึ่งทำหน้าที่เป็นกรามบดและเป็นตัวกันให้ฟันหน้าซี่อื่น ๆ ขึ้นถูกต้องตามตำแหน่งของฟัน เด็กหญิงจะมีฟันขึ้นเร็วกว่าเด็กชายเล็กน้อย ในเด็กวัยเรียนทั่วไปจะมีฟันแท้ขึ้น 28 ซี่ จากฟันแท้ 32 ซี่ ส่วนที่เหลืออีก 4 ซี่จะครบเมื่อมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น

1.3 อวัยวะภายใน เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วเกือบทุกระบบ เช่น สมองมีน้ำหนักมากขึ้นเจริญเกือบเต็มที่ เมื่ออายุ 7 ปีน้ำหนักสมองเป็นร้อยละ 90 ของผู้ใหญ่ และจะมีน้ำหนักสมองเท่าผู้ใหญ่เมื่ออายุ 12 ปี ปอดมีอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีน้ำหนักเป็น 10 เท่าของแรกเกิด อวัยวะย่อยอาหารเจริญเติบโตเต็มที่ ระบบขับถ่ายมีวุฒิภาวะในวัยนี้โดยโตจะมีขนาดโตขึ้น 2 เท่าของผู้ใหญ่ ส่วนหัวใจมีการเจริญเติบโตค่อนข้างช้าในวัยนี้ จะมีน้ำหนักเป็น 6 เท่าของแรกเกิด (Murray & Zentner,1989) จากสาเหตุที่หัวใจมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับสัดส่วนของร่างกาย จึงทำให้เด็กวัยเรียนเหนื่อยง่ายเมื่อมีกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก

1.4 อวัยวะเพศ เจริญเติบโตยังไม่เต็มที่ แต่เด็กตอนปลายจะมีความตระหนักรู้ถึงบทบาททางเพศ และอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับร่างกายของเพศตรงข้าม ในเพศหญิงช่วงอายุ 8-12 ปี จะมีลักษณะเพศขั้นที่สองปรากฏชัดเจน ได้แก่ ตะโพกผายออก ทรวงอกขยาย มีขนขึ้นที่อวัยวะเพศ ทำให้รู้สึกวิตกกังวล มีจิตใจจดจ่ออยู่กับเรื่องนี้มาก ส่วนเพศชายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเมื่ออายุ 12-14 ปี

2. พัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กวัยเรียนจะเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นดีขึ้น รู้จักควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่าวัยที่ผ่านมา รู้จักแสดงอารมณ์ได้ในแบบที่สังคมยอมรับทั้งในด้านที่พึงใจและไม่พึงใจ ลักษณะอารมณ์จะเป็นเช่นเดียวกับวัยเด็กตอนต้น คือ

2.1 อารมณ์ในด้านพึงใจ ได้แก่

2.1.1 ความรู้สึกสงสารเห็นใจ เด็กจะมีความรู้สึกสงสารเห็นใจผู้อื่น ตลอดจนสัตว์เลี้ยง เข้าใจความรู้สึกผู้อื่นได้ดีเพราะสิ่งแวดล้อมของเด็กกว้างขวางขึ้น

2.1.2 ความรัก ความเมกิบาน เด็กจะแสดงความร่าเริง มีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่น เด็กวัยนี้จะมีอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในกลุ่ม

2.2 อารมณ์ในด้านไม่พึงใจ ลักษณะอารมณ์ในด้านไม่พึงใจเป็นลักษณะของอารมณ์ที่จะก่อให้เกิดปัญหาหรือมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของเด็ก (ผกา สัตยธรรม, 2545)

2.2.1 ความเบื่อ หมายถึง ความแข็ง ไม่มีชีวิตชีวา บื้อแป้หรือตรงกับภาษาอังกฤษว่า Depression ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เป็นลักษณะแสดงถึงความต่ำของอารมณ์ คนเราจะมีความแข็งด้วยกันทุกคน บางครั้งเป็นเรื่องธรรมดา แต่ถ้ามีอาการมากและยาวนาน อาจเบื่อทุกสิ่งทุกอย่างแม้แต่ชีวิตของตนเอง ถ้าเกิดกับเด็กจะมีอันตรายมาก จะมีการฆ่าตัวตายได้

2.2.2 ความโกรธ เด็กวัยเรียนจะควบคุมความโกรธได้ดีขึ้นและรู้จักวิธีระงับความโกรธได้ด้วย เช่น การคิดแก้แค้นเงียบ ๆ ในใจ แต่ไม่ทำจริงดังคิด หรือจะบอกเลิกเล่นทันทีทันใด ความโกรธเป็นลักษณะของการผิดหวังจากสิ่งที่คาดหวังไว้ ทำให้เกิดอารมณ์ไม่ปกติเกิด ความไม่ชอบไม่พอใจการกระทำของผู้อื่นตัวเราเอง เด็กที่โกรธง่ายและมีความโกรธเป็นประจำจะทำให้ติดเป็นนิสัย เป็นอันตรายต่อสุขภาพจิต ความโกรธที่เด็กได้รับอันเนื่องมาจากผู้ใหญ่หรือคนที่เกี่ยวข้อง คือ การล้อเลียน ทำให้อารมณ์เสีย เช่น ล้อสิ่งที่เด็กคิดว่าตนเองบกพร่อง เช่น ล้อว่าหน้าเหมือนแมว ฟันหลอ หรือเมื่อเด็กขอให้ช่วยเหลือในกรณีใดกรณีหนึ่งแต่ได้รับการปฏิเสธ หรืออยากจะทำสิ่งใด สิ่งหนึ่งที่ถูกขัดขวางไม่ให้ทำ บางครั้งยังถูกแกล้งอีกด้วยด้วยความโกรธโดยมากมีสาเหตุมาจากความปรารถนาที่ไม่เป็นผลสำเร็จด้วยเหตุผลต่าง ๆ ผู้ที่มีอารมณ์โกรธจะแสดงออกใน 2 ลักษณะคือ อาจแสดงอารมณ์รุนแรงก้าวร้าว หรือแสดงอาการเงียบเฉยปลีกตัวไปอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ถ้าอัดอั้นใจมาก ๆ ก็อาจพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้

2.2.3 ความอิจฉาริษยา เป็นอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก เพราะมีสิ่งที่เกิดกับเด็กนั้นทำให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าถูกบังคับ ถูกกด ถูกดขวาง ไม่ได้สิ่งที่ต้องการหรือคิดว่าได้รับสิ่งนั้นน้อยลง ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจในความอิจฉาริษยานั้น มีทั้งความกลัวว่าจะไม่มีใครสนใจตัวเองเท่าเดิม มีความโกรธที่มีคนอื่นสำคัญกว่าตนในสายตาของคนอื่นจึงไปสนใจสิ่งนั้นมากกว่าตัวเอง และมีความรักตัวเองมากเกินไป ไม่อยากให้คนอื่นเป็นที่รักของคนอื่นมากกว่าตนแล้วยังกลัวว่าจะมีใครมาแบ่งแยกความรักที่ผู้ใหญ่มีต่อเด็กให้น้อยลงไป

2.2.4 ความกลัว เด็กวัยเรียนจะเลิกกลัวสิ่งที่ไม่มีความอันตราย และปรากฏการณ์ธรรมชาติ แต่จะกลัวสิ่งที่จะเกิดได้จริง เช่น กลัวความอดอยาก กลัวไม่มีเพื่อน กลัวเรียนไม่ดีหรือกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวของตน เป็นต้น แหล่งกำเนิดความกลัวของเด็ก ได้แก่ ประสบการณ์ตรงของเด็กเอง จินตนาการของตนเอง คำบอกเล่าของผู้อื่นสอนให้เด็กกลัว เช่น ชูว่าจะให้หมอนัดยาถ้าไม่เชื่อฟัง หรือความกลัวที่เกิดขึ้นจากการที่ถูกหนีหรือทอดทิ้งให้เด็กอยู่คนเดียว โดยไม่บอกให้เด็กเข้าใจว่าจะไปไหนจะกลับเมื่อใด ทิ้งเด็กไว้ให้หรือทำให้เด็กเกิดความกลัวจะถูกทอดทิ้ง วิธีการตอบสนองความกลัวของเด็ก คือ การหนี การสู้และการหลีกเลี่ยงหรือทำตนให้เข้ากับสิ่งนั้น

2.2.5 ความวิตกกังวล เป็นลักษณะที่จิตใจไม่สงบ ขาดสมาธิเป็นความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคล ขาดความมั่นใจ คิดไปว่าไม่สามารถจะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ตามต้องการหรือไม่สามารถแก้ปัญหาบางอย่างได้ ทำให้จิตใจไม่ปกติ ความวิตกกังวลของแต่ละบุคคลมีสาเหตุแตกต่างกันและมีไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับสภาพปรับตัว บางคนวิตกกังวลมากจนทำอะไรไม่ได้ มีอาการทางจิตและทางกาย บางคนมีอาการเล็กน้อยทางด้านจิตใจในเรื่องเดียวกัน ทั้งนี้เกิดจากการอบรมเลี้ยงดูและความเคยชินจากประสบการณ์ที่ได้รับของแต่ละคน

3. พัฒนาการด้านสังคม เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านสังคมเด่นมาก โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทั้งในบ้านและนอกบ้าน ทั้งกลุ่มวัยเดียวกันและวัยผู้ใหญ่ จะมีสัมพันธภาพกับผู้ใหญ่นอกบ้านมากขึ้น ส่วนสังคมกับกลุ่มเพื่อน มักจะเป็นสังคมเฉพาะเพื่อนเพศเดียวกัน มีการเรียนรู้กติกาการเล่นและกติกาสังคม

Erikson ได้กำหนดพัฒนาการด้านจิตสังคมของเด็กวัยเรียนเป็นวัยจัดอยู่ในระยะขั้วหนึ่งเปรียบกับความรู้สึกมีปมด้อย (Industry versus inferiority) โดยเด็กจะมีการพัฒนาเรียนรู้ทักษะทางวิชาการและบทบาทในสังคม จะเปรียบเทียบตนเองกับกลุ่มเพื่อน โดยจะรู้สึกพอใจในความสามารถของตนเองเมื่อประสบความสำเร็จ และจะเกิดมีปมด้อย ผิดหวัง ไม่พอใจในตนเองถ้ารู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถถูกเพื่อนหัวเราะเยาะ ผิดหวังเมื่อตนเองไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง (Erikson, 1963 cited in Potts & Mandelco, 2002; มาลี วิทยารัตน์, 2544)

4. พัฒนาการด้านสติปัญญา เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (Concrete operations) โดยเด็กจะมีความคิดยึดตัวเองเป็นศูนย์กลางน้อยลง สามารถเข้าใจในสิ่งที่ตนได้รับทางประสาทสัมผัส และนำสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้มารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผน เด็กสามารถวาดภาพความคิดและคุณสมบัติของสิ่งต่าง ๆ ในใจได้ เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งของมากกว่า 2 สิ่งขึ้นไป รู้จักสัญลักษณ์และความหมายของสิ่งต่าง ๆ ได้ เรียนรู้ว่าจะไรถูกอะไรผิด เข้าใจมโนทัศน์ต่าง ๆ เช่น การเกิด การตาย และสามารถเล่นโดยประสานงานกับเพื่อนได้ รู้จักวางแผนและดัดแปลงแก้ไขการกระทำต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล สามารถ

มองเห็นและเข้าใจมุมมองของคนอื่นได้ (Piaget, 1963 cited in Potts & Mandelco, 2002) โดยทั่วไป เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญา ดังนี้

4.1 ความเข้าใจเชิงอนุรักษ์ (Conservation) คือ เข้าใจว่า วัตถุแม้เปลี่ยนแปลงรูปลักษณะภายนอก แท้จริงแล้วยังคงสภาพเดิมในบางลักษณะได้ ซึ่งลักษณะของวัตถุ จะสามารถรับรู้ได้ใน 3 ลักษณะ คือ ปริมาณ น้ำหนัก และปริมาตร พบว่าเด็กวัยเรียนสามารถ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงเชิงปริมาตรได้ดีกว่าวัยเด็กตอนต้น ทั้งนี้เนื่องจากความเข้าใจเชิงปริมาตรต้อง อาศัยความเข้าใจเชิงนามธรรมมากกว่า

4.2 ความเข้าใจเชิงรูปธรรม (Concrete operation) เป็นพัฒนาการทาง ความคิดทั่วไป เด็กสามารถแยกแยะมองเห็นความแตกต่างและรายละเอียดของสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น มีความสามารถทางสัญลักษณ์ด้วยคำ สามารถใช้ภาษาและคิดด้วยสัญลักษณ์เชิงจำนวนหรือ สัญลักษณ์เชิงคณิตศาสตร์ได้ นับเลขย้อนหลังได้ ท่องสูตรคูณได้ และรู้จักดูนาฬิกา

4.3 ความเข้าใจเชิงเหตุผล รู้จักคิดว่าอะไรเป็นเหตุอะไรเป็นผล เด็กฉลาด รู้จักการวิพากษ์วิจารณ์ เข้าใจกฎระเบียบและคำสั่งดีขึ้น จึงเหมาะที่จะสอนและฝึกระเบียบวินัย เด็ก ที่มีผลการเรียนดีจะทำให้เป็นเด็กวัยเรียนที่มีสุขภาพจิตดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง มั่นใจที่จะคิด หรือกระทำในสิ่งที่ตนเองเห็นว่ามีเหตุผลถูกต้อง

4.4 ความเข้าใจภาษา เมื่ออายุ 7 ขวบพูดได้คล่องเข้าใจความหมาย แสดงความคิดเห็นได้อย่างมีเหตุผล ชอบอ่านหนังสือ และรู้ความหมายของคำต่าง ๆ ได้ดีแต่ไม่ทุกคำ สามารถอ่านหนังสือไปพร้อม ๆ กับฟังวิทยุ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ได้ด้วย เมื่ออายุ 8 ขวบ สามารถ เข้าใจภาษาเขียนได้ดี คิดเลขในใจได้ เมื่ออายุ 9 ขวบสามารถเขียนบรรยายเล่าเรื่องได้ดี บรรยาย ภาพได้ อายุ 10 ขวบสามารถใช้สำนวนภาษาในการเขียนและการพูดได้ดี สามารถแสดงความ คิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ได้ทั้งด้านบวกและลบ

ภาวะวิกฤตของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนจะมีสังคมนอกบ้านมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลทั่ว ๆ ไปทั้งที่โรงเรียน ชุมชน หากเด็กวัยนี้ประสบความสำเร็จในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะทำให้เขาเป็นคนที่เชื่อมั่นใน ตนเอง ภาคภูมิใจในตนเองและมีอัตมโนทัศน์เพิ่มขึ้น แต่ถ้าประสบความสำเร็จล้มเหลวจะรู้สึกเป็นปมด้อย อาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและปัญหาด้านอารมณ์ได้ ปัญหาที่พบได้บ่อยในวัยนี้ คือ ปัญหาการ ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในวัยเด็กไม่เพียงพอ ปัญหาครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างพี่น้องและเครือญาติ ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาสุขภาพกาย จากการศึกษาในประเทศอเมริกา พบว่าภาวะวิกฤตของเด็กอายุ 6-11 ขวบ เรียงตามลำดับความรุนแรง (Beck, Rawlins & Williams, 1988) ได้แก่ พ่อแม่เสียชีวิต พี่หรือน้องเสียชีวิต มีข้อขัดแย้งกับพ่อแม่ พ่อแม่แยกทางกัน

พ่อแม่หรือพี่น้องเข้าอยู่ในโรงพยาบาล มีน้องใหม่ มีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างพ่อแม่ ผลการเรียนตกต่ำ เจ็บป่วยได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเพื่อนสนิทเสียชีวิตเมื่อมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น จากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม เด็กจะมีพฤติกรรมแสดงออกทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรมหลายรูปแบบ สรุปได้ดังนี้ (ทิพย์ภา เศรษฐ์เขาวลิต, 2543)

1. ปัญหาพฤติกรรม เด็กจะแสดงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น กินจุบกินจิบ หรือมีประทธานอะไร บางคนจะติดเพื่อนมากขึ้น ติดสิ่งของ ซื่อจ๋า หรือพฤติกรรมการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงไป เช่น รุกี้รุกรน นั่งหรือนอนมากกว่าปกติ เงียบ ซึม เชื่องช้า เป็นต้น บางคนจะมีอารมณ์โกรธง่ายในสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางกาย เนื่องจากภาวะเครียด (Psychosomatic) เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นต้น

2. ปัญหาสัมพันธภาพ เด็กในวัยนี้ที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ใหญ่ ถ้าไม่มีผู้ใหญ่คอยให้คำแนะนำ สั่งสอนหรือให้กำลังใจในการฝึกฝนลักษณะนิสัยหรือทักษะต่าง ๆ ที่ควรจะพัฒนาในช่วงนี้ ทำให้สูญเสียประสบการณ์ทางสังคมไปอย่างน่าเสียดาย อาจก่อให้เกิดสภาพทางจิตสังคมที่เป็นปมด้อย ซึ่งบางคนจะมีความรู้สึกเป็นปมด้อยไปจนตลอดชีวิต จนแก้ไขได้ยาก บางคนอาจมีปัญหาในการคบเพื่อนใหม่ เนื่องจากเมื่ออยู่ที่บ้านไม่มีโอกาสได้เล่นกับเด็กอื่น ๆ ไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ว่าตนควรจะทำอะไรเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น มีผลให้เด็กปรับตัวเข้ากับเพื่อนที่โรงเรียนได้ยาก

3. การเจริญเติบโตถอยหลังไปในระดับด้อยกว่าวัย (Regression) เด็กที่เคยช่วยตัวเองได้ทั้งเรื่องการกินและการแต่งตัวจะกลายเป็นเด็กที่อ่อนให้แม่ทำให้ไม่ยอมทำอะไร หรือเด็กที่เคยเล่นกับเพื่อนเป็นกลุ่ม จะมีปัญหาเล่นกับเพื่อนไม่ได้ ไม่ยอมเล่นแต่ติดพ่อแม่ตลอดเวลา งานที่เคยรับผิดชอบก็จะไม่ทำ ไม่สนใจทำการบ้าน บางคนเป็นมากจนไม่ยอมไปโรงเรียนเนื่องจากการเจ็บป่วยได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นภาวะวิกฤตหนึ่งของเด็กวัยเรียน ดังนั้นเมื่อเด็กวัยเรียนต้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจึงถือเป็นภาวะวิกฤตของเด็ก ซึ่งควรหาทางช่วยเหลือเด็กเพื่อป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจที่เด็กจะต้องได้รับการเผชิญกับโรคและการรักษาในโรงพยาบาล ที่จะส่งผลต่อความกลัวของเด็ก

ความกลัวของเด็กวัยเรียน

ความกลัวของเด็กจะแปรเปลี่ยนไปตามระดับพัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลง ธรรมชาติของความกลัวในเด็กจะเปลี่ยนไปตามอายุ ซึ่ง Ollendick & King (1985 cited in Nicastro & Whetsell, 1999) ได้แบ่งชนิดของความกลัวทั่วไป ที่พบในเด็กได้เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. กลัวความล้มเหลว และคำวิจารณ์ (Failure & criticism) เช่น กลัวการตำหนิของพ่อแม่ กลัวการสอบตก กลัวการถูกตำหนิ คำวิจารณ์จากผู้อื่น

2. กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ (The unknown) เช่น กลัวผีและสิ่งที่น่ากลัว กลัวห้องมืด หรือห้องที่เปิดประตู กลัวสัตว์ประหลาด กลัวการอยู่คนเดียว

3. กลัวการบาดเจ็บและสัตว์เล็ก (Injury & small animals) เช่น กลัวปืน กลัวการเห็นเลือดออก กลัวงู กลัวหนู

4. กลัวอันตรายและความตาย (Danger & death) เช่น กลัวไฟ สิ่งที่ทำให้หุฟอง กลัวถูกรถชน กลัวตกจากที่สูง กลัวแผ่นดินไหว

5. กลัวการรักษาในโรงพยาบาล (Medical fear) เช่น กลัวการไปโรงพยาบาล กลัวการถูกแพทย์พยาบาลฉีดยา กลัวการไปพบแพทย์

เมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้เด็กเกิดความกลัวเพราะเด็กต้องพบกับสิ่งคุกคามที่ทำให้เด็กกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Visintainer & Wolfer, 1975) ได้แก่

- สิ่งที่เป็นอันตรายหรือทำให้ร่างกายบาดเจ็บ (Physical harm or body injury) เช่น ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ความเจ็บปวดจากหัตถการ การถูกตัดอวัยวะ การตาย

- การแยกจาก (Separation) เช่น แยกจากสิ่งที่เป็นประจำหรือกิจวัตรประจำวัน การแยกจากบิดามารดา เพื่อน และผู้ใหญ่ที่เด็กไว้ใจ ในเด็กโตการแยกจากทำให้เด็กกังวลเกี่ยวกับการขาดเรียน กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน การขาดตำแหน่งในกลุ่มเพื่อนและครอบครัว กลัวว่าบุคคลเหล่านั้นจะลืมตน หรือเสียตำแหน่งไปถ้าขาดการติดต่อกัน ทำให้เด็กรู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อ

- สิ่งที่ไม่ทราบมาก่อน (The unknown) เช่น สิ่งแปลกใหม่ต่าง ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

- ขอบเขตจำกัดที่ไม่แน่นอนที่เกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (Uncertainty about limits) เช่น ผู้ป่วยเด็กไม่เข้าใจเกี่ยวกับการยอมรับและความมุ่งหวังของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาลว่าเป็นอย่างไร ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

- เด็กสูญเสียการควบคุมตนเอง (Loss of control) มีความพร้อมในการทำกิจกรรมปกติและขาดความสามารถในการตัดสินใจ

4. แนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึงการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ซึ่งการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับความนิยมและถูกนำมาใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิต เหมาะสมในการตอบคำถามว่าปรากฏการณ์ที่สนใจนั้นมีอะไรเกิดขึ้นและเป็นอย่างไร ผลการวิจัยทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษา

และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลในสภาวะการณ์ต่าง ๆ ได้ (จอห์นแจจ พึ่งจาด, 2546) โดยมีปรัชญาพื้นฐาน ลักษณะทั่วไป และกระบวนการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้แก่

ปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์

ปรากฏการณ์วิทยามีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยา และจิตวิทยา โดยมีปรัชญาหลักคือ เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ธรรมชาติ (Streubert & Carpenter, 2003)

จุดเน้นของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา คือ ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่ (Lived experience) ในโลกของการดำรงชีวิตประจำวัน (World of everyday life) ซึ่งหมายถึงประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นทั้งหมด ภายใต้ขอบเขตของแต่ละบุคคล แต่ละสถานการณ์ที่จะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายของชีวิต หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและสิ่งที่บุคคลได้แสดงให้เห็นนั้นเป็นสิ่งที่ เป็นความจริง และเกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลนั้น (Schutz, 1970 cited in Streubert & Carpenter, 1995)

ความเป็นมาของปรัชญาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เริ่มขึ้นในต้นศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ (Streubert & Carpenter, 2003) ได้แก่

ระยะที่ 1 (Preparatory phase) เป็นระยะที่เริ่มมีการเตรียมการ โดย Franz Brentano และ Carl Stumpf แนวคิดในระยะนี้เป็นแนวคิดของการศึกษาด้วยความตั้งใจ (Intentionality) และมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา

ระยะที่ 2 (Second or German phase) เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดโดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน คือ Edmund Husserl และ Martin Heidegger ได้พัฒนาแนวคิดการเข้าใจสาระสำคัญ หรือแก่นแท้ (Essences) ของปรากฏการณ์ การหยั่งรู้และเข้าใจลึกซึ้ง (Intuiting) และการทอนปรากฏการณ์ (Phenominological reduction)

ระยะที่ 3 (Third or French phase) เป็นระยะที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศส ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการแสดงออกเป็นหน่วยรวม (Embodiment) และการดำรงอยู่ในโลกมนุษย์ (Being-in-the-world) และกล่าวถึงความเชื่อที่มีผลต่อการแสดงออกในทางพฤติกรรม ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้

จากพัฒนาการเห็นได้ว่าปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยานั้นเป็นปรัชญาที่มีการเปลี่ยนแปลง (Dynamic) โดยนักปรัชญาแต่ละคนก็จะอธิบายถึงปรากฏการณ์วิทยา ด้วยปรัชญาและวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน Edmund Husserl ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา ในระยะ German phase โดยที่ Husserl ให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้จากประสบการณ์

ของบุคคล (Subjectivity) ที่รับรู้ประสบการณ์นั้นอย่างมีสติ (Consciousness) และเชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมหรือโลก (Life-world) ไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้ การพัฒนาความรู้เน้นการค้นหาความจริง (Essence) ที่ปรากฏอยู่ โดยนักวิจัยใช้ความสามารถในการทำความเข้าใจ (Intuition) ปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างปราศจากอคติ (Bias) โดยใช้กระบวนการจัดกรอบความคิด (Bracketing) กำจัดการคิดล่วงหน้า หรือเก็บความคิด ความเชื่อ/ความรู้ที่มีอยู่เดิมนั้นไว้ เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่ได้รับมาใหม่ได้ตามความเป็นจริงมากที่สุด (Phenomenological reduction)

มโนคติหลักในปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ได้แก่

1. Phenomenological intuition เป็นวิธีการที่ทำให้ได้ความรู้ ที่ได้จากการจินตนาการความทรงจำ หรือประสบการณ์จริง เป็นวิธีการที่มีความใกล้เคียงกับการหยั่งรู้ว่าเป็นเหตุเป็นผลที่อยู่บนพื้นฐานของการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ
2. Phenomenological reduction เป็นวิธีการสำคัญที่ใช้ในการกันความเชื่อ (Suspension of belief) ที่อาจมีผลต่อการเข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา วิธีการกันความเชื่อหรือความรู้นี้มีส่วนช่วยให้การเข้าไปศึกษาสิ่งที่สนใจตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริง กระบวนการนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การกันความรู้ที่เกี่ยวกับความจริงทั่วไป (Eidetic reduction) และการทำให้ปรากฏการณ์ที่สนใจเป็นอิสระ (Phenomenological reduction proper) โดยให้ความสนใจกับการแยกประสบการณ์เดิมของบุคคล (Internal world) ออกจากโลกภายนอกหรือสถานการณ์ที่ต้องการเข้าไปศึกษา (External world) โดยการจัดกรอบความเชื่อและความคิด (Bracketing) ของผู้เข้าไปศึกษา เพื่อสามารถรับรู้สถานการณ์นั้นได้ตามสภาพที่เป็นจริงมากที่สุด
3. Life – world หมายถึง สิ่งแวดล้อมหรือโลกที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่และเกิดประสบการณ์ชีวิต
4. The intentionality of consciousness หมายถึง การรับรู้ประสบการณ์อย่างตั้งใจและมีสติ การรับรู้จำเป็นต้องเป็นการรับรู้อย่างมีสติ (Consciousness)

ลักษณะทั่วไปของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ถูกนำมาใช้ในการพยาบาลมีระเบียบและวิธีการที่หลากหลายขึ้นกับการประยุกต์ใช้ของนักวิจัย ซึ่งการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญา/แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยนั้น ๆ Van Manen (1990) ได้สรุปลักษณะทั่วไปของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา ประกอบด้วย

1. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) เพื่อต้องการให้เกิดความเข้าใจต่อปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง โดยคำถามของการวิจัยคือปรากฏการณ์นี้คืออะไร หรือประสบการณ์เป็นอย่างไร ดังนั้น ปรากฏการณ์วิทยาไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทฤษฎีในการบรรยายหรือควบคุมปรากฏการณ์ แต่ทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น
2. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยานำเสนอปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลอย่างมีสติ (Consciousness) การรับรู้อย่างมีสติเป็นวิธีการเดียวที่จะทำให้บุคคลเรียนรู้ประสบการณ์หรือโลกของบุคคลนั้น การรับรู้อย่างมีสติ คือการรับรู้โดยคำนึงถึงส่วนต่าง ๆ ของโลก (World) ที่บุคคลนั้นอยู่ การรับรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังที่บุคคลได้มีการคิดทบทวน (Reflection) ภายหลังจากการมีประสบการณ์นั้น ๆ แล้ว (Retrospective)
3. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาแก่น (Essence) ของปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ อีกนัยหนึ่งคือการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อค้นพบและอธิบายโครงสร้าง ส่วนประกอบ หรือโครงสร้างของความหมายของประสบการณ์ชีวิต
4. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่อบรรยายความหมายของประสบการณ์ (Experiential meaning) ที่บุคคลประสบอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวัน
5. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ในการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ (Human science) ที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ (Systematic) คือ มีการตั้งคำถาม การทบทวน มีจุดมุ่งหมาย นำเสนอความหมายที่อยู่ในประสบการณ์นั้น (Explicit) มีการตรวจสอบ (Self-critical) เพื่อความน่าเชื่อถือโดยให้ผู้อ่านเป็นผู้ตัดสิน (Intersubjective)
6. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาโดยการคิดอย่างรอบคอบ (Thoughtfulness) เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่และความหมายของการมีชีวิตอยู่
7. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของการเป็นมนุษย์
8. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่มีการรายงานผลการวิจัยโดยใช้เทคนิคการเขียนวรรณกรรม โดยการเปลี่ยนภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันมาเป็นภาษาที่สามารถนำเสนอประสบการณ์ให้เป็นที่เข้าใจต่อผู้อ่านตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นมากที่สุด

กระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี (Streubert & Carpenter, 1999 อ้างถึงใน จอนณะจง เพ็งจาด, 2546) คือ

1. การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้นโดยตรง (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Description) โดยปราศจากการคาดเดา

เพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1.1 การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลาย ๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.2 การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เกิดภาพความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นแก่น (Essences)

1.3 การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อการบรรยาย หรือการเปรียบเทียบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่ต้องการนำเสนอ

2. การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essences) เป็นการสืบค้น (Probing) ข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3. การทอนความคิด (Reductive) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษา โดยการจัดกรอบ (Bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาเพื่อให้อธิบายประสบการณ์นี้แยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล วิธีการที่นิยมใช้คือการหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมออกไปจนกว่าจะวิเคราะห์ข้อมูล

ระเบียบวิธีการการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert & Carpenter, 1999 (อ้างถึงใน จอนณะจ พึงจาด, 2546) ได้กล่าวถึงกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยมีหลักการสำคัญได้ดังนี้

1. เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ซึ่งความรู้สึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1982) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นคว้า วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีวิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2. การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ และสมัครใจให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ (Researcher as instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง ต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึกและเล่าที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยน ไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษเป็นอย่างดี เน้นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้หน้าหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด คำถามเพื่อความกระจ่าง และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ ไม่ถามคำถามในลักษณะชักใช้ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจและสนใจอย่างแท้จริง

4. วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลาย ๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจ วิเคราะห์องค์ประกอบที่ได้ อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจและเตรียมคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่าเมื่อใดที่ได้ข้อมูลเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) คือมีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น และข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลาอันยาวนานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไปมีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5. การจัดการกระทำข้อมูล (Data treatment) วิธีที่ดีและควรเลือกใช้ คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทป และถอดเทปสนทนาแบบคำต่อคำ ร่วมกับการบันทึกภาคสนามและบันทึกความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำมาร่วมวิเคราะห์ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่างกัน Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้าง ๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อนแล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มข้อมูลนั้น ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาง่าย ๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003) เน้นที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วยวิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นและความมั่นใจของข้อมูลก็ได้ ซึ่งการเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบใด ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด

ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตน (Brackets it or set it aside) ไม่คิดว่าตนรู้แล้ว เข้าใจแล้ว แยกจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น กระทำโดยอ่านบท

สนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำ ๆ ทำการจำแนก และดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ ให้รหัสหรือบันทึกใน Index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

7. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยรายละเอียดดังนี้

7.1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรง น่าเชื่อถือได้ ซึ่งประกอบด้วย

7.1.1. การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) คือการที่นักวิจัยไม่ปักใจว่าแหล่งข้อมูลที่ได้มานั้นแหล่งใดแหล่งหนึ่งถูกต้อง นักวิจัยต้องแสวงหาความเป็นไปหรือความจริงที่เกิดขึ้นจากแหล่งอื่นๆ เพื่อให้เกิดความถูกต้อง (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2542) ซึ่งการตรวจสอบแบบสามเส้าทำได้หลายทางได้แก่ การใช้ผู้วิจัยหลายท่านที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันมาเก็บข้อมูลเดียวกันเพื่อตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้ซึ่งกันและกัน (Investigator triangulation) การใช้แนวคิดหลายแนวคิดมาใช้ในการมองหาคำสัมพันธ์ของข้อมูลเหตุการณ์นั้นๆ (Theory triangulation) การใช้วิธีวิจัยหลายวิธีร่วมกันในการเก็บข้อมูล (Methodological triangulation) และการเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากบุคคลหลายแห่ง (Data triangulation) (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2541; สุรพงษ์ ไสธนะเสถียร, 2545; Lincoln & Guba, 1985; Morse, 1991)

7.1.2. ความน่าเชื่อถือได้ด้านระยะเวลาในการทำความคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูล (Prolonged engagement) การใช้ระยะเวลาในการทำความคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูล เรียนรู้ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษา หรือการใช้เวลาศึกษาทำความคุ้นเคยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องมากขึ้น และก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985)

7.1.3. การให้สมาชิกตรวจสอบ (Member check) เป็นการนำข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการสรุปและแปลความหมาย กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องเป็นจริงของข้อมูลทั้งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985; Maxwell, 1996) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลในระหว่างที่กำลังดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยภายหลังจากการเก็บข้อมูลในแต่ละราย ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียง ทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่ได้รับจากการบอกเล่า หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อความหรือสิ่งที่ผู้วิจัยแปลความเบื้องต้นกลับไปหาผู้ให้ข้อมูล อ่านทบทวนให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายฟัง เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ และเมื่อ

สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสรุปและเชื่อมโยงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเป็นจริงของข้อมูล

7.1.4. การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)

7.1.5. การให้บุคคลอื่นตรวจสอบ (Audit trail) นำข้อมูลที่ได้ เช่น ข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รายละเอียดการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลบันทึกต่างๆ รวมถึงรายงานที่ได้จากการศึกษารับการตรวจสอบจากบุคคลภายนอก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Lincoln & Guba, 1985)

7.2) การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) คือการที่ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ไปอ้างอิงได้กับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่อยู่ในบริบทเดียวกับผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น จะไม่นำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้

7.3) การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่น ๆ (Dependability) คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วน ครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก และมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

7.4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจดบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างอิงคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Noyes (2000) ได้ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจประสบความยากลำบากในการสื่อสาร และต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนเองสามารถสื่อสารได้

Enskar & Essen (2000) ทำการศึกษาถึงการดูแลที่สำคัญในเด็กป่วยของประเทศสวีเดน ซึ่งเป็นการศึกษาถึงความต้องการการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลและความต้องการการช่วยเหลือเมื่อกลับบ้านตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแลและพยาบาล พบว่าการรับรู้และการให้ความสำคัญของการดูแลขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความต้องการการช่วยเหลือเมื่อกลับบ้านแตกต่างกันในบางเรื่อง โดยผู้ดูแลและพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใหญ่จะมีการรับรู้ที่คล้ายกันแต่จะแตกต่างจากการรับรู้และการให้ความสำคัญเรื่องความต้องการการดูแลและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยเด็ก

วารี กังใจ (2531) ได้ทำการศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอทางปากในหน่วย ไอ. ซี.ยู. พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลระดับคุณภาพดี ร้อยละ 80 และคุณภาพปานกลางร้อยละ 20 ส่วนผลของการพยาบาลที่เกิดขึ้นมีระดับคุณภาพดีร้อยละ 85 คุณภาพปานกลางร้อยละ 10 และคุณภาพไม่ดีร้อยละ 5 ส่วนกิจกรรมการพยาบาลกับผลของการพยาบาลที่เกิดขึ้นโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รุ่งเพชร หอมสุวรรณ (2540) ทำการศึกษาวิธีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลโดยศึกษาวิธีการที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจแต่ละวัยใช้สื่อสารกับพยาบาลและวิธีการที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจแต่ละวัย ผลการวิจัยพบว่า วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาลมากที่สุดคือ การแสดงออกทางใบหน้า รองลงมาคือ การใช้สัญญาณศีรษะและสัญญาณมือซึ่งเหมือนกันในทุกวัย ยกเว้นวัยเรียนที่ใช้การถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียนไม่ใช้ภาษามือ การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ การกระพริบตาหรือกำมือ และการชี้ด้วยศีรษะหรือแขนขา แต่ใช้มากขึ้นในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียนจะใช้วิธีแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าวัยเรียนและวัยรุ่น ส่วนวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมากที่สุดคือ การพูดบอกเล่า รองลงมาคือ การแสดงท่าทาง ซึ่งใช้กับผู้ป่วยเด็กเกือบทุกวัย ยกเว้นเด็กวัยเรียนที่พยาบาลใช้วิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่มากที่สุด โดยพยาบาลไม่ใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากผู้ป่วยกับการใช้อุปกรณ์ช่วยกับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดิน และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยกับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน แต่จะใช้สองวิธีนี้เพิ่มขึ้นกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นตามลำดับ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัยของผู้ป่วยเด็ก เพื่อที่จะได้ให้การรักษาพยาบาลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเด็ก

Wojnicki-Joansson (2000) ศึกษาพบว่า ความบกพร่องของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล มีความเกี่ยวข้องกับสภาพการเจ็บป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ความอ่อนเพลีย การถูกผูกมัด และการได้รับยาที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว เป็นต้น ส่วนประสิทธิภาพของการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับชนิดของวิธีการสื่อสารที่ใช้ โดยมีการช่วยเหลือของพยาบาล ความคุ้นเคยของพยาบาลต่อความพยายามสื่อสารของผู้ป่วย และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจต่อพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อชนิดและจำนวนของวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยใช้สื่อสารกับพยาบาล

Menzel (1998) ทำการศึกษาถึงวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ พบว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจะเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความสามารถของตนเอง และมักจะใช้วิธีการสื่อสารหลาย ๆ วิธีร่วมกัน ประมาณ 3-4 วิธี เพื่อช่วยให้การสื่อสารบรรลุเป้าหมาย โดยที่ความสำเร็จในการสื่อสารไม่มีความสัมพันธ์ที่เฉพาะเจาะจงกับวิธีการสื่อสารวิธีใดวิธี

หนึ่ง และวิธีการสื่อสารที่พบมีความคล้ายกัน ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้า การขยับริมฝีปากพูด การชี้ การใช้มือแสดงท่าทาง การเขียนคำลงบนกระดาษหรือกระดาน การสัมผัสด้วยการจับมือ การผกศรึชะ และการวาดรูป แตกต่างกันเพียงลำดับของวิธีการสื่อสาร

พรรณรัตน์ ไชยชาญ (2540) ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์และหน่วยกุมารศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ด้านความต้องการความรักและความปลอดภัย ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 95.8 มีความต้องการให้บิดามารดาหรือผู้ที่คุ้นเคยมาเยี่ยมทุกวัน และได้รับการตอบสนองร้อยละ 64.30 ร้อยละ 76.70 มีความต้องการให้มีคนบอกว่าทำไมจึงต้องเจาะเลือด ให้น้ำเกลือ หรือฉีดยาและได้รับการตอบสนองร้อยละ 43.50 ด้านความต้องการประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 95.00 มีความต้องการลงจากเตียงมาเล่นกับเพื่อนหรือดูโทรทัศน์และได้รับการตอบสนองร้อยละ 90.40 ร้อยละ 58.30 มีความต้องการให้มีคนบอกว่าทำไมจึงต้องเจาะเลือด ให้น้ำเกลือ หรือฉีดยาและได้รับการตอบสนองร้อยละ 20.00 ด้านความต้องการการยกย่องและการยอมรับ ผู้ป่วยร้อยละ 97.50 มีความต้องการให้แพทย์ พยาบาล หรือเพื่อนบนหอผู้ป่วยพูดเพราะ ๆ ด้วยและได้รับการตอบสนองร้อยละ 99.10 ร้อยละ 80.00 มีความต้องการให้มีคำแนะนำให้รู้จักเพื่อนบนหอผู้ป่วยและได้รับการตอบสนองร้อยละ 43.80 ด้านความต้องการมีความรับผิดชอบ ผู้ป่วยร้อยละ 97.50 มีความต้องการการอาบน้ำ แปรงฟันและแต่งตัวเองได้รับการตอบสนองร้อยละ 94.00 ร้อยละ 53.30 มีความต้องการคิดร่วมกับคนอื่น ๆ ในการจัดกิจกรรมการเล่นและได้รับการตอบสนองร้อยละ 43.80

Woodgate (1998) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเกี่ยวกับความต้องการการได้รับบริการทางสุขภาพที่ดีจากทีมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอายุ 13-16 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน หอบหืด ข้ออักเสบ ลำไส้เล็กอักเสบ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผลการศึกษาพบว่า การบริการที่ผู้ป่วยเด็กต้องการได้รับจากทีมสุขภาพ คือ 1. ต้องการให้ทีมสุขภาพปฏิบัติกับผู้ป่วยเด็กในลักษณะที่เป็นคน (Treat me like a person) ผู้ป่วยเด็กต้องการให้ทีมสุขภาพคำนึงถึงจิตใจพวกเขาบ้าง แสดงความรู้สึกห่วงใยต่อพวกเขาบ้างไม่ใช่มองเพียงโรคหรือความเจ็บป่วยของพวกเขาเท่านั้น 2. ต้องการให้ทีมสุขภาพพยายามเข้าใจพวกเขาบ้าง (Try to understand) โดยการให้โอกาสพวกเขาออกปัญหาหรือบรรยายความรู้สึกให้ทีมสุขภาพได้รับรู้ 3. ต้องการให้ทีมสุขภาพปฏิบัติกรดูแลพวกเขาโดยไม่มีแตกต่าง (Don't treat me differently) เพราะจะช่วยสร้างความมั่นใจและการยอมรับกับโรคที่เขาเป็นอยู่ได้ 4. ต้องการให้ทีมสุขภาพมีการพูดให้กำลังใจพวกเขาบ้าง (Give me some encouragement) เพื่อให้พวกเขามีทัศนคติที่ดีต่อโรคเรื้อรังที่พวกเขา กำลังประสบอยู่ 5. ไม่ต้องการการถูกบังคับให้ทำสิ่งต่าง ๆ (Don't force me) ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นไม่พอใจที่ทีมสุขภาพ

พยายามบังคับพวกเขาให้ได้รับการรักษาในขณะที่พวกเขากำลังมีความรู้สึกไม่สบายหรือยังไม่มี ความพร้อม 6. ต้องการให้ทีมสุขภาพให้ทางเลือก (Give me option) ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นจะแสดงความ พอใจเมื่อทีมสุขภาพให้ทางเลือกแก่พวกเขาพิจารณาหรือรับรู้การรักษาที่ได้รับ ซึ่งเป็นการที่จะช่วยให้ พวกเขาสามารถจัดระบบความพร้อมที่จะได้รับการรักษา 7. ต้องการให้ทีมสุขภาพควรมีอารมณ์ขัน บ้าง (Have a sense of humor) ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นเสนอให้ทีมสุขภาพมีอารมณ์ขันบ้างเมื่อมีการ ติดต่อสื่อสารกับพวกเขา เพื่อช่วยทำให้การติดต่อสื่อสารกับพวกเขาสะดวกขึ้น 8. ต้องการให้รู้ว่า ตนเองกำลังทำอะไร (Know what you are doing) ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นต้องการให้ทีมสุขภาพมีความรู้ และคุ้นเคยกับการรักษาปัจจุบันที่พวกเขากำลังได้รับ

Farrell และคณะ (1992) ได้ออกแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เด็ก และความต้องการของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 30 คนที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเวชบำบัด วิกฤติ พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีความต้องการการสัมผัสและพูดคุยกับผู้ดูแลและคนในครอบครัว ผู้ป่วยเด็กมี ความต้องการฟังเพลงสุดโปรดเหมือนตอนอยู่ที่บ้าน ต้องการอ่านหนังสือที่ตนชื่นชอบหรือดูทีวีใน รายการที่ตนโปรดปราน ต้องการดื่มนมจากถ้วยที่เคยใช้ที่บ้าน ต้องการอยากเห็นสัตว์เลี้ยงของตนเอง หรือเล่นเกมที่ตนชอบ ต้องการเจอเพื่อน ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบิดามารดาและคนในครอบครัว และ ผู้ป่วยเด็กมีความต้องการให้จัดหารูปเพื่อนและรูปของบุคคลในครอบครัวหรือรูปของสัตว์เลี้ยงของตน ไว้ให้ดูขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤติ

ส่วนความต้องการของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก พบว่า บิดามารดาของเด็กป่วยเหล่านี้มี ความต้องการและปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร ซึ่งพบว่าจะมีผลช่วย ลดความกังวลลงไปได้มาก

Curley (2001) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเด็กวิกฤติ ได้ข้อสรุปว่า การเจ็บป่วยที่รุนแรงที่เกิดในผู้ป่วยเด็กเป็นเหตุการณ์ที่เด็กและครอบครัวไม่ได้คาดการณ์ มาก่อน การดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กวิกฤติและ ครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้ป่วยเด็กวิกฤติและครอบครัว คือ การมี หลักประกันคุณภาพการดูแลที่ดี การให้ข้อมูลที่ตรงความเป็นจริง การดูแลความสบายของผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับ และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ