



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน
ต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ



กิตติมากร โพธิ์จันดี

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน
ต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ



กิตติมากร โพธิ์จันดี

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES
SWANSON'S CARING THEORY ON SELF VALUES OF WEANING
RESPIRATOR AS PERCEIVED BY PATIENT**



KITIMAGORN POJANDEE

**A Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)
Graduate Education, Saint Louis College, Thailand**

Academic Year 2013

Copyright Belong ot Saint Louis College

สารนิพนธ์

เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน
ต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

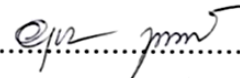
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วันที่ 27 สิงหาคม 2556



นางกิตติมากร โพธิ์จันดี

ผู้วิจัย



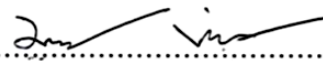
อาจารย์พลเรือดรีหญิงดร.อนงค์นุช ภูยานนท์, ค.ค.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ดร.มนสกรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ ดร.สมศรี สุเมธ, ศ.ค.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ



อาจารย์เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษา และดร.มนัสภรณ์ วิฑูรเมธา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และให้ความช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พลเรือตรีหญิง อนงค์นุช ภูยานนท์ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และ ดร.สุวรรณี ละออปักยิณ กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัย ซึ่งทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการทำสารนิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่กรุณาให้ความรู้ในการศึกษาซึ่งเป็นพื้นฐานและเป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์ ตลอดจนกำลังใจจากคณาจารย์ทุกท่าน

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และเจ้าหน้าที่งานห้องผู้ป่วยหนักทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้ความรัก ความห่วงใย ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และสนับสนุนการศึกษา มาตลอด คุณค่าอันพึงมีจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ หากว่าเป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้าทางวิชาการแก่ผู้สนใจศึกษา ผู้วิจัยขอขอบคุณความดีทั้งหมดเพื่อตอบแทนพระคุณบิดา มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน จนเป็นผลให้การวิจัยสำเร็จด้วยดี

กิตติมากร โพธิ์จันดี

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 110301010; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: กิติมากร โพธิ์จันดี
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES SWANSON'S CARING THEORY ON SELF VALUES OF WEANING RESPIRATOR AS PERCEIVED BY PATIENT
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม	: มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, Ph.D.
คำสำคัญ	: ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง การหยาเครื่องช่วยหายใจ
จำนวนหน้า	: 149 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Coopersmith (1984) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์และรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสถิติ Non parametric ด้วยวิธีการทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks และ Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษาพบว่า : 1) การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่า หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ACADEMIC CODE : 110301010; NURSING ADMINISTRATION; M.N.Sc.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT NAME : KITIMAGORN POJANDEE

TITLE OF THEMATIC PAPER : EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT
INTEGRATES SWANSON'S CARING THEORY ON SELF VALUES
OF WEANING RESPIRATOR AS PERCEIVED BY PATIENT

THEMATIC PAPER ADVISOR : ASSOC. PROF. PUANGRAT BOONYANURAK, Ed.D

THEMATIC PAPER CO-ADVISOR : MANASAPORN VITOONMETHA Ph.D.

KEY WORDS : SWANSON'S CARING THEORY/ SELF VALUES, WEANING
RESPIRATOR AS PERCEIVED BY PATIENT
: 149 PAGES

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect Integrates Swanson's caring theory Program to self values as perceived patient's during weaning respirator. The sample consisted of 20 patients weaning respirator who admit in Intensive Care Unit in King Narai Hospital, Lopburi Province, range 25-59 years old. Group experimental were 10 patients who admit in Surgical Intensive Care Unit, Which received Nursing service Model that integrates Swanson's caring Theory. Control group were 10 patients who admit in Surgery Intensive Care Unit in Phra putthabat, Which received Nursing service aim activity type. Data were collected via Interviewing using self-values as perceived patient's questionnaire. The Instrument created by researcher, follow Coopersmith (1984). concept. Interviewed from tested for content validity by the Experts and were tested reliability at 0.88. Collected data 2 times were before experimental and post received Nursing service Model that integrates Swanson's caring Theory. Which compare Control group, who received Nursing service aim activity type. The statistical devices utilized for data analysis were frequencies, percentage, mean, standard deviation, The Mann-Whitney U test for before and after experimental, The Wilcoxon signed-ranks test for statistical analysis of variance one between variable.

Result were as follows: 1) Self-values as perceived patient's during weaning respirator who received Nursing service Model that integrates Swanson's caring Theory were higher than after the experiment at the 0.05 level of significance. 2) Self-values as perceived patient's during weaning respirator Who received Nursing service Model that integrates Swanson's caring Theory were higher than those of control group at the 0.05 level of significance. The study could be used as a guideline for applying for improve self-values of patient's during weaning respirator by Nursing service Model that integrates Swanson's caring Theory. Because this Model can increase self-values as perceived patient's during weaning respirator higher than Nursing service aim activity type.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 เหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ.....	10
2.2 ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน.....	22
2.3 การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง.....	26
2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน.....	35
2.5 รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ.....	36
2.6 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ.....	37
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ).....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
3.3 จริยธรรมในการวิจัย.....	72
3.4 การดำเนินการทดลอง.....	73
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	80
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจก่อนและ หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันก่อน และหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ.....	85
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่อง ช่วยหายใจกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการ สุขภาพ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการ ดูแลของสเวนสัน ด้วยสถิติ Mann - Whitney U Test.....	90
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่อง ช่วยหายใจกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test.....	96
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	101
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	102
5.2 การอภิปรายผล.....	105
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	109
บรรณานุกรม.....	111
ภาคผนวก.....	120
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	121
ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และแบบบันทึกสถิติผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ เข้าร่วมวิจัย.....	123

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก (ต่อ).....	หน้า
ค (ตัวอย่าง) คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ.....	127
ง แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ.....	131
จ โครงการอบรมเรื่อง รูปแบบการบริการที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับ ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ.....	137
ฉ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และก่อนการใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน.....	140
ช หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	146
ประวัติผู้วิจัย.....	149



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ จำแนกตามเพศ อายุ และการศึกษา จำนวน 10 คู่.....	43
2 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ จำแนก ตาม เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล และระยะเวลาที่ใช้เครื่อง ช่วยหายใจ.....	44
3 การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน..	47
4 แสดงพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ.....	58
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้ บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลอง ก่อน การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวม และรายด้าน	85
6 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ ให้บริการสุขภาพและกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวมและรายด้าน.....	86
7 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย หยาเครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้ บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสันด้านความสำเร็จในการดำเนินชีวิต จำแนกรายข้อ.....	87
8 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย หยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้ บริการสุขภาพและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสัน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ จำแนกรายข้อ.....	88

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
9 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย หยาเครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้ บริการสุขภาพและกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสัน ด้านการมีคุณความดี จำแนกรายข้อ.....	89
10 เปรียบเทียบการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวม และรายด้าน.....	90
11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วย หายใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสันด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต จำแนกรายข้อ.....	91
12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และ กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวน สันด้านการได้รับการยอมรับนับถือ จำแนกรายข้อ.....	93
13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วย หายใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสันด้านการมีคุณความดี จำแนกรายข้อ.....	94
14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและรายด้าน.....	96
15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต จำแนกรายข้อ.....	97

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ จำแนกรายข้อ.....	98
17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้านความดีใจจำแนกรายข้อ.....	99



สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	40
2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	83



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจากการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจโดยตรง หายุดหัวใจ และป่วยด้วยสาเหตุอื่น เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพียงพอ เครื่องช่วยหายใจจึงมีความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็อาจเพิ่มความทุกข์ทรมานและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาเมื่อใช้ในระยะเวลานานขึ้น ดังนั้นระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงควรให้สั้นที่สุดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะมีผลลดค่าใช้จ่าย ลดวันนอนและลดอัตราการเสียชีวิต ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ผลกระทบด้านร่างกายคือ ความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดการเจ็บปวดบริเวณหน้าอกและลำคอ (Grap, Blecha & Munro, 2002) ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าขาดอิสรภาพในการหายใจต้องใช้เครื่องควบคุมการหายใจ พูดไม่ได้ กินไม่ได้ ส่งผลให้มีอารมณ์หงุดหงิด อึดอัด คับข้องใจ วิตกกังวลและกลัวตาย ผลกระทบด้านสังคมคือติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ไม่สะดวก ผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ รับรู้ถึงการใส่ท่อช่วยหายใจว่าเป็นเสมือนสิ่งที่จะช่วยชีวิต และเสมือนสิ่งที่ยึดเหนี่ยว (อรนิภา รสฉ่ำ, 2553) ความทุกข์ทรมานเกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยบางรายตอบโต้ด้วยการดึงท่อช่วยหายใจออก ในขณะที่ระดับความรู้สึกตัวเริ่มกลับสนร่วมกับการได้รับยาสงบประสาทไม่เพียงพอ ดังนั้นเมื่อปัญหาที่เป็นสาเหตุของการใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการแก้ไข กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจจึงเกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่ละเอียดอ่อนสลับซับซ้อนและท้าทายความสามารถของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ความมุ่งมั่นในการหายใจ ปรับตนเองให้อยู่กับเครื่องช่วยหายใจ โดยที่ผู้ป่วยต้องการจะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก และกลับบ้านไปใช้ชีวิตกับครอบครัวตามปกติ เป็นการสร้างเป้าหมายที่มีคุณค่าและสามารถเป็นไปได้ ก่อให้เกิดแรงจูงใจและกระทำจนประสบความสำเร็จ (วรรณภรณ์ โล่สกุล, 2544, น. 75)

ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-values) มีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ทำให้คนต้องการการพัฒนาและรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าเป็นความรู้สึกภายในของบุคคลแสดงให้เห็นถึงความเชื่อถือที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและการมีคุณค่า ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมและแสดง

พฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม สร้างสรรค์ และมีความเฉพาะในแต่ละบุคคล (Coopersmith, 1984) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นพื้นฐานของการมองชีวิตจากการเห็นคุณค่าในตนเองและเป็นที่ตั้งขึ้นให้นุคคลปฏิบัติ บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่ทำให้ตนรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้มีความหวังและผลักดันกระทำการสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ เกิดความภูมิใจในตนเอง สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามที่ตนปรารถนา ส่วนบุคคลที่มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีแต่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่มีความสุข ทำอะไรไม่สำเร็จเพราะไม่มีความมั่นใจในตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าร้างช่วยหายใจจึงมีความต้องการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองมาก เพราะการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้เกิดความรู้สึกไร้พลังอำนาจ อีกทั้งปัจจัยด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ การหายใจที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ กลัวตายและไม่มั่นใจเมื่อต้องหายใจด้วยตนเอง การสื่อสารไม่สะดวก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิต ขาดอิสระ กลัวความไม่แน่นอนและวิตกกังวล การสร้างความมั่นใจจากพยาบาลในการดูแล การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกแยก การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจและเสริมสร้างความมั่นใจ ความเชื่อมั่น มองวิกฤตให้เป็นโอกาส การยกย่องชมเชยในความสำเร็จ ความเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

การดูแลเอื้ออาทร (Caring) เป็นหัวใจ และเป็นองค์ประกอบทางจริยธรรมที่สำคัญของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลแสดงออกถึงความเฉพาะ พฤติกรรมการดูแลที่ถ่ายทอดความรู้สึกถึงการเอาใจใส่ความรักในเพื่อนมนุษย์ ความเมตตา เข้าไปผสมผสานกับการกระทำที่ปรากฏอยู่ในทุกกิจกรรมการพยาบาล โดยมีพื้นฐานมาจากการตระหนักในคุณค่าและความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ เช่นเดียวกับแม่ดูแลลูก ซึ่งไม่เพียงแค่อำนวยความสะดวกให้มีการกินอยู่หลับนอนอย่างเพียงพอและปลอดภัย แต่ยังมี ความเชื่อมโยงทางจิตใจที่สัมพันธ์กัน ด้วยความรัก ความห่วงใย เป็นทุกข์เป็นสุขด้วยเสมอ ซึ่งแสดงออกได้หลายมิติ เช่น การสัมผัส การฟัง การให้ความสุขสบาย และการให้การสนับสนุน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546) การปฏิบัติการพยาบาลให้ปรากฏชัดเจน เป็นเอกลักษณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการบอกได้โดยผสมผสานการดูแลให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข โดยในด้านร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุขและพ้นหายจากโรคอย่างรวดเร็ว (Watson, 1999) ด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและรู้สึกว่าพยาบาลเข้าใจความเจ็บป่วยของตนเอง (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ด้านสังคมผู้ป่วยรู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจ มีพลังอำนาจ มีเกียรติและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ มั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง มีความพึงพอใจในการดูแลทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล

Swanson (1991) ได้นำแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรซึ่งเป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ ดูแล ปกป้องคุ้มครอง สนับสนุนส่งเสริมและให้กำลังใจ ที่กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและมี พันธะสัญญา จัดกระทำให้แก่บุคคลอื่นโดยตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล โดยขณะที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทร ที่พยาบาลได้แสดงออกครบทั้ง 5 กิจกรรม ได้แก่ การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining belief) การทำความรู้จักและเข้าใจในความเป็นบุคคล (Knowing) การใช้เวลาและอยู่ดูแล เสมอ (Being with) การช่วยเหลือหรือให้ความสุขสบาย (Doing for) และการส่งเสริมสนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Enabling) พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่จะถกมองว่า ทำงานตามหน้าที่ มุ่งนำแผนการรักษาของแพทย์มาปฏิบัติ เน้นการดูแลทางด้านร่างกายเพื่อให้หาย หรือทุเลาจากสภาพความเจ็บป่วยและมุ่งให้งานนั้นเสร็จสิ้น โดยเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยทำการหย่า เครื่องช่วยหายใจแม้ว่าจะมีอาการปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีความวิตกกังวลและกลัว ความไม่แน่นอน การดูแลที่เข้าถึงจิตใจยังมีน้อย พยาบาลไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะสื่อสารบอกความต้องการ เกิดความไม่ไว้วางใจ ไม่ให้ความร่วมมือ ส่งผลให้ผู้ป่วย รู้สึกกลัว วิตกกังวล มีความเครียดมากขึ้น รู้สึกไร้คุณค่า ขาดความเชื่อมั่นและความพยายามในการฝึก หายใจ ทำให้ใช้ระยะเวลาหย่าเครื่องช่วยหายใจนานขึ้นและบางรายก็เกิดภาวะที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วย หายใจ ทำให้ใช้เวลาการรักษาในหอผู้ป่วยนานขึ้น ซึ่งกิจกรรมการดูแลทั้ง 5 ด้าน นั้น จะผสมผสาน เป็นหนึ่งเดียว ด้วยความเชื่อมโยงทางจิตใจที่สัมพันธ์กัน มีความรัก ความห่วงใย เป็นทุกข์สุขร่วมกัน เสมอ นำไปสู่การพยาบาลที่สมบูรณ์และผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบาก ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมาบูรณาการ ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการ เจ็บป่วยที่รุนแรง ได้รับการผ่าตัด มีการใช้อุปกรณ์ในการช่วยชีวิตหลายอย่าง และมีกิจกรรม การดูแลที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ก่อให้เกิดความกลัว ก่อให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล รู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องใช้เครื่องควบคุมการหายใจ ไม่สามารถ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง สื่อสารบอกความต้องการไม่ได้ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลง การใช้เทคโนโลยี เครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้พยาบาลไม่รู้จัก และไม่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและความเครียดมากขึ้น ซึ่งเป้าหมายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คือ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถหายใจเองได้และถอดท่อช่วยหายใจออกได้ การดูแลที่มีการใส่และ

ถ่ายทอดความรู้สึกเข้าไปผสมผสานในการกระทำและแสดงออกมาเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่นุ่มนวล แสดงถึงความใส่ใจ ให้กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เชื่อมั่น ในพลังความสามารถของตนนำไปสู่ความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ (Swanson, 1993; Watson, 1999) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง แสดงพฤติกรรมในทางบวก มีการสร้างเป้าหมายและวิธีเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้เกิดความพยายามและความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นำมาซึ่งความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งบทบาทอิสระของพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมที่นุ่มนวล ใส่ใจ ห่วงใยจนผู้ป่วยรับรู้ได้ นำไปสู่ความพึงพอใจ ความสุข และคุณภาพชีวิตที่ดี ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้จะสามารถนำไปพัฒนาการบริการการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่าการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ หรือไม่
- 3) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

- 1) ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและรูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

2) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

3) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน

1.4 แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

1.4.1 แนวคิดเหตุผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดโดยนำทฤษฎีการดูแลของ Swanson (1993) มาบูรณาการกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ แล้วพัฒนาเป็นรูปแบบการบริการการพยาบาล เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจแต่ละรายได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม แนวคิดการดูแล คือ พยาบาลต้องทำความรู้จักผู้ป่วย ให้ความหมายต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการค้นหาความเชื่อ ความศรัทธาและความหวังที่ผู้ป่วยมีอยู่ และต้องรักษาความเชื่อนั้นไว้ ซึ่งพยาบาลต้องมีการตอบสนองเพื่อคงไว้ซึ่งความเชื่อด้วยการดูแลผู้ป่วยและสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าพยาบาลให้การดูแลด้วยความห่วงใย อยู่เคียงข้างผู้ป่วยตลอดเวลา โดยมีการให้และใช้เวลาขณะอยู่กับผู้ป่วยอย่างคุ้มค่า ช่วยเหลือกระทำการกิจกรรมต่างๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มความสามารถจนผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้อง เมื่อต้องหายใจเองโดยไม่มีเครื่องช่วยหายใจจนรู้สึกปลอดภัย การดูแลโดยใช้ความรู้ ทักษะจนผู้ป่วยรับรู้ได้ และทราบว่าการเจ็บป่วยของตนได้รับการดูแลที่ดี มีความมั่นใจ และพร้อมสำหรับการฝึกหยาใจให้สำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยระยะหยาเครื่องช่วยหายใจรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง รู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจขาดความมั่นใจ การนำทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วย มีการตัดสินใจในการดูแลตนเองอย่างสร้างสรรค์ เกิดกระบวนการเยียวยาตนเองและฟื้นหายจากความเจ็บป่วยเร็วขึ้น รุ่งทิพย์ ดารายนต์ (2551) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ พบว่าการหยาเครื่องช่วยหายใจให้สำเร็จ ผู้ป่วยต้องใจสู้ ไม่ท้อ มีญาติคอยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ และผู้ให้บริการให้การบริการด้วยความเข้าใจความรู้สึกผู้ป่วย ทำให้ความวิตกกังวลลดลง มีความหวังและความพยายามที่จะหายใจเอง ส่งผลให้หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลประเมินตนเอง แสดงให้เห็นถึงความเชื่อถือที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและการมีคุณค่า (Coopersmith, 1984) ซึ่งเปรียบเสมือนพลังที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญอุปสรรคที่ผ่านมาในชีวิตด้วยความมั่นใจ เลือกดัดสินใจ ชี้นำสู่การปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายโดยผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้ คือ หายใจเองได้และถอดท่อช่วยหายใจออกได้ สามารถย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักและกลับบ้านไปใช้ชีวิตกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

1.4.2 สมมุติฐานการวิจัย

1) การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่าผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

2) การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดลองก่อน-หลังการทดลอง (Two group, pretest posttest design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี

1.5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา

1) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและมีแผนการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งออกเป็น

2.1) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี จำนวน 10 คน

2.2) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 คน

3) ตัวแปรในการวิจัย

3.1) ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันและรูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

3.2) ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจ

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน หมายถึง ชุดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเรื้อรังช่วยหายใจ โดยมีการปฏิบัติที่จะรักษาไว้ซึ่งความเชื่อเฉพาะในแต่ละบุคคลต่อสภาวะการเจ็บป่วยขณะนั้น และขณะเดียวกันก็สร้างความรู้จักผู้ป่วยจนผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ มั่นใจขณะทำการฝึกหยาใจ การเข้าใจประสบการณ์ผู้ป่วยตามสถานการณ์ความเจ็บป่วย การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย จนผู้ป่วยรู้สึกและรับรู้ได้ว่ามีพยาบาลอยู่เคียงข้าง ห่วงใย เข้าใจความรู้สึก และการส่งเสริมความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติการหยาเรื้อรังช่วยหายใจได้สำเร็จ พยาบาลต้องสร้างความรู้จักผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ต่อไปอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับค้นหาความเชื่อที่ต้องรักษาไว้ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์การเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติในการใช้เครื่องช่วยหายใจและต้องมีการหยาเรื้อรังช่วยหายใจให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและต้องกระทำผสมผสานไปพร้อมๆ กัน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลของ Swanson (1993) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 พยาบาลและผู้ป่วยทำความเข้าใจกัน ร่วมกันค้นหาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคลต่อสภาวะความเจ็บป่วย

กิจกรรมที่ 2 พยาบาลและผู้ป่วยกำหนดแผนการรักษาความเชื่อเฉพาะด้วยการศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 พยาบาลใช้เวลาและให้เวลาในการดูแลช่วยเหลือจนผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ เกิดความมั่นใจ ปลอดภัย และหายใจได้เองโดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจ พร้อมกับสร้างความรู้จักและรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 พยาบาลให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายขณะทำการฝึกหยาใจ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ หมายถึง รูปแบบบริการการพยาบาลที่ผสมผสานการทำงานเพื่อให้งานเสร็จทันเวลา โดยหัวหน้าเวรมอบหมายงานให้พยาบาล 1 คน รับผิดชอบผู้ป่วย 1 คน ที่ทำการหยาเรื้อรังช่วยหายใจในแต่ละเวร พยาบาลทำหน้าที่วางแผน

การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเอง ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน การติดต่อประสานงานและการให้ข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล จะผ่านหัวหน้าเวร เมื่อมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยทำการฝึกหายใจได้ พยาบาลจะเริ่มทำการฝึกผู้ป่วย หายใจในเวรเช้าซึ่งเป็นเวลาปกติของบุคคลและมีอัตรากำลังเพียงพอ วิธีการฝึกหายใจตามความเห็น ของแพทย์ว่าจะทดลองฝึกหายใจโดยวิธีค่อยๆ ปรับเครื่องช่วยหายใจหรือจะให้ผู้ป่วยทดลองฝึกหายใจ ด้วยตนเองผ่านท่อ T-piece และในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการไม่สลับซับซ้อนทีมพยาบาลในเวรนั้นๆ ร่วมกันประเมินตัดสินใจทำการฝึกหายใจโดยใช้ความรู้และประสบการณ์ในการดูแล ขณะทำการฝึก หายใจพยาบาลทำงานประจำอื่นร่วมไปด้วยในผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย เช่น รับใหม่ เตรียมส่งผ่าตัด ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ อัลตราซาวด์ การเตรียมความพร้อมในการฝึกหายใจประเมินจากทางด้าน ร่างกายเป็นหลัก กิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่

- 1) ได้รับการประเมินทางด้านคลินิกโดยพยาบาล
- 2) ได้รับการดำเนินการปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ
- 3) ได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ผ่านกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ มากกว่า 1 ครั้ง และได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ขณะลดการช่วยเหลือของ เครื่องช่วยหายใจ จนผู้ป่วยหายใจเองได้อย่างปลอดภัยหรือยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ จนสามารถถอด ท่อช่วยหายใจออก โดยไม่กลับไปใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจใหม่อีก ภายใน 24 ชั่วโมง

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ความรู้สึกและ ความเข้าใจที่บุคคลประเมินความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและคุณค่าของตนเองขณะทำ การหยาเครื่องช่วยหายใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ซึ่งบุคคล ประเมินแล้วว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และมีความสำคัญ กระทำแล้วเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณค่าต่อสมาชิกครอบครัวและสังคม โดยสื่อให้บุคคลอื่นรับรู้ได้จากคำพูดและพฤติกรรมตาม แนวคิดของ Coopersmith (1984) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1) **ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต** หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการ กระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนคาดหวัง มีความมั่นใจและเข้าใจในการกระทำของ ตนเองขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้หายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้ ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่

2) **ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ** หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนหรือปฏิบัติ ขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ จนทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและเป็นที่ยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น

ได้รับความสนใจและใส่ใจ จากบุคคลในครอบครัวและพยาบาล ตลอดจนเชื่อมั่นว่าตนเป็นผู้ที่มีความหมาย ความสำคัญต่อครอบครัว

3) **ด้านการมีคุณค่าที่ดี** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ เกี่ยวกับความถูกผิด และประเมินตนเองจากการประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับคุณค่าที่ดีที่ต้องปฏิบัติ มีความเคารพและยอมรับในตนเอง เกิดความภูมิใจในตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) พยาบาลวิชาชีพหรือผู้ป่วยหนักและผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถใช้ผลการวิจัยในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจให้มีคุณภาพและสนับสนุนส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2) ใช้เป็นแนวทางในการดูแล ส่งเสริมความสามารถและความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ

3) เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพนำรูปแบบบริการการพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันไปใช้ในผู้ป่วยทุกๆ คนในห้องผู้ป่วยหนักและขยายผลการดูแลไปยังผู้ป่วยตึกสามัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความมีคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ซึ่งจะเป็นพลังให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติทำให้ประสบความสำเร็จในผลลัพธ์ที่คาดหวัง สามารถเผชิญและภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

2.2 ทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน

2.3 การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง

2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน

2.5 รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

2.6 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

2.1.1 ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ผ่านกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 1 ครั้ง และได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ขณะลดการช่วยเหลือของเครื่องช่วยหายใจจนผู้ป่วยหายใจเองได้อย่างปลอดภัย หรือยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจจนสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกโดยไม่กลับไปใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจใหม่อีก ภายใน 24 ชั่วโมง ในขณะที่ทำการหยาเครื่องช่วยหายใจจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ต้องมีการส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเวลานาน จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้สรุปเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

1) การมีความรู้และสามารถพยากรณ์ความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การที่ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องจนรู้สึกปลอดภัย ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยมีความพยายามและความหวัง โดยพยาบาลให้ข้อมูลการดูแลรักษาเป็นระยะๆ ในเวลาที่เหมาะสมให้การดูแลโดยใช้ความรู้ ทักษะ จนผู้ป่วยรับรู้ได้และเกิดความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยรับทราบว่า

การเจ็บป่วยของคนที่ได้รับการดูแลที่ดี มั่นใจ และพร้อมจะฝึกการหายใจ การดูแลที่เต็มไปด้วยความเมตตาและปรารถนาดี ผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจที่จะบอกทุกๆ เรื่องที่ผู้ป่วยกังวล ทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคที่จะส่งผลกระทบต่อการศึกษาใจไม่สำเร็จในผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อจะได้ช่วยเหลือแก้ไขให้ตรงประเด็นทันทีและในแต่ละครั้งที่ทดลองฝึกหายใจพยายามกับผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมายระยะเวลาร่วมกันทุกๆ ครั้งก่อนฝึกหายใจผู้ป่วยต้องการรู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนต่อไป ต้องปฏิบัติตนอย่างไร ต้องใส่ท่อนานเพียงใด สามารถเอาท่อออกได้เมื่อไร และจะเกิดอะไรขึ้นเมื่อถอดท่อ ความใส่ใจของพยาบาลในการค้นหาอุปสรรคในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อเตรียมตัวเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และรับรู้ได้ว่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลที่ดี ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและความกลัว เกิดความมั่นใจ ส่งผลให้ปรับตัวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ การสร้างความหวังเป็นพลังสำคัญในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้คนดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความหมาย (รุ่งทิพย์ ดารายนต์, 2551) โดยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ เตรียมความพร้อมทั้งสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

2) การมีความพร้อมที่จะให้การดูแลตลอดเวลา หมายถึง การสร้างความมั่นใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยขณะฝึกหายใจโดยพยาบาลทำความเข้าใจว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีความเจ็บป่วยไม่เหมือนกัน ดังนั้นรูปแบบการฝึกหายใจย่อมแตกต่างกัน โดยใช้เวลาและให้เวลาสำหรับผู้ป่วยอย่างคุ้มค่า เต็มใจที่จะให้การดูแลช่วยเหลือโดยเตรียมวิธีฝึกการหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยฝึกหายใจไม่สำเร็จ การหยาเครื่องช่วยหายใจมีหลายวิธี ได้แก่ การใส่ท่อออกซิเจนผ่านวงจรรูปตัวที (T- piece) วิธีนี้ผู้ป่วยต้องหายใจด้วยตนเองและการฝึกหายใจโดยปรับลดเครื่องช่วยหายใจ (PSV, SIMV, CPAP, SPONT) ร่วมกับการใช้แนวทางปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจจะช่วยประสบความสำเร็จในการฝึกหายใจ การจัดให้พยาบาลหรือญาติอยู่ใกล้ๆ เป็นเพื่อนขณะทำการฝึกหายใจ การเตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจให้พร้อมใช้ไว้อย่างดี เพียง เพื่อช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยฝึกหายใจไม่สำเร็จ และถ้ามีอาการเหนื่อยหรืออาการผิดปกติ พยาบาลพร้อมช่วยเหลือทันที จะทำให้ผู้ป่วยอบอุ่นมั่นใจ และรู้สึกปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้สถานการณ์ความลำบากของตนอยู่ภายใต้การควบคุมที่ดี

3) การดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตอารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ หมายถึง ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะมีความยากลำบากในการสื่อสาร ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียด ไม่สามารถบอกความต้องการของตนได้ ความวิตกกังวลและกลัว ความไม่เข้าใจในการรักษาพยาบาลที่ตนได้รับ สิ่งแวดล้อมข้างกายเป็นภาวะคุกคามทำให้หายใจเร็ว ส่งผลถึงการฝึกหายใจไม่สำเร็จ จึงควรให้ความสำคัญกับอารมณ์ทางด้านบวกและด้านลบของผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งที่มีความหมายในชีวิตตลอดจนสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น ศาสนาและความเชื่อต่างๆ ความรู้สึกภายในตนเองทำให้เกิด

ความหวังในชีวิต ความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย เพราะเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวบอก ว่าชีวิตเสี่ยงต่อความเป็นความตาย ความท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน การไม่สามารถ คาดคะเนได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับชีวิตตน การไม่เข้าใจในการรักษาพยาบาลที่ตนได้รับเป็นสาเหตุของ ความเครียดที่ทำร้ายจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและครอบครัว การมาเยี่ยม ดูแลให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความสำคัญต่อชีวิต การตัดสินใจเลือกวิธี ฝึกหายใจด้วยตนเองโดยมีพยาบาลคอยแนะนำ ให้ข้อมูล จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่ามีความสำคัญ ส่งผลให้รู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองและมีความหวังว่าจะฝึกหายใจสำเร็จเพื่อกลับไปดำเนินชีวิต ตามปกติ

4) การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากสิ่งกระตุ้นความเจ็บปวดเพราะมีอุปกรณ์อยู่ในตัวและ ส่งเสริม สนับสนุน ความสามารถของผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตยังคาท่อช่วยหายใจและ อุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยชีวิต สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกมีความเกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วย ความปลอดภัยและความไม่สุขสบาย เช่น อาการเจ็บปวดจากการดูดเสมหะ การเคลื่อนไหวไม่สะดวก การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การสื่อสารที่ยากลำบาก สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้ หายเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ถ้าผู้ป่วยปรับตัวไม่ได้และอยู่กับท่อช่วยหายใจด้วยความทุกข์ทรมาน การได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด การอำนวยความสะดวกเรื่องการสื่อสาร เช่น เตรียมปากกา สมุด โน้ต กริ่ง ไม้ไผ่ ฯลฯ การอนุญาตให้ญาติมานั่งอยู่ข้างเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึก ปัญหาและ ความต้องการได้ทันทีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ได้ถูกทอดทิ้ง และเมื่อเกิดอะไรขึ้น พยาบาลจะมา ช่วยเหลือได้ทันที ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ด้วยดี ตลอดจนการ เสริมสร้างพลังใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความพยายามในการฝึกหายใจ โดย ส่งเสริมความสามารถในตัวผู้ป่วยที่มีอยู่ และพยาบาลยอมให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสม อย่างมีจุดมุ่งหมาย จนทำให้เกิดความก้าวหน้าในการฝึกหายใจในแต่ละครั้ง การให้กำลังใจและชื่นชม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าคุณค่า มีความหมายและความสำคัญต่อบุคคลอื่น ผู้ป่วย ต้องการให้พยาบาลเข้าใจจิตใจและรู้สึกว่าตนกำลังเผชิญกับเหตุการณ์คุกคาม เป็นอันตรายต่อ ชีวิตและมีความทุกข์ทรมาน เพราะถ้าพยาบาลเข้าใจก็จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในการหายใจเองสามารถฝึกหายใจสำเร็จความพยายามที่กระทำโดยผู้ป่วยและเป็น ความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

2.1.2 ปัญหาของผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องช่วยหายใจเป็นเทคโนโลยีขั้นสูงที่ใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตที่มีระบบหายใจล้มเหลว ให้ได้รับออกซิเจนและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพียงพอต่อร่างกาย (Esteban et al., 2004) แต่การใช้ เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 3 วัน ก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา

เช่นกัน ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ถุงลมปอดแตกจากความดันบวก พืชจากออกซิเจน เลือดออกในกระเพาะอาหาร กล้ามเนื้อหายใจอ่อนล้าจากการใช้งานน้อยลง และหลอดเลือดตีบจากการใส่ท่อช่วยหายใจนาน (อภिरักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, 2546) นอกจากนี้ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การดูแลหยาบทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมาน แพทย์ไม่เพียงพอ ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างปกติ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น (พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์, 2545; อภिरักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, 2546; Burns, Fahey, Barton, & Slack, 1991; Knebel, 1991) ด้วยเหตุนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ใส่เครื่องช่วยหายใจแล้วกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจจึงควรเกิดขึ้นโดยเร็วเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว (Burns, 1999; Epstein, EL- Mokadem & Purless, 2002; Knebel, 1991) แต่ก็พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จต้องกลับมาใช้เครื่องช่วยหายใจใหม่หลังจากหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Vassilakopoulos, 1999; อ้างใน ศิริวัทห์ วัฒนสินธ์, 2545) ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น อัตราเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เกิดภาวะเครียดและภาวะสิ้นหวัง (อรสา พันธิ์ภักดี, 2542; Burns, S. M., Burns, J. E. & Truwit, 1994) ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงควรให้ความสนใจและเอาใจใส่ต่อปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกับความสำเร็จหรือล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ จึงควรประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจด้านร่างกายและจิตใจ (Brochard et al., 1994; Cook et al., 2003; Esteban et al., 1995; Knebel 1991; MacIntyre, 2001) ตลอดจนศึกษากระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบต่างๆ สมรรถนะของบุคลากรร่วมกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (สุนทรี เขียววิทยกิจ, 2546; Ely et al., 1996; Kollef et al., 1997) และการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจะช่วยส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ทนันชัย บุญบุรพงษ์, 2543; Ely et al., 1996; Kollef et al., 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจพบว่า พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในลักษณะองค์รวมตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย เพราะพยาบาลเป็นจุดสูงสุดที่ส่งเสริมความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานที่พยาบาลเอาใจใส่ดีมีความเอื้ออาทร มีสัมพันธภาพที่ดี สามารถลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้มาก การให้ข้อมูลและการทำกิจกรรมต่างๆ การให้ผู้ป่วยมีทางเลือกและมีโอกาสในการตัดสินใจ เช่น จังหวะหรือน้ำหนักมือในการดูแลหยาบ การพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอนเพื่อลดอาการปวดเมื่อย การจัดหาปากกาให้ผู้ป่วยเขียนเพื่อสื่อสาร กิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย ช่วยลดความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549) และสาเหตุที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ทางด้านร่างกายคือพยาธิสภาพของโรคหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอก และสาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล กลัวการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งส่งผลให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จช้าลง

รุ่งทิพย์ คารายนค์ (2551) กล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจทำให้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ มี 3 ลักษณะ คือ 1) ใจต้องสู้ไม่ท้อ 2) ญาติคอยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ 3) เจ้าหน้าที่ดูแลรักษาดี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้องการการดูแล 7 ประการ คือ 1) ได้รับคำอธิบายและเตรียมตัวก่อนฝึกหายใจ 2) ขอให้เจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ๆ และช่วยทันทีเมื่อมีอาการเหนื่อย 3) ได้รับการบรรเทาเจ็บปวด 4) สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) ได้รับกำลังใจ คำพูดและการปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ 6) ได้รับความเข้าใจในความรู้สึก และ 7) มีญาติอยู่ดูแลตลอดเวลา จะเห็นได้ว่าความพร้อมด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญไม่น้อยไปกว่าความพร้อมด้านร่างกายในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จเร็วขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดท่อหลุดลมหดเคลื่อนหลุด พบว่าการเลื่อนหลุดของท่อหลุดลมหดเคลื่อน (Unplanned extubation) เกิดจากผู้ป่วยดึงออกเองและเลื่อนหลุดในขณะที่ให้การพยาบาล ผู้ป่วยบางรายต้องใส่ท่อหลุดลมหดเคลื่อนซ้ำทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การใส่ท่อหลุดลมหดเคลื่อนลำบาก การสูดสำลักและหัวใจเต้นผิดปกติ ทำให้ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้นเกิดปอดอักเสบ ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและผลกระทบที่รุนแรงที่สุด คือ เสียชีวิต และปัจจัยเสี่ยงที่พบคือระดับความรู้สึกตัวที่สับสนได้รับยาสงบประสาทไม่เพียงพอ อึดอัด รำคาญ คับข้องใจ สื่อสารไม่ได้ ทุกข์ทรมานจากการดูแลเหินห่างเกิดความเจ็บปวด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออก (สิริรัตน์ เหมือนขวัญ, นันทา เล็กสวัสดิ์, สุภารัตน์ ลิทธิสมบัติ, 2550) ซึ่งปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก (Stawicki, 2007, ทองเปลว กันอุไร, 2551) และการศึกษาการสื่อสารด้วยแผ่นภาพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการและลดความคับข้องใจในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว คับข้องใจ กลัวที่จะสื่อสาร ทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลือตรงตามความต้องการ ซึ่งผลของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้เกิดความสุขสบาย มีความพึงพอใจ ลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและหย่าเครื่องช่วยหายใจได้รวดเร็ว ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจนานๆ (การดี จันทร้อย, 2551)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่ตนไม่สามารถจัดการควบคุมได้ แต่

ความทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่สามารถบรรเทาได้ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือมากมาย ทำให้เกิดผลกระทบ ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย กระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตมากมาย ได้แก่ การให้ออกซิเจน การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ปริมาณออกซิเจน การใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้รับการใส่ท่อระบายต่างๆ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและไม่สบาย การศึกษาของ Punttillo (1995) พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 96.00 มีความเจ็บปวดจากกระบวนการรักษาในระดับปานกลางถึงมาก ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น ทำให้หลอดเลือดหดตัว หลอดลมหดเกร็ง ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออกมาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ การขับถ่ายเปลี่ยนแปลง แบบแผนการนอนหลับผิดปกติก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ทำให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยช้าลง ผลกระทบของความเจ็บป่วยด้านร่างกายจำแนกได้ดังนี้

1.1) ความทุกข์ทรมาน การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานอย่างรุนแรง เจ็บคอเหมือนมีอะไรมาทิ่มแทงตลอดเวลา การดึงรั้งของสายหรือท่อช่วยหายใจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย (Johnson & Sexton, 1990) ในขณะที่ดูดเสมหะผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมานและไม่สบายมากยิ่งขึ้น (Jablonski, 1995) ขณะดูดเสมหะการใส่ท่อช่วยหายใจไว้ ทำให้ช่องปากแห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง จากการถูกงดน้ำงดอาหารนานและหลังเอาท่อช่วยหายใจออกผู้ป่วยยังมีการเจ็บคอ เสียงแหบ กลืนลำบาก เหลืออยู่

1.2) ความเจ็บปวด เป็นอาการทางร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและอารมณ์ ความเจ็บปวดเป็นการรับรู้ประสบการณ์ตรงด้านลบของผู้ป่วย (Punttillo, 1990) ซึ่งรบกวนการนอนหลับพักผ่อน และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วย (Frisk & Nordstorm, 2003) Turner, et al. (1990) พบว่าผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 44.00 ไม่พอใจในการดูดเสมหะ เนื่องจากวิธีการปฏิบัติที่มีการสอดสายดูดเสมหะอย่างรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากขึ้น

1.3) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว รวมทั้งมีการผูกมัดข้อมือทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ (Johnson & Sexton, 1990) และการมีอุปกรณ์การแพทย์ ท่อระบายต่างๆ ติดตัว ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียง การถูกผูกมัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเมื่อย ไม่สามารถขยับแขน ขา หรือทำกิจกรรมได้สะดวก ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น Halm & Alpen (1993) ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่สบาย ขาดความเป็นอิสระในการเคลื่อนไหวและต้องการเป็นอิสระจากการผูกมัดในขณะที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

1.4) การรบกวนการนอนหลับ พยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง เสียง แสง อุณหภูมิ การปฏิบัติงานของพยาบาลตลอดเวลา ทำให้การนอนหลับของผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง แบบแผนการนอนหลับผิดปกติทั้งปริมาณและคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้า ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน การทำงานของระบบประสาทลดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากรูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลง นอนหลับไม่เพียงพอต่อการนอนหลับถูกรบกวนอย่างต่อเนื่อง (วรวิติ รักษ์มิม, 2548)

2) ผลกระทบทางด้านจิตอารมณ์ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ต้องเผชิญกับสภาพหอผู้ป่วยที่ไม่สงบ ไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ กระบวนการดูแลรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานกันอย่างเร่งรีบ ผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นทั้งชายและหญิง ขาดความเป็นส่วนตัว รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจากการไม่สามารถควบคุมหน้าที่ปกติของร่างกายได้ (Prevost, 1997) พยาบาลเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้โดยผู้ป่วยไม่มีโอกาสเลือกหรือตัดสินใจ ผู้ป่วยรู้สึกถูกแยกจากญาติเนื่องจากการจำกัดการเยี่ยม (Halm & Alphen, 1993) ทำให้ผู้ป่วยเครียดและวิตกกังวลอย่างมาก และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หรือในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยอาจซึมเศร้า แยกตัว หนึ่งเลย สถานการณ์ต่างๆ ส่งผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้

2.1) ความกลัวและวิตกกังวล การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นตนเองมีอาการหนักอาจเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กลัว และวิตกกังวลเพิ่มขึ้น สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวล มีดังนี้

2.1.1) การเข้ารับการรักษาและความเจ็บป่วย ผู้ป่วยหนักจำเป็นต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิต มีการสอดใส่สายและอุปกรณ์ต่างๆ มากมาย ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจตลอดเวลาทำให้กลัวว่าจะรักษาไม่หาย ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต คับข้องใจและกลัวเสียชีวิต

2.1.2) การติดต่อสื่อสารที่ยากลำบาก การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ เนื่องจากมีท่อช่วยหายใจอยู่ในคอ ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์หงุดหงิดและโกรธที่ไม่สามารถพูดคุยได้ ต้องใช้การสื่อสาร โดยการเขียนหรือใช้ภาษาท่าทางทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Johnson & Sexton, 1990) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจใช้การแสดงออกทางสายตา สีหน้าหรือท่าทาง โดยการขยับมือ ขยับขาขึ้นลง อาจทำให้การแปลความหมายผิดไปได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

2.1.3) การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยต้องการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่ได้รับตลอดจนการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ พร้อมกับการได้รับข้อมูลและ

ข่าวสารที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง กฎระเบียบและเวลาเยี่ยมของโรงพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา

2.2) การขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ และสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ (Prevost, 1997) การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงเนื่องจากการทำหน้าที่ของร่างกายไม่ปกติ ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด เช่น การเช็ดตัว การรับประทานอาหาร บางครั้งผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหรือตัดสินใจ ไม่สามารถปฏิเสธหรือต่อรองจึงรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิดและเครียด

2.3) การสูญเสียพลังอำนาจ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจหรือควบคุมสถานการณ์ สภาพแวดล้อม และการดำเนินของโรคได้ ต้องอาศัยเครื่องมือช่วย การทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรม ตลอดจนกำหนดเวลาเข้าเยี่ยมอยู่ในความดูแลของพยาบาล ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อผู้ป่วย ทำให้รู้สึกกับข้องใจ โกรธ รู้สึกเป็นศัตรู ซึมเศร้า และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

3) ผลกระทบทางด้านจิตสังคม การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวจะกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยเพราะเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวบอกว่าชีวิตเสี่ยงต่อความตาย และกลัวจะต้องหายใจเอง ความไม่เข้าใจในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ไม่คุ้นเคยต่ออุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูดได้เกิดความคับข้องใจแม้จะสื่อสารด้วยการเขียนหรือภาษาท่าทางต่างๆ ได้แต่อาจถูกจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้การสื่อสารเป็นไปด้วยความยากลำบาก เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับบุคคลแปลกหน้า ขาดการติดต่อสื่อสารกับโลกภายนอก (Halm & Alphen, 1993) ถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย ต้องสูญเสียบทบาทในครอบครัวตลอดจน หน้าที่การงานที่รับผิดชอบอยู่ เมื่อเกิดเจ็บป่วยวิกฤติผู้ป่วยวิตกกังวลว่าอาจไม่สามารถกลับไปดำรงบทบาทเดิมได้ ผลกระทบทางด้านสังคมจำแนกได้ดังนี้

3.1) การถูกแยกจากครอบครัว ผู้ป่วยหนักจะมีความรู้สึกถูกแยกจากครอบครัว ญาติ พี่น้องและเพื่อน (Meisel, 1991) เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักเป็นหน่วยงานปิดไม่มีหน้าต่างเปิดออกให้เห็นบรรยากาศภายนอก ผู้ป่วยจะมองเห็นแต่สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยเท่านั้น การจำกัดผู้เยี่ยมและระยะเวลาเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ต้องพลัดพรากจากครอบครัว ญาติใกล้ชิดและเพื่อน เกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น ทำให้ร่างกายตอบสนองในทางลบโดยจะมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น กล้ามเนื้อตึง ปวดเมื่อยคอและหลัง หายใจแรงเร็ว หรือหายใจถี่และไม่เต็มอิ่ม

หงุดหงิด ก้าวร้าว ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่มีสมาธิ มีการรับรู้แคบลง การตัดสินใจ ไม่ดี และความสามารถในการเรียนรู้ลดลง (Morse et al., 2003)

3.2) การเปลี่ยนแปลงบทบาท จากบุคคลที่เคยมีสุขภาพดีเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยหนัก หัวหน้าครอบครัวที่เคยหารายได้ให้ครอบครัว เปลี่ยนมาเป็นผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบบทบาทของตนเองขณะเจ็บป่วยว่าต้องปฏิบัติอย่างไร (Berger, 1992) การสูญเสียบทบาทในครอบครัว และบทบาทในงานที่รับผิดชอบ ไม่สามารถหารายได้ ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลว่าอาจไม่สามารถกลับไปดำรงบทบาทเดิมได้ ทำให้เกิดภาวะเครียด

4) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกส่วนลึกของบุคคล เป็นความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวภายในตัวบุคคล ทำให้บุคคลแสวงหาจุดมุ่งหมายของการมีชีวิตอยู่ ความหวัง รวมทั้งการให้ความหมายและความสำคัญของชีวิต ความกลัว โดยเฉพาะกลัวความตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ไม่แน่ใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ ขาดเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ผู้ป่วยบางรายรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานตนเองได้ บางครั้งถูกเปิดเผยร่างกายในสิ่งที่ไม่ต้องการให้เปิดเผย อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกบิบบิ้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยและมีระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องพบกับปัจจัยหลายประการที่ก่อให้เกิดความหมดหวัง ความรู้สึกถูกคุกคาม บางรายถอดท้อช่วยหายใจไม่สำเร็จต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ หรือบางรายได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาแล้วหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วยหรืออาการต่างๆ ได้ ทำให้คิดว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรมบางรายก็ยอมรับได้ บางรายก็ท้อแท้สิ้นหวัง

5) ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ลักษณะหอผู้ป่วยเป็นห้องปิดมิดชิดไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน ไม่มีโทรทัศน์และปฏิทินบอกวันที่ บางครั้งนาฬิกาอยู่ในที่ที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด สิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่

5.1) พยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยหนักมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ/สัญญาณชีพอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา ทำให้แพทย์และพยาบาลต้องให้การดูแลใกล้ชิดและปฏิบัติงานรอบตัวผู้ป่วยอย่างเร่งรีบ ประกอบกับผู้ป่วยต้องพบกับสภาพแวดล้อมรอบตัวที่มีเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์มากมายที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคและเกิดความเครียด

5.2) เสียง เป็นสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ Baker (1993) ได้จำแนกเสียงรบกวนเป็น 2 ประเภท คือ เสียงจากเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ มีระดับเสียงช่วง 62-67 เดซิเบล และเสียงจาก

บุคคลเป็นผู้กระทำมีระดับเสียงช่วง 38-53 เดซิเบล เสียงดังในหอผู้ป่วยหนักเป็นเสียงดังที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะรบกวนมากกว่าเสียงที่ดังเป็นช่วงๆ เช่น เสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจที่ดังตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลสูงมากขึ้นเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ

5.3) แสง หอผู้ป่วยหนักเป็นห้องระบบปิด มีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตลอดเวลา จำเป็นต้องเปิดไฟเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกกลางวันและกลางคืนได้ การเปิดไฟที่สว่างมากเกินไป รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอทั้งปริมาณ และคุณภาพส่งผลให้มีอาการอ่อนเพลียและปวดศีรษะ ความสามารถในการตัดสินใจและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง

5.4) อุณหภูมิและความชื้น ระดับอุณหภูมิและความชื้นในบรรยากาศที่สูงหรือต่ำเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย นอกจากนี้การเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยจะถูก รบกวนจากกลิ่นเหม็นของสารคัดหลั่งหรือของเหลวที่ระบายออกมาจากร่างกาย กลิ่นน้ำยา และ สารเคมีต่างๆ ทำให้รบกวนการนอนหลับ

สรุป การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นสิ่งที่เสมือนช่วยชีวิตคือ ทำให้หายใจโล่ง ให้ร่างกายได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ และเสมือนสิ่งที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและญาติ คือมีท่อคาอยู่ใน ปาก สื่อสารไม่ได้ ได้รับความทรมานจากการดูดเสมหะ การผูกมัดตรึงท่อ ถ้าผู้ป่วยได้รับการ เตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยก็สามารถยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ในเวลาที่เหมาะสม รวดเร็วและปลอดภัย

2.1.3 กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

หมายถึง กระบวนการลดการช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้สามารถกลับมาหายใจ ได้เองหรือหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในที่สุด (เอกรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, 2546; Knebel et al., 1994; Martenston & Fridlund, 2002) สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แห่งอเมริกา (The American Association of Critical care Nurse's : AACN) ได้อธิบายกระบวนการหย่า เครื่องช่วยหายใจว่ามี 3 ระยะ (Kneble, 1991, p. 321-325, Burns, Ryan & Burns, 2000. p. 2259-2267, Henneman, 2001, p. 25-33) ดังนี้

1) ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Prewaning phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียม และประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ (Physiologic and psychologic readiness) ความพร้อม ด้านร่างกาย (Psychologic readiness) ครอบคลุมถึงสาเหตุของการหายใจล้มเหลวได้ถูกแก้ไข มีความคงที่ ของการไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic) ระดับความรู้สึกตัวดี มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการหายใจและแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอ ส่วนความพร้อมด้าน

จิตใจ (Psychologic readiness) มีผลอย่างมากต่อผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยหายใจเป็นเวลานาน ผู้ป่วยอาจมีความเครียด ความวิตกกังวล กลัวตาย การประหม่นเบื่องตันทุกวัน มีประโยชน์ในการทำนายความสำเร็จของการถอดท่อหายใจ ดังนั้นความสามารถของผู้ป่วยในการหายใจได้เองขณะหายใจเอง (SBT) นั้นจึงมีความสำคัญและเชื่อถือได้มากที่สุด การยึดพื้นฐานการรับรู้ของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวลและภาวะเครียดจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การอธิบายด้วยศัพท์เทคนิคทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้ขาดความมั่นใจ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อมีเหตุการณ์หายใจลำบากเกิดขึ้นพยาบาลจะให้การช่วยเหลือไม่ทัน อาจทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอจะมีอาการอ่อนเพลียมีผลทำให้ฝึกหายใจได้ไม่เต็มที่

2) ระยะหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ (Weaning phase) เป็นระยะตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การให้การรักษาสอดคล้องกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งเกณฑ์ในการหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำได้โดยให้ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเองใช้ออกซิเจนผ่าน T-piece และวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยปรับรูปแบบการฝึกหายใจในเครื่องช่วยหายใจโดยใช้ความดันบวกช่วย (PSV, CPAP, SPONT) ในระยะนี้การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญนำไปสู่ความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยการวัดสัญญาณชีพและเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ตลอดจนบันทึกอาการของผู้ป่วยเพื่อให้ทีมผู้ดูแลวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญของพยาบาล การทำงานร่วมกันอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ (มัลลิกา โชติสินี, 2548) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เป็นผู้ทำการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ นักกายภาพบำบัดมีหน้าที่รับผิดชอบในการฟื้นฟูระบบหายใจ ส่วนพยาบาลจะประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับทีมสหสาขาทุกวัน การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวขณะทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การให้ข้อมูลสนับสนุนด้านกำลังใจเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล อยู่เป็นเพื่อนขณะทำการฝึกหายใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและปลอดภัย (วรรณภรณ์ โล่สกุล, 2544) ผู้ที่ทดลองฝึกหายใจไม่สำเร็จ อาจพิจารณาวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีอื่น โดยพิจารณาจากความรู้สึกสบายของผู้ป่วย และความเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่พร้อมที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจและมักหย่าได้สำเร็จแต่สิ่งสำคัญคือการเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มกระบวนการหย่าจนกระทั่งถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ

3) ระยะถอดท่อช่วยหายใจ (Extubation phase) หรือระยะที่เป็นผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning outcome) เป็นระยะที่พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจหลังจากผู้ป่วยหายใจเองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 30-120 นาที การถอดท่อช่วยหายใจจะทำต่อเมื่อน้ำที่ของทางเดินหายใจส่วนต้นกลับมาทำงานอย่างปกติ ไม่มีการตีบแคบของทางเดินหายใจตอนบน โดย

การตรวจ Cuff leak รวมทั้งผู้ป่วยสามารถไอได้ดี มีผู้วิจัยหลายท่านได้ประมาณเวลาที่เหมาะสมที่จะถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เองปกติแล้วประมาณ 2-6 ชั่วโมง แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับอาการผู้ป่วยแต่ละราย (Kneble, 1991. p. 330-334) การดูแลหลังถอดท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจกลับซ้ำ ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนฝอยละอองน้ำเพื่อลดความเหนียวของเสมหะ ดูแลในช่องปากเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก

จากการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ดวงรัตน์ชาติแดนไทย, 2550) เสนอว่าพยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยตามลำดับ คือ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวันโดยผู้ป่วยควรมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการติดตามประเมินผู้ป่วยในระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในขณะที่ลดจำนวนครั้งของเครื่องช่วยหายใจและการทดลองหายใจด้วยตนเองของผู้ป่วย และติดตามประเมินให้การดูแลผู้ป่วยขณะถอดท่อช่วยหายใจและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย

การตัดสินใจทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีดังนี้

1) ภาวะโรค เป็นข้อบ่งชี้สำคัญที่สุดที่จะใช้ในการตัดสินใจเริ่มทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โรคหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนั้นต้องได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

2) อายุ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจ ได้แก่ ฮอร์โมนกระดูก กระดูกซี่โครงจะมีการเสื่อมสลาย มีแคลเซียมมาเกาะทำให้ความยืดหยุ่นลดลง หลอดลมคอบมีเส้นผ่าศูนย์กลางเพิ่มขึ้น มีความแข็งเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามหลอดลมฝอยจะมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง ทำให้มีความยืดหยุ่นลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง

3) เพศ ปกติเพศหญิงจะมีปริมาตรอากาศ (Tidal volume) ต่ำกว่าผู้ชายเป็นผลจากการลดลงของอัตราการสันดาปของร่างกาย อัตราความสำเร็จการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน

4) ช่วงเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง การติดเชื้อ การเกิดลมในช่องเยื่อหุ้มปอด และโรคทางระบบประสาทซึ่งส่งผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจนานมากกว่า 72 ชั่วโมง จะมีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

สรุป การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เริ่มจากการแก้ไขสาเหตุของการหายใจล้มเหลวจนอาการดีขึ้นแล้วจึงเริ่มทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจะเริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมิน

ความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจและเลือกวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองต่อได้ ให้หยุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจไว้ก่อนแล้วจึงค่อยเริ่มหย่าเครื่องใหม่เมื่อผู้ป่วยพร้อม และสุดท้ายจึงเป็นขั้นตอนการถอดท่อช่วยหายใจถ้าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองตามที่กำหนด รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจเพื่อมิให้กลับมาใส่ท่อช่วยหายใจอีก

2.2 ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

การดูแลเอื้ออาทร (Caring) เป็นคำที่นักการศึกษาได้ให้ความหมายไว้มากมาย เช่น พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) ให้ความหมายการดูแลเอื้ออาทรว่า หมายถึง การเอาใจใส่ การปกป้องรักษา การเอื้อเฟื้อ ความมีน้ำใจ พจนานุกรมภาษาอังกฤษ (Crowther, 1995) ให้ความหมายการดูแลเอื้ออาทรว่า หมายถึง ความสนใจหรือความรู้สึกห่วงใย แนวคิดการดูแลเริ่มตั้งแต่ยุคผู้นำทางการพยาบาล มีสฟลอเรนไนดิงเกิล สิ่งที่เป็นจุดเน้นในการให้การพยาบาลของเธอคือการดูแลสิ่งแวดล้อมของคนไข้ ด้านความสะอาด อากาศบริสุทธิ์ แสงสว่าง ความอบอุ่น ความเจ็บ การได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ Leininger (1988) ได้ศึกษาถึงปรากฏการณ์การดูแลเชิงวัฒนธรรม พบว่าการรับรู้การดูแลจะแตกต่างกันในวัฒนธรรมที่มีความต่างกัน การดูแลที่จะประสบความสำเร็จจะต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เพราะวัฒนธรรมมีผลต่อระบบสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจะต้องเรียนรู้วัฒนธรรม การให้คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยส่งเสริมส่วนที่ดีและค่อยๆ ปรับเปลี่ยนในส่วนที่ยังไม่ถูกต้อง การดูแลเอื้ออาทรจึงเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือ การสนับสนุนคำจูน การอำนวยความสะดวก และการสร้างความสามารถให้กับบุคคลหรือกลุ่ม ตามความต้องการเพื่อปรับปรุงหรือคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก Mayeroff (1971; cited in Euswas, 1991) กล่าวว่า การดูแลเอื้ออาทรเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตถึงระดับที่เกิดความพึงพอใจหรือบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า ซึ่งการดูแลเอื้ออาทรในลักษณะนี้ ผู้ดูแลจะต้องมีความรัก เอื้ออาทรและจริงใจต่อผู้รับการดูแล และมีลักษณะคล้ายแม่ที่มีวุฒิภาวะดูแลลูก และคาดหวังให้ลูกมีความเจริญก้าวหน้าสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ พยอมอยู่สวัสดิ์ (2539) กล่าวว่า การดูแลเอื้ออาทรเป็นวิถีทางที่พยาบาลปฏิบัติในการให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ เพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อริ ชิวเกษมสุข (2541) ให้ความหมาย การดูแลเอื้ออาทร ว่าเป็นการกระทำใดๆ ที่ช่วยเหลือประคับประคองและเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณค่า

Swanson (1991, 1993) ได้นำแนวคิดการดูแลของ Watson (1979) ไปพัฒนาเพื่อนำสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น โดยการทำวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยาการศึกษาการได้รับการดูแลจากพยาบาลในกลุ่มมารดาหลังแท้งบุตร กลุ่มผู้ให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนักเด็กแรกคลอดและกลุ่มมารดาอายุน้อย ได้สรุปความหมายการดูแลว่า เป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ดูแล ปกป้องคุ้มครอง สนับสนุน ส่งเสริม ให้กำลังใจ กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและมีพันธะสัญญา จัดกระทำให้แก่บุคคลอื่นโดยตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลนั้น เน้นการดูแลเพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพัฒนาคุณค่า และความสามารถของบุคคล ที่กระทำโดยบุคคลผู้ซึ่งได้รับการมอบหมายหน้าที่และมีความรู้สึกรับผิดชอบในงานของตน นอกจากนี้สแวนสันได้สรุปถึงกิจกรรมการดูแลทั้ง 5 ด้าน ของตนว่า สอดคล้องกับปัจจัยการดูแล 10 ประการของวัตสัน กิจกรรมการดูแลของสแวนสัน 2 ด้าน ได้แก่ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง และการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ มีความสอดคล้องกับปัจจัยการดูแล 3 ประการของวัตสัน ได้แก่ ระบบค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ การไวต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น และการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ กิจกรรมการดูแลของสแวนสันด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับปัจจัยการดูแล 3 ประการ ของวัตสัน ได้แก่ การมีส่วนร่วมภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจกัน การสนับสนุน ปกป้องและ/หรือการแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งด้านจิตใจ กายภาพ สังคมและจิตวิญญาณ การให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ความสอดคล้องของกิจกรรมการดูแลทั้ง 5 ด้านของสแวนสันกับปัจจัยการดูแล 10 ประการของวัตสัน ดังกล่าว เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นว่าสามารถนำแนวคิดของสแวนสันไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายได้ และSwanson (1993) ได้พัฒนาทฤษฎีการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยอธิบายโมเดล 4 ด้านของการพยาบาล ได้แก่ การพยาบาล บุคคล สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ดังนี้

(1) การพยาบาล (Swanson, 1991 & 1993) อธิบายว่า การพยาบาลเป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุก วิชาชีพการพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยใช้ความรู้เชิงประจักษ์จากการพยาบาลและความสัมพันธ์กับวิชาชีพอื่นๆ เช่น จริยธรรม ความเป็นบุคคล และความรู้ที่เป็นศิลปะได้มาจากการมีคุณธรรม ประสบการณ์ทางคลินิกของบุคคล คุณค่าและความคาดหวังของสังคม

(2) บุคคล (Swanson, 1993) กล่าวว่า บุคคล เป็นคนๆ หนึ่งที่เป็นองค์รวมอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคลได้รับอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ที่มีความซับซ้อนของพันธุกรรม การรับรู้ด้านจิตวิญญาณ และความต้องการที่เป็นอิสระ ดังนั้นคนจะปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เขาดำรงชีวิตอยู่ บุคคลเต็มไปด้วยพลังและความคิดสร้างสรรค์ (Dynamic) มีการเจริญเติบโต มีการคิดไตร่ตรองด้วยตนเอง มีความต้องการติดต่อกับผู้อื่นและมีความรู้สึกด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณงามความดี ความมีคุณธรรม ความรู้สึกด้านจิต

วิญญาณเป็นความคิด เป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ ความเชื่อในด้านศาสนาเป็นพลังงานในด้านบวกหรือเป็นความดีงาม ยิ่งกว่านั้นบุคคลของวิชาชีพการพยาบาลรวมถึงครอบครัว กลุ่มคน และสังคม ความเข้าใจในความเป็นบุคคลนี้ พยาบาลได้รับมอบให้เป็นผู้นำในการต่อสู้เพื่อสิทธิของมนุษย์ในการได้รับการดูแลสุขภาพ และความมีมนุษยธรรมด้านอื่นๆ และเมื่อพยาบาลคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลโดยตรง เขาจำเป็นต้องคิดถึงตนเองและพยาบาลคนอื่น และการดูแลของเขาที่ให้กับบุคคล

(3) สุขภาพ (Swanson, 1993) อธิบายประสบการณ์ด้านสุขภาพและความผาสุกว่า เป็นการดำเนินชีวิต ที่หมายถึง การมีประสบการณ์ของความเป็นองค์รวมเกี่ยวกับการบูรณาการหลายๆ สิ่งซึ่งเกิดขึ้นในความเป็นมนุษย์ สภาพจิตใจ ความคิด ความรู้สึก สติปัญญา ไหวพริบ ความคิดสร้างสรรค์ ลักษณะความสัมพันธ์ ความเป็นหญิง ความเป็นชาย และความสามารถด้านเพศ ความผาสุกเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนของการรักษาและทำให้ฟื้นหาย การบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการลดความเจ็บปวดภายใน

(4) สิ่งแวดล้อม (Swanson, 1993) อธิบายสิ่งแวดล้อมสำหรับการพยาบาลว่า เป็นบริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อิทธิพลของสภาพแวดล้อม เช่น วัฒนธรรม สังคม การเมือง เศรษฐกิจ ซึ่งมีความเฉพาะสำหรับบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ

โดยสรุป Swanson (1993) ให้ความหมาย การดูแลว่าเป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง สนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจ ในระดับลึกถึงการตระหนักรู้ กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและมีพันธะผูกพัน จัดกระทำให้แก่บุคคลอื่นโดยคำนึงถึงคุณค่า ความเชื่อและค่านิยมของบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรและผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม นำไปสู่ความพึงพอใจ ความผาสุก การมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี สะท้อนให้เห็นคุณภาพของการพยาบาล ทฤษฎีนี้ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ การเยียวยาด้วยความเมตตา (Compassionate healer) และสมรรถนะในการปฏิบัติ (competent practitioner) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยการดูแล 5 ประการ ได้แก่

(1) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อศรัทธาของผู้ป่วย (Maintaining belief) เป็นเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย โดยพยาบาลสื่อให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธาและความหวังที่ผู้ป่วยมีอยู่เป็นสิ่งเดียวที่มีความสำคัญที่สุดต่อการมีชีวิต ความหวังเป็นพลวัตร เป็นกระบวนการที่ไม่สิ้นสุดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีคนเข้าใจและเห็นใจ การให้มุมมองทางด้านบวก ส่งเสริมให้มองโลกในแง่ดีตามสภาพที่เป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีความสุขที่ได้เชื่อถือศรัทธานั้น โดยใช้การสร้างสัมพันธภาพและให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว ความรู้สึกนึกคิดของเขา ถึงแม้บางครั้งความเชื่อของพยาบาลจะแตกต่างจากผู้ป่วย พยาบาลก็ต้องเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย

(2) **การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล (Knowing)** หมายถึง การที่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการให้ความหมายของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตผู้ป่วย โดยมีความระมัดระวังรอบคอบในการลงความเห็นหรือสันนิษฐาน การให้ความหมายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล พยาบาลต้องสื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมทั้งมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างละเอียด รอบคอบ ครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อม และยอมรับว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ทุกคนมีความคิดความเชื่อเป็นของตนเอง นอกจากนี้พยาบาลยังมีความมุ่งมั่นที่จะค้นหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยที่การให้การดูแลนั้นทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างก็มีความเป็นตัวของตัวเอง

(3) **การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with)** หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลห่วงใยและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยเสมอ โดยการให้เวลา และ/หรือมีการใช้เวลาขณะอยู่กับผู้ป่วยอย่างคุ้มค่าถึงแม้เวลานั้นจะสั้นก็ตาม โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนและตั้งใจฟัง ร่วมรับรู้อารมณ์และแบ่งปันความรู้สึกกับผู้ป่วยไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ก็ตาม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระของพยาบาลแต่อย่างใด ถึงแม้บางครั้งพยาบาลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยก็รับรู้ได้ว่าพยาบาลยังคงห่วงใยและคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

(4) **การช่วยเหลือทำกิจกรรม (Doing for)** หมายถึง การที่พยาบาลช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาช่วยในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในการช่วยเหลือผู้ป่วย หลังจากพยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวด ได้รับความสุขสบาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ความรู้ทักษะอย่างเต็มกำลังความสามารถในการแก้ไขปัญหอย่างสร้างสรรค์ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ป่วย

(5) **การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling)** หมายถึง การที่พยาบาลให้การส่งเสริมและพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ของผู้ป่วย เช่น การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ของชีวิตไปได้ โดยการให้ข้อมูล คำอธิบาย การสนับสนุนด้านจิตใจ ตระหนักถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยพยาบาลเสนอแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหามองผู้ป่วยซึ่งผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าตนได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้โอกาสผู้ป่วยกระทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้อย่างเหมาะสม มีเป้าหมายชัดเจนเพื่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและเสริมศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เพิ่มพูนยิ่งขึ้น มีการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริงและเป็นไปในทางสร้างสรรค์เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

Swanson (1991) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การพยาบาลที่สมบูรณนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ การมีสุขภาพที่ดีและความผาสุกของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลขึ้นกับความสามารถของพยาบาลที่จะจัดกระทำให้กับผู้ป่วยและสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ ซึ่งจะแสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับและเชื่อถือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลของ Swanson (1993) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ทฤษฎีการดูแลของ Swanson มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยหนัก เนื่องจากมีความหมายที่กว้างและครอบคลุมปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยรวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่าง ซึ่งผู้ป่วยหนักเป็นบุคคลที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าและสภาพแวดล้อมที่คุกคามชีวิตตลอดเวลา พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักต้องให้ความสนใจและดูแลเอื้ออาทรอย่างใกล้ชิด และสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการดูแลดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างองค์รวม

2.3 การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง

2.3.1 ความหมายของการรับรู้ (Perception)

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์ติดต่อกับสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว โดยมนุษย์จะทำการตีความสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสได้ แล้วตอบสนองกลับไปยังอย่างเหมาะสม ซึ่งแต่ละคนอาจจะตีความในสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันออกไปในทางต่าง ๆ กัน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจและความคิดของแต่ละคน

การรับรู้ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกลึกซึ้งที่เกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องจากการตีความหรือแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางระบบประสาทสัมผัสของร่างกายแล้วสมองแปลความหมายของสัมผัสนั้น และนำไปสู่การรับรู้โดยอาศัยประสบการณ์เดิมในการช่วยเหลือตีความหรือแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นๆ ซึ่งองค์ประกอบของการรับรู้ของแต่ละบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ สถานการณ์ ความต้องการและหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคล

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมายภายในตัวของบุคคลที่ได้รับจากการสัมผัสสิ่งต่างๆ แล้วแสดงออกมาเป็นความรู้สึกลึกซึ้ง ความเชื่อ และความเข้าใจ ตามความรู้สึกลึกซึ้งที่เกิดขึ้นในจิตใจของตน ทำให้เกิดพฤติกรรมที่คนนั้นๆ แสดงออกมา

2.3.2 ของคุณค่า (Value)

คุณค่า หมายถึง ความสำคัญของสิ่งต่างๆ ในความรู้สึกของบุคคลหรือความรู้สึกยกย่องให้ความสำคัญกับบางสิ่งบางอย่างซึ่งแสดงถึงความต้องการหรือความคาดหวังต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่แวดล้อมบุคคลนั้นๆ คุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของปรัชญา ซึ่งแต่ละบุคคลต้องมีไว้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่การงาน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกัลยา ตันติผลาชีวะ, 2542) คุณค่าเป็นหลักปฏิบัติ

แนวคิด หรือมาตรฐานของสังคม ซึ่งแต่ละบุคคล ชนชั้น หรือกลุ่มยึดถือ ซึ่งให้ความหมายและชี้นำแก่ชีวิต เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความถูกต้อง รางวัล/ของขวัญ หรือสิ่งที่พึงปรารถนา แต่ละบุคคลจะมีระบบคุณค่าของตนเอง ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความเชื่อ ความมุ่งหมาย ทศนคติและวัตถุประสงค์

คุณค่า หมายถึง คุณสมบัติที่ได้จากการประเมินในแง่ใดแง่หนึ่งของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ความดี ความถูกต้อง โดยปกติในชีวิตประจำวันมนุษย์เราต้องตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นวัตถุ ตัวบุคคล แนวความคิด วิชาชีพ การกระทำ ซึ่งการตัดสินใจเลือกดังกล่าวย่อมแฝงไว้ด้วยการให้คุณค่าแก่สิ่งต่างๆ เหล่านั้น การตัดสินใจเลือกดังกล่าวเกิดขึ้นจากการประเมินหรือการให้คุณค่าแก่สิ่งต่างๆ ตามความรู้สึก ตามเหตุผล ตามความคิดของแต่ละบุคคล การตัดสินใจเลือกโดยการให้คุณค่าดังกล่าวนี้มีผลต่อการดำเนินชีวิต พฤติกรรม ตลอดจนจริยธรรมของบุคคล (สิวลี ศิริไล, 2539; อ้างใน จันทรเพ็ญ เจริญศิลป์, 2544, น. 22)

ดังนั้น การรับรู้คุณค่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจ ตามประสบการณ์ เหตุผล และตามความคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งเกิดจากการประเมินตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติตามสิ่งที่เชื่อทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีและมีประโยชน์ของบุคคลนั้น

2.3.3 แนวคิดพื้นฐานของความมีคุณค่าในตนเอง

มีผู้ให้ความหมายของความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองไว้หลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

Rosenberg (1979) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับนับ และเชื่อมั่นในตนเอง ถือตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง

Coopersmith (1984) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการประเมินคุณค่าของตนเอง มีความเคารพต่อตนเองว่ามีความสำคัญและมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นแห่งตนตลอดจนได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม

เกียรติวรรณ อมาตยกุล (2540) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เรามีต่อตัวเราเอง สามารถเห็นว่าตัวเองมีคุณค่า มีความสามารถ มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีความมั่นใจในการกระทำต่างๆ ของตนได้โดยไม่ต้องรอพึ่งพาผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่บุคคลเข้าใจตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถแตกต่างไปจากบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกสร้างสรรค์อยากจะทำด้วยตนเอง

บังอร สุปรีดา (2546) ได้สรุปความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่า ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ว่าเป็นคนมีความสามารถ มีความสำคัญและได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลพิจารณาและประเมินตนเองตามความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเองในเรื่องความมีคุณค่า ความเชื่อมั่นในความสามารถ ความสำคัญ การยอมรับตนเอง และการยอมรับของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นการมองตนเองในทางบวก ทำให้เกิดพลังความเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวัง และประสบความสำเร็จ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ตนปรารถนา

ในภาวะที่ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยต้องทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจและยังต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ การไม่สามารถหายใจเองโดยอิสระส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน การสร้างอัตมโนทัศน์ขึ้นมาใหม่ คือ การบูรณาการการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก โดยการทำความเข้าใจในศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นรากฐานของสภาวะสุขภาพจิต สังคมและการแสดงออกถึงคุณภาพของบุคคลซึ่งมีส่วนสำคัญต่ออัตมโนทัศน์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความมีคุณค่าในตนเอง มีคำที่มีความหมายใช้ใกล้เคียงกัน เช่น ความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self worth) ความรักในตัวเอง (Self love) ความเชื่อมั่นในตัวเอง (Self-confidence) ความเคารพในตนเอง (Self-respect) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า “ความมีคุณค่าในตนเอง” แทนความหมายของ Self-values ซึ่งเป็นความรู้สึกและความเข้าใจที่บุคคลประเมินความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และคุณความดีของตนเองขณะทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และกระทำการต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ซึ่งบุคคลประเมินแล้วว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และมีความสำคัญ กระทำแล้วเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณค่าต่อสมาชิกครอบครัวและสังคม โดยสื่อให้บุคคลอื่นรับรู้ได้จากคำพูดและพฤติกรรม

2.3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเอง

ความมีคุณค่าในตนเอง เป็นการพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนเองซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง (Coopersmith, 1984) ความมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของมโนภาพแห่งตน เป็นปริมาณคุณค่าที่เราให้กับตนเอง ซึ่งได้จากการเรียนรู้จากผู้อื่นและกลายเป็นส่วนสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลอื่นยอมรับเราอย่างไรหรือความคิดที่เรามองเห็นจากการที่ผู้อื่นเห็นคุณค่าในตัวเรา

มโนภาพแห่งตน (Self-concept) หรืออัตมโนทัศน์ คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นผลรวมทั้งหมดของลักษณะประจำตัว ความสามารถ ค่านิยม เจตคติ ที่บุคคลเชื่อว่าเป็นสิ่งอธิบายว่าตัวเขาเป็นอย่างไร เปรียบเสมือนมองผ่านเข้าไปในกระจกเงาแล้วสะท้อนกลับมามองเห็นตัวตนที่แท้จริงและรับรู้ได้ว่าอะไรที่บอกตนเองได้ว่าชอบหรือไม่ชอบอะไรและสิ่งไหนมีคุณค่ากับตัวเอง ความเป็นตัวตนนี้รวมไปถึงการที่ตนเองรู้สึกประทับใจกับตัวเองอย่างไรบ้าง ความประทับใจเกี่ยวกับตัวเองเหล่านี้รวมเรียกว่า เป็นอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองเช่นกัน อัตมโนทัศน์มิได้มีติดตัวมาแต่กำเนิด

แต่ได้พัฒนาก่อนตัวขึ้นมาพร้อมๆ กับช่วงชีวิตของแต่ละคน มิได้มีลักษณะตายตัว สามารถเปลี่ยนไปมา ขึ้นกับสถานการณ์และอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่บุคคลนั้นไปปฏิสัมพันธ์ องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ ในตนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ (Physical self of body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวัง ส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (Self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอัตมโนทัศน์ ในตนและเป็นตัวชี้วัดหน้าที่ความรู้สึกรับถึงการมีคุณค่าอันเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การกระทำเพื่อการดูแลตนเอง

จากการมีมโนภาพต่อตนเอง บุคคลจะประเมินมโนภาพแห่งตนออกมาเป็นความภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการตัดสินคุณค่าจากการตรวจสอบตนเองด้วยผลงาน ความสามารถ และคุณลักษณะต่างๆ นำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานและค่านิยมส่วนบุคคล แต่จะแสดงให้เห็นด้วยลักษณะท่าทางหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมภายนอก ความมีคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์เรื่องความสำเร็จ และการกระทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมาย ส่งผลให้ได้รับคำชมเชยจากพ่อแม่หรือคนอื่นๆ เป็นการสะสมความพึงพอใจต่อตนเองขึ้นมาทีละน้อย กลายเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นถึงความสามารถที่จะก้าวไปให้ถึงคุณค่าที่ตั้งไว้ ถ้าทำสำเร็จก็จะเกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองที่สุด (Branden, 1981; Coopersmith, 1981, p. 236; อ้างใน ประภาส ณ พิกุล, 2551, น. 24)

Maslow (1970; อ้างใน ประภาส ณ พิกุล, 2551, น. 24) ได้จัดลำดับความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น ความต้องการความภาคภูมิใจในตนเองอยู่ในขั้นที่ 4 รองลงมาจากความต้องการบรรลุสัจการแห่งตน (Self-actualization) ซึ่งเป็นขั้นสูงสุด ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองเกิดจากการที่ผู้อื่นยอมรับ โดยดูจากการตอบสนองของพ่อแม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนรุ่นเดียวกัน และมักต้องอาศัยความเชี่ยวชาญหรือความสามารถบางอย่างของบุคคลนั้น การประเมินจะออกมาในรูปของทัศนคติหรือความเชื่อว่าตนจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการกระทำสิ่งต่างๆ จะต้องใช้ความพยายามมากเพียงใด จะเสียใจหรือไม่ถ้าล้มเหลว หากประเมินแล้วอยู่ด้านบวกก็จะเกิดความเชื่อมั่นในคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกนี้หากได้รับการตอบสนองจะนำไปสู่ความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตน มีความเข้มแข็งความสามารถเพียงพอที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ที่รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ และมีความสำคัญต่อผู้อื่น และถ้าหากว่าไม่ได้รับการตอบสนองจะรู้สึกมีปมด้อย อ่อนแอ ช่วยตนเองไม่ได้ ซึ่งคนทั่วไปปรารถนาที่จะมีความมั่นคง มีการประเมินคุณค่าในตนเองสูง มีความนับถือและภาคภูมิใจในตนเองรวมทั้งได้รับการเห็นคุณค่าจากผู้อื่น ซึ่งความภาคภูมิใจเป็นสิ่งดีเพราะช่วยเหลือภาวะทางจิตใจให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับความคาดหวังในความสำเร็จ การได้รับการยอมรับและความเข้มแข็งทางจิตใจ จะเป็นผลให้บุคคลปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น นอกจากนี้ Maslow ยังจำแนกความรู้สึกภูมิใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง การยอมรับนับถือและการประเมินค่าตนเอง ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ คือ ความต้องการมีความเข้มแข็ง (Strength) ผลสัมฤทธิ์ (Achievement) ความเพียงพอสำหรับทำสิ่งต่าง (Adequacy) ความเชี่ยวชาญและความสามารถ (Mastery and competence) ความมีอิสระเสรีภาพและความเป็นตัวของตัวเอง (Independence and freedom)

ประเภทที่ 2 เกี่ยวข้องกับการได้รับการเห็นคุณค่าจากผู้อื่น เป็นความต้องการมีชื่อเสียงหรือเกียรติยศ ตำแหน่ง ความรุ่งเรือง มีอำนาจเหนือผู้อื่น ได้รับการยอมรับและสนใจ มีความสำคัญ มีศักดิ์ศรีหรือเป็นที่ชมเชยของผู้อื่น (Maslow, 1970; Coopersmith, 1981, p. 236)

ดังนั้น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจึงมีความสัมพันธ์กับความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของความต้องการนี้ประกอบด้วย ความนับถือตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสามารถ มีความภูมิใจในตนเอง และหากได้พัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองขึ้นไปอีก ก็จะสู่ขั้นบรรลุถึงการแห่งตนซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ (Maslow)

Roger (1961) ได้กล่าวถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าคุณค่า เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในแง่บวก ซึ่งก่อให้เกิดความเชื่อมั่นตามมาและเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การเป็นบุคคลที่สมบูรณ์คือมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนับเป็นขอบเขตที่บุคคลมีความเชื่อเกินความสามารถของเขา

Rosenberg (1979) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือเห็นคุณค่า มีความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งการประเมินตนเองทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ไม่ได้ประเมินโดยบุคคลโดยไม่มีหลักเกณฑ์ แต่มีเกณฑ์เปรียบเทียบตามสภาพสังคมและคุณลักษณะของกลุ่มซึ่งมีมาตรฐานแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่ม

Bandura (1986) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นการประเมินตนเองของบุคคล ซึ่งเป็นความรู้สึกของความภาคภูมิใจในตนเองทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

Brockner (1988) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self esteem) นั้นยังมีการใช้คำอื่นๆ ที่มีความหมายเหมือนหรือใกล้เคียงกันอีกหลายคำ เช่น การยอมรับตนเอง (Self acceptance) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self worth) ความมั่นใจในตนเอง (Self confident) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self Assurance) และความมีประสิทธิภาพของตนเอง (Self efficacy) รวมทั้งคำว่าเคารพตนเอง (Self respect)

Coopersmith (1984) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองเป็นการแสดงความรู้สึกหรือการประเมินตนเองในการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง และชี้ให้เห็นถึงขอบเขตของความเชื่อที่บุคคลมีเกี่ยวกับตนเองในเรื่อง ความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและการมีคุณค่าแห่งตน ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นประสบการณ์ที่บุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้

โดยพิจารณาจากการพูดหรือพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้น และบุคคลที่อยู่รอบข้างบุคคลนั้น มีส่วนช่วยในการสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูงเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง สามีภรรยา ครู และเพื่อน จะช่วยให้บุคคลนั้นมีการพัฒนาความเชื่อถือในตนเอง มีความกล้าและความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ได้ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการปฏิบัติแบบเชื่อถือ สรรพการได้รับการยกย่องในคุณค่า มีการให้ความสำคัญอย่างชัดเจนและมองเห็นในความสามารถ มีการชี้แนะเพื่อการแก้ปัญหาต่างๆ ขณะเดียวกันการพัฒนาในการพึ่งพาตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองก็จะเกิดขึ้นและดำรงอยู่ได้ในสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ บุคคลจะแสดงระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน ออกมาอย่างรู้ตัวและไม่รู้ตัว ทั้งลักษณะท่าทาง น้ำเสียง คำพูดและพฤติกรรม นอกจากนี้มนุษย์ยังมีความสามารถในการสร้างสรรค์ความคิดที่จะเผชิญความเครียดต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ความมีคุณค่าในตนเองเป็นผลมาจากองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ดังนี้

1) องค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล เช่น การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เป็นต้น

2) องค์ประกอบภายในตัวบุคคล เช่น ลักษณะทางร่างกาย สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ การงาน ค่านิยมส่วนตนหรือระดับความมุ่งมั่นในชีวิต เป็นต้น

กล่าวได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคล เกิดจากตัวบุคคลเองและจากผู้อื่นเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยมีจุดเริ่มมาจากภายในครอบครัว กล่าวคือมีการพัฒนาขึ้นอย่างช้าๆ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิด การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำได้ และพัฒนาขึ้นตามอายุและเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมของชีวิต ในบุคคลเดียวกันความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนไปไม่มาก นอกจากมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความสูญเสีย ความเจ็บป่วย ถ้าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิตของบุคคลดำเนินไปด้วยดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังแล้วก็จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น แต่ในทางกลับกันถ้าบุคคลประสบเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง การเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับตนเอง ทำให้คนเรามีความเป็นตัวของตัวเอง บ่งชี้ถึงการที่บุคคลยอมรับตนเองว่าเป็นผู้มีความสามารถ ประสบความสำเร็จและมีคุณค่า ถ้าบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะทำให้เป็นคนที่มีความมุ่งมั่น มานะพยายาม แต่ถ้าเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้การตัดสินใจไม่ดี ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เมื่อเกิดปัญหาหมักจะลงโทษตัวเองมากกว่าคิดแก้ไขปัญหา

Coopersmith (1984) ได้นำเสนอคุณลักษณะพื้นฐานของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า มี 4 ประการ คือ

1) ความสำคัญ (Significance) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับการได้รับการยอมรับ ความสนใจ ความเอาใจใส่ และการแสดงออกถึงความรักเป็นที่นิยมชื่นชอบของบุคคลอื่นตามสภาพที่ตนเป็นอยู่ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนและกระตุ้นเตือนในยามที่ต้องการความช่วยเหลือและในภาวะวิกฤต

2) พลังอำนาจ (Power) เป็นความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมการกระทำของตนเองและผู้อื่น แสดงให้เห็นถึงความคิดเห็นและสิทธิของตน ได้รับการยอมรับและนับถือจากบุคคลอื่นภายในแนวทางและขอบเขตที่ยอมให้ได้ ในสภาพแวดล้อมที่กระจ่างชัดและเปิดเผยต่อสาธารณชน

3) ความสามารถ (Competence) เป็นการพิจารณาคุณค่าของบุคคลที่มีอิทธิพลจากการประสบความสำเร็จในการกระทำตามความมุ่งหวัง ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับวัย กิจกรรมที่ทำ ความสามารถ ค่านิยม และความปรารถนาของบุคคลนั้น

4) คุณความดี (Virtue) เป็นการปฏิบัติตนสอดคล้องกับศีลธรรม จริยธรรม ค่านิยมของสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม มีความคิดและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง รับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริง มองโลกในแง่ดี มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่

Coopersmith (1984) ได้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงไว้ ดังนี้

1) สงบและรู้สึกผ่อนคลาย (Calm and relaxed) สามารถควบคุมตนเองได้แม้กำลังเผชิญกับความยุ่งยาก และความท้าทายที่หวาดกลัวอยู่ก็ตาม มักไม่ค่อยมีความเครียดปรากฏบนใบหน้า แม้จะผ่านการได้รับความกดดันอย่างสูงก็สามารถกลับคืนสู่ความสงบได้อย่างรวดเร็ว

2) ดูแลตนเองดี (Well-nurtured) มีความเป็นอยู่ที่ดีในเรื่องของการดูแลตนเองและการออกกำลังกาย ซึ่งรวมไปถึงการเลือกแบบการแต่งกาย และการไม่ทำลายตนเองด้วยการละเลยสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร การดื่ม และการนอนหลับ นอกจากนี้ยังดูแลร่างกายของตนเองเป็นพิเศษเมื่อตกอยู่ภายใต้ความกดดันหรือเจ็บป่วย

3) มีพลังและจุดมุ่งหมาย (Energetic and purposeful) มีชีวิตชีวาทั้งร่างกายและจิตใจสนุกสนานกับการทำงานในหน้าที่อย่างกระตือรือร้น มีแรงจูงใจสูง มีความคิดสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางที่ดี

4) เปิดเผยและแสดงความรู้สึก (Open and expressive) สามารถสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมาทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางซึ่งบ่งถึงความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น ได้ทันทีและสามารถควบคุมหรือหยุดความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เมื่อต้องการ

5) คิดในทางที่ดีและมองโลกในทางที่ดี (Positive and optimistic) มักจะไม่ค่อยมีความวิตกกังวลและความกลัว เมื่อพบความผิดพลาดขณะที่กำลังเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งไม่คุ้นเคยก็จะสังเกตกระบวนการนั้นอย่างเปิดเผยและรู้ลึกตลอดภัยปลดปล่อยความเครียดแล้วกลับมาแก้ปัญหาใหม่ด้วยความตื่นเต้น และมองเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาในสิ่งที่เขาสนใจ

6) มีการพึ่งพาตนเอง (Self-reliant) สามารถจะกระทำสิ่งต่างๆ ได้อย่างอิสระและเป็นตัวของตัวเองพึ่งพาตนเองได้โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้อื่นคอยชี้แนะ

7) มีความสามารถในการเข้าสังคมและร่วมมือกับผู้อื่นได้ (Sociable and cooperative) สามารถเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่มและสามารถประนีประนอมเพื่อความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน บุคคลเหล่านี้สามารถชื่นชมความสำเร็จของผู้อื่นได้ อีกทั้งยังสนับสนุนให้กำลังใจในการพัฒนาของบุคคลอื่นอีกด้วย แม้จะก้าวไปสู่การเป็นผู้นำก็สามารถแบ่งปันพลังอำนาจได้อย่างเหมาะสมโดยมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Appropriately assertive) สามารถยื่นกรานความต้องการและสิทธิของตนได้ และมีการพัฒนาดตนเอง (Self-developing) แม้บุคคลเหล่านี้จะมีคุณค่าในตนเองสูงแล้ว ก็ยังคงตรวจสอบตนเองอยู่เสมอ มีความสุขกับการได้รู้ข้อบกพร่องและความผิดพลาดของตนเอง อันจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้

นอกจากนี้ Branden (1983) กล่าวว่า ผู้ที่มีความรู้ลึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญปัญหา การงาน และชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถลุกขึ้นมาต่อสู้ชีวิตได้อย่างรวดเร็วหลังจากประสบความล้มเหลว และสามารถมีความสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างอบอุ่นอ่อนโยนมากกว่าสัมพันธ์ภาพที่ขมขื่น

Satir (1991) ได้กล่าวถึงลักษณะผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำแตกต่างกัน ดังนี้

1) ผู้ที่มองเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นผู้ที่มีลักษณะรักตนเอง และผู้อื่นมีความเข้าใจและยอมรับตนเอง สามารถยอมรับในความแตกต่างของบุคคลอื่น มีความเชื่อมั่น มีความตระหนักรู้ในตนเอง มีเหตุผลและยืดหยุ่น สามารถแสดงอารมณ์และรู้สึกลึกซึ้งอย่างสอดคล้องและเหมาะสมมองเห็นทางเลือกได้ มีความต้องการที่จะเปลี่ยนสู่สิ่งใหม่ มีสุขภาพจิตดี และผู้ที่มีคุณค่าในตนเองสูงจะปรับตัวได้ดีต่อการเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือ และจะประสบความสำเร็จจากปฏิบัติตัวได้ดี (นุชนาถ ชำนิเชิงคำ, 2553)

2) ผู้ที่มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะเป็นผู้ที่มีลักษณะต้องการเป็นที่รัก มีการดำเนินชีวิตไม่สอดคล้องและเหมาะสม จะใช้ท่าทีการแสดงออก (Stances) ในรูปแบบต่างๆ ขอบตัดสิน วิพากษ์วิจารณ์ และดัดจริต ไม่มีเหตุผล ไม่สามารถยอมรับในตนเอง มักจะใช้กลวิธีในการป้องกันตัว ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง มีแต่ความท้อแท้ ไม่กล้าตัดสินใจหรือเลือกสิ่งที่เขาต้องการ แต่จะให้ผู้อื่นเป็นผู้ตัดสินใจแทนหรือเลือกแทน (หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554)

2.3.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมีคุณค่าในตนเอง

จากการศึกษาของ Coopersmith (1984) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมีคุณค่าในตนเองในด้านต่างๆ เช่น ลักษณะทางกายภาพ สุขภาพที่แข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไว ความกล้าหาญ ความสามารถ สภาพอารมณ์ และปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอกซึ่งหมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วยส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การศึกษา สภาพสังคม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองอีกหลายประการ ได้แก่

1) เพศ พบว่าเพศชายมีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายชอบการแข่งขัน ชอบงานที่ท้าทายความสามารถ ทำให้มีทักษะของการทำงานมีโอกาสได้รับความสำเร็จในอาชีพมากกว่าเพศหญิง มีผลทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้เพศหญิงยังได้รับการปฏิบัติในสังคมว่าเป็นเพศที่อ่อนแอ ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลที่แข็งแรงกว่าทำให้เมื่อประเมินตนเองแล้วพบว่าระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเพศชาย

2) อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองได้พัฒนาไปตามพัฒนาการชีวิตซึ่งจะพัฒนาสูงขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น

3) สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากเป็นสามีหรือภรรยาเป็นลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่มีความสนิทแนบแน่น มีระยะเวลาการมีสัมพันธ์นานเพียงพอ ซึ่งรวมไปถึงการเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของบุคคลนั้นและมีส่วนช่วยในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่างๆ ดังนั้น ผู้ที่แต่งงานจึงรู้สึกมั่นคง ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น โดยสิ่งที่มีอิทธิพลโดยตรงคือคู่สมรส

4) สถานภาพการทำงาน เนื่องจากสังคมจะให้การยอมรับบุคคลที่มีการทำงานมากกว่าทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกเป็นอิสระ ระดับการเห็นคุณค่าตนเองจะสูงขึ้นตามตำแหน่งของงานที่ก้าวหน้า

5) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้นบุคคลรู้สึกว่ามีผู้ให้ความรัก เอาใจใส่ ดูแลยกย่องและมองเห็นคุณค่า

6) ระดับความรุนแรงของโรค เนื่องจากบุคคลอยู่ในสภาพเจ็บป่วยจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือความไม่แน่นอนของโรค ยิ่งระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน มีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ความมั่นใจในความสามารถของตนเองลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงต่ำลง

2.3.6 การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

หมายถึง ความรู้สึกและความเข้าใจที่บุคคลประเมินความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและคุณค่าของตนเองขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ซึ่งบุคคลประเมินแล้วว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และมีความสำคัญ กระทำแล้วเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง มีคุณค่าต่อสมาชิกครอบครัวและสังคม โดยสื่อให้บุคคลอื่นรับรู้ได้จากคำพูดและพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Coopersmith (1984) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนคาดหวัง มีความมั่นใจและเข้าใจในการกระทำของตนเองขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้หายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่
- 2) ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนหรือปฏิบัติขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ จนทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและเป็นที่ยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นได้รับความสนใจและใส่ใจ จากบุคคลในครอบครัวและพยาบาล ตลอดจนเชื่อมั่นว่าตนเป็นผู้ที่มีความหมาย ความสำคัญต่อครอบครัว
- 3) ด้านการมีคุณค่าความดี หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจเกี่ยวกับความถูกผิดและประเมินตนเองจากการประพฤติ ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับคุณค่าที่ดีที่ต้องปฏิบัติ มีความเคารพและยอมรับในตนเอง เกิดความภูมิใจในตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

หมายถึง ชุดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยมีการปฏิบัติที่จะรักษาไว้ซึ่งความเชื่อเฉพาะในแต่ละบุคคลต่อสภาวะการเจ็บป่วยขณะนั้นและขณะเดียวกันก็สร้างความรู้จักผู้ป่วย จนผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมั่นใจขณะทำการฝึกหยาใจ การเข้าใจประสบการณ์ผู้ป่วยตามสถานการณ์ความเจ็บป่วย การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย จนผู้ป่วยรู้สึกและรับรู้ได้ว่ามีพยาบาลอยู่เคียงข้าง ห่วงใย เข้าใจความรู้สึก และการส่งเสริมความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ พยาบาลต้องสร้างความรู้จักผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ต่อไปอย่างต่อเนื่องพร้อมกับค้นหาความเชื่อที่ต้องรักษาไว้ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์การเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติในการใช้เครื่องช่วยหายใจและต้องมีการหยาเครื่องช่วยหายใจให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและต้องกระทำผสมผสานไปพร้อมๆ

กันโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของ Swanson (1993) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) พยาบาลและผู้ป่วย ทำความรู้จักกัน ร่วมกันค้นหาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคลต่อสภาวะความเจ็บป่วย หมายถึง การค้นหาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการพูดคุย การสังเกตพฤติกรรม เพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นความเฉพาะของผู้ป่วยจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งอดีตและปัจจุบัน อาจเป็น ความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและอื่นๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความคาดหวัง 2) พยาบาลและผู้ป่วยกำหนดแผนการรักษาความเชื่อเฉพาะด้วยการศึกษา ประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลเข้าพบผู้ป่วย จนได้ข้อมูลที่แสดงถึงความเชื่อเฉพาะและความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อช่วยหายใจและการหยาเครื่องช่วยหายใจและอื่นๆ พยาบาล เข้าใจและหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยขณะทำการฝึกหายใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ ยอมให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ ตามความเชื่อ ความศรัทธาโดยเฉพาะในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าจะทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้นหรือมีกำลังใจดีขึ้น และพยาบาลมีการใช้เวลาและให้เวลาในการดูแลช่วยเหลือจนผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ เกิดความมั่นใจ ปลอดภัย และหายใจได้เองโดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจ 3) สร้างความรู้จักและรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลและผู้ป่วยหาข้อตกลงร่วมกัน แสดงวิธีการช่วยเหลือและแนะนำ การปฏิบัติการฝึกหายใจ การขอความช่วยเหลือขณะทำการฝึกหายใจด้วยการตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล การอนุญาตให้ญาติมาอยู่เป็นเพื่อนขณะทำการฝึกหายใจ วิเคราะห์ ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายการฝึกหายใจในแต่ละวัน พร้อมกับค้นหา ความเชื่อและความเฉพาะของผู้ป่วยเพิ่มต่อไปเรื่อยๆ 4) พยาบาลให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายขณะทำการฝึกหายใจ ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง พยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก ในสิ่งที่ผู้ป่วย ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองขณะเจ็บป่วย ขณะถูกจำกัดกิจกรรม ตั้งแต่การตอบสนองขั้นพื้นฐาน จนถึงขั้นสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาและได้รับความสุขสบาย ตลอดจนการลงไว้ซึ่งการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ เผื่อระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ไม่ขัด ต่อแผนการรักษา ตลอดจนเคารพในความเป็นบุคคล ให้การดูแลโดยไม่ขัดต่อความเชื่อส่วนตัว ของผู้ป่วย

2.5 รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

หมายถึง รูปแบบบริการการพยาบาลที่ผสมผสานการทำงานเพื่อให้งานเสร็จทันเวลา โดยหัวหน้า เวิร์มมอบหมายงานให้พยาบาล 1 คน รับผิดชอบผู้ป่วย 1 คน ที่ทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในแต่ละเวร พยาบาลทำหน้าที่วางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และเป็น

ผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงาน การติดต่อประสานงานและการให้ข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลจะผ่านหัวหน้าเวร เมื่อมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยทำการฝึกหายใจได้ พยาบาลจะเริ่มทำการฝึกผู้ป่วยหายใจในเวรเช้าซึ่งเป็นเวลาปกติของบุคคลและมีอัตรากำลังเพียงพอ วิธีการฝึกหายใจตามความเห็นของแพทย์ว่าจะทดลองฝึกหายใจโดยวิธีค่อยๆ ปรับเครื่องช่วยหายใจ หรือจะให้ผู้ป่วยทดลองฝึกหายใจด้วยตนเองผ่านท่อ T-piece และในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการไม่สลับซับซ้อน ทีมพยาบาลในเวรนั้นๆ ร่วมกันประเมินตัดสินใจทำการฝึกหายใจโดยใช้ความรู้และประสบการณ์ในการดูแล ขณะทำการฝึกหายใจพยาบาลทำงานประจำอื่นร่วมไปด้วยในผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย เช่น รับใหม่ เตรียมส่งผ่าตัด ส่งเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ อัลตราซาวด์ การเตรียมความพร้อมในการฝึกหายใจ ประเมินจากทางด้านร่างกายเป็นหลัก กิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ได้รับการประเมินทางด้านคลินิกโดยพยาบาล การได้รับการดำเนินการปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ และการได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ

2.6 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยหนักที่อยู่ในภาวะวิกฤติและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อพ้นภาวะวิกฤติแล้วก็เข้าสู่กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในขณะที่ทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยยังมีความทุกข์ทรมานและไม่สบายทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม การมีท่อช่วยหายใจสร้างความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก การเจ็บคอ มีเสมหะเหนียว เจ็บปวดจากการดูดเสมหะ กระหายน้ำ ปวดเมื่อยร่างกาย นอนไม่หลับ (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2546) นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังรู้สึกกังวลและกลัวตาย กลัวความไม่แน่นอน ท้อแท้สิ้นหวัง ประกอบกับต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีข้อจำกัดในการเยี่ยม ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สื่อสารด้วยคำพูดไม่ได้ ถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก (Jones, Griffiths & Humphries, 2000 & Price, 2004; อ้างใน นุชนาด ชานีเชิงคำ, 2553) ผู้ป่วยจะรู้สึกคับข้องใจไม่สามารถปฏิบัติสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ไร้พลังอำนาจ (Thelan et al., 1998) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้พึ่งพาเป็นภาระของครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเองลดลงทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการดูแลรักษา มีพฤติกรรมก้าวร้าว และพยายามดึงท่อช่วยหายใจออกซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป้าหมาย คือ ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และหลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองอย่างอิสระไม่กลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

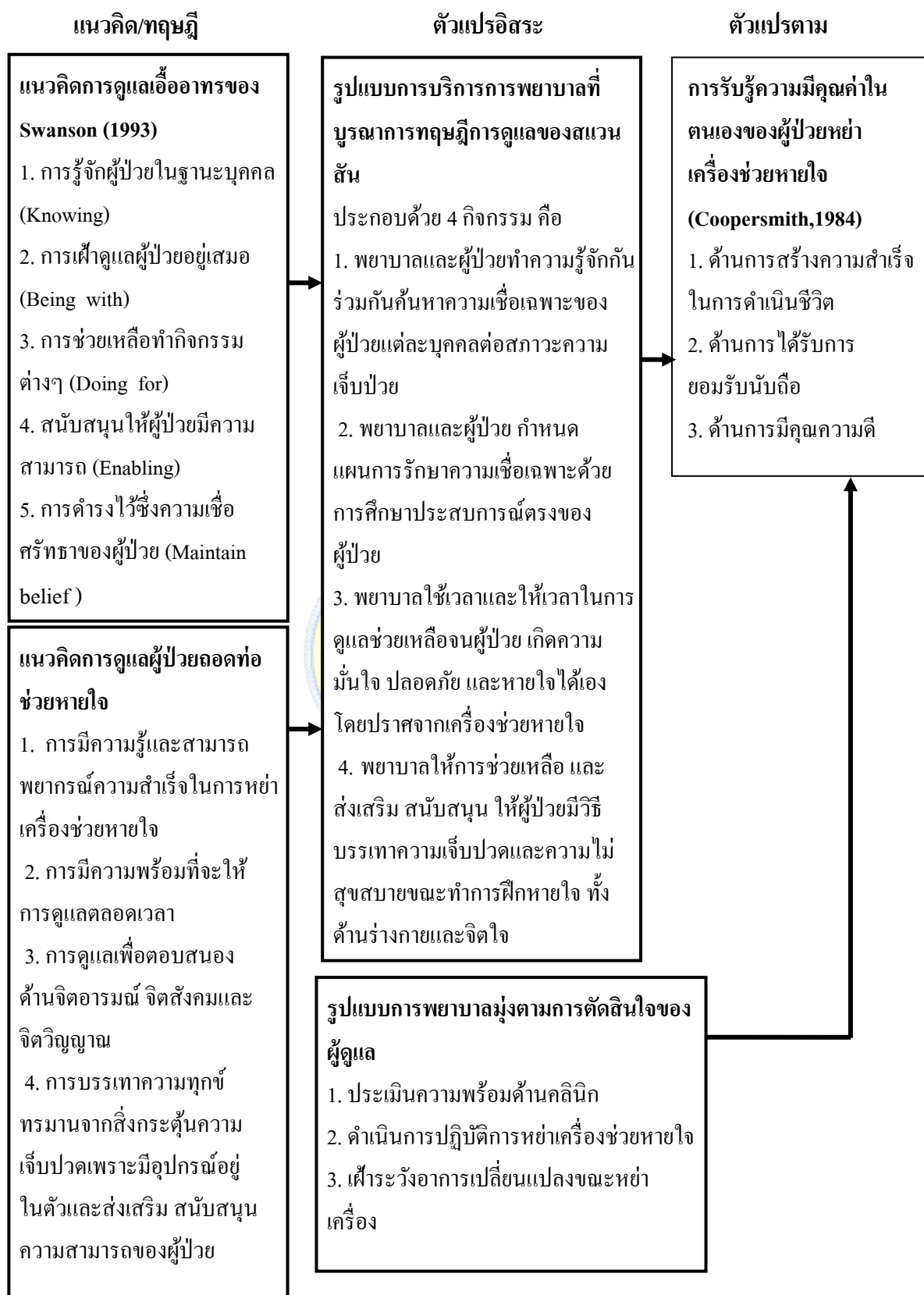
ผู้วิจัยสนใจที่จะนำแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเป้าหมายของการดูแลเอื้ออาทร ด้านร่างกาย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุขและพ้นหายจากโรคเร็วขึ้น ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัยและรู้สึกว่าพยาบาลเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเองด้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการรักษา ด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจ รู้สึกว่าตนมีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจ มีพลังอำนาจ มีเกียรติ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเองพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับ และมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ความหมายของการดูแลตามแนวคิดของสแวนสัน (Swanson, 1993) ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากเป็นความหมายที่กว้างและครอบคลุมปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยรวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่าง โดยความหมายของการดูแลเอื้ออาทรจะรวมถึงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ดูแลปกป้องคุ้มครองสนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจ และกระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและมีพันธะสัญญากระทำให้แก่บุคคลอื่น โดยตระหนักถึงคุณค่า ดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ค่านิยม ของบุคคลคนนั้น

กิจกรรมการดูแลที่พยาบาลและผู้ป่วยทำความเข้าใจร่วมกัน ร่วมกันค้นหาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคลต่อสถานะความเจ็บป่วย หมายถึง การค้นหาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการพูดคุย การสังเกตพฤติกรรม เพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นความเฉพาะของผู้ป่วยจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งอดีตและปัจจุบัน อาจเป็นความรู้สึกด้านบวก หรือด้านลบ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและอื่นๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความคาดหวัง โดยพยาบาลและผู้ป่วย กำหนดแผนการรักษาความเชื่อเฉพาะด้วยการศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลเข้าพบผู้ป่วยจนได้ข้อมูลที่แสดงถึงความเชื่อเฉพาะ และความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อช่วยหายใจและการหยาเครื่องช่วยหายใจและอื่นๆ พยาบาลเข้าใจและหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยขณะทำการฝึกหายใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ ขอมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาโดยเฉพาะในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าจะทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้นหรือมีกำลังใจดีขึ้น และพยาบาลมีการใช้เวลาและให้เวลาในการดูแลช่วยเหลือจนผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ เกิดความมั่นใจ ปลอดภัย และหายใจได้เองโดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจ พร้อมกับสร้างความรู้จักและรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลและผู้ป่วยหาข้อตกลงร่วมกัน แสดงวิธีการช่วยเหลือและแนะนำการปฏิบัติการฝึกหายใจ การขอความช่วยเหลือขณะทำการฝึกหายใจ ด้วยการตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล การอนุญาตให้ญาติมาอยู่เป็นเพื่อนขณะทำการฝึกหายใจวิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายการฝึกหายใจในแต่ละครั้ง พร้อมกับค้นหาความเชื่อและความเฉพาะของผู้ป่วยเพิ่มต่อไปเรื่อยๆ ขณะเดียวกันพยาบาลก็ให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้ผู้ผู้ป่วยมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวด และ

ความไม่สุขสบายขณะทำการฝึกหายใจ ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง พยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก ในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองขณะเจ็บป่วย ขณะถูกจำกัดกิจกรรม ตั้งแต่การตอบสนองขั้นพื้นฐาน จนถึงขั้นสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาและได้รับความสุขสบาย ตลอดจนการคงไว้ซึ่งการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ เพื่าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ตลอดจนการพินิจความเป็นบุคคล ให้การดูแลโดยไม่ขัดต่อความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วย และถ้าพยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบทุกกิจกรรม จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมอย่างแท้จริง

ฉะนั้นถ้าประยุกต์แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ และสนับสนุน ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนและประสบความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจและหายใจเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจสร้างรูปแบบการบริการการพยาบาลที่ใช้แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ที่ได้รับการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะพัฒนาตนเองไปสู่การเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นผลจากการประเมินคุณค่าและความสามารถของตน ทำให้มองเห็นความสำคัญของคุณค่าชีวิตและเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดพลังขับเคลื่อนให้มีการปรับพฤติกรรมไปในทิศทางที่มีเป้าหมาย โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ต้องการจนเกิดความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอนในกิจกรรมการดูแลรักษา และได้รับการดูแลด้วยความใส่ใจเอื้ออาทรจะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจพร้อมเผชิญปัญหาและตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในทางสร้างสรรค์ได้อย่างเหมาะสม ประสบความสำเร็จ มีความภาคภูมิใจ และสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อน - หลัง (Two group, Pretest-Posttest design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ในห้องผู้ป่วยหนัก

3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

คือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อายุ 20-60 ปี ที่รับไว้รักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาให้หยาเครื่องช่วยหายใจได้ รับไว้รักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

- (1) อายุ 25-59 ปี
- (2) ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพปกติ
- (3) เข้าใจและฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน
- (4) มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่และบุคคล ตามปกติ
- (5) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
- (6) ผ่านการทดลองฝึกหายใจอย่างน้อย 1 ครั้ง

1.2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ พิจารณาคัดออกจากการเข้าร่วมวิจัย

- (1) มีโรคแทรกซ้อน มีผลต่อการหายใจ และมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว
- (2) มีการรับรู้และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

(3) หลังถอดท่อช่วยหายใจแล้ว มีปัญหาการหายใจไม่เพียงพอกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง

2) การจัดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการจับคู่แบบรายคู่ (Matched Pair) เพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

- (1) เพศเดียวกัน
- (2) อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน ห่างกันไม่เกิน 5 ปี
- (3) ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน

3.1.3 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากประชากรที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์จำนวน 20 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่กำหนดไว้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจที่รับไว้รักษาในห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาล พระพุทธบาท สระบุรี ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ที่มารับบริการในวันที่ 1-10 สิงหาคม 2556 คัดเลือกผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 10 ราย

2) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจที่รับไว้รักษาในห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช ลพบุรี ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน จำนวน 10 ราย ที่มารับบริการในวันที่ 12-17 สิงหาคม 2556 ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะจับคู่ได้กับกลุ่มควบคุม จำนวน 10 ราย

รายละเอียดของคุณลักษณะกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ จำแนกตามเพศ อายุ และการศึกษา
จำนวน 10 คู่

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่าง	เพศ	อายุ	การศึกษา
1	กลุ่มควบคุม	หญิง	26	ประถมศึกษา
	กลุ่มทดลอง	หญิง	27	ประถมศึกษา
2	กลุ่มควบคุม	ชาย	33	มัธยมศึกษาตอนต้น
	กลุ่มทดลอง	ชาย	35	มัธยมศึกษาตอนต้น
3	กลุ่มควบคุม	หญิง	35	มัธยมศึกษาตอนต้น
	กลุ่มทดลอง	หญิง	36	มัธยมศึกษาตอนต้น
4	กลุ่มควบคุม	หญิง	37	มัธยมศึกษาตอนปลาย
	กลุ่มทดลอง	หญิง	39	มัธยมศึกษาตอนปลาย
5	กลุ่มควบคุม	ชาย	45	มัธยมศึกษาตอนปลาย
	กลุ่มทดลอง	ชาย	46	มัธยมศึกษาตอนปลาย
6	กลุ่มควบคุม	ชาย	46	ปวช.
	กลุ่มทดลอง	ชาย	47	ปวช.
7	กลุ่มควบคุม	หญิง	49	ปวส.
	กลุ่มทดลอง	หญิง	50	ปวส.
8	กลุ่มควบคุม	ชาย	53	ปวช.
	กลุ่มทดลอง	ชาย	54	ปวช.
9	กลุ่มควบคุม	ชาย	55	ปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	ชาย	56	ปริญญาตรี
10	กลุ่มควบคุม	ชาย	57	ปริญญาตรี
	กลุ่มทดลอง	ชาย	58	ปริญญาตรี

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล และระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	6	60.00	6	60.00
หญิง	4	40.00	4	40.00
รวม	10	100	10	100
2. อายุ				
25-30 ปี	1	10.00	1	10.00
31-35 ปี	1	10.00	1	10.00
36-40 ปี	1	10.00	1	10.00
41-45 ปี	1	10.00	1	10.00
46-50 ปี	2	20.00	2	20.00
51-55 ปี	3	30.00	3	30.00
56-60 ปี	1	10.00	1	10.00
รวม	10	100	10	100
3. สถานภาพ				
โสด	4	40.00	4	40.00
คู่	6	60.00	6	60.00
รวม	10	100	10	100
4. ศาสนาพุทธ	10	100	10	100
5. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	1	10.00	1	10.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	20.00	2	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	20.00	2	20.00
ปวช./ปวส	3	30.00	3	30.00
ปริญญาตรี/สูงกว่า	2	20.00	2	20.00
รวม	10	100	10	100

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล และระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	1	10.00	1	10.00
ค้าขาย	2	20.00	2	20.00
เกษตรกรรม	1	10.00	1	10.00
รับจ้าง/พนักงาน	4	40.00	4	40.00
รับราชการ	2	20.00	2	20.00
รวม	10	100	10	100
7. ผู้ดูแลใกล้ชิดขณะเจ็บป่วย				
คู่สมรส	6	60.00	6	60.00
บุตร/หลาน	1	10.00	1	10.00
บิดา/มารดา	3	30.00	3	30.00
รวม	10	100	10	100
8. ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ				
น้อยกว่า 3 วัน	3	30.00	3	30.00
3-5 วัน	4	40.00	4	40.00
มากกว่า 5 วัน	3	30.00	3	30.00
รวม	10	100	100	รวม

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 อายุระหว่าง 51-55 ปี ร้อยละ 30 สถานภาพคู่ ร้อยละ 60 มีการศึกษาอยู่ใน ระดับ ปวช./ปวส. ร้อยละ 30 อาชีพรับจ้าง/พนักงาน ร้อยละ 40 ผู้ดูแลใกล้ชิดขณะเจ็บป่วย คือ คู่สมรส ร้อยละ 60 ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ 3-5 วัน ร้อยละ 40

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจของ Coopersmith (1984)

3.2.1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน หมายถึง ชุดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ประกอบด้วยชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นคู่มือการปฏิบัติงานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยหนัก ตามทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1) ศึกษาแนวคิด/ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (Swanson, 1991) นำมาสร้างรูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสันเข้าด้วยกัน ได้ตารางการบูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและแนวคิดผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ใช้กิจกรรมย่อยๆ ในการดูแล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วย หายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	กิจกรรม
1. การมีความรู้และสามารถคาดการณ์ความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจ กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องจนรู้สึกปลอดภัยเป็นแรงผลักดันให้ผู้ผู้ป่วยมีความพยายามและความหวัง โดยพยาบาลให้ข้อมูลการดูแลรักษาเป็นระยะๆ ในเวลาที่เหมาะสม ให้การดูแลโดยใช้ความรู้ ทักษะ จนผู้ป่วยรับรู้ได้ และเกิดความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยรับทราบว่าการเจ็บป่วยของตนได้รับการดูแลที่ดี เกิดความมั่นใจและพร้อมฝึกการหายใจ การดูแลที่เต็มไปด้วยความเมตตาและปรารถนาดี ผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจที่จะบอกทุกๆ เรื่องที่ผู้ป่วยกังวล ทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคที่จะส่งผลต่อ	1. บุคคล (Person) หมายถึง คนแต่ละคนจะมี ความเป็นองค์รวมอย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคลได้รับ อิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ที่มีความซับซ้อนของ พันธกรรม การรับรู้ด้านจิตวิญญาณและความสามารถในการกระทำตามความต้องการที่เป็น อิสระ ปรับตามสิ่งแวดล้อมที่เขาดำรงชีวิตอยู่ บุคคลเต็มไปด้วยพลังและความคิดสร้างสรรค์ มีการเจริญเติบโต มีการคิดไตร่ตรองด้วยตนเอง มีความต้องการติดต่อกับผู้อื่นและมี ความรู้สึกด้านจิตวิญญาณซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณงามความดี มีคุณธรรม เป็นความคิด สร้างสรรค์ และเป็นความเจ็บสงบ ความรู้สึกด้านจิตวิญญาณเป็นความคิด เป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ ความเชื่อในศาสนาเป็นพลังงานขับเคลื่อนให้	1. การมีความรู้และสามารถคาดการณ์ความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยพยาบาลให้ความรู้ความเข้าใจ ใช้เวลาในการอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบวิธีการและ ผลดีขณะหายใจเองโดยไม่มีเครื่องช่วยหายใจจะเกิดอะไรขึ้น การมีพยาบาลดูแลพร้อมช่วยเหลือ ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจโดยคำนึงถึงพื้นฐานผู้ป่วยแต่ละคนมี ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ ความเข้าใจและตอบสนอง ในภาวะเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญแตกต่างกัน การที่บุคคล เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยวิกฤต ชีวิตผ่านความเป็นความตาย และเมื่อจะได้รับการฝึก หายใจ จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการการ ดูแลที่แตกต่างกัน ความกลัววิตกกังวล มักเกิดขึ้นมาก พยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจ เข้าใจและยอมรับในตัว ผู้ป่วยในฐานะบุคคล (Knowing) ไม่นำผู้ป่วยไป เปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมของพยาบาล ให้การ พยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประเมิน	กิจกรรมที่ 1 พยาบาลและผู้ป่วยทำ ความรู้จักกัน ร่วมกัน ค้นหาความเชื่อเฉพาะ ของผู้ป่วยต่อสภาวะ ความเจ็บป่วย

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยหายาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยหายา เครื่องช่วยหายใจ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยหายาเครื่องช่วย หายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	กิจกรรม
การฝึกหายใจไม่สำเร็จในผู้ป่วยแต่ละ คนเพื่อจะได้ช่วยเหลือแก้ไขให้ตรง ประเด็นทันที และในแต่ละครั้งที่ ทดลองฝึกหายใจพยาบาลกับผู้ป่วยมี การตั้งเป้าหมายระยะเวลาร่วมกันทุก ครั้ง	บุคคลเผชิญและผ่านพ้นภาวะวิกฤตนั้นได้ด้วยดี 2. สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นบริบทที่ เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วย อิทธิพล ของสิ่งแวดล้อม เช่น วัฒนธรรม สังคม การเมือง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมด้านร่างกาย สภาพจิตใจ และจิตวิญญาณ เมื่ออธิบายถึงสิ่งแวดล้อมจะ พิจารณาถึงความต้องการ ข้อจำกัดและทรัพยากร ที่นำเข้ามาในสถานการณ์ 3. การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล (Knowing) หมายถึง การที่พยาบาลรับรู้ ยอมรับ และสื่อให้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าได้รับความเข้าใจในเหตุการณ์ ขณะที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น พยาบาล ไม่นำผู้ป่วยไปเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิม ของตน และคิดเสมือนว่าพยาบาลเป็นผู้ป่วย ขณะนั้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้พยาบาลไม่	ของผู้ป่วยอย่างละเอียดและครอบคลุม โดยที่การดูแล นั้น ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างก็มีความเป็นตัวของตัวเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและสมรรถภาพด้าน ร่างกายเป็นระยะๆ ตั้งแต่เริ่มกระบวนการหายา เครื่องช่วยหายใจ การดูแลอย่างใส่ใจ เฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะบอกใน ทุกเรื่องที่กังวล ให้ความรู้สีกว่ามีความห่วงใย ร่วมทุกข์ ช่วยให้ผู้ป่วยทราบสถานการณ์ของตน เป็นการเสริม พลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเข้มแข็ง การให้ญาติมีส่วนร่วม ในการดูแลอยู่เป็นเพื่อนขณะที่ฝึกหายใจ ผู้ป่วยจะไม่ รู้สึกว่าคุณค่าได้ถูกแยกให้อยู่ลำพัง ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจ และรู้สึกปลอดภัย การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวังใน การหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่อง (Maintaining Belief) เปิดโอกาสให้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพยึดเหนี่ยว ทำให้เกิด ความตั้งใจในการฝึกการหายใจ การให้กำลังใจ	

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วย หายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	กิจกรรม
	ตัดสินใจแทนผู้ป่วยทันที 4. การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธาและ ความหวัง (Maintaining Belief) หมายถึง การที่ พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลคงไว้ซึ่ง ความเชื่อ ความศรัทธาและความหวังที่ผู้ป่วยมี อยู่โดยการให้มุมมองด้านบวก ส่งเสริมให้มอง โลกในแง่ดีตามสภาพความเป็นจริงทำให้ผู้ป่วย เกิดความพึงพอใจ มีความสุขที่ได้เชื่อถือและ ศรัทธานั้น สามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่ เกิดขึ้นอย่างมีความหมายหรือทำให้ผู้ป่วยมี ความหวัง ถึงแม้ในบางครั้ง ความเชื่อของ พยาบาลอาจแตกต่างจากผู้ป่วยก็ตาม พยาบาลก็ ต้องเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วย	ให้ความหวัง จะสร้างความมั่นใจในการหายใจเองและ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการฝึกหายใจ	
2. การมีความพร้อมที่จะให้การดูแล ตลอดเวลา หมายถึง พยาบาลใช้ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เวลา	1. บุคคล (ดังรายละเอียดข้างบน) 2. การพยาบาล (Nursing) เป็นรูปแบบการดูแล เอื้ออาทร ที่ช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุก เป็น	2. การมีความพร้อมที่จะให้การดูแลตลอดเวลา พยาบาลให้การดูแลด้วยความรู้และทักษะ เตรียมวิธีฝึก การหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย บนพื้นฐานว่าผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 2 พยาบาลและผู้ป่วย กำหนดแผนการรักษา

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วย หายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	กิจกรรม
และให้เวลาสำหรับผู้ป่วยอย่างคุ้มค่า เต็มใจที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ โดย ไม่ต้องให้ผู้ป่วยร้องขอ ร่วมกับการใช้ แนวทางปฏิบัติในหยาเครื่องช่วย หายใจ จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ ในการฝึกหยาใจ การจัดให้พยาบาล หรือญาติอยู่ใกล้ๆ เป็นเพื่อนขณะทำการ ฝึกหยาใจ การเตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วย หายใจให้พร้อมใช้ไว้ข้างๆ เตียง เพื่อ ช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยฝึกหยาใจไม่สำเร็จ และถ้ามีอาการเหนื่อยหรืออาการ ผิดปกติพยาบาลจะช่วยเหลือทันที จะทำให้ผู้ป่วยอบอุ่นมั่นใจ และรู้สึก ปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่ สถานการณ์ความลำบากของตนอยู่ ภายใต้การควบคุมที่ดี	การปฏิบัติโดยใช้ความรู้เชิงประจักษ์ทางการ พยาบาล ที่สัมพันธ์กับวิชาชีพอื่น เช่น จริยธรรม ความเป็นบุคคลและความรู้ที่เป็นศิลปะ ซึ่งได้ จากการมีคุณธรรม ประสบการณ์ทางคลินิก คุณค่าของบุคคล และความคาดหวังของสังคม 3. การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล (Knowing) (รายละเอียดดังข้างบน) 4. การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่ พยาบาลห่วงใยและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยเสมอ โดยการให้เวลา และ/หรือ มีการใช้เวลาขณะ อยู่กับผู้ป่วยอย่างคุ้มค่า ถึงแม้ว่าเวลานั้นจะ สั้นก็ตาม โดยผู้ป่วยรับรู้ว่พยาบาลอยู่เป็น เพื่อนและตั้งใจฟังร่วมรับรู้อารมณ์และแบ่งปัน ความรู้สึกกับผู้ป่วยไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ก็ตาม การที่พยาบาลร่วมความรู้สึกนั้น ไม่นั่นเฉพาะ	แต่ละคนมีความเจ็บป่วยไม่เหมือนกัน (Knowing) มี สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อแตกต่างกัน จึงต้องคง ความเชื่อนั้นที่มีขัดต่อการรักษา พยาบาล ดังนั้น รูปแบบการฝึกหยาใจย่อมแตกต่างกันไปตามพยาธิ สภาพการเจ็บป่วยของแต่ละคน การอธิบายให้ผู้ผู้ป่วย ทราบถึงวิธีการฝึกหยาใจและการเตรียมตัวฝึกหยาใจ และทดลองฝึกหยาใจก่อนเพื่อลดความวิตกกังวล การ ใช้แนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจร่วมด้วย จะ ทำให้ประสบความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ การประเมินทางคลินิก การแนะนำ การช่วยเหลือและ แจ้งความ ก้าวหน้าในการหยาเครื่องช่วยหายใจในแต่ละ ครั้งที่ทำการฝึก และอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ทำให้ ผู้ป่วยมีความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัย (Doing for) มีความ พร้อมที่จะหยาใจเอง และสามารถควบคุมการหยาใจ ของตนเองได้ การสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก การให้เวลาพูดคุย แสดงความห่วงใย ร่วมอารมณ์	ความเชื่อเฉพาะ ด้วย การศึกษาประสบการณ์ ตรงของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยยา เครื่องช่วยหายใจ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยยาเครื่องช่วย หายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	กิจกรรม
	ในเรื่องการเจ็บป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมถึง สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องด้วย จึงทำให้สามารถ มองปัญหาได้ครอบคลุม 5. การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for) หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่ไว้วางใจกันจะ ทำให้พยาบาลช่วยเหลือ สนับสนุน หรือแก้ไข สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณ ช่วยกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ ครอบคลุมสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วย ตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่ เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยที่ การกระทำของพยาบาล จะต้องประกอบไปด้วย ทักษะ ความรู้ และเคารพในความเป็นบุคคล ของผู้ป่วย	แบ่งปันความรู้สึกในทุกเรื่องที่มีผู้ป่วยกังวล (Being with) ผู้ป่วยเรียกได้ตลอดทุกครั้งที่ผู้ป่วยต้องการความ ช่วยเหลือ ให้ความรู้สึกว่าเหมือนมีพยาบาลอยู่เคียง ข้างตลอดเวลาเมื่อฝึกหายใจแล้วเหนื่อยก็สามารถหยุด พักใช้เครื่องช่วยหายใจได้เพราะมีการเตรียมเครื่องช่วย หายใจสำหรับผู้ป่วยพร้อมใช้ตลอดเวลาที่ข้างเตียง และ ให้ผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบความสำเร็จในการหย่า เครื่องช่วยหายใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและ ความพยายามในการฝึกหายใจ	

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแล ของสเวนสัน	กิจกรรม
3. การดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิต อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ หมายถึง ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะมี ความยากลำบากในการสื่อสาร ทำให้ เกิดความคับข้องใจ ความเครียดไม่ สามารถบอกความต้องการของตนได้ ความวิตกกังวลและกลัว ความไม่เข้าใจ ในการรักษาพยาบาลที่ตนได้รับ สิ่งแวดล้อมข้างกายเป็นภาวะคุกคาม ทำให้หายใจเร็ว ส่งผลถึงการฝึกหายใจ ไม่สำเร็จ จึงควรให้ความสำคัญกับ อารมณ์ทางด้านบวกและด้านลบของ ผู้ป่วยและครอบครัว ด้านจิตวิญญาณ จึงเป็นความรู้สึกภายในตนเอง ทำให้ เกิดความหวังในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่า	1. บุคคล (รายละเอียดดังข้างบน) 2. สิ่งแวดล้อม (รายละเอียดดังข้างบน) 3. การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล (Knowing) (รายละเอียดดังข้างบน) 4. การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) (รายละเอียดดังข้างบน) 5. การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธาและ ความหวัง (Maintaining Belief) หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ปวยรับรู้ว่ายพยาบาลคงไว้ ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธาและความหวังที่ผู้ป่วย มีอยู่โดยการให้มุมมองด้านบวก ส่งเสริมให้ มองโลกในแง่ดีตามสภาพความเป็นจริงทำให้ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ มีความสุขที่ได้เชื่อถือ และศรัทธานั้น สามารถเผชิญสถานการณ์ ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีความหมายหรือทำให้	3. การดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล เครียด กลัว การหายใจเองไม่ได้ กลัวตาย ซึ่งความกลัวและความ วิตกกังวลจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเท ติก มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว ผู้ป่วยต้องใช้แรงมี ผลทำให้หายใจถี่และตื้น ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้หยาเครื่องช่วยหายใจ ไม่สำเร็จ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของตน และ เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ สร้างแรงจูงใจเป็น สิ่งจำเป็น การช่วยเหลือดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด อยู่ใกล้ๆ และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการ เหนื่อยหอบ ช่วยเหลือทุกอย่างในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ การดูแลสัมผัสโดยถ่ายทอดความรู้สึกทางใจทำให้ ผู้ป่วยอบอุ่น การให้ผู้ปวยบอกความต้องการของตน มีญาติร่วมดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน	กิจกรรมที่ 3 พยาบาลใช้เวลาและให้ เวลาในการดูแล ช่วยเหลือจนผู้ป่วย อบอุ่นใจ เกิดความ มั่นใจ ปลอดภัย และ หายใจได้เองโดย ปราศจากเครื่องช่วย หายใจพร้อมกับสร้าง ความรู้รักและรักษา ความเชื่อเฉพาะของ ผู้ป่วย

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วย หายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	กิจกรรม
เกิดความหวังในชีวิต ความรู้สึกมี คุณค่าในตนเอง สิ่งที่มีความหมายใน ชีวิตตลอดจนสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น ศาสนาและความเชื่อต่างๆ ส่งผลให้ รู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองและมี ความหวังว่าจะฝ่าฟันหายใจสำเร็จ การมี ญาติมาเยี่ยมดูแลให้กำลังใจอย่าง สม่ำเสมอขณะทำการฝึกหายใจ การ ได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความสำคัญต่อ ชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคม ช่วยให้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนมีความสำคัญ เกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ผู้ป่วยมีความหวังถึงแม้ในบางครั้ง ความเชื่อ ของพยาบาลอาจแตกต่างจากผู้ป่วยก็ตาม พยาบาลก็ต้องเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของ ผู้ป่วยด้วย 6. การช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for) (รายละเอียดข้างบน)	การนำสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ผู้ป่วยเคารพมาไว้ใกล้ๆ จะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีความหวัง มั่นใจในการ หายใจของตนสามารถปรับตัวสู่ภาวะสมดุล ความเครียดและความวิตกกังวลจะลดลง การได้รับยา แก้ปวดที่เหมาะสม การได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาการ เจ็บคอ ฟังเพลงเบาๆ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ การ นวด การเจริญสติ สมาธิ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลาย จะช่วยทำให้ผู้ป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี	
4. การบรรเทาความทุกข์ทรมานจาก สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวดเพราะมี อุปกรณ์อยู่ในตัว หมายถึง ผู้ป่วยใน ภาวะ ขวีกฤตยงค์คาต่อช่วยหายใจและ	1. บุคคล (รายละเอียดข้างบน) 2. สิ่งแวดล้อม (รายละเอียดข้างบน) 3. การพยาบาล (รายละเอียดข้างบน)	4. การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากสิ่งกระตุ้นความ เจ็บปวดเพราะมีอุปกรณ์อยู่ในตัว ผู้ป่วยแต่ละคนมี การรับรู้ต่อความเจ็บปวดและปรับตัวได้แตกต่างกัน ความต้องการการช่วยเหลือจึงแตกต่างกัน การให้ข้อมูล	กิจกรรมที่ 4 พยาบาลให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้ ผู้ป่วยมีวิธีบรรเทา

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วย หายใจและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	กิจกรรม
อุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยชีวิต สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก มี ความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย ความ ปลอดภัย และความไม่สุขสบาย เช่น อาการเจ็บคอ เคลื่อนไหวไม่สะดวก การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การ สื่อสารที่ยากลำบาก สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นทำให้หยาเครื่องช่วย หายใจไม่สำเร็จ ถ้าผู้ป่วยปรับตัวไม่ได้ อยู่กับท่อช่วยหายใจด้วยความทุกข์ ทรมาน การได้รับการบรรเทา ความ เจ็บปวด การอำนวยความสะดวกเรื่อง การสื่อสาร เช่น เตรียมปากกา สมุดโน้ต กริ่ง ไว้ใกล้ๆ การอนุญาตให้ญาติมานั่ง อยู่ข้างเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึก ปัญหาและความต้องการได้ทันทีจะช่วย	4. สุขภาพ (Health) คือ ประสบการณ์ด้าน สุขภาพ และความผาสุก เป็นการดำเนินชีวิต หมายถึง การมีประสบการณ์ของความเป็น องค์รวม ซึ่งเกี่ยวกับการบูรณาการหลายๆ สิ่ง ซึ่งเกิดขึ้นในความเป็นมนุษย์ สภาพจิตใจ ความคิดความรู้สึก สติปัญญา ใจหวีบริบ ความคิดสร้างสรรค์ ลักษณะความสัมพันธ์ ความเป็นหญิง ความเป็นชายและความสามารถ ด้านเพศ ความผาสุก เป็นกระบวนการที่ ซับซ้อนของการรักษาและการทำให้ฟื้นหาย การบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการลดความเจ็บปวด ภายใน 5. การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being with) (ดังรายละเอียดข้างบน) 6. การช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for) (ดังรายละเอียดข้างบน)	ทำความเข้าใจพื้นฐานผู้ป่วยและการดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับความสุขสบาย บรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ จะส่งเสริมให้บุคคลแสวงหาทางออกของปัญหาภาวะ ความเจ็บป่วยใน ทางที่ถูกสร้างพลังความเข้มแข็ง ภายในตน เฝ้าดูภาวะเจ็บป่วยขณะนั้นด้วยความสุข ทำให้เกิดการเยียวยาฟื้นฟู ปรับตัวให้เข้ากับการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Being with, Doing for) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่กระทำ ได้ในขณะนั้น (Enabling) การดูแลเอาใจใส่ เฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และต่อเนื่อง เป็นหน้าที่รับผิดชอบและพันธะผูกพันของ พยาบาลที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย การบรรเทาความเจ็บปวด การจัดเวลาการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่รบกวนการพักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน เช่น จัดผู้ป่วยให้ อยู่ในห้องที่ไม่ร่วมกับผู้ป่วยวิกฤตอื่นให้ผู้ป่วยมีความ เป็นส่วนตัว การอนุญาตให้บุคคลในครอบครัวมาอยู่	ความเจ็บปวด และ ความไม่สุขสบายขณะ ทำการฝึกหายใจ ครอบคลุมด้านร่างกาย และจิตใจ

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	กิจกรรม
ให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง และเมื่อเกิดอะไรขึ้น พยาบาลจะมาช่วยเหลือได้ทันที ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	7. การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) หมายถึง การที่พยาบาลมีการให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย เสนอทางเลือกโดยการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนให้ใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ โดยพยาบาลยอมให้ผู้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสมอย่างมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เพิ่มพูนยิ่งขึ้น มีการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริงและสร้างสรรค์เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ	เป็นสิ่งสำคัญ	
การส่งเสริม สนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การเสริมสร้างพลังใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความพยายามในการฝึกหายใจ โดยส่งเสริมความพยายามและความสามารถ	1. บุคคล (รายละเอียดดังข้างบน) 2. การพยาบาล(รายละเอียดดังข้างบน) 3. การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) (รายละเอียดดังข้างบน)	ส่งเสริมสนับสนุน ความสามารถของผู้ป่วย การอำนวยความสะดวก ให้กำลังใจและชื่นชมการฝึกหายใจด้วยความจริงใจ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือส่งเสริม ให้ได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ โดยพยาบาลยอมให้ผู้ผู้ป่วยเลือกวิธีการฝึก	ทำกิจกรรมที่ 1-4 ไปพร้อมๆ กัน

ตารางที่ 3 การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือ	ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	การบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือและทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน	กิจกรรม
ในตัวผู้ป่วยที่มีอยู่จนทำให้เกิดความก้าวหน้าในการฝึกหัดใจในแต่ละวัน การให้กำลังใจและชื่นชมด้วยความจริงใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถฝึกหัดใจได้จนไม่ต้องใช้เครื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนมีคุณค่า มีความหมาย ความสำคัญต่อบุคคลอื่น	4. การเฝ้าดูและอยู่เสมอ (Being with) (รายละเอียดดังข้างบน) 5. การช่วยเหลือกระทำการกิจกรรมต่างๆ ให้ (Doing for) (รายละเอียดดังข้างบน)	หายใจ (Enabling) เมื่อผู้ป่วยฝึกหัดใจจนสามารถถอดท่อช่วยเหลือใจได้สำเร็จไม่ต้องกลับมาใช้เครื่องช่วยเหลือใจอีก เป็นความพยายามที่กระทำโดยผู้ป่วยเอง และเป็นความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ที่ผู้ป่วยสามารถฝ่ากระบวนการหายเครื่องช่วยเหลือใจสำเร็จ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง โดยมีพยาบาลเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้หายใจด้วยตนเอง (Being with, Doing for) มีการตรวจสอบภาวะหายใจออกกัน และการให้ออกซิเจน นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสภาพระบบการหายใจด้วยการฝึกหัดใจ ฝึกการไต่อย่างมีประสิทธิภาพ และกายภาพบำบัดทรวงอก ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนเองสามารถหายใจได้อย่างอิสระไม่ต้องกลับมาใช้เครื่องช่วยเหลือใจอีก	

1.2) ผู้วิจัยนำตารางที่บูรณาการมาจัดทำขั้นตอนกิจกรรมและพฤติกรรมการพยาบาลตามรูปแบบที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยระบุผู้ปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่ต้องการ พร้อมทั้งเอกสารที่ใช้ประกอบในการปฏิบัติตามรูปแบบในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย ผู้วิจัยจึงสร้างเป็นตารางที่เรียกว่า ตารางแสดง กิจกรรม/พฤติกรรม การปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตามรูปแบบ ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) พยาบาลและผู้ป่วยทำความรู้จักกัน ร่วมกันค้นหาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคลต่อสถานะความเจ็บป่วย 2) กำหนดแผนการรักษาความเชื่อเฉพาะด้วยการศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย 3) พยาบาลใช้เวลาและให้เวลาในการดูแลช่วยเหลือจนผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ เกิดความมั่นใจ ปลอดภัย และหายใจได้เองโดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจ พร้อมกับสร้างความรู้จักและรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วย 4) ให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมีวิถีบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายขณะทำการฝึกหายใจ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (ดังตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

กิจกรรม	พฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบกรปฏิบัติ
	1. ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติ ที่ผ่านการประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ จากผู้วิจัย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้หยาเครื่องช่วยหายใจได้ 2. ผู้วิจัยมอบหมายให้หัวหน้าเวรมอบหมายความรับผิดชอบให้พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยทุกอย่างในความรับผิดชอบเป็นราย (Case assignment) พยาบาลวิชาชีพ 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ 1 ราย โดยกรมอบหมายงาน (Assignment sheet) 3. พยาบาลวิชาชีพรับมอบหมายงานจากพยาบาลหัวหน้าเวรวิเคราะห์งานและทบทวนหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในเวรทั้งหมด		
วันที่ 1 ของการทดลอง (เวรเช้า) กิจกรรมที่ 1 พยาบาลและผู้ป่วยทำความรู้จักกัน ร่วมกันค้นหาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยต่อสภาวะความเจ็บป่วย	1. พยาบาลวิชาชีพพร้อมรับฟังรายงานการส่งเวรเกี่ยวกับข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยที่จะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ การหยาใจ การทำงานของปอด 2. พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ทำการเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล (Nursing rounds) ซักถามข้อมูลจากสถานการณ์ของผู้ป่วย พยาบาล	- พยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนร่วมรับฟังและทำความเข้าใจการใช้ทฤษฎีการดูแลของสแกนสันในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	- ใบมอบหมายงาน (Assignment sheet) - เวชระเบียน

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
หมายถึง การค้นหาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการพูดคุย การสังเกตพฤติกรรม เพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นความเฉพาะของผู้ป่วยจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งอดีตและปัจจุบัน อาจเป็นความรู้สึกด้านบวก หรือด้านลบ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและอื่นๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความคาดหวัง	ผู้ร่วมวิจัย ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและหาความเฉพาะของผู้ป่วยรายบุคคล ตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ พยาบาลใช้เวลารวบรวมข้อมูลคนละ 20-30 นาที (09.00 - 09.30 น.) จากเวชระเบียน และการพูดคุยกับผู้ป่วย ก็สังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกขณะพูดคุย เป็นการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุ ปัจจัยปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อความมีคุณค่า ในตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดกับตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งมีหัวข้อการพูดคุยดังนี้ 2.1 พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ด้านบวกและด้านลบ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและอื่นๆ 2.2 พยาบาลซักถามความรู้สึกต่อยาเสพติดช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ อาจเป็นความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การสื่อสารที่	- พยาบาลวิชาชีพทราบและรวบรวมข้อมูลในความเฉพาะของผู้ป่วยได้ - พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจและยอมรับในความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย - พยาบาลวิชาชีพทราบความรู้สึก ความคาดหวังและความต้องการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยขณะทำการฝึกหายใจ	- คู่มือการบริการการบูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือ

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
	ไม่มีประสิทธิภาพ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก การหายใจที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจและอื่นๆ 2.3 พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการดูแลช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาล และความรู้สึกนึกคิดต่อความคาดหวังการดูแลของพยาบาล ขณะทำการฝึกหายใจและอื่นๆ 3. พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วยการสังเกตพฤติกรรมขณะพูดคุย และข้อมูลจากเวชระเบียน มาวิเคราะห์สิ่งที่เป็ความเฉพาะของผู้ป่วยในมุมมองของพยาบาลแต่ละคน สิ่งที่น่าสนใจวิเคราะห์เป็นข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจขณะใส่ท่อช่วยหายใจและหยาเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลยอมรับและแสดงความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วย บันทึก ในแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 4. ประชุมปรึกษาร่วมกันในห้องก่อนเข้าพบผู้ป่วยเพื่อหาความเฉพาะของผู้ป่วยร่วมกัน (เวลา 09.30-10.00 น.) พยาบาลทุกคนในห้องแสดงสิ่งที่ตนเองคิดว่าเป็นความเฉพาะของผู้ป่วยแสดงสิ่งที่ตนเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยให้พยาบาลในห้องรับรู้และสรุปร่วมกันว่า		

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกาปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกาปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
	ผู้ป่วยมีความเฉพาะอย่างไร พยาบาลทำความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยโดยพยาบาลทุกคนในทีมมีการพูดคุยกันด้วยเหตุผล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แสดงความเข้าใจในพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ป่วยแสดงออกตามความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อค้นหาสาเหตุของความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจความเฉพาะของผู้ป่วย		
กิจกรรมที่ 2 พยาบาลและผู้ป่วยกำหนดแผนการรักษา ความเชื่อเฉพาะด้วยการศึกษา ประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลเข้าพบผู้ป่วยจนได้ข้อมูลที่แสดงถึงความเชื่อเฉพาะและความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อช่วยหายใจและการหยาเครื่องช่วยหายใจและอื่นๆ พยาบาล	1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือ และเป้าหมายร่วมกัน ที่จะค้นหาความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อเฉพาะ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การใส่ท่อช่วยหายใจ ด้วยการสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมหาทางเลือก และพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง มองปัญหาได้ชัดเจน จะนำไปสู่ความมั่นใจในการแก้ปัญหา	- พยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี ที่ไว้วางใจต่อกัน - พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจต่อสถานการณ์เจ็บป่วยและความเฉพาะของผู้ป่วย - ผู้ป่วยคิดทบทวนเหตุการณ์และมีทางเลือกที่เหมาะสมในการตัดสินใจแก้ปัญหา	- เวชระเบียน - ใบบันทึกอาการสำคัญ (Flow sheet) - แบบบันทึกการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล - แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/พฤติกรรมผู้ป่วย

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกาปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกาปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
เข้าใจและหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยขณะทำการฝึกหายใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ ขอมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา โดยเฉพาะในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าจะทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้นหรือมีกำลังใจดีขึ้น	2. ทีมพยาบาลสรุปข้อมูลทีแสดงถึงเฉพาะของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุและความเป็นมาของความเชื่อจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ หาวิธีปฏิบัติเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทุกขั้นตอนของการฝึกหายใจ เพื่อทำการหยาเครื่องช่วยหายใจให้สำเร็จ โดยให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเองได้อย่างอิสระ บนพื้นฐานของการรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย (10.00-10.15น.) โดยไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล 3. ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลทีแสดงถึงความความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการใส่เครื่องช่วยหายใจและหยาเครื่องช่วยหายใจ ความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วย แจ้งให้ทราบว่าทำการฝึกหายใจและหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะฝึกทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ บนพื้นฐานของการรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วย (10.15-10.30 น.)	- พยาบาลวิชาชีพเข้าใจความกลัววิตกกังวล และความหวังของผู้ป่วยและญาติ ขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจและรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม	

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
วันที่ 2 ของการทดลอง (เวรเช้า) กิจกรรมที่ 3 พยาบาลใช้เวลาและให้เวลาในการดูแลช่วยเหลือจนผู้ป่วยอบอุ่นใจ เกิดความมั่นใจ ปลอดภัย และหายใจได้เองโดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจ พร้อมกับสร้างความรู้จักและรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลและผู้ป่วยหาข้อตกลงร่วมกัน แสดงวิธีการช่วยเหลือและแนะนำการปฏิบัติกรฝึกหายใจ การขอความช่วยเหลือขณะทำการฝึกหายใจ ด้วยการตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล การอนุญาตให้ญาติมาอยู่เป็นเพื่อน	1. ทีมพยาบาล ให้ข้อมูล ความรู้และสร้างแรงจูงใจก่อนทำการฝึกหายใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามที่ตนตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยที่มองเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง หาข้อตกลงร่วมกัน 2. แสดงวิธีการช่วยเหลือและแนะนำการปฏิบัติด้วยขณะทำการฝึกหายใจ การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่เตรียมไว้ข้างๆเตียง วิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายการฝึกหายใจในแต่ละวันร่วมกัน (10.00-10.30 น.) 3. ทีมพยาบาลแนะนำผู้ป่วยและญาติดูตัวอย่างผู้ป่วยที่ทำการฝึกหายใจสำเร็จจนสามารถถอดท่อออกได้ เพื่อสร้างประสบการณ์ให้กับผู้ป่วย และค้นหาความความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจความเฉพาะของผู้ป่วยเพิ่มเติม 4. พยาบาลแนะนำผู้ป่วยและญาติไปสัมผัสและรู้วิธีการทำงานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติกรหยาเครื่องช่วยหายใจ คร่าวๆ	- พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยไม่ขัดต่อความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วยและญาติ - พยาบาลนำข้อมูล ความเฉพาะของผู้ป่วย ความเชื่อ ศรัทธาของผู้ป่วยมาเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล - ผู้ป่วยทราบวิธีการปฏิบัติด้วยขณะทำการฝึกหายใจ มีความมั่นใจ กำหนดเป้าหมายในการฝึกหายใจร่วมกับพยาบาลในแต่ละวันได้	- แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/พฤติกรรมผู้ป่วย - คู่มือการบริการการบูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
ขณะทำการฝึกหายใจ วิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายการฝึกหายใจในแต่ละวัน พร้อมกับค้นหาความเชื่อและความเฉพาะของผู้ป่วยเพิ่มต่อไปเรื่อยๆ	5. พยาบาลอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตามกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจและให้ข้อมูลที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยขณะทำการฝึกหายใจร่วมกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ แสดงขั้นตอนการช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยถึงการได้รับการดูแลจากพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ทำการฝึกหายใจ 6. ให้คำแนะนำและสอนให้ผู้ป่วยมีวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยลดความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายด้วยตัวเอง (Enabling) ได้แก่ สอนวิธีการหายใจ การเคลื่อนไหวที่ถูกวิธีเพื่อลดการตึงตัวของท่อนช่วยหายใจ แนะนำกิจกรรมเพื่อความผ่อนคลายและสอนวิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในขณะทำการฝึกหายใจ 7. ทีมพยาบาลแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าพยาบาลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาที่ทำการฝึกหายใจ ให้ญาติเข้ามาอยู่ด้วยขณะทำการฝึกหายใจถ้าผู้ป่วยต้องการ ขณะเดียวกันก็มีพยาบาลผู้ได้รับมอบหมายอยู่ด้วยกับผู้ป่วยตลอดเวลา (Being with) หรือแม้ว่าพยาบาลจะไม่ได้อยู่กับ	- ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายได้ด้วยตัวเอง	

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกรปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกรปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
	ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง แต่ที่ทราบความเป็นไปของผู้ป่วยตลอดทำให้ผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกได้ว่ามีพยาบาลอยู่เคียงข้างและอยู่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา (Doing for) 8. พยาบาลแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่า จะได้รับการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้เพื่อให้เกิดความสุขสบายในขณะที่ทำการฝึกหายใจ จากการวิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ต้องรักษาไว้และทำความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยรายบุคคล 9. เตรียมความพร้อมของญาติหรือเพื่อนที่มานั่งอยู่เป็นเพื่อนขณะทำการฝึกหายใจตามความต้องการของผู้ป่วย ที่วิเคราะห์ได้จากความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ต้องรักษาไว้และทำความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 10. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ผลของการสร้างประสบการณ์ให้กับผู้ป่วยและหาวิธีการช่วยเหลือเพิ่มเติมขณะทำการทดลองฝึกหายใจ (ใช้เวลา 15 นาที)	- ญาติมีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะทำการฝึกหายใจ	

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกาปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกาปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
กิจกรรมที่ 4 พยาบาลให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายขณะทำการฝึกหายใจ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง ในภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง พยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ขณะถูกจำกัดกิจกรรม ตั้งแต่การตอบสนองขึ้นพื้นฐาน จนถึงขั้นสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาและได้รับความสุขสบาย ตลอดจนการคง	1. พยาบาลเข้าพบผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย ตามสิ่งที่วิเคราะห์ได้และต้องรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจและความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยรายบุคคล พร้อมกับค้นหาความเชื่อเฉพาะเพิ่มเติมก่อนปฏิบัติการฝึกหายใจ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าทำการฝึกหายใจและอนุญาตให้ญาติเข้าไปนั่งข้างๆ เียงอยู่เป็นเพื่อนตามความต้องการของผู้ป่วย และมีพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลาที่ทำการฝึกหายใจ (Being with) 2. พยาบาลทบทวนอธิบายขั้นตอนของการหยาเครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง และสร้างความมั่นใจว่าพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยตามข้อตกลงร่วมกันในกิจกรรมการทำความรู้จักการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ สัมผัส กับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ จากการวิเคราะห์ความเชื่อที่ต้องรักษาไว้ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ (Maintaining Belief) และการรู้จักผู้ป่วย (Knowing) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจด้วยความเอาใจใส่ พร้อมกับการสัมผัส	- พยาบาลให้การดูแลเพื่อตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม - พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ - ผู้ป่วยได้รับการติดตามและแก้ไขปัญหายอย่างต่อเนื่อง - พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยและให้การดูแลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายได้ตรงตามความต้องการครบองค์รวม - พยาบาลเข้าใจปัญหาและอุปสรรคในการฝึกหายใจของผู้ป่วยแต่ละรายและหาวิธีให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม	- แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/พฤติกรรมผู้ป่วย - แบบบันทึกการประชุมการปรึกษาทางการพยาบาล

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกาปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกาปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
ไว้ซึ่งการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ตลอดจนเคารพในความเป็นบุคคล ให้การดูแลโดยไม่ขัดต่อความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจ (Doing for) 3. พยาบาลแสดงความเข้าใจให้การพยาบาลช่วยเหลือดูแล ทำสิ่งต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาจากความเจ็บปวดหรือผ่อนคลายจากความไม่สุขสบายที่เกิดจากการมีท่อช่วยหายใจคาอยู่ 4. พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ตามความรู้สึกรู้สึกจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่สะท้อนการปฏิบัติของพยาบาล (15-20 นาที) 5. หลังเสร็จสิ้นการฝึกหยาใจและให้ผู้ป่วยพักผ่อน พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายและผู้ป่วย พุดคุยร่วมกันถึงความรู้สึกและการช่วยเหลือจากพยาบาลตามข้อตกลงร่วมกัน 6. พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายส่งต่อข้อมูลผลการปฏิบัติทางการพยาบาล ปัญหาการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการรับ – ส่งเวร และบันทึกทางการพยาบาล	-มีการบันทึกและส่งต่อข้อมูลการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง	

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกาปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมกาปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ
วันที่ 3 ของการทดลอง (เวรเช้า) - พยาบาลเข้าพบผู้ป่วยเริ่มกิจกรรมที่ 1-4 ไปพร้อมๆ กัน และกันหาความเชื่อ และทำความรู้จักผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ	1. พยาบาลเตรียมอุปกรณ์สำหรับการฝึกหายใจให้พร้อม 2. พยาบาลปฏิบัติการฝึกหายใจโดยยึดพื้นฐานการรักษาความเชื่อเฉพาะและแจ้งความก้าวหน้าในการฝึกหายใจให้ผู้ปวยทราบเป็นระยะๆถ้าฝึกได้ตามเป้าหมายก็วางแผนทำการถอดท่อช่วยหายใจ 3. พยาบาลเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และเครื่องช่วยหายใจไว้ให้พร้อมใช้ และปฏิบัติการถอดท่อช่วยหายใจออก 4. พยาบาลดูแลเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและเตรียมการช่วยเหลือหลังถอดท่อช่วยหายใจ 24 ชั่วโมง จนผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ จึงเสร็จสิ้นกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ 5. บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลและแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผลของการพยาบาลให้ในทีม ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (ใช้เวลา15-20 นาที)	- มีการบันทึกและส่งต่อข้อมูลการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม	- แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล/พฤติกรรมผู้ป่วย - แบบบันทึกการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

1.3) ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยหนัก ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ เรียกว่า คู่มือรูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ **ขั้นเตรียมการ** โดยศึกษาปัญหาผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ศึกษาพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้ความสามารถ เพื่อเตรียมการมอบหมายงานให้แก่พยาบาลวิชาชีพ **ขั้นปฏิบัติ** โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวร มอบหมายงาน พยาบาลวิชาชีพรับมอบหมายงาน รับรายงานการส่งเวรด้วยการรับฟังปัญหา จดบันทึกข้อมูลที่สำคัญ เชื่อมตรวจผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจหลังรับเวร (Nursing Rounds) การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน (Pre-conferences) เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ วางแผนการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยยึดการวินิจฉัยการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conferences) การเชื่อมตรวจผู้ป่วยระหว่างทำการหยาเครื่องช่วยหายใจระหว่างเวร (Nursing rounds) การบันทึกทางการพยาบาล **ขั้นทบทวน** โดยประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในเวรทบทวนการบันทึกทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน (Post conferences) เตรียมส่งเวร คำแนะนำการใช้คู่มือมี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล และขั้นตอนกิจกรรม/พฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักคัดสรรมาใช้เป็นเครื่องมือในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจได้อย่างครอบคลุม

1.4) นำเสนอคู่มือต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้สร้างรูปแบบที่ถูกต้องของเนื้อหา ปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.5) การตรวจสอบเครื่องมือผู้วิจัยนำคู่มือรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตรงตามเนื้อหาในสาขาเฉพาะจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหาร 1 ท่าน เพื่อให้ได้เนื้อหาสาระที่ถูกต้องและสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ตามขอบเขตคำจำกัดความของการวิจัยครั้งนี้ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาอีกครั้ง

2) **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ สร้างโดยใช้แนวคิดการรับรู้คุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) ประกอบด้วยชุดเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความมีคุณค่าในตนเอง (Self-values) ของ Coopersmith (1984) โดยสร้างเป็นคำถามปลายปิดเกี่ยวกับ 3 ด้าน คือ ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และด้านความมีคุณความดี จำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ระดับคะแนนเป็นมาตรวัดการรับรู้ด้วยมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดการให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่านมากที่สุดทั้งหมดยกข้อรายการให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่านมากเกินครึ่งของข้อรายการให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่านครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่านน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
เป็นจริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่านให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

คะแนนความมีคุณค่าในตนเองจะวัดก่อนและหลังให้การพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ถ้าระดับคะแนนภายหลังให้การพยาบาลมีระดับคะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีคุณค่าในตนเองสูง

การแปลผลคะแนนของการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ แบ่งเป็น 5 ระดับ รายข้อและโดยรวม ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยมีตั้งแต่ 1.00-5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ผู้วิจัยใช้สูตร

ช่วงคะแนนชั้น = ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยระดับการแบ่ง (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2537) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนนชั้น} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการแบ่ง}} \\
 &= \frac{5 - 1}{5} = 0.80
 \end{aligned}$$

เมื่อได้ช่วงคะแนนแล้วจึงมากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลผลคะแนน ดังแสดงรายละเอียด การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความมีคุณค่าในตนเอง ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง	ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีการรับรู้ ความมีค่าในตนเอง ระดับมากที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง	ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีการรับรู้ ความมีคุณค่าในตนเอง ระดับมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง	ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีการรับรู้ ความมีคุณค่าในตนเอง ระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง	ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีการรับรู้ ความมีคุณค่าในตนเอง ระดับน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง	ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีการรับรู้ ความมีคุณค่าในตนเอง ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลและใกล้ชิดขณะเจ็บป่วย และระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3.2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่สร้างขึ้นทั้ง 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อรายการและการใช้ภาษา ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการพยาบาล (ดังรายนามภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาตามขอบเขตของสาระ โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกัน 2 ใน 3 ของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงถือเป็นเกณฑ์การตัดสิน และรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขคู่มือตามข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 10 คน โรงพยาบาลพระพุทธรบาท

จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 คน และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน คำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88 ประกอบด้วย ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ด้านการได้รับการยอมรับนับถือได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ด้านการมีคุณความดีได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

3.3 จริยธรรมในการวิจัย

มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีเตรียมดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2553 นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์เพื่อขออนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ และแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์
- 2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างสารนิพนธ์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างสารนิพนธ์ ระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้ โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลบ้านหมี่
- 3) เอกสารประกอบการขออนุมัติ ดังนี้
 - 3.1) ประวัติส่วนตัวผู้วิจัย
 - 3.2) แบบเสนอโครงร่างการวิจัย
 - 3.3) โครงร่างการวิจัย
 - 3.4) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับร่างของผู้วิจัย
 - 3.5) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
- 4) นำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลพระพุทธบาท และโรงพยาบาลสิงห์บุรี
- 5) เมื่อได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยแล้ว จึงเริ่มดำเนินการทดลอง เก็บข้อมูลงานวิจัย
- 6) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการศึกษาครั้งนี้ และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเครื่องมือการดำเนินการวิจัยกับผู้ป่วยว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นความลับและไม่มีผลต่อการรักษา โดยจะไม่มีความเห็นส่วนบุคคลของผู้ป่วย ไม่มีชื่อผู้ป่วยปรากฏในรายงานการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ผู้ป่วยสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแต่อย่างใด ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วย จะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ เมื่อผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัยแล้วจึงทำการเก็บข้อมูล

3.4 การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการทดลอง

1.1) พัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือดำเนินการทดลองทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

1.2) เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.3) ชี้แจงการทำวิจัยแก่บุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้อง และอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักทุกคน โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

1.3.1) ประชุมชี้แจงแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย โดยให้มีการตัดสินใจในการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยโดยความสมัครใจในการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.3.2) เตรียมการอบรมพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน ตามคู่มือการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

(1) เขียนโครงการอบรม เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ เสนอขออนุมัติหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

(2) จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ มาบรรยายในเรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วย

หยาเครื่องช่วยหายใจ เวลา 08.30 – 12.00 น. และผู้วิจัยสัมมนาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ เวลา 10.00-16.00 น. วันที่ 12 สิงหาคม 2556 โดยผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรจำนวน 5 คน

(3) ภายหลังการอบรมผู้ศึกษาจะสร้างความเข้าใจในรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 5 คน เพื่อสร้างความเข้าใจในรูปแบบบริการการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจและร่วมกันค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามรูปแบบดังกล่าวพร้อมทั้งร่วมกันวางแผนในการแก้ไข

1.3.3) ทดลองปฏิบัติตามคู่มือรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยให้ฝึกปฏิบัติตามคู่มือเป็นเวลา 3 วัน โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

การทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและคัดเลือกผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลอง ไม่ได้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีขั้นตอนการดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1) กลุ่มควบคุม

มีการดำเนินการตามที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม คือ ได้รับการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ดูแลผู้ป่วยตามปกติ ดังนี้

2.1.1) เมื่อคัดเลือกผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ เป็นการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังจากนั้นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นรายผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย

2.1.2) เมื่อผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจได้รับการพยาบาลตามรูปแบบบริการตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นรายผู้ป่วยครบ 3 วัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองตามแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง

2.2) กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 10 คน ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ให้กับหัวหน้างาน/หัวหน้าเวร และ

พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดำเนินการทดลองโดยหัวหน้างานผู้ป่วยหนักและพยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมให้ปฏิบัติ ดังนี้

- (1) ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 3 วัน
- (2) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ
- (3) ผู้วิจัยแจ้งให้หัวหน้างานผู้ป่วยหนัก/หัวหน้าเวร ดำเนินการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ 1 คน โดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปฏิบัติการพยาบาลเป็นรายบุคคล จนครบ 3 วัน
- (4) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยเมื่อคัดเลือกผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pretest) หลังผ่านการทดลองฝึกหายใจอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังจากนั้นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีการจัดกิจกรรม ดังนี้

วันที่ 1 ของการทดลอง (เวรเช้า)

กิจกรรมที่ 1 พยาบาลและผู้ป่วยทำความรู้จักกันร่วมกันค้นหาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคลต่อสถานะความเจ็บป่วย

กิจกรรมย่อยที่ 1 พยาบาลผู้ร่วมวิจัย ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและหาความเฉพาะของผู้ป่วยตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ พยาบาลใช้เวลารวบรวมข้อมูลคนละ 20-30 นาที (09.00 - 09.30 น.) ซึ่งข้อมูลที่แสดงถึงความเฉพาะของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลที่มีอยู่ในเวชระเบียน ข้อมูลจากการพูดคุยกับผู้ป่วย และข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกขณะพูดคุย เป็นการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุ ปัจจัย ปัญหาของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อความมีคุณค่าในตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งมีหัวข้อการพูดคุย ดังนี้

1.1) พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งในอดีตและปัจจุบันซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ด้านบวกและด้านลบ ความรู้สึกนึกคิดความเชื่อต่อการเจ็บป่วย และอื่นๆ

1.2) พยาบาลซักถามความรู้สึกต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ อาจเป็นความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ สิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนัก การหายใจที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจและอื่นๆ

1.3) พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการดูแลช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาล และความรู้สึกนึกคิดต่อความคาดหวังการดูแลของพยาบาลขณะใส่ท่อช่วยหายใจและอื่นๆ

กิจกรรมย่อยที่ 2 พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรมขณะพูดคุย และข้อมูลจากเวชระเบียน มาวิเคราะห์สิ่งที่เป็นความเฉพาะของผู้ป่วย ในมุมมองของพยาบาลแต่ละคน สิ่งที่น่ามาวิเคราะห์เป็นข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจขณะใส่ท่อช่วยหายใจและหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลยอมรับและแสดงความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วย บันทึกในรูปแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

กิจกรรมย่อยที่ 3 ประชุมปรึกษาร่วมกันในทีมก่อนเข้าพบผู้ป่วยเพื่อหาความเฉพาะของผู้ป่วยร่วมกัน (เวลา 09.30-10.00 น.) พยาบาลทุกคนในทีมแสดงสิ่งที่ตนเองคิดว่าเป็นความเฉพาะของผู้ป่วย แสดงสิ่งที่ตนเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยให้พยาบาลในทีมรับรู้ และสรุปร่วมกันว่าผู้ป่วยมีความเฉพาะอย่างไร พยาบาลทำความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยโดยพยาบาลทุกคนในทีมมีการพูดคุยกันด้วยเหตุผล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แสดงความเข้าใจในพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ป่วยแสดงออกตามความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย บันทึกสรุปความเฉพาะของผู้ป่วยในรูปแบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและวางแผนในการค้นหาความความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และสร้างความเข้าใจความเฉพาะของผู้ป่วย เพื่อค้นหาสาเหตุของความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจความเฉพาะของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 พยาบาลและผู้ป่วยกำหนดแผนการรักษาความเชื่อเฉพาะ ด้วยการศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย

กิจกรรมย่อยที่ 1 พยาบาลพบผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันที่จะค้นหาความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อเฉพาะ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การใส่ท่อช่วยหายใจ ด้วยการสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นแนวทางทางเลือก และพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง มองปัญหาได้ชัดเจน จะนำไปสู่ความมั่นใจในการแก้ปัญหา ตามข้อสรุปของทีมพยาบาลที่แสดงถึงความเฉพาะของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุและความเป็นมาของความเชื่อจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ หาวิธีปฏิบัติเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทุกขั้นตอนของการฝึกหายใจเพื่อทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้สำเร็จ โดยให้

การดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเองได้อย่างอิสระบนพื้นฐานของการรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย (10.00-10.15 น.)

กิจกรรมย่อยที่ 2 ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงถึงความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการใส่เครื่องช่วยหายใจ และหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วย แจ้งให้ทราบว่าจะทำการฝึกหายใจและหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะฝึกทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ บนพื้นฐานของการรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วย (10.15-10.30 น.)

วันที่ 2 ของการทดลอง

เริ่มกิจกรรมที่ 1 และ 2 เพื่อเพิ่มสัมพันธภาพและค้นหาความเชื่อผู้ป่วยเพิ่ม (09.00-10.00 น.)

กิจกรรมที่ 3 พยาบาลใช้เวลาและให้เวลาในการดูแลช่วยเหลือจนผู้ป่วยอบอุ่นใจ เกิดความมั่นใจ ปลดออก และหายใจได้เองโดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งสร้างความรู้จักและรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วย

กิจกรรมย่อยที่ 1 ก่อนทำการฝึกหายใจ ทีมพยาบาลและผู้ป่วย ให้ข้อมูล ความรู้ และสร้างแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามที่ตนตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยที่มองเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีการหาข้อตกลงร่วมกัน แสดงวิธีการช่วยเหลือและแนะนำการปฏิบัติตัวขณะทำการฝึกหายใจ เช่น แนะนำการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การขอความช่วยเหลือ การสื่อสารขณะทำการฝึกหายใจ ถ้าเหนื่อยและต้องการพัก ตามความต้องการเฉพาะรายบุคคล การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่เตรียมไว้ข้างๆเตียง และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล การอนุญาตให้มีญาติมาอยู่ใกล้ๆขณะทำการฝึกหายใจ โดยวิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายการฝึกหายใจในแต่ละวันร่วมกัน ขณะเดียวกันพยาบาลก็ค้นหาความเชื่อและทำความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยเพิ่มเติมต่อไปเรื่อยๆ (10.00-10.30 น.)

กิจกรรมย่อยที่ 1.1 ทีมพยาบาลแนะนำผู้ป่วยและญาติดูตัวอย่างผู้ป่วยที่ทำการฝึกหายใจสำเร็จจนสามารถถอดท่อออกได้ เพื่อสร้างประสบการณ์ให้กับผู้ป่วยและค้นหาความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจความเฉพาะของผู้ป่วยเพิ่มเติม

กิจกรรมย่อยที่ 1.2 พยาบาลแนะนำผู้ป่วยและญาติไปสัมผัสและรู้วิธีการทำงานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจคร่าวๆ

กิจกรรมย่อยที่ 1.3 พยาบาลอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตามกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจและให้ข้อมูลที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยขณะทำการฝึกหายใจ ร่วมกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ แสดงขั้นตอนการช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยถึงการได้รับ

การดูแลจากพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ทำการฝึกหายใจ ตามความต้องการของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการฝึกหายใจที่ต้องรักษาไว้และความเข้าใจความเฉพาะของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามขอบเขตหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ ให้คำแนะนำและสอนให้ผู้ป่วยมีวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยลดความเจ็บปวดหรือความไม่สบายด้วยตัวเอง (Enabling) ได้แก่ สอนวิธีการหายใจ การเคลื่อนไหวที่ถูกวิธีเพื่อลดการตึงตัวของท่อนช่วยหายใจ แนะนำกิจกรรมเพื่อความผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง กำหนดสติ การนำเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจมาไว้ใกล้ๆ การสอนวิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในขณะทำการฝึกหายใจ เป็นต้น

กิจกรรมย่อยที่ 2 ทีมพยาบาลแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่า พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาที่ทำการฝึกหายใจ พยาบาลแสดงความเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายที่ผู้ป่วยแสดงออกตามสิ่งที่วิเคราะห์จากความเชื่อ ความศรัทธาและการรู้จักผู้ป่วยเบื้องต้น ผู้ป่วยมีความต้องการให้มีคนใกล้ชิดมาอยู่ด้วยในขณะที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่กับบุคคลหรือสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ต้องการให้อนุญาติ และ/หรือเพื่อนมาให้อำลัใจ และคอยอยู่ดูแล อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา พยาบาลถามความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ให้อนุญาติเข้ามาอยู่ด้วยขณะทำการฝึกหายใจถ้าผู้ป่วยต้องการ โดยนั่งอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็มีพยาบาลผู้ได้รับมอบหมายอยู่ด้วยกับผู้ป่วยตลอดเวลา (Being with) และเมื่อผู้ป่วยขอความช่วยเหลือพยาบาลจะมาทันที หรือแม้ว่าพยาบาลจะไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง แต่ก็ทราบความเป็นไปของผู้ป่วยตลอดทำให้ผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกได้ว่ามีพยาบาลอยู่เคียงข้างและอยู่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา (Doing for) ในทุกขั้นตอนของการหยาเครื่องช่วยหายใจ

กิจกรรมย่อยที่ 3 พยาบาลแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่า จะได้รับการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสุขสบายในขณะทำการฝึกหายใจ จากการวิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อนช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ต้องรักษาไว้และทำความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยรายบุคคล

กิจกรรมย่อยที่ 4 เตรียมความพร้อมของญาติหรือเพื่อนที่มานั่งอยู่เป็นเพื่อนขณะทำการฝึกหายใจ ตามความต้องการของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ได้จากความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ต้องรักษาไว้และทำความเข้าใจในความเฉพาะของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

กิจกรรมย่อยที่ 5 พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ผลของการสร้างประสบการณ์ให้กับผู้ป่วยและหาวิธีการช่วยเหลือเพิ่มเติมขณะทำการทดลองฝึกหายใจ (ใช้เวลา 15 นาที)

กิจกรรมที่ 4 พยาบาลให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สบายขณะทำการฝึกหายใจ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

กิจกรรมย่อยที่ 1 พยาบาลเข้าพบผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย ตามสิ่งที่วิเคราะห์ และต้องรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจและความเข้าใจในความเฉพาะ ของผู้ป่วยรายบุคคล พร้อมกับค้นหาความเชื่อเฉพาะเพิ่มเติมก่อนปฏิบัติการฝึกหายใจ (10.30-สิ้นสุด การฝึกหายใจครั้งแรก) โดยพยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำการฝึกหายใจและอนุญาตให้ญาติเข้า ไปนั่งข้างๆ เดียงอยู่เป็นเพื่อนตามความต้องการของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีเสียง รบกวนจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและอื่นๆ จัดให้มีพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลา ที่ทำการฝึกหายใจ (Being with) พยาบาลทบทวนอธิบายขั้นตอนของการหยาเครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง และสร้างความมั่นใจว่าพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยตามข้อตกลงร่วมกันในกิจกรรมการทำความรู้จัก การทำงานของเครื่องช่วยหายใจ สัมผัส กับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ จากการวิเคราะห์ความเชื่อที่ต้อง รักษาไว้ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ (Maintaining Belief) และการรู้จักผู้ป่วย (Knowing) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการ หยาเครื่องช่วยหายใจด้วยความเอาใจใส่ พร้อมทั้งให้การสัมผัสผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจ (Doing for)

กิจกรรมย่อยที่ 2 พยาบาลแสดงความเข้าใจ ให้การพยาบาลช่วยเหลือดูแล กระทำสิ่ง ต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาจากความเจ็บปวดหรือผ่อนคลายจากความไม่สุขสบายที่เกิดจากการมี ท่อช่วยหายใจคาอยู่

กิจกรรมย่อยที่ 3 พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์กิจกรรม การปฏิบัติการพยาบาล ตามความรู้สึกจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่สะท้อนการปฏิบัติของ พยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล แนะนำวิธีและให้การช่วยเหลือ (15-20 นาที)

กิจกรรมย่อยที่ 3.1 หลังเสร็จสิ้นการฝึกหายใจและให้ผู้ป่วยพักแล้ว พยาบาล ผู้ได้รับมอบหมายและผู้ป่วยพูดคุยร่วมกันถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยไม่ได้รับความสุขสบายและไม่ได้รับ การช่วยเหลือจากพยาบาลตามข้อตกลงร่วมกัน พร้อมกับบันทึกทางการพยาบาลถึงข้อมูลและ การพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย

กิจกรรมย่อยที่ 4 พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายส่งต่อข้อมูลผลการปฏิบัติทางการพยาบาล ด้วยการรับ – ส่งเวร และบันทึกทางการพยาบาลให้พยาบาลเวรต่อไปทราบ

กิจกรรมย่อยที่ 4.1 พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายสื่อสารส่งต่อข้อมูลผลการปฏิบัติ ทางการพยาบาลให้กับพยาบาลในทีม ขณะผู้ป่วยทำการฝึกหายใจ และปัญหาการดูแลต่อเนื่องร่วมกับการ บันทึกทางการพยาบาล

วันที่ 3 ของการทดลอง (09.00 - จนถอดท่อช่วยหายใจออกได้)

พยาบาลเข้าพบผู้ป่วยและเริ่มกิจกรรมที่ 1, 2, 3 และ 4 ไปพร้อมๆ กัน และค้นหาความเชื่อและทำความเข้าใจผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

กิจกรรมย่อยที่ 1 ปฏิบัติการทดลองฝึกหายใจจนสำเร็จ พยาบาลผู้รับมอบหมายแจ้งความก้าวหน้าในการฝึกหายใจให้ผู้ป่วยทราบและวางแผนทำการถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลยังยึดพื้นฐานของการรักษาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วย พยาบาลเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และเครื่องช่วยหายใจไว้ให้พร้อมใช้ และปฏิบัติการถอดท่อช่วยหายใจออก ให้การดูแลผู้ป่วยระวังและช่วยเหลือ หลังถอดท่อช่วยหายใจ 24 ชั่วโมง จนผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ จึงเสร็จสิ้นกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วยทราบ (ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที)

กิจกรรมย่อยที่ 2 พยาบาลถามประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับตามขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง (ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที) เมื่อผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจได้รับการพยาบาลตามรูปแบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสันครบ 3 วัน ผู้วิจัยจะไปเก็บข้อมูล หลังการทดลองตามแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง (posttest) ในระหว่างที่พยาบาลวิชาชีพดำเนินการตามรูปแบบผู้วิจัยจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เพิ่มเติมในระหว่างการทดลอง

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 กลุ่มควบคุม

เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 10 คน

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม

2) รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest) ใช้โดยแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อยมาแล้ว 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยใช้เวลาสอบถามประมาณ 15-20 นาที ให้ผู้ป่วยให้คะแนนความเห็นในแบบสอบถามทีละข้อ จนครบทุกข้อ

3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามขั้นตอนในการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

4) รวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังจากถอดท่อช่วยหายใจออก 24 ชั่วโมงแล้ว ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

5) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไว้ในบัญชีรายชื่อของกลุ่มควบคุม จนได้กลุ่มควบคุม จำนวน 10 ราย ก่อนดำเนินการทดลอง

3.5.2 กลุ่มทดลอง

เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 10 คน

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม

2) รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ผ่านการฝึกหายใจมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งโดยผู้วิจัย ใช้เวลาสอบถามประมาณ 15-20 นาที ให้ผู้ป่วยให้คะแนนความเห็นในแบบสัมภาษณ์ทีละข้อ จนครบทุกข้อ

3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามขั้นตอน การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ตามคู่มือรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

4) รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Posttest) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังจากถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว 24 ชั่วโมง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที เก็บข้อมูลทั้งหมดจำนวน 10 ราย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

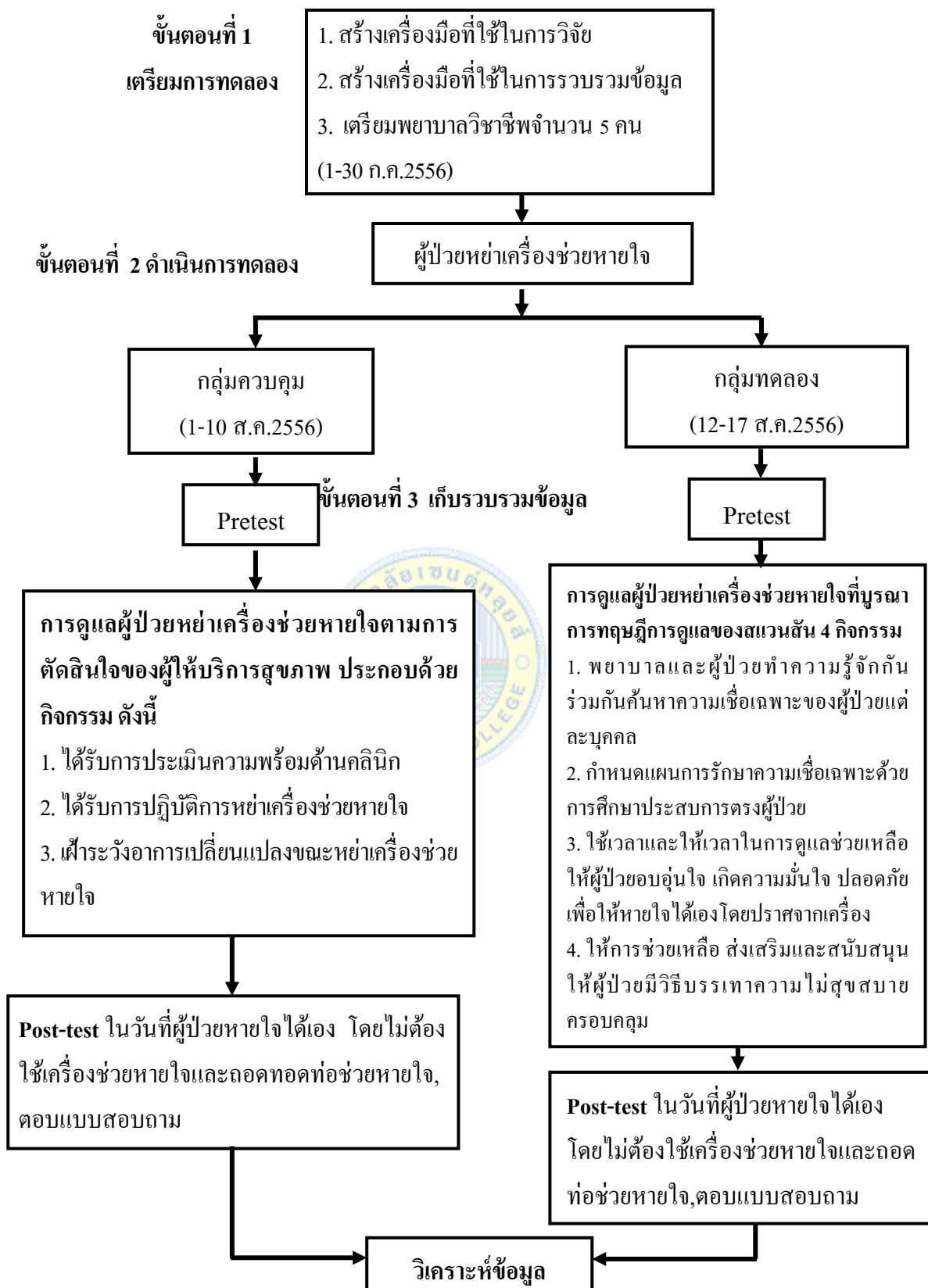
1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิด และระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2) วิเคราะห์การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยรวมและรายด้าน โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพโดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธี Mann - Whitney U Test

4) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้สถิติ Non parametric ด้วยวิธี Wilcoxon Signed-Ranks Test





ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ เปรียบเทียบการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และเปรียบเทียบการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย โดยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ตารางที่ 5-9)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ ด้วยสถิติ Mann - Whitney U Test (ตารางที่ 10-13)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (ตารางที่ 14-17)

ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจก่อน และหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ก่อน และหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ตารางที่ 5 – 9)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลอง ก่อน การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันโดยรวม และรายด้าน

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต	3.31	0.737	ปานกลาง	3.67	0.206	มาก
2. ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	3.46	0.135	มาก	3.80	0.193	มาก
3. ด้านการมีคุณค่าที่ดี	3.40	0.072	ปานกลาง	3.70	0.168	มาก
รวม	3.40	0.072	ปานกลาง	3.723	0.169	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพมีระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมีระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยา
เครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ
และกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน
โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง	กลุ่มควบคุม (n=10)			กลุ่มทดลอง (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต	3.63	0.221	มาก	4.44	0.108	มากที่สุด
2. ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	3.62	0.235	มาก	4.57	0.170	มากที่สุด
3. ด้านการมีคุณค่าที่ดี	3.70	0.133	มาก	4.51	0.137	มากที่สุด
รวม	3.65	0.166	มาก	4.51	0.112	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ มีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก สำหรับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันด้านความสำเร็จในการดำเนินชีวิต จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองด้านการ สร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต	กลุ่มควบคุม (n= 10)			กลุ่มทดลอง (n= 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านฝึกหายใจเข้าออกได้ตามวิธี ...	3.80	0.422	มาก	4.90	0.316	มากที่สุด
2. ท่านวางแผนร่วมกันกำหนดระยะเวลา...	3.70	0.483	มาก	4.00	0.000	มาก
3. พยาบาลอธิบายขั้นตอนการฝึกหายใจ...	3.30	0.483	ปานกลาง	4.20	0.422	มาก
4. ท่านบริหารเพื่อฝึกกล้ามเนื้อให้ แข็งแรง...	4.00	0.000	มาก	4.90	0.316	มากที่สุด
5. พยาบาลคอยช่วยเหลืออยู่กับท่านที่ เดียว...	3.40	0.516	มาก	4.30	0.483	มากที่สุด
6. พยาบาลสอนฝึกการหายใจ และท่าน...	3.70	0.483	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
7. หลังฝึกการหายใจครั้งแรก พยาบาล ชมเชยความสามารถท่าน	3.60	0.516	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด
8. พยาบาลและท่านร่วมกันหาและแก้ไข...	3.50	0.527	มาก	4.00	0.000	มาก
9. ท่านร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้ การฝึกหายใจเป็นไปด้วยดี...	3.90	0.316	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด
10. พยาบาลแนะนำ เตรียมอุปกรณ์สื่อสาร ทำให้ท่านเขียนบอกความต้องการได้...	3.40	0.516	ปานกลาง	4.30	0.483	มากที่สุด
รวม	3.63	0.221	มาก	4.44	0.108	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพมีระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ และระดับปานกลาง 2 ข้อ สำหรับกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 7 ข้อ และระดับมาก 3 ข้อ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองด้าน การได้รับการยอมรับนับถือ	กลุ่มควบคุม (n= 10)			กลุ่มทดลอง (n= 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
11. พยาบาลดูแลท่านด้วยความเข้าใจไม่ขัดต่อความเชื่อที่ท่านและครอบครัวยึดถือ...	3.60	0.516	มาก	5.00	0.000	มากที่สุด
12. พยาบาลถามความต้องการ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก	3.20	0.422	ปานกลาง	4.00	0.000	มาก
13. บุคคลในครอบครัวรับฟังการตัดสินใจของท่านทุกครั้งที่มาเยี่ยม...	3.90	0.316	มาก	5.00	0.000	มากที่สุด
14. ท่านเช็ดตัวได้เองตามคำแนะนำของพยาบาล...	4.00	0.000	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
15. พยาบาลแจ้งวัน เวลา อาการเจ็บป่วย ท่านรู้สึกว่าการใส่ใจจากพยาบาล	3.70	0.483	มาก	4.30	0.483	มากที่สุด
16. ญาติคอยดูแลให้กำลังใจทุกวัน เข้าใจความเจ็บป่วย...	3.90	0.316	มาก	5.00	0.000	มากที่สุด
17. พยาบาลดูแลเสมอด้วยความนุ่มนวล พุดคุยชักถาม...	3.50	0.527	มาก	4.60	0.516	มากที่สุด
18. ขณะฝึกหายใจท่านมีญาติมานั่งเป็นเพื่อนให้กำลังใจ...	3.50	0.527	มาก	4.40	0.516	มากที่สุด
19. พยาบาลดูแลท่านอย่างใกล้ชิด...	3.50	0.527	มาก	4.40	0.516	มากที่สุด
20. พยาบาลปรับอุณหภูมิ ปรับแสงสว่าง...	3.40	0.516	ปานกลาง	4.20	0.789	มาก
รวม	3.62	0.235	มาก	4.57	0.170	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ มีระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือ อยู่ใน

ระดับมาก 8 ข้อ และระดับปานกลาง 2 ข้อ สำหรับกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 8 ข้อ และระดับมาก 2 ข้อ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้านการมีคุณความดี จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการมีคุณความดี	กลุ่มควบคุม (n= 10)			กลุ่มทดลอง (n= 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
21. ท่านให้ความร่วมมือ รับฟังความคิดเห็นของพยาบาล...	4.00	0.000	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด
22. ท่านเชื่อมั่นในความพยายามและความสามารถตนเอง...	3.60	0.516	มาก	4.10	0.316	มาก
23. ท่านพลิกตะแคงตัวโดยไม่ทำให้อุปกรณ์เลื่อนหลุด...	4.00	0.000	มาก	5.00	0.000	
24. ท่านไออย่างถูกวิธี ขับเสมหะออก ...	4.00	0.000	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
25. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้ฝึกหายใจได้ระยะเวลานานขึ้น...	3.70	0.483	ปานกลาง	4.60	0.516	มากที่สุด
26. ท่านฝึกกำหนดสติ สวดมนต์ในใจ ทำให้ท่านสงบ...	4.00	0.000	มาก	5.00	0.000	มากที่สุด
27. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ หรือหมดหวัง ...	3.50	0.527	ปานกลาง	4.50	0.527	มากที่สุด
28. ท่านทราบสถานการณ์ความเจ็บป่วย...	3.70	0.483	ปานกลาง	4.70	0.483	มากที่สุด
29. เมื่อท่านเริ่มรู้สึกหายใจเหนื่อย ท่านสื่อสารขอความช่วยเหลือ...	3.20	0.422	ปานกลาง	4.00	0.000	มาก
30. เมื่อผู้ป่วยข้างเตียงต้องการความช่วยเหลือ...	3.30	0.483	ปานกลาง	4.00	0.000	มาก
รวม	3.70	0.133	มาก	4.51	0.137	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ มีระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจด้านการมีคุณค่าอยู่ในระดับมาก 5 ข้อ และระดับปานกลาง 5 ข้อ สำหรับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 7 ข้อ และระดับมาก 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้วยสถิติ Mann - Whitney U Test (ตารางที่ 10-13)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต	ควบคุม	10	3.63	0.221	5.50	55.00	-1.913*
	ทดลอง	10	4.44	0.108	15.50	155.00	
2. ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	ควบคุม	10	3.62	0.235	5.50	55.00	-1.903*
	ทดลอง	10	4.57	0.170	15.50	155.00	
3. ด้านการมีคุณค่าที่ดี	ควบคุม	10	3.70	0.133	5.50	67.00	-1.914*
	ทดลอง	10	4.51	0.137	15.50	155.00	
รวม	ควบคุม	10	3.65	0.166	5.50	55.00	-1.897*
	ทดลอง	10	4.506	0.112	15.50	155.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 10 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยรวมและรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยา
เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ
และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน
ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองด้าน การสร้างความสำเร็จในการดำเนิน ชีวิต	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านฝึกหายใจเข้าออกได้ตามวิธีที่ พยาบาลแนะนำ...	ควบคุม	10	3.80	0.422	5.90	59.00	-1.922*
	ทดลอง	10	4.90	0.316	15.10	151.00	
2. ท่านวางแผนร่วมกันกำหนด ระยะเวลาการฝึกหายใจ...	ควบคุม	10	3.70	0.483	9.00	90.00	-0.907
	ทดลอง	10	4.00	0.000	12.00	120.00	
3. พยาบาลอธิบายขั้นตอนการฝึกหายใจ ทั้งหมดท่านเข้าใจและปฏิบัติได้ถูก...	ควบคุม	10	3.30	0.483	6.70	67.00	-1.614*
	ทดลอง	10	4.20	0.422	14.30	143.00	
4. ท่านบริหารเพื่อฝึกกล้ามเนื้อให้ แข็งแรง...	ควบคุม	10	4.00	0.000	6.00	60.00	1.972*
	ทดลอง	10	4.90	0.316	15.00	150.00	
5. พยาบาลคอยช่วยเหลืออยู่กับท่านที่ เตียง...	ควบคุม	10	3.40	0.516	6.90	69.00	-1.517*
	ทดลอง	10	4.30	0.483	14.10	141.00	
6. พยาบาลสอนฝึกการหายใจ และ ท่านปฏิบัติตามได้ถูกต้อง..	ควบคุม	10	3.70	0.483	6.20	62.00	-1.769*
	ทดลอง	10	4.80	0.422	14.80	148.00	
7. หลังฝึกการหายใจครั้งแรก พยาบาลชมเชยความสามารถท่าน.	ควบคุม	10	3.60	0.516	7.00	70.00	-1.481*
	ทดลอง	10	4.50	0.527	14.00	140.00	
8. พยาบาลและท่านร่วมกันหาและ แก้ไข...	ควบคุม	10	3.50	0.527	8.00	80.00	1.258*
	ทดลอง	10	4.00	0.000	13.00	130.00	
7. หลังฝึกการหายใจครั้งแรก พยาบาลชมเชยความสามารถท่าน.	ควบคุม	10	3.60	0.516	7.00	70.00	-1.481*
	ทดลอง	10	4.50	0.527	14.00	140.00	
9. ท่านร่วมมือในการรักษา พยาบาล ทำให้การฝึกหายใจเป็นไปด้วยดี...	ควบคุม	10	3.39	0.316	7.75	77.50	-1.296*
	ทดลอง	10	4.50	0.527	13.250	132.50	

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยา
เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ
และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน
ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต จำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการสร้างความสำเร็จ ในการดำเนินชีวิต	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
10. พยาบาลแนะนำ เตรียมอุปกรณ์ สื่อสารทำให้ท่านเขียนบอกความ ต้องการได้...	ควบคุม	10	3.40	0.516	6.90	69.00	-1.516*
	ทดลอง	10	4.30	0.483	14.10	141.00	
รวม	ควบคุม	10	3.63	0.221	5.50	55.00	-1.913*
	ทดลอง	10	4.44	0.108	15.50	155.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยา
เครื่องช่วยหายใจด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบ
การบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้
รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
ทั้งโดยรวมด้านและรายข้อ 9 ข้อ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจ กลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันด้านการได้รับการยอมรับนับถือ จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองด้าน การได้รับการยอมรับนับถือ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
11. พยาบาลดูแลท่านด้วยความเข้าใจ	ควบคุม	10	3.60	0.516	12.00	120.00	-2.059*
ไม่ขัดต่อความเชื่อที่ท่าน....	ทดลอง	10	5.00	0.527	9.00	90.00	
12. พยาบาลถามความต้องการ เปิด	ควบคุม	10	3.20	0.422	9.00	90.00	-1.779*
โอกาสให้ระบายความรู้สึก.....	ทดลอง	10	3.40	0.483	12.00	120.00	
13. บุคคลในครอบครัวรับฟังการ	ควบคุม	10	3.90	0.316	9.50	95.00	-2.123*
ตัดสินใจของท่านทุกครั้งที่มาเยี่ยม...	ทดลอง	10	5.00	0.000	11.50	115.00	
14. ท่านเช็ดตัวได้เองตามคำแนะนำ	ควบคุม	10	4.00	0.000	10.50	105.00	-1.779*
ของพยาบาล...	ทดลอง	10	4.80	0.000	10.50	105.00	
15. พยาบาลแจ้งวัน เวลา อาการ	ควบคุม	10	3.70	0.483	9.50	95.00	-1.935*
เจ็บป่วยท่านรู้สึกได้รับการใส่ใจ...	ทดลอง	10	4.30	0.527	11.50	115.00	
16. ญาติคอยดูแลให้กำลังใจ	ควบคุม	10	3.90	0.316	9.50	95.00	-2.132*
ทุกวัน เข้าใจความเจ็บป่วย...	ทดลอง	10	5.00	0.000	11.50	115.00	
17. พยาบาลดูแลเสมอด้วยความ	ควบคุม	10	3.50	0.527	9.00	90.00	-1.622*
นุ่มนวล พุดคุยซักถาม...	ทดลอง	10	4.60	0.000	12.00	120.00	
18. ขณะฝึกหายใจท่านมีญาติมานั่ง	ควบคุม	10	3.50	0.527	5.50	55.00	-1.468*
เป็นเพื่อนให้กำลังใจ...	ทดลอง	10	4.40	0.000	15.50	155.00	
19. พยาบาลดูแลท่านอย่างใกล้ชิด...	ควบคุม	10	3.50	0.527	6.50	65.00	-1.468*
	ทดลอง	10	4.40	0.000	14.50	145.00	
20. พยาบาลปรับอุณหภูมิ ปรับแสง	ควบคุม	10	3.40	0.516	8.00	80.00	-1.137*
สว่าง...	ทดลอง	10	4.20	0.527	13.00	130.00	
รวม	ควบคุม	10	3.62	0.234	6.25	62.50	-1.903*
	ทดลอง	10	4.570	0.170	14.75	147.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยา เครื่องช่วยหายใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือ พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบรูปแบบ การบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้ รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมด้านและรายข้อทุกข้อ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยา เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้านการมีคุณความดี จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการมีคุณความดี	กลุ่ม	N	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
21. ท่านให้ความร่วมมือ รับฟัง ความคิดเห็นของพยาบาล...	ควบคุม	10	4.00	0.000	5.50	77.00	-1.258*
	ทดลอง	10	4.50	0.527	15.50	133.00	
22. ท่านเชื่อมั่นในความพยายาม และความสามารถตนเอง...	ควบคุม	10	3.60	0.000	6.550	80.00	-1.150*
	ทดลอง	10	4.10	0.316	14.50	130.00	
23. ท่านพลิกตะแคงตัวโดยไม่ทำ ให้อุปกรณ์เลื่อนหลุด...	ควบคุม	10	4.00	0.000	5.50	82.00	-2.179*
	ทดลอง	10	5.00	0.000	15.50	128.00	
24. ท่านไออย่างถูกวิธีขับเสมหะ ออก.....	ควบคุม	10	4.00	0.000	6.50	55.00	-1.593*
	ทดลอง	10	4.70	0.483	14.50	155.00	
25. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ ฝีกหายใจได้ระยะเวลานานขึ้น....	ควบคุม	10	3.70	0.527	7.95	70.00	-0.516*
	ทดลอง	10	4.60	0.516	13.05	140.00	
26. ท่านฝึกกำหนดสติ สวดมนต์ใน ใจ ทำให้ท่านสงบ...	ควบคุม	10	4.00	0.422	5.50	69.00	-2.179*
	ทดลอง	10	5.00	0.000	15.50	141.00	
27. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ หรือ หมดหวัง...	ควบคุม	10	3.50	0.316	6.50	55.00	-1.541*
	ทดลอง	10	4.50	0.527	14.50	155.00	
28. ท่านทราบสถานการณ์ความ เจ็บป่วย...	ควบคุม	10	3.70	0.000	7.00	67.00	1.638*
	ทดลอง	10	4.70	0.483	14.00	142.00	
29. เมื่อท่านเริ่มรู้สึกหายใจเหนื่อย ท่านสื่อสารขอความช่วยเหลือ...	ควบคุม	10	3.20	0.000	7.00	65.00	-1.779*
	ทดลอง	10	4.00	0.000	14.00	144.00	

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยา
เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ
และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน
ด้านการมีคุณความดี จำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง	กลุ่ม	N	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ด้านการมีคุณความดี							
30. เมื่อผู้ป่วยข้างเตียงต้องการความ	ควบคุม	10	3.30	0.000	7.00	70.00	-1.599*
ช่วยเหลือ...	ทดลอง	10	4.00	0.000	13.30	140.00	
รวม	ควบคุม	10	3.70	0.133	5.50	55.00	-1.879*
	ทดลอง	10	4.51	0.137	15.50	155.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยา
เครื่องช่วยหายใจด้านการมีคุณความดี พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบรูปแบบการบริการการ
พยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล
ตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมด้านและ
รายข้อทุกข้อ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยา
เครื่องช่วยหายใจกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ
ทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (ตารางที่ 14 -17)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วย
หายใจ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน
โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง	การ ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ด้านการสร้างความสำเร็จในการ ดำเนินชีวิต	ก่อน	10	3.67	0.206	3.67	0.208	-1.422*
	หลัง	10	4.44	0.108	4.44	0.108	
2. ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	ก่อน	10	3.78	0.193	3.78	0.193	-1.416*
	หลัง	10	4.57	0.170	4.57	0.170	
3. ด้านการมีคุณภาพชีวิต	ก่อน	10	3.72	0.123	3.72	0.123	-1.425*
	หลัง	10	4.51	0.137	4.51	0.137	
รวม	ก่อน	10	3.72	0.169	3.72	0.168	-1.405*
	หลัง	10	4.51	0.122	4.51	0.112	

*p < 0.05

จากตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยา
เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี
การดูแลของสเวนสันสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแล
ของสเวนสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันด้านการ สร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองด้าน การสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต	การ ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านฝึกหายใจเข้าออกได้ตามวิธีที่ พยาบาลแนะนำ...	ก่อน	10	3.90	0.316	5.90	59.00	-1.422*
	หลัง	10	4.90	0.316	15.10	151.00	
2. ท่านวางแผนร่วมกันกำหนดระยะเวลา การฝึกหายใจ...	ก่อน	10	3.50	0.527	9.00	90.00	-1.118*
	หลัง	10	4.00	0.000	12.00	120.00	
3. พยาบาลอธิบายขั้นตอนการฝึกหายใจ ทั้งหมดท่านเข้าใจและปฏิบัติได้ถูก..	ก่อน	10	3.80	0.422	6.70	67.00	-1.000*
	หลัง	10	4.20	0.422	14.30	143.00	
4. ท่านบริหารเพื่อฝึกกล้ามเนื้อให้ แข็งแรง...	ก่อน	10	3.90	0.316	6.00	60.00	1.444*
	หลัง	10	4.90	0.316	15.00	150.00	
5. พยาบาลคอยช่วยเหลืออยู่กับท่านที่ เดียว...	ก่อน	10	3.60	0.516	6.90	69.00	-1.035*
	หลัง	10	4.30	0.483	14.10	141.00	
6. พยาบาลสอนฝึกการหายใจ และท่าน ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง.....	ก่อน	10	3.90	0.316	6.20	62.00	-1.357*
	หลัง	10	4.80	0.422	14.80	148.00	
7. หลังฝึกการหายใจครั้งแรก พยาบาล ชมเชยความสามารถท่าน..	ก่อน	10	3.50	0.527	7.00	70.00	-1.581*
	หลัง	10	4.50	0.527	14.00	140.00	
8. พยาบาลและท่านร่วมค้นหาและแก้ไข ...	ก่อน	10	3.10	0.316	8.00	80.00	1.500*
	หลัง	10	4.00	0.000	13.00	130.00	
9. ท่านร่วมมือในการรักษา พยาบาล ทำ ให้การฝึกหายใจเป็นไปด้วยดี...	ก่อน	10	4.00	0.000	7.75	77.00	-1.118*
	หลัง	10	4.50	0.527	13.250	132.50	
10. พยาบาลแนะนำเตรียมอุปกรณ์สื่อสาร ทำให้ท่านเขียนบอกความต้องการได้...	ก่อน	10	3.50	0.527	6.9	69.00	-1.414*
	หลัง	10	4.30	0.483	14.10	141.00	
รวม	ก่อน	10	3.67	0.258	5.50	55.00	-1.422*
	หลัง	10	4.44	0.108	15.50	155.00	

$p < 0.05$

จากตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต พบว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกข้อ

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันด้านการได้ รับการยอมรับนับถือ จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	การ ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
11. พยาบาลดูแลท่านด้วยความ เข้าใจ ไม่ขัดต่อความเชื่อที่ท่าน...	ก่อน	10	3.50	0.527	00.00	0.00	
	หลัง	10	5.00	0.000	5.5.00	55.00	-1.439*
12. พยาบาลถามความต้องการ เปิด โอกาสให้ระบายความรู้สึก...	ก่อน	10	3.30	0.483	0.00	0.00	
	หลัง	10	4.00	0.000	4.00	28.00	-1.323*
13. บุคคลในครอบครัวรับฟังการ ตัดสินใจของท่านทุกครั้งที่มา.....	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	0.00	
	หลัง	10	5.00	0.000	5.50	55.00	-1.581*
14. ท่านเช็ดตัวได้เองตามคำแนะนำ ของพยาบาล...	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	0.00	
	หลัง	10	4.80	0.422	4.50	36.00	-1.414*
15. พยาบาลแจ้งวัน เวลา อาการ เจ็บป่วย ท่านรู้สึกว่าการใส่ใจ...	ก่อน	10	3.50	0.527	0.00	0.00	
	หลัง	10	4.30	0.483	4.50	36.00	-1.414*
16. ญาติคอยดูแลให้กำลังใจทุกวัน เข้าใจความเจ็บป่วย....	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	0.00	
	หลัง	10	5.00	0.000	3.50	21.00	-1.581*
17. พยาบาลดูแลเสมอด้วยความ นุ่มนวล พุดคุยชักถาม...	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	0.00	
	หลัง	10	4.60	0.516	3.50	10.00	-1.225*
18. ขณะฝึกหายใจท่านมีญาติมานั่ง เป็นเพื่อนให้กำลังใจ...	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	0.00	
	หลัง	10	4.40	0.516	2.50	15.00	-1.000*
19. พยาบาลดูแลท่านอย่างใกล้ชิด...	ก่อน	10	3.50	0.000	0.00	0.00	
	หลัง	10	4.20	0.516	2.50	25.00	-1.000*

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันด้านการได้รับการยอมรับนับถือ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	การ ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
20. พยาบาลปรับอุณหภูมิ ปรับ แสงสว่าง...	ก่อน	10	3.50	0.527	0.00	0.00	-1.665*
	หลัง	10	4.20	0.789	3.50	21.00	
รวม	ก่อน	10	3.78	0.193	0.00	0.00	-1.416*
	หลัง	10	4.57	0.170	5.50	55.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกข้อ

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันด้านความมีคุณค่าที่ดีจำแนกรายข้อ

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ด้านความมีคุณค่าที่ดี	การ ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
21. ท่านให้ความร่วมมือ รับฟังความ คิดเห็นของพยาบาล..	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	00.00	-1.118*
	หลัง	10	4.50	0.527	3.00	15.00	
22. ท่านเชื่อมั่นในความพยายามและ ความสามารถตนเอง...	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	00.00	-0.500*
	หลัง	10	4.10	0.316	1.00	1.00	
23. ท่านพลิกตะแคงตัวโดยไม่ทำให้ อุปกรณ์เลื่อนหลุด...	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	0.00	-1.581*
	หลัง	10	5.00	0.000	5.50	55.00	
24. ท่านไออย่างถูกวิธี ขับเสมหะออก ...	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	0.00	-1.323*
	หลัง	10	4.70	0.483	4.00	28.00	

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันด้านการมี คุณความดีจำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการมีคุณความดี	การ ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
25. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้ ฝึกหายใจได้ระยะเวลานานขึ้น...	ก่อน	10	3.50	0.527	0.00	0.00	-1.665*
	หลัง	10	4.60	0.516	3.50	21.00	
26. ท่านฝึกกำหนดสติ สวดมนต์ในใจ ทำให้ท่านสงบ...	ก่อน	10	4.00	0.000	0.00	0.00	-1.581*
	หลัง	10	5.00	0.000	5.50	55.00	
27. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ หรือหมด หวัง...	ก่อน	10	3.00	0.000	0.00	0.00	-1.439*
	หลัง	10	4.50	0.527	5.50	55.00	
28. ท่านทราบสถานการณ์ความ เจ็บป่วย...	ก่อน	10	3.70	0.483	0.00	0.00	-1.581*
	หลัง	10	4.70	0.483	3.00	55.00	
29. เมื่อท่านเริ่มรู้สึกหายใจเหนื่อย ท่านสื่อสารขอความช่วยเหลือ...	ก่อน	10	3.50	0.527	0.00	0.00	-1.118*
	หลัง	10	4.00	0.000	3.00	3.00	
30. เมื่อผู้ป่วยข้างเตียงต้องการความ ช่วยเหลือ...	ก่อน	10	3.50	0.527	0.00	0.00	-1.118*
	หลัง	10	4.00	0.000	3.00	3.00	
รวม	ก่อน	10	3.72	0.123	0.00	0.00	-1.425*
	หลัง	10	4.51	0.121	5.50	55.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยา เครื่องช่วยหายใจด้านการมีคุณความดี พบว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสเวนสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกข้อ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive random sampling) จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพระพุทธบาท จำนวน 10 คน และกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 10 คน ด้วยวิธีการจับคู่ จากเพศ อายุ และระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 1 เดือน

เครื่องมือในการวิจัยมี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการปฏิบัติงานในรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจตามแนวคิดของ Coopersmith (1984) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงของเครื่องมือ จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 ประกอบด้วย ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิตได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 ด้านการได้รับการยอมรับนับถือได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 และด้านการมีคุณความดีได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

การดำเนินการทดลอง หลังผ่านกระบวนการจริยธรรมและอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก จำนวน 5 คน เพื่อฝึกใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ในผู้ป่วยมีแผนการรักษาหยาเครื่องช่วยหายใจที่ผ่านการทดลองฝึกหยาใจมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ให้ทำแบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองก่อนการทดลอง และได้รับการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งเป็นแบบปกติที่ปฏิบัติอยู่ และเก็บข้อมูลหลังการทดลองเมื่อผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จและถอดท่อช่วยหายใจออกได้ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ และเก็บข้อมูลกลุ่ม

ทดลอง ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี ในผู้ป่วยมีแผนการรักษาให้ยาเครื่องช่วยหายใจ ที่ผ่านการทดลองฝึกหายใจมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ให้ทำแบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองก่อน การทดลอง และให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามคู่มือการบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแล ของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ เป็นเวลา 3 วัน และเก็บข้อมูลหลังการทดลองเมื่อ ผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จและถอดท่อช่วยหายใจออกได้ ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันกับ กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ เปรียบเทียบระดับการรับรู้ ความมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การดูแลของสแกนสันและกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ ให้บริการสุขภาพ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมี คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน และ ก่อนและหลังการใช้ รูปแบบการพยาบาลแบบตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

1) ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่ามีระดับการรับรู้ความมี คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้าน การสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจำแนกรายข้อการรับรู้ ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับมาก 5 ข้อ และระดับปานกลาง 5 ข้อ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือโดยรวมอยู่ในระดับมาก และจำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าใน ตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับมาก 6 ข้อ และระดับปานกลางมี 4 ข้อ ด้านการมี คุณค่าที่ดีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ยาเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับมาก 5 ข้อ และระดับปานกลาง 5 ข้อ

2) ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจกลุ่มควบคุมหลัง การใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่ามีการรับรู้ความมีคุณค่าใน ตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ด้านการสร้างความสำเร็จ

ในการดำเนินชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก และจำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ และระดับปานกลาง 2 ข้อ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือโดยรวมอยู่ในระดับมาก และจำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ และระดับปานกลาง 2 ข้อ ด้านการมีคุณความดี โดยรวมอยู่ในระดับมาก และจำแนกรายข้อ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับมาก 5 ข้อ และระดับปานกลาง 5 ข้อ

3) ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน พบว่ามีระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิตโดยรวมอยู่ระดับมาก และจำแนกรายข้อ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ อยู่ระดับมาก 9 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือโดยรวมอยู่ในระดับมาก และจำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับมาก 9 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ ด้านการมีคุณความดีโดยรวมอยู่ในระดับมาก และจำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ อยู่ระดับมากทุกข้อ

4) ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยรวมและรายด้าน ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และจำแนกรายข้อ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับมากที่สุด 7 ข้อ และในระดับมาก 3 ข้อ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และจำแนกรายข้อ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับมากที่สุด 8 ข้อ และระดับมาก 2 ข้อ ด้านการมีคุณค่าความดีโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และจำแนกรายข้อ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับมากที่สุด 7 ข้อ และระดับมาก 3 ข้อ

5.1.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยห่าเครื่องช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมุงงาน ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบม้งงาน ทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต จำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 9 ข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อคำถาม “ทุกครั้งก่อนฝึกหายใจ ท่านและพยาบาลได้วางแผนกำหนดระยะเวลาทำการฝึกหายใจ...” ไม่มีความแตกต่างกัน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ จำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการมีคุณความดี จำแนกรายข้อ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต จำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน 9 ข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อคำถาม “ทุกครั้งที่คุณฝึกหายใจ พยาบาลอธิบายขั้นตอนการฝึกหายใจทั้งหมด ท่านมั่นใจว่าจะหายใจได้ตามเป้าหมาย” ไม่มีความแตกต่างกัน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ จำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน 9 ข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อคำถาม “พยาบาลช่วยปรับอุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไป ปรับแสงสว่าง ทำให้ท่านนอนหลับพักผ่อนด้วยดี...” ไม่มีความแตกต่างกัน ด้านการมีคุณความดี จำแนกรายข้อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน 7 ข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อคำถาม “ท่านเชื่อมั่นในความพยายามและความสามารถของตนเองในการฝึกหายใจ...” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านเริ่มรู้สึกหายใจเหนื่อย ท่านสื่อสารขอความ

ช่วยเหลือ และขอชะลอการฝึกหายใจ....” และข้อความ “เมื่อผู้ป่วยข้างเตียงต้องการความช่วยเหลือหรือทำอุปกรณ์เลื่อนหลุด ท่านช่วยสื่อสาร...” ไม่มีความแตกต่างกัน

5.2 การอภิปรายผล

5.2.1 การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจ หลังได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สูงกว่าผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ

อธิบายได้ว่า จากผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน เพื่อดูแลผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจ มีผลทำให้ความมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น เป็นผลจากการบูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน เป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง สนับสนุน ส่งเสริม ให้กำลังใจ กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและพันธะสัญญา จัดกระทำกับบุคคลอื่นโดยตระหนักถึง คุณค่า ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทร เมื่อนำไปปฏิบัติโดยผสมผสานกันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมแบบองค์รวม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีรูปธรรมชัดเจน (Swanson, 1999) การแสดงออกถึงความเฉพาะที่แยกแยะพฤติกรรมปฏิบัติ การพยาบาลให้ปรากฏเห็นชัดเจนขึ้น เป็นเอกลักษณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ผู้รับบริการบอกได้ และเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกขั้นตอนในทุกๆ เรื่อง การผสมผสานการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546, น. 145) จนทำให้ผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจรับรู้ได้ถึง การได้รับการดูแลด้วยความเอื้ออาทรจากพยาบาลในระดับมากที่สุด การพยาบาลด้วยความเข้าใจความรู้สึกผู้ป่วยด้วยความใส่ใจต่อความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คอยปลอบโยนให้กำลังใจ ให้เชื่อมั่นพร้อมตลอดเวลาที่จะช่วยเหลือ จนผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความหวัง เกิดแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเลิกตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ อย่างมีเป้าหมาย เกิดความพยายามในการฝึกหายใจให้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งทิพย์ คารายนต์ (2551) พบว่าปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถฝึกหายใจได้นาน โดยใจต้องสู้ไม่ท้อแท้ ซึ่งเป็นการปรับจิตใจและวิถีคิดของตนเองเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีเป้าหมาย โดยมีญาติคอยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ ถือเป็นแรงเสริมที่สำคัญเพราะญาติหรือสมาชิกครอบครัว คือ แหล่งความหวังและกำลังใจที่สำคัญ การมีญาติมาเยี่ยมด้วยความรักผูกพัน ใกล้ชิด เอาใจใส่ทำให้ผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจได้เร็วขึ้น และการมีเจ้าหน้าที่ดูแลรักษาดี ทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากห้องผู้ป่วยหนักมีผู้ป่วย 8 ราย มีพยาบาลเพียงพอให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่างที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ มีแพทย์มาตรวจรักษาวันละหลายครั้ง ทำให้

ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัย และการได้รับการยกย่อง ชมเชยความสามารถของผู้ป่วยขณะทำการฝึกหายใจ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง ด้วยความรู้สึกว่าสิ่งที่ตัวเองทำเป็นสิ่งดีมีประโยชน์ มีความสำคัญ มีประโยชน์ ส่งผลให้มีพลังในความพยายามที่จะหายใจเองได้ จนทำให้หยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ Brenden (1983) กล่าวว่า ivala การรับรู้ว่าคุณค่าเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อม และผลที่ได้รับเป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน เป็นความสัมพันธ์ที่แท้จริงของบุคคลในสังคมและผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมโดยที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามวิวุฒิสภาพแวดล้อม สถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต และเพศชายมีความความภาคภูมิใจในตนเองมากกว่าผู้หญิงเนื่องจากมีลักษณะเป็นผู้นำ

จากผลการศึกษา พบว่า รายข้อบางข้อไม่แตกต่างกัน ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลัง การใช้รูปแบบ โดยด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ข้อคำถาม “ทุกครั้งก่อนทำการฝึกหายใจ ท่านและพยาบาลได้วางแผนร่วมกันกำหนดระยะเวลาทำการฝึกหายใจ ท่านมั่นใจว่าจะหายใจได้ตามเป้าหมาย” อธิบายได้ว่า ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจเพื่อจะได้เตรียมตัว เตรียมใจ และให้ ความร่วมมือในการดูแลรักษาทั้งยังเป็นการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรี ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง อีกทั้งในการฝึกหายใจส่วนใหญ่ใช้แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ (Weaning protocol) ร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ (Cook et al., 2001) ซึ่งสิ่งสำคัญลำดับแรก คือ พยาบาลต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ความพร้อมของผู้ป่วย และมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในระยะเวลาทดลองทำการฝึกหายใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายแล้ว อาจไม่เข้าใจทั้งหมด เพราะ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลว่ามีอาการดีแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการฝึกหายใจ แต่เมื่อทำการฝึกหายใจ แล้วมีอาการเหนื่อย พยาบาลมีการวัดสัญญาณชีพบ่อยๆ รวมทั้งได้รับการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดง จึงรู้สึกตกใจ กลัวว่ามีความผิดปกติอะไรกับตนหรือไม่ และอาจไม่เคยชินกับการทดลองฝึกหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวล กลัว และไม่แน่ใจ ผลการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจึงไม่แตกต่างกัน

5.2.2 การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน

อธิบายได้ว่า ก่อนที่พยาบาลยังไม่ได้ปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน ระดับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในเกณฑ์มาก และภายหลังการได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ

การบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในเกณฑ์มากที่สุด จากกิจกรรมการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Swanson (1993) (ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างองค์รวม ผู้ป่วยมีความเข้าใจและเกิดความไว้วางใจ ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความต้องการการตอบสนองของผู้ป่วยได้ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยพยาบาลและผู้ป่วยทำความรู้จักกัน ร่วมกันค้นหาความเชื่อเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ต่อสถานะความเจ็บป่วย ค้นหาข้อมูลผู้ป่วยจากการพูดคุย การสังเกตพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและอื่นๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความคาดหวัง ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วยมีการกำหนดแผนการรักษาความเชื่อเฉพาะด้วยการศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย และความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลเข้าใจและหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยขณะทำการฝีกหายใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ ยอมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาโดยเฉพาะในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าจะทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้นหรือมีกำลังใจดีขึ้น พยาบาลใช้เวลาและให้เวลาในการดูแลช่วยเหลือจนผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ เกิดความมั่นใจ ปลอดภัย และหายใจได้เองโดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจด้วยการตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายขณะทำการฝีกหายใจ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการคงไว้ซึ่งการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ เผื่อระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและ ให้การดูแลโดยไม่ขัดต่อความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งการที่พยาบาลให้การดูแลด้วยความเข้าใจปัญหาและตอบสนองตรงความต้องการของผู้ป่วยได้ และพฤติกรรมดูแลเอาใจใส่ที่สอดคล้องไปกับการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วย มีการตัดสินใจในการดูแลตนเองอย่างสร้างสรรค์ ฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยเร็วขึ้น มีความพึงพอใจขณะพักรักษาในโรงพยาบาล

จากผลการศึกษา พบว่า รายข้อบางข้อไม่แตกต่างกันในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยในด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่มีฝีกหายใจ พยาบาลอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติฝีกหายใจทั้งหมด ท่านเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้ท่านมั่นใจว่าจะหายใจได้เอง” อธิบายได้ว่า ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่จะทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อจะได้เตรียมตัวเตรียมใจและให้ความร่วมมือ การได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่เผชิญได้ล่วงหน้า ตรงกับความจริงหรือไม่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงมาก เพื่อลดความวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว ผู้ป่วยรับรู้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเสมือนสิ่งที่ช่วยชีวิต และเสมือนสิ่งที่ทรมาณรันทมน่า , 2553 ความทุกข์ทรมานเกิดขึ้นตลอดเวลา (ผู้ป่วยจึงต้องการรู้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะทำงานช่วยเหลือตนเองอย่างไรขณะทำการฝีกหายใจ เมื่อไรจึงจะถอด

ท่ช่วยหายใจออกได้ แต่ผู้ป่วยก็รับรู้ได้ว่าโรคหรืออาการของโรคบางโรคไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าจะหายใจได้เมื่อไร จึงถือว่าการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนยากแก่การทำ ความเข้าใจ เมื่อได้รับคำอธิบายผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด เนื่องจากการรับรู้ของ แต่ละบุคคลแตกต่างกัน ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว และเนื่องจากเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เคยคุ้นเคย จึงเกิดความไม่มั่นใจเมื่อต้องหายใจเอง มีความรู้สึกไม่แน่นอน ผลการศึกษาก่อนและหลังใช้รูปแบบ จึงไม่แตกต่างกัน

ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ข้อคำถาม “พยาบาลช่วยปรับอุณหภูมิห้องที่ร้อนหรือเย็นเกินไป ปรับแสงสว่าง ทำให้ท่านนอนหลับพักผ่อนได้ดี ท่านรู้สึกว่ายพยาบาลดูแลท่านด้วยความใส่ใจ” อธิบายได้ว่า การนอนหลับช่วยให้เกิดการหายของแผล โดยการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกายที่สึกหรอ และเสริมสร้างการฟื้นฟูหายของโรค และการนอนหลับยังมีประโยชน์ต่อการปรับตัวต่อการเผชิญ ความเครียด อารมณ์ ซึ่งมีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ วรดิ รัถอัม)2548พบว่า ปัจจัยรบ (กวน การนอนหลับของผู้ป่วย ด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลสมหะ การเจาะเลือด ซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ กลัวการเอาท่ช่วยหายใจออกหรือกลัวการหย่า เครื่องช่วยหายใจ กลัวเครื่องช่วยหายใจไม่ทำงาน เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่เครื่องช่วยหายใจเป็น สิ่งช่วยชีวิต และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสงไฟที่สว่างจ้าตลอด เสียงเครื่องช่วยหายใจ เสียงพูด คุยของเจ้าหน้าที่ เสียงโทรศัพท์ และอุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไป ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้รบกวน การนอนหลับของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนล้า ไม่มีแรง ความทนต่อ ความเจ็บปวดลดลง ความทนต่อการฝึกหายใจลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด บางรายไม่ไห้ ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก แต่ผู้ป่วยก็รับรู้ว่เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นใน การช่วยเหลือชีวิต และเข้าใจว่พยาบาลกำลังปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง การดูแลด้วยความใส่ใจ ถาม ไล่ความต้องการ ห่มผ้าให้เมื่ออากาศเย็น และช่วยเช็ดตัวเมื่อผู้ป่วยมีไข้ หรือช่วยปรับอุณหภูมิห้องให้ ความใส่ใจของพยาบาลในการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากที่สุด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ ได้ คำตอบที่ได้ก่อนและหลังการทดลองจึงไม่แตกต่างกัน การนำทฤษฎีการดูแลของสแวนสันมาใช้ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจปัญหาและตอบสนอง ตรงความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วย มีการปรับตัว และ มีการตัดสินใจในการดูแลตนเองอย่างสร้างสรรค์ มีความพึงพอใจขณะพักรักษาในโรงพยาบาล มีผล ทำให้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ส่งผลให้มีพลังในการพยายามที่จะหายใจได้เองจนทำให้ หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ นอกจากนี้การปรับตัวทางด้านอารมณ์มีความจำเป็นอย่างยิ่งขณะทำ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ แม้ว่าจะมี

ความท้อแท้ใจและเกิดความไม่แน่ใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งที่บุคคลประเมินตนเอง แสดงให้เห็นถึงความเชื่อถือที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและการมีคุณค่าที่ดี (Coopersmith, 1984) และเปรียบเสมือนพลังที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญอุปสรรคที่ผ่านมาในชีวิตด้วยความมั่นใจ เลือกดัดสันใจ เลือกลงการกระทำโดยผู้ป่วยรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง โดยมีญาติและพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนขณะทำการฝึกหายใจ และสามารถหายใจเองได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งชี้นำไปสู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้ เกิดการฟื้นฟูหาย สามารถย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักและกลับบ้านไปใช้ชีวิตอย่างปกติได้ คือ เป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ ก่อให้เกิดแรงจูงใจและทำงานประสบสำเร็จ (วรรณภรณ์ โล่สกุล, 2544, น. 75) ซึ่งเป็นผลจากการที่พยาบาลเป็นผู้จัดการให้ตามรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสแวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยมี ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

1) เพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าและคุณภาพงานบริการของหน่วยงาน ควรมีการจัดทำสื่อประกอบการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติการฝึกหายใจ ได้แก่ CD ภาพพลิก และแผ่นพับ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกราย เข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ในระยะเวลาสั้นๆ โดยปรับปรุงแผ่นพับปฐมนิเทศที่ทางหน่วยงานจัดทำไว้ และเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2) ควรมีการจัดอบรมพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ โดยให้นำทฤษฎีของสแวนสันไปใช้ในการจัดระบบบริการการพยาบาล มีการนำรูปแบบบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน ไปเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล

5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุน ให้พยาบาลและผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลร่วมกันในทุกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการคิดตัดสินใจ เลือกปฏิบัติสิ่งที่ตนพอใจและมีความสำคัญต่อตนเอง โดยมีพยาบาลและญาติเป็นผู้สนับสนุน ให้กำลังใจ นำมาซึ่งความมีคุณค่าในตนเองและประสบความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2) พยาบาลห้องผู้ป่วยหนักควรจัดทำแบบแผนการเตรียมผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Protocol weaning) มาใช้ในผู้ป่วยทุกรายอย่างจริงจัง และมีการบันทึก วิเคราะห์อุปสรรคของการฝึกหายใจในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล และความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

5.3.3 ด้านการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่กำหนดร่วมกัน ทั้งโรงพยาบาล

2) ควรมีการศึกษาการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนวด การสัมผัส เพื่อเพิ่มความสุขสบายขณะผู้ป่วยได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

5.3.4 ด้านการศึกษา

ควรกำหนดให้พยาบาลมีการทบทวนความรู้เป็นระยะๆ เช่น การจัดให้มีการอบรมการพยาบาลในการใช้ทฤษฎีการดูแลของสเวนสันในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพราะถ้าพยาบาลตระหนักและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร ด้วยความเข้าใจ ผู้รับบริการก็จะเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ



บรรณานุกรม

- เกียรตืวรรณ อมาตยกุล. (2540). *Self Esteem* พลังแห่งความเชื่อมั่น. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ที.พี.พรินท์
- จันทร์เพ็ญ เจริญศิลป์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าของบุคลากร ความก้าวหน้าของวิชาชีพ นโยบายการพัฒนากุคลากรกับพฤติกรรมการพัฒนาบุคลากรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดวงรัตน์ ชาติแดนไทย. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมปริมาตรการหายใจ หน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ทองเปลว กันอุไร. (2551). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ทนันชัย บุญนุรพงศ์. (2543). การเลิกช่วยหายใจ. ใน คู่มือสถาวร และอดิสร วงษา (บก.), *What you should know in critical care* (หน้า 141-176). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- นุชนาถ ชานีเชิงคำ. (2553). ผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการรูปแบบการปรับตัวของรอย ต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขาหัก. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- ประภาส ณ พิกุล. (2551). การศึกษาความภูมิใจในตนเอง และการสร้างโมเดลการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาความภูมิใจในตนเองของนักเรียนวัยรุ่นนภาคเหนือ. ปรินญญาณิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- บังอร สุปรีดา. (2546). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง ต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้เสพติดยาบ้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พยอม อยู่สวัสดิ์. (2539). การดูแล: แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยธรรมนิยม. วารสารพยาบาลศาสตร์. 14(1). 26-32.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2546). ขุมปัญญาทางการพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พระราม 4 ปรีณิต.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกัลยา ดันติผลาชีวะ. (2542). การบันทึกทางการพยาบาลอนุกรรมการบริหารการพยาบาลลำดับที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์. (2545). Weaning and discontinuing ventilator support: ART, science, evidences and a guideline. วารสารวันโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต, 24(1), 29-34.
- ภารดี จันท์อู๋. (2551). ผลของการสื่อสารด้วยแผ่นภาพต่อการได้รับการดูแลตามความต้องการและความคับข้องใจในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มัลลิกา โชติสินิล. (2548). ผลของการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพต่อระยะเวลาและความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. (2537). วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์จำกัด.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.

- รุ่งทิพย์ ดารายนตร์. (2551). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรดี รักอ้อม. (2548). *คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรณภรณ์ โล่สกุล. (2544). *ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริวัลห์ วัฒนสินธ์. (2545). การหย่าเครื่องช่วยหายใจ: ตอนที่ 1 ผู้ป่วยพร้อมแล้วหรือยัง, ตอนที่ 2 ระยะการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(1), 25-37.
- สิริรัตน์ เหมือนขวัญ, นันทา เล็กสวัสดิ์ และสุภารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2550). อุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดึงท่อช่วยหายใจออกจากตัวของผู้ป่วยวิกฤตัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 34(4), 139-147.
- สุนทรี เจียรวิทย์กิจ. (2546). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อการปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2554). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีความมึนเมาในตนเองต่ำ*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อมรรัตน์ สุวรรณมิตสระ. (2549). *ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรนิภา รสธำ. (2554). *ประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- อรสา พันธุ์ศักดิ์. (2542). การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 13, หน้า 185-227)*. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย. (2546). การหยาเครื่องช่วยหายใจ. ใน ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *Practical points in critical care* (หน้า 96-115). กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2541). การนำศาสตร์การดูแลไปใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 16(4), 15-21.
- Baker, C. F. (1993). Annoyance to ICU noise: A model of patient discomfort. *Critical Care Nursing Quarterly*, 16(2), 83-90.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Berger, C. F. (1992). Discomfort to environmental noise : Heart rate response of SICU patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 15(2), 75-90. doi: 10.1097/00002727-199208000-00006.
- Branden, N. (1981). *The psychology of self-esteem*. (15th ed.). Los Angeles, CA: Bantam Books.
- Branden, N. (1983). *Honoring the self : the psychology of confidence and respect*. New York, NY: Bantam.
- Brochard, L., Rauss, A., Benito, S., Conti, G., Mancebo, J., Rekik, N., Gasparetto, A., & Lemaire, F., (1994). Comparison of three methods of gradual withdrawal from ventilatory support during weaning from mechanical ventilation, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 150(4), 896-903. doi: 10.1164/ajrccm.150.4.7921460.
- Brochard, L., Rauss, A., Benito, S., Conti, G., Mancebo, J., Rekik, J. N., et al. (1994). Comparison of three methods of gradual withdrawal from ventilator support during weaning from mechanical ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1(5), 896-903. doi: 10.1164/ajrccm.150.4.7921460.

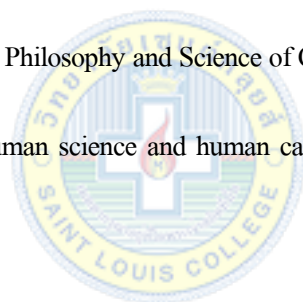
- Brockner, J. (1988). *Self-esteem at work: Research, theory and practice*. D.C. Healy & Lexington Books.
- Burns, S. M. (1999). Making weaning easier : Pathways and protocols that work. *Critical Care Nursing Clinic of North America*, 11(4), 465-477. [https://doi.org/10.1016/S0899-5885\(18\)30138-2](https://doi.org/10.1016/S0899-5885(18)30138-2).
- Burns, S. M., Burns, J. E., & Truitt, J. D. (1994). Comparison of five clinical weaning indices. *American Journal of Critical care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 3(5), 342-352. PMID: 8000457.
- Burns, S. M., Fahey, S. A., Barton, D. M., & Slack, D. (1991). Weaning from mechanical ventilation: A method for assessment and planning. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2(3), 372-389. doi: 10.4037/15597768-1991-3003.
- Burns, S.M., Ryan, B., & Burns, J. E. (2000). The weaning continuum use of acute physiology and chronic health evaluation III, Burns Wean Assessment Program, therapeutic intervention scoring system, and wean index scores to establish stages of weaning. *Critical Care Medicine*, 28(7), 2259-2267. doi: 10.1097/00003246-200007000-00013.
- Cook, D. J., Meade, M. O., & Perry, A. G. (2001). Qualitative studies on the patient's experience of Weaning from mechanical ventilation. *Chest*, 120(6 Suppl.), 469S-473S. doi: 10.1378/chest.120.6_suppl.469s.
- Cook, D., Rocker, G., Marshall, J., Sjökvist, P., Dodek, P., Griffith, L., et al. (2003). Withdrawal of mechanical ventilator in anticipation of death in the intensive care unit. *The New England Journal of Medicine*, 349(3), 1123-1132. doi: 10.1056/NEJMoa030083.
- Coopersmith, S. (1981). *SEI: Self-Esteem Inventories*. California: Psychologist Press.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-esteem inventories*. (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

- Crowther, M. E. (1995). Communication following a stillbirth or neonatal death: room for improvement. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 102(12), 952-956. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1995.tb10901.x>.
- Ely, E. W., Baker, A. M., Dunagan, D. P., Burke, H. L., Smith, A.C., Kelly, P. T., et al. (1996). Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously. *The New England Journal of Medicine*, 335(25), 1864 -1869. doi: 10.1056/NEJM199612193352502.
- Epstein, C. D., EL- Mokadem, N., & Purless, J. R. (2002). Weaning older patients from long term mechanical ventilation: A pilot study. *American Journal of Critical Care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 11(4), 369-377. PMID: 12102438.
- Esteban, A., Frutos-Vivar, F., Ferguson, N. D., Aradi, Y., Apezteufa, C., Gonzales, M., et. al. (2004). *Noninvasive positive-pressure ventilation for respiratory failure after extubation. The New England Journal of Medicine*, 350(24), 2452-2460. doi: 10.1056/NEJMoa032736.
- Esteban, A., Frutos, F., Tobin, M. J., Alía, I., Solsona, J. F., Valverdu, I., Rufael, F., et al. (1995). A comparison of four methods of weaning patients from mechanical ventilation. Spanish Lung Failure Collaborative Group. *The New England Journal of Medicine*. 332(6), 345-350. doi: 10.1056/NEJM199502093320601.
- Euswas, P. W. (1991). *The actualized caring moment : A grounded theory of caring in nursing practice*. A thesis of the degree of Doctor of Philosophy in Nursing. Massey University.
- Frisk, U., & Nordstrom, G. (2003). Patients' sleep in an intensive care unit - patients' and nurses' perception. *Intensive Critical Care Medicine*, 19(6), 342-349. doi: 10.1016/s0964-3397(03)00076-4.
- Grap, M. J., Blecha, T., and Munro, C. (2002). A dscription of patients' repost of endotracheal tube discomfort. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(4), 244-249. doi: 10.1016/s0964339702000654.

- Halm, M. A., & Alpen, M. A. (1993). The impact of technology on patients and families. *The Nursing Clinics of North American*, 28(2), 443-457. PMID: 8516184.
- Henneman, E. A. (2001). Liberating patients from mechanical ventilation: A team approach. *Critical Care Nurse*, 21(3), 25-33. PMID: 11858674.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1998). *Critical care nursing : A holistic approach*. (7th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Jablonski, R. A. S. (1995). If ventilator patients could talk. *RN: National magazine for nurses*, 58(2), 32-34.
- Johnson, M. M., & Sexton, D. L. (1990). Distress during mechanical ventilation: Patients' perceptios. *Critical Care Nurse*, 10(7), 48-57. PMID: 2403412.
- Knebel, A. R. (1991). Weaning from mechanical ventilation: Current controversies. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*, 20(4), 321-330. PMID: 2071425.
- Knebel, A. R., Shekleton, M. E., Burns, S., Clochesy, J. M., Hanneman, S. G., Ingersoll, G. L., et al. (1994). Weaning from mechanical ventilation: Concept development. *American Journal of Critical Care*, 3(6), 416-420.
- Kollef, M. H., Shapiro, S. D., Silver, P., St. John, R. E., Prentice, D., Sauer, S., et al. (1997). A randomized controlled of protocol-directed versus physiциandirected weaning from mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 25(4), 567-574. doi: 10.1097/00003246-199704000-00004.
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing : Cultural care diversity and university. *Nursing Science Quarterly*. 1(4). 152-160. doi: 10.1177/089431848800100408.
- MacIntyre, N. R. (2001). Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support: a collective task force facilitated by the American College of Chest Physicians; the American Association for Respiratory Care; and the American College of Critical Care Medicine, *Chest*, 120(6), 375S-396S. doi: 10.1378/chest.120.6_suppl.375s.

- Martensson, I. E., & Fridlund, B. (2002). Factors influencing the patient during weaning from mechanical ventilation: A national survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(4), 219-229. doi: 10.1016/s0964339702000630.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. (2nd ed). New York: Harper & Row.
- Meisel, M. (1991). Psychosocial implication in care of the critically ill patient and family. In Dolan, J.T. (Ed). *Critical care nursing: Critical management through the nursing process* (pp.14-30). Philadelphia: F.A. Davis.
- Morse, R., Rodgers, J., Verrill, M., & Kendell, K. (2003). Neuropsychological functioning following systemic treatment in women treated for breast cancer: a review. *European journal of cancer*, 39(16), 2288-2297. doi: 10.1016/s0959-8049(03)00600-2.
- Prevost, S. S. (1997). Individual and family response to the critical care experience. In Hartshorn, J. C. (Eds), *Critical Care Nursing* (pp. 65-67). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Puntillo, K. A. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*, 19(5 Pt 1), 526-533. PMID: 2211161.
- Puntillo, K. (1995). Pain assessment, treatment, and the coming thunder, Interview by Michael Villaire. *Critical Care Nurse*. 15(6), 74-81. PMID 8697766.
- Roger, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Satir, V. (1991). *The satir model : Family therapy and beyond*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Stawicki, S. P. (2007). ICU CORNER Mechanical ventilation: Weaning and extubation. *Opus 12 Scientist*, 1(2), 13-16.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory or caring. *Nursing Research*. 40(3), 161-166. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>.

- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed caring for the well-being of others. *Image : The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>.
- Swanson, K. M. (1999). What Is Known about Caring in Nursing Science: A Literay Meta-Analysis. In: Hinshaw, A. S., Feetham, S. & Shaver, J., (Eds.), *Handbook of Clinical Nursing Research* (pp.31-60), Thousand Oaks, California, Sage Publications, <https://doi.org/10.4135/9781412991452.n3>.
- Thelan, L. A., Davie, J. K., Urden, L. D., & Lough, M. E. (1998). *Critical Care Nursing: Diagnosis and management*. (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Turner, B., Clark, W. C., Kates, R. W., Richards, J. F., Mathews, J. T., & Meyer, W. B. (1990). *The Earth as transformed by human action: global change and regional changes in the biosphere over the past 300 years*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little, Brown.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. Boston: Jones & Bartlett Learning.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.อนัญญา มานิตย์

การศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

2. นางสมใจ แป้นแก้ว

การศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

3. อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ

การศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ
แบบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 29/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้การรับรองว่า

โครงร่างงานวิจัยเรื่อง: “ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน ต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดช่วยเหลือ”

ของ: นางกิติมากร โพธิ์จันดี

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล



ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรื่อโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

การหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง กระบวนการลดการช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้สามารถกลับมาหายใจได้เอง หรือหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในที่สุด ในผู้ป่วยที่มีความพร้อม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและปรับปรุงการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ความช่วยเหลือท่านและผู้ป่วยคนอื่นๆ ต่อไป ท่านจึงเป็นบุคคลสำคัญที่เป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที และท่านมีสิทธิที่ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้

ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจที่จะเข้าเกี่ยวข้องในการวิจัย เรื่อง ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ที่ห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้วิจัย คือ นางกิตติมากร โพธิ์จันดี ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้แล้ว และภายหลังต้องการยกเลิก ท่านมีสิทธิบอกเลิก โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย และผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของข้าพเจ้า ตลอดการวิจัยนี้

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย ได้ที่วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โทร 083-2421342

ลงนาม.....

ผู้ยินยอม

ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ยินยอมอนุญาตให้..... เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้

ลงนาม.....

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ยินยอม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยดิฉันนางกิติมากร โพธิ์จันดี นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำลังดำเนินการวิจัยเรื่องผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยการบูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลทั่วไป ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปพัฒนาระบบงานด้านการพยาบาลและส่งเสริมการบริการการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือกเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยข้อมูลให้เกิดผลเสียหายต่อท่าน ทั้งในหน้าที่การงานและโดยส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเป็นด้วยความสมัครใจ หากท่านต้องการยกเลิก ท่านสามารถบอกยกเลิกโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย จากผู้วิจัยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ภาคผนวก ค

(ตัวอย่าง) คู่มือ

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน
ต่อการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ



คู่มือ

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้ความมี
คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ

โดย



นางกิติมากร โพธิ์จันดี

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

สารบัญ

หน้า

คำนำ

วัตถุประสงค์ของคู่มือ	1
คำชี้แจงการใช้คู่มือ	1
คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ	2
ส่วนประกอบของคู่มือ	2
1. รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน สำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	
1.1 แนวคิด/ทฤษฎี	
แนวคิดการดูแลของสแกนสัน	2
แนวคิดผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	5
1.2 ความหมายของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	7
2. ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ ทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	
2.1 การบูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันและ แนวคิดผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	8
2.2 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่ บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	19
3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ	
3.1 บทบาทหน้าที่ของหัวหน้างาน	32
3.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ	33
บรรณานุกรม	37
ภาคผนวก	
แบบฟอร์มต่างๆ ที่ใช้ในคู่มือ	38-40

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันและแนวคิดผู้ป่วย หยาเครื่องช่วยหายใจ	9
ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	20



ภาคผนวก ง

แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ



แบบสอบถาม เรื่อง ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลแห่งนี้ โดยแบบสอบถามจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความมีคุณค่าของตนเองของท่านขณะทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ โดยมีการให้คะแนนดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่านมากที่สุด
ทั้งหมดของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่าน มากเกินครึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่านครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3

เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่านน้อยครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2

เป็นจริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของท่าน
ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

ข้อ	ข้อความ	ระดับความถี่คุณค่าในตนเอง				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
	ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิต					
1.	ทุกๆครั้งก่อนทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ ท่านฝึกหายใจเข้าออกได้ตามวิธีที่พยาบาลแนะนำทุกอย่าง					
2.	ทุกครั้งก่อนฝึกหายใจท่านและพยาบาลได้วางแผนร่วมกัน กำหนดระยะเวลาทำการฝึกหายใจ ทำให้ท่านมั่นใจ.....					
3.	ทุกๆครั้งที่ฝึกหายใจ พยาบาลอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติฝึกหายใจทั้งหมด ท่านเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้ท่าน...					
4.	ขณะฝึกการหายใจ ท่านได้รับเครื่องช่วยหายใจบนเตียง ท่านสามารถบริหารแขน ขา เพื่อฝึกกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ให้แข็งแรง					
5.	ท่านฝึกหายใจด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลคอยเหลืออยู่ที่เตียง กับท่านตลอดเวลา ท่านได้ใช้ความพยายามเต็มที่ทุกครั้ง					
6.	ทุกๆครั้งหลังทำการฝึกหายใจ พยาบาลสอนการควบคุมการหายใจ และท่านปฏิบัติตามได้ถูกต้องจึงรู้สึกผ่อนคลาย					
7.	หลังทำการฝึกหายใจครั้งแรก พยาบาลชมเชยความสามารถของท่านๆเชื่อมั่น.....					
8.	พยาบาลและท่านร่วมกันค้นหาและแก้ไขปัญหาคือทำให้ท่านฝึกหายใจไม่ได้ตามเวลาที่กำหนดทุกครั้ง ท่านมั่นใจ....					
9.	ท่านให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลทุกครั้ง ทำให้การฝึกหายใจเป็นไปด้วยดี					
10.	พยาบาลแนะนำการสื่อสาร เติริมกระดาด ปากกา และกริ่งไว้ใกล้ตัว ทำให้ท่านเขียนบอกความต้องการได้สะดวก และมั่นใจว่าพยาบาลจะมาช่วยเหลือ.....					
	ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ					
11.	ทุกครั้งพยาบาลดูแลความเจ็บป่วยของท่านด้วยความเข้าใจ ไม่ขัดต่อความเชื่อที่ท่านและครอบครัวยึดถือปฏิบัติ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความถี่คุณค่าในตนเอง				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
12.	พยาบาลถามความต้องการท่านทุกวัน เปิดโอกาสให้ท่าน ระบายความรู้สึกวิตกกังวล ความกลัว และพยาบาลรับฟังด้วยความ เห็นอกเห็นใจ					
13.	ทุกครั้งที่คุณติและบุคคลในครอบครัวมาเยี่ยม จะถามความ คิดเห็นในเรื่องราวต่างๆและรับฟังการตัดสินใจของท่านๆ รู้สึกว่าคุณมี.....					
14.	ทุกๆ วันท่านสามารถเช็ดตัวได้เองตามคำแนะนำของพยาบาล ทำให้ครอบครัวชื่นชมความสามารถในการดูแลตนเอง.....					
15.	ทุกๆวันพยาบาลแจ้งวัน เวลา และอาการเจ็บป่วยของท่าน ทำ ให้ท่านมีกำลังใจ ท่านรู้สึกว่าคุณ.....					
16.	ขณะเจ็บป่วยท่านมีญาติคอยดูแลให้กำลังใจทุกวัน เข้าใจ ความเจ็บป่วยและแจ้งข่าวคราวที่มีความสำคัญต่อท่าน ทำให้รู้สึกว่าคุณ.....					
17.	ทุกครั้งที่คุณพยาบาลดูแลท่านด้วยความนุ่มนวล เป็น ใจหยาบ มีการพัก และพูดคุยถามอาการท่าน					
18.	ขณะทำการฝึกหายใจ ท่านมีญาติและบุคคลในครอบครัว มา นั่งเป็นเพื่อน คอยดูแลให้กำลังใจบ้างๆเพียงทุกครั้ง					
19.	ขณะทำการฝึกหายใจ มีพยาบาลคอยดูแลท่านอย่างใกล้ชิด และมีเครื่องมือสำหรับเฝ้าระวังอาการผิดปกติ.....					
20.	พยาบาลช่วยปรับอุณหภูมิห้องที่ร้อนหรือเย็นเกินไป ปรับ แสงสว่างทำให้ท่านนอนหลับพักผ่อนได้ดี					
21.	ด้านการมีคุณภาพชีวิต ขณะอยู่โรงพยาบาลท่านให้ความร่วมมือ รับฟังความคิดเห็น ของพยาบาลไม่ปฎิบัติ.....					
22.	ทุกครั้งท่านเชื่อมั่นในความพยายาม และความสามารถของ ตนเองในการฝึกหายใจ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความถี่คุณค่าในตนเอง				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
23.	ท่านสามารถควบคุมการขยับตัว พลิกตะแคงตัวได้ด้วยตนเอง โดยไม่ทำให้อุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลเลื่อนหลุดทุกครั้ง...					
24.	ทุกครั้งที่ท่านไออย่างถูกวิธี ท่านสามารถขับเสมหะออกได้ดี ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง และหายใจ....					
25.	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทำให้ฝึกหายใจได้ ในระยะเวลาที่นานขึ้น หรือหายใจได้เองโดย....					
26.	ท่านฝึกการกำหนดสติ สวดมนต์ในใจ แผ่เมตตา ทำให้ท่าน สงบ ผ่อนคลายและบรรเทาความเจ็บปวด					
27.	ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้หรือหมดหวังเมื่อทำการฝึกหายใจไม่ สำเร็จ แต่ท่านนำความสำเร็จดังกล่าวมาคิดทบทวนและหา วิธีปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้นเพื่อ....					
28.	ขณะทำการฝึกหายใจท่านทราบสถานการณ์ความเจ็บป่วย ของท่าน การระลึกถึงความสำเร็จของท่านที่ผ่านมา ทำให้มี ความหวังว่าจะหายและ....					
29.	ทุกครั้งเมื่อท่านเริ่มรู้สึกหายใจเหนื่อย ท่านสื่อสารขอความช่วยเหลือ และขอชะลอการฝึกหายใจออกไป ท่านคิดว่าได้ ปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสม					
30.	เมื่อผู้ป่วยข้างเตียงต้องการความช่วยเหลือ หรือทำอุปกรณ์ ช่วยชีวิตเลื่อนหลุด ท่านช่วยสื่อสารบอกให้พยาบาลมา ช่วยเหลือทันที ทำให้ท่านรู้สึกว่....					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเครื่องหมาย () หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ
 () 1.ชาย () 2. หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพ
 () 1.โสด () 2.คู่ () 3.หม้าย () 4.หย่า () 5.แยกกันอยู่
4. ศาสนา
 () 1.พุทธ () 2.คริสต์ () 3.อิสลาม () 4.อื่นๆระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
 () 1.ไม่ได้รับการศึกษา () 2.ประถมศึกษา () 3.มัธยมศึกษาตอนต้น
 () 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย () 5. ปวช. หรือ ปวส. () 6.ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
6. อาชีพปัจจุบัน
 () 1.ไม่ได้ทำงาน () 2.ค้าขาย () 3.เกษตรกร
 () 4.รับจ้าง/พนักงาน () 5.รับราชการ () 6. อื่นๆระบุ...
7. ผู้ดูแลและใกล้ชิดท่านขณะเจ็บป่วย
 () 1.คู่สมรส () 2.บุตรหลาน () 3.บิดา มารดา () 4.อื่นๆระบุ.....
8. ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
 () 1. น้อยกว่า 3 วัน () 2. 3-5 วัน () 3.มากกว่า 5 วัน

ภาคผนวก จ

โครงการอบรม

เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับ
ผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ



โครงการอบรม

เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน สำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจากการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจโดยตรง หายุดหายใจ และป่วยด้วยสาเหตุอื่น เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพียงพอ เครื่องช่วยหายใจจึงมีความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็อาจเพิ่มความทุกข์ทรมานและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาเมื่อใช้ในระยะเวลานานขึ้น ดังนั้นระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงควรให้สั้นที่สุดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะมีผลลดค่าใช้จ่าย ลดวันนอนและลดอัตราการเสียชีวิต ผลกระทบที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อปัญหาที่เป็นสาเหตุของการใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการแก้ไข กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจจึงเกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่ละเอียดอ่อนสลับซับซ้อนและท้าทายความสามารถของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ความมุ่งมั่นในการหายใจ ปรับตนเองให้อยู่กับเครื่องช่วยหายใจ โดยที่ผู้ป่วยต้องการจะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก และกลับบ้านไปใช้ชีวิตกับครอบครัวตามปกติ เป็นการสร้างเป้าหมายที่มีคุณค่าและสามารถเป็นไปได้ ก่อให้เกิดแรงจูงใจและกระทำงานประสบความสำเร็จ การผสมผสานการดูแลที่สอดคล้องในการปฏิบัติการพยาบาลทุกกิจกรรม ทุกขั้นตอน จนทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เชื่อมั่น ในพลังความสามารถของตน นำไปสู่ความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ (Swanson, 1993 ; Watson, 1999) ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาล ควรสนใจการพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยจัดการให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้ความรู้ ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่และสามารถนำไปพัฒนา ส่งเสริม การปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคเร็วขึ้น ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ จึงได้จัดอบรมเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยคาดหวังว่าพยาบาลจะมีความรู้ในเรื่องการดูแลเอาใจใส่และสามารถนำไปพัฒนา ส่งเสริม การปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคเร็วขึ้น ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วิธีดำเนินการ

บรรยายเนื้อหาภาคทฤษฎี การอภิปรายและซักถามปัญหา และสัมมนาการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ แก่พยาบาลวิชาชีพ

วิทยากร

รศ.ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

การประเมินผล

แบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดการอบรม

สถานที่

ณ ห้องประชุมชวนชม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

วันและเวลาในการอบรมและสัมมนา

วันที่ 24 มิถุนายน 2553 เวลา 10.00-12.00 น.

งบประมาณ

1. เอกสารคู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสัน และสมุดบันทึกประจำวันของพยาบาลวิชาชีพ
2. เครื่องดื่ม และอาหารว่าง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ
2. มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันสำหรับผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ
3. ผู้เข้ารับการอบรมมีโอกาสดแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นซึ่งกันและกันสามารถนำความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ก่อให้เกิดวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลแนวทางหนึ่งในการจัดการคุณภาพการพยาบาล

ภาคผนวก ข

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจก่อนการใช้
รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และก่อนการใช้รูปแบบ
การบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยรวม และรายด้าน กลุ่มควบคุม ก่อน การใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลอง ก่อน การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของ สเวนสัน

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1.ด้านการสร้างความสำเร็จในการ ดำเนินชีวิต	ควบคุม	10	3.31	0.073	5.6	56.50	-1.865
	ทดลอง	10	3.67	0.206	15.35	153.50	
2.ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	ควบคุม	10	3.46	0.135	6.25	62.5	-1.111
	ทดลอง	10	3.78	0.193	14.75	147.50	
3.ด้านการมีคุณค่าที่ดี	ควบคุม	10	3.47	0.067	5.95	59.50	-1.760
	ทดลอง	10	3.7	0.590	15.05	150.50	
รวม	ควบคุม	10	3.41	0.724	5.55	55.50	-1.891
	ทดลอง	10	3.73	0.390	15.45	154.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยรวม และรายด้านกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิตเป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองด้านการสร้าง ความสำเร็จในการดำเนินชีวิต	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)		Z
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ท่านฝึกหายใจเข้าออกได้ตามวิธี...	3.60	0.516	3.90	0.316	-0.755
2.					
2.ท่านวางแผนร่วมกันกำหนดระยะเวลาทำการ ฝึกหายใจ...	3.10	0.316	3.50	0.527	-0.915
3.พยาบาลอธิบายขั้นตอนการฝึกหายใจ...	3.00	0.000	3.80	0.422	-1.799
4.ท่านบริหารเพื่อฝึกกล้ามเนื้อให้แข็งแรง..	3.90	0.316	3.90	0.516	0.000
5.พยาบาลคอยช่วยเหลืออยู่กับท่านที่เตียง ตลอดเวลา...	3.30	0.483	3.60	0.206	-0.657
6.พยาบาลสอนฝึกการหายใจ และท่านปฏิบัติ ตามได้ถูกต้อง...	3.70	0.483	3.90	0.422	-0.545
7.หลังฝึกการหายใจครั้งแรก พยาบาลชมเชย ความสามารถท่าน	3.40	0.516	3.50	0.527	-0.219
8.พยาบาลและท่านร่วมกันหาและแก้ไขปัญห ที่ทำให้ฝึกหายใจได้ไม่ตามเวลา...	3.10	0.316	3.10	0.000	0.000
9.ท่านร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้การ ฝึกหายใจเป็นไปด้วยดี...	3.00	0.000	4.00	0.527	-2.179
10.พยาบาลแนะนำ เตรียมอุปกรณ์สื่อสารทำให้ ท่านเขียนบอกความต้องการได้...	3.00	0.000	3.50	0.483	-2.126
รวม	3.10	0.738	3.67	0.205	-1.865

*p < 0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจด้านการสร้างความสำเร็จในการดำเนินชีวิตเป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือเป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองด้าน การได้รับการยอมรับนับถือ	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)		Z
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. พยาบาลดูแลท่านด้วยความเข้าใจ ไม่ขัดต่อ ความเชื่อที่ท่านและครอบครัวยึดถือ...	3.80	0.527	3.50	0.527	-0.685
2. พยาบาลถามความต้องการ เปิดโอกาสให้ ระบายความรู้สึก...	3.00	0.483	3.30	0.483	-0.907
3. บุคคลในครอบครัวรับฟังการตัดสินใจของ ท่านทุกครั้งที่มาเยี่ยม...	3.80	0.000	4.00	0.000	-0.726
4. ท่านเช็ดตัวได้เองตามคำแนะนำของพยาบาล...	4.00	0.000	4.00	0.000	0.000
5. พยาบาลแจ้งวัน เวลา อาการเจ็บป่วยท่าน..	3.30	0.527	3.50	0.527	-0.445
6. ญาติคอยดูแลให้กำลังใจทุกวัน เข้าใจความ เจ็บป่วย...	3.80	0.000	4.00	0.000	-0.726
7. พยาบาลดูแลด้วยความนุ่มนวล พุดคุย ซักถาม...	3.70	0.000	4.00	0.000	-0.915
8. ขณะฝึกหายใจท่านมีญาติมานั่งเป็นเพื่อนให้ กำลังใจ...	3.00	0.000	4.00	0.000	-2.179
9. พยาบาลดูแลท่านอย่างใกล้ชิด...	3.20	0.000	4.00	0.000	-1.779

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยา
เครื่องช่วยหายใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือเป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล
ตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่
บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

การรับรู้คุณค่าในตนเองด้าน การได้รับการยอมรับนับถือ	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)		Z
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
10.พยาบาลปรับอุณหภูมิ ปรับแสงสว่าง...	3.00	0.527	3.50	0.527	-1.258
รวม	3.46	0.134	3.78	0.193	-1.111

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยา
เครื่องช่วยหายใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือเป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล
ตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่
บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ
ด้านกรมีคุณค่าดีเป็นรายชื่อ กลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของ
ผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี
การดูแลของสเวนสัน

การรับรู้คุณค่าในตนเองด้าน การมีคุณค่าดี	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)		Z
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ท่านให้ความร่วมมือ รับฟังความคิดเห็นของ พยาบาล...	4.00	0.000	4.00	0.000	-1.089
2. ท่านเชื่อมั่นในความพยายามและความสามารถ ตนเอง...	3.60	0.000	4.00	0.000	-1.089

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจด้านการมีคุณความดีเป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการเข้ารับแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มทดลองก่อนการเข้ารับแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน (ต่อ)

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองด้าน การมีคุณความดี	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)		Z
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
3.ท่านพลิกตะแคงตัวโดยไม่ทำให้อุปกรณ์เลื่อนหลุด...	3.90	0.000	4.00	0.000	-0.500
4.ท่านไปอย่างถูกวิธี ขับเสมหะออก ท่านภูมิใจ...	4.00	0.000	4.00	0.000	0.000
5.ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้ฝึกหายใจได้ ระยะเวลานานขึ้น...	3.00	0.527	3.50	0.527	-0.445
6.ท่านฝึกกำหนดสติ สวดมนต์ในใจ ทำให้ท่าน สงบ...	3.80	0.422	4.00	0.000	-0.726
7.ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ หรือหมดหวัง...	3.10	0.316	3.00	0.527	-0.500
8.ท่านทราบสถานการณ์ความเจ็บป่วย...	3.00	0.000	3.70	0.483	-1.593
9.เมื่อท่านเริ่มรู้สึกหายใจเหนื่อย ท่านสื่อสารขอ ความ...	3.00	0.000	3.50	0.000	1.258
10.เมื่อผู้ป่วยข้างเตียงต้องการความช่วยเหลือ...	3.00	0.000	3.50	0.000	-1.208
รวม	3.47	0.067	3.72	0.123	-1.891*

*p < 0.05

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเรื้อรังช่วยหายใจด้านการมีคุณความดีเป็นรายข้อ กลุ่มควบคุมก่อนการเข้ารับแบบการพยาบาลตามการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพและกลุ่มทดลองก่อนการเข้ารับแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสเวนสัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.83000/(ว)0846

4 กรกฎาคม 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางกิตติมากร โพธิ์จันดี นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง **“ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแกนสันต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ”** โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้ สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาริเชิญ **คุณสมใจ แป้นแก้ว** เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางกิตติมากร โพธิ์จันดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : คุณสมใจ แป้นแก้ว

ผู้ประสานงาน: สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

พป/ธล

เมตตา กรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.83000/(ว)0846

4 กรกฎาคม 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางกิติมากร โพธิ์จันดี นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง **“ผลการใช้รูปแบบ การบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน ต่อการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ”** โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษารอเรียนเชิญ **ดร.อนัญญา มานิตย์** เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางกิติมากร โพธิ์จันดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : ดร.อนัญญา มานิตย์

ผู้ประสานงาน: สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

พป/ธล

เมตตา กรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นาง กิตติมากร โพธิ์จันดี

วัน เดือน ปี เกิด

7 สิงหาคม 2508

สถานที่เกิด

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ประวัติการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นต้น
วิทยาลัยพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี
พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารการพยาบาล)
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี