

ประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ



นายจักรี ก้วกำจัด

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

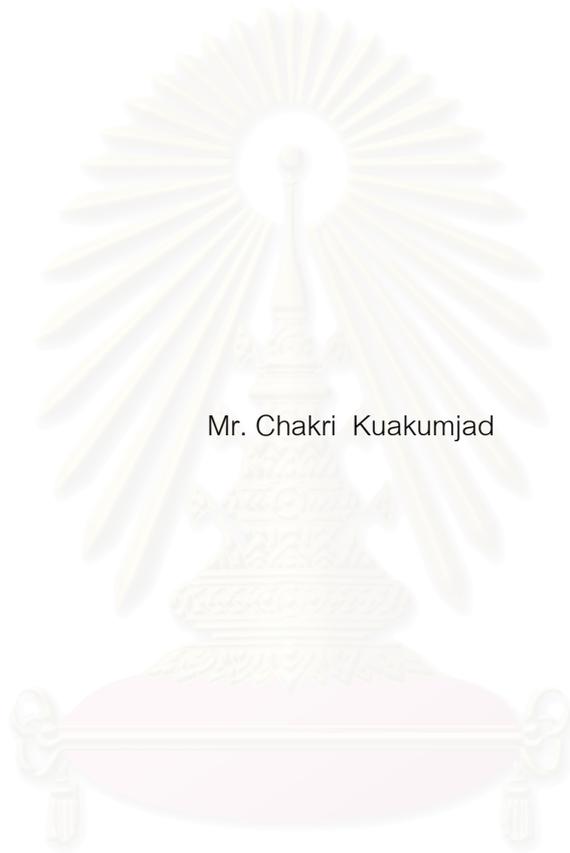
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CARING NEED EXPERIENCES OF ENDOTRACHEAL INTUBATED SCHOOL-AGE CHILDREN



Mr. Chakri Kuakumjad

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์ความต้องการการดูแล

ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

โดย

นายจักรี ก้วกำจัด

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต



..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุชาติ)



..... อาจารย์ที่ปรึกษา

(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)



..... กรรมการ

(พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

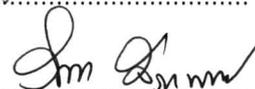
จักรี ก้วกำจัด : ประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อ
หลอดลมคอ. (CARING NEED EXPERIENCES OF ENDOTRACHEAL INTUBATED
SCHOOL-AGE CHILDREN) อาจารย์ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์,
118 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็ก
วัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดเชิง
ปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserl Phenomenology) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับกิจกรรมสนทนากาในผู้ป่วย
เด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี ที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ การอิมตัวของข้อมูลเกิดขึ้นใน
การศึกษาผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย การสัมภาษณ์บันทึกด้วยเทปบันทึกเสียง และนำมาถอด
ความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามแบบการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (2001 cited in
Streubert & Carpenter, 2003)

ผลการศึกษาทำให้สามารถอธิบายประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัย
เรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความรู้สึกต่อ
ประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอมี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) เจ็บปวด ทรมาน 2) น่าสะพรึงกลัว
3) อึดอัด คับข้องใจในการสื่อสาร และ 4) เบื่อ ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ความต้องการการดูแล
ขณะใส่ท่อหลอดลมคอมี 3 ประเด็น ได้แก่ 1) สัมผัสที่อบอุ่นและอ่อนโยน 2) บริการสร้างเสริม
จิตสุนทรีย์ และ 3) ช่องทางเจรจานำพาสุข

ผลศึกษานี้ ทำให้เข้าใจการรับรู้ประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัย
เรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอดีขึ้น และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการ
พยาบาลแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....จักรี ก้วกำจัด.....

ปีการศึกษา.....2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..........

4777560636 :MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: CARING NEED EXPERIENCES/ ENDOTRACHEAL INTUBATED CHILDREN.

CHAKRI KUAKUMJAD: CARING NEED EXPERIENCES OF
ENDOTRACHEAL INTUBATED SCHOOL-AGE CHILDREN.THESIS
ADVISOR: PROF. VEENA JIRAPAET,DNSc 118 pp.

The study purpose was to describe caring need experiences of endotracheal intubated school-age children. The Husserlian phenomenology was applied as a methodology of study. Data were collected by using in-depth interviews combined with entertainment activities in endotracheal intubated school-age children, age range 9-12 years old. Data were saturated after 10 informants. The interviews were tape recorded and transcribed verbatim. Data were analyzed by using Colaizzi method. (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003)

Findings revealed that caring need experiences of endotracheal intubated school-age children consisted of 2 parts. First, the feeling experiences of being endotracheal intubated consisted of 4 themes: 1) hurt and torture, 2) extreme fear, 3) oppression in communication, and 4) boredom. Second, the caring need experiences of being endotracheal intubated consisted of 3 themes: 1) loving and tender touch, 2) pleasant service, and 3) channel of comfort communication.

This study provides an understanding about the perception of caring need from the experiences of endotracheal intubated school-age children. Findings can be used for developing holistic nursing interventions that can effectively meet needs of endotracheal intubated school-age children.

Field of study.....Nursing Science.....

Student's signature.....*Chakri Kuakumjad*.....

Academic year.....2006.....

Advisor's signature.....*Veena Jirapaet*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดีได้ เพราะได้รับความอนุเคราะห์จาก ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้อิทธิพลทางความคิด อันก่อให้เกิดปัญญาแก่ผู้วิจัย รวมทั้งคอยให้คำชี้แนะ ให้ความเอาใจใส่ และให้กำลังใจในการทำ วิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี ตลอดจนช่วยเหลือแนะแนวทางการแก้ปัญหา และให้แนวคิดที่ดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และพันตรีหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำชี้แนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้ง คณาจารย์ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาท ความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ให้คำชี้แนะ สั่งสอน ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการศึกษาจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอขอบพระคุณพี่ ๆ พยาบาล และบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ทุกท่านที่มีส่วนร่วม และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และ ขอขอบคุณผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการ วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำ วิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพที่ให้โอกาสให้ผู้วิจัยใน การลาศึกษา รวมทั้งขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนี กรุงเทพ ที่เสียสละให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษา และคอยถามไถ่ด้วยความห่วงใยด้วยดีเสมอมา

ขอขอบคุณพี่สาว น้องสาว และสมาชิกในครอบครัวทุกคน รวมทั้งผองเพื่อนและ กัลยาณมิตรทุกท่านที่ร่วมแบ่งปันความห่วงใย ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยดีตลอดการศึกษา

ขอขอบคุณ นายแพทย์ จรุงวิทย์ ปลื้มเปรมจิตต์ ที่กรุณาเอื้อเพื่อช่วยถ่ายภาพ ผลงานของผู้ป่วยเด็ก ขอขอบคุณ ป้าอุบล ยี่เอ็ง หัวหน้าพยาบาล ศูนย์กู่ชีพนเรนทร ที่ให้ คำแนะนำสำหรับการเรียงร้อยถ้อยคำในการเขียนข้อเสนอแนะ

ความดีใด ๆ ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขออุทิศให้แก่บิดามารดาผู้ล่วงลับที่ให้กำเนิด และสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนดี ทำดี มีความอดทน ซื่อสัตย์สุจริต รักและศรัทธาต่อเพื่อนมนุษย์ และมอบให้แก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอทุกคน ขอให้มีความตั้งใจที่เข้มแข็งในการเผชิญ กับ โรคและการรักษา หายขาดจาก โรคและกลับมาใช้ชีวิตอย่างปรกติสุขตามสมควร ทุกคน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่จะได้รับ.....	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ.....	8
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการ.....	22
ลักษณะและพัฒนาการของเด็กวัยเรียน.....	26
แนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา.....	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย.....	43
ผู้ให้ข้อมูล.....	44
การได้มาและการเข้าถึงข้อมูล.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
ความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	53
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล.....	56
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....	57

บทที่	หน้า
5. อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะ.....	86
รายการอ้างอิง.....	88
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก.....	98
1. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วม.....	99
2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	100
3. แนวคำถามการสัมภาษณ์.....	102
4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล.....	103
5. แบบบันทึกภาคสนาม.....	104
6. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น.....	105
ภาคผนวก ข.....	103
1. ประสิทธิภาพของผู้วิจัยจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้.....	107
2. ใบพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.....	109
3. หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย.....	111
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	118

ภาพประกอบ

หน้า

- 1 ภาพวาดเกี่ยวกับประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอจากผู้ให้ข้อมูล..... 112
- 2 ภาพถ่ายอุปกรณ์ที่ช่วยในการสื่อสารที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะ..... 117



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรจะต้องดูแลผู้ป่วยเด็กแบบองค์รวม กล่าวคือด้านร่างกายให้การดูแลตอบสนองในเรื่อง ความต้องการอาหาร อากาศ น้ำ การควบคุม อุณหภูมิของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทางด้านจิตใจ อารมณ์สังคมให้การดูแลตอบสนองความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการความรัก ความอบอุ่น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2540) และดูแลตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณโดย พยาบาลจะต้องมีทักษะในการสื่อสาร การสร้างความไว้วางใจ การช่วยให้มีความหวังอย่างเหมาะสม และทำหน้าที่เป็นสื่อกลางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อ (Narayanasamy, 1999) ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กสามารถปรับตัวต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กในด้านต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีความวิตกกังวลต่อสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ไม่สามารถบอกความต้องการใด ๆ ได้ ผู้ป่วยเด็กรู้สึกกลัวไม่ทราบว่าจะเกิดสิ่งใดขึ้นกับตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ดังนั้นในการให้การพยาบาลจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งบางครั้งไม่สามารถบอกถึงความต้องการต่าง ๆ ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า หัวใจของเด็กบอบบาง ต้องการความเมตตา และอ่อนโยน หัวใจของผู้ใหญ่ จึงต้องพร้อมที่จะรักและพร้อมที่จะให้ เด็กน้อยจึงจะสดชื่น แจ่มใส เบิกบาน เด็กน้อยจะมีความสุข รับรู้ประสบการณ์ด้วยสัมผัสที่ใจ (สุมน อมรวิวัฒน์, 2534) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กจะต้องมีความละเอียดอ่อน เข้าใจถึงความต้องการและพัฒนาการของเด็ก เพื่อที่จะสามารถประเมินปัญหาและตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม การที่พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยเด็กแบบองค์รวมนั้น จะต้องให้การดูแลเด็กด้วยการบูรณาการกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณโดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม สภาพสังคม เศรษฐกิจ สิทธิ เสรีภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

สภาวะเจ็บป่วยของเด็กจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาวะวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างมาก ซึ่งในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย บุคคลแปลกหน้า กิจกรรมการรักษาพยาบาลและการถูกจำกัดกิจกรรม สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของผู้ป่วยเด็กอย่างมาก และอาจส่งผลให้เด็กเกิดการปรับตัวไม่เหมาะสมและมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบของความกลัวอย่างรุนแรงได้ (Ziegler & Prior, 1994)

เนื่องจากวัยเด็กเป็นวัยที่มีข้อจำกัดในพัฒนาการทุกด้าน รวมทั้งความสามารถในการใช้กลไกในการปรับตัวต่อการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ (Smith, Goodman, Ramsey, & Posterneck, 1982; Whaley & Wong, 1995) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กมีความเจ็บป่วยรุนแรงมากและมีข้อบ่งชี้ว่าต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยเด็กจะได้รับกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งเป็นประสบการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นสิ่งที่คุกคามน่ากลัวสำหรับผู้ป่วยเด็ก (Heart & Bossert, 1994) ทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพของเด็ก เพราะความกลัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายซึ่งอาจทำให้พยาธิสภาพของโรคเลวร้ายลง เช่น เกิดอาการแสดงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดรุนแรงขึ้น (Josselyn, 1978) อาจทำให้การวินิจฉัยประเมินอาการผิดพลาด จึงไม่สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง หรือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บปวดมากขึ้น (Rodrigue et. al., 1995) รวมทั้งอาจทำให้เด็กมีอาการผิดปกติทางอารมณ์ หรือมีการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมถดถอย เป็นเด็กกว่าวัย กลัวการพลัดพรากแยกจาก ซึมเศร้า แยกตัว หรือแบบแผนการนอนผิดปกติ (Muller et al., 1992; Lumley, Melamed & Abeles, 1993) นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้ความสามารถในการสื่อสารของเด็กลดลงเนื่องจากท่อหลอดลมคอจะทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวัจนภาษา เพื่อบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบได้ ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติก็ตาม เนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอไม่ว่าจะเป็นการใส่ทางปาก (Orotracheal) ทางจมูก (Nasotracheal) หรือ การเจาะคอ (tracheostomy) อากาศที่ผ่านเข้าและออกจากปอดจะไม่สัมผัสกล่องเสียง (Kathol, 1999; Manzano & Perez, 1993) ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถเปล่งเสียงที่ใช้สื่อสารด้วยการพูดได้ เกิดความยากลำบากและขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความต้องการของตนเองไปสู่ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือญาติของตนเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป (Weinmann & Giles, 1988 cited in Elliott & Wright, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็กของ นอยส์ (Noyes, 2000) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่าผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจประสบความยากลำบากในการสื่อสาร และต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนเองสามารถสื่อสารได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลให้การรักษาพยาบาล จะมีการสื่อสารซึ่งกันและกันระหว่างการรักษาพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (ชูใจ บุญมาก, 2529; Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995) ซึ่งมีทั้งการสื่อสารด้วยวัจนภาษาและอวัจนภาษา ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้รับการช่วยเหลือด้านการสื่อสารที่เหมาะสมจะทำให้เขารู้สึกปลอดภัย

รู้สึกมั่นใจ สามารถควบคุมความรู้สึกกดดัน และความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้ดี (สุวดี ศรีเลณวิติ, 2530) นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอยังทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ (Granberge, Bergbom-Engberg, & Lunberg, 1996; Doherty, Plowfield, Ware, & West, 1999) จากความไม่เข้าใจหรือไม่แน่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเด็กพยายามจะสื่อสาร และส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและภาวะสุขภาพโดยรวมของเด็ก คือทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ เพราะพยาบาลอาจให้การพยาบาลไปตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งไม่ถูกต้องตรงกับการรับรู้และความต้องการของผู้ป่วยเด็ก (Costello, 2000) เนื่องจากการรับรู้ที่แตกต่างกันระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ มีการศึกษาถึงการดูแลที่สำคัญในเด็กป่วยของประเทศสวีเดนซึ่งเป็นการศึกษาถึงความต้องการการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลและความต้องการการช่วยเหลือเมื่อกลับบ้านตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแลและพยาบาล พบว่าการรับรู้และการให้ความสำคัญของการดูแลขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความต้องการการช่วยเหลือเมื่อกลับบ้านแตกต่างกันในบางเรื่อง โดยผู้ดูแลและพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใหญ่จะมีการรับรู้ที่คล้ายกันแต่จะแตกต่างจากการรับรู้และการให้ความสำคัญเรื่องความต้องการการดูแลและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยเด็ก (Enskar & Essen, 2000)

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน เนื่องจากโมโนทัศน์หรือความเข้าใจด้านสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยโดยทั่ว ๆ ไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การศึกษามโนทัศน์ด้านการเจ็บป่วยของเด็กพบว่าจะเปลี่ยนแปลงไปตามระดับพัฒนาการด้านสติปัญญา จากระดับขั้นก่อนปฏิบัติการ ขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม จนถึงขั้นปฏิบัติการด้วยนามธรรม โดยเปลี่ยนแปลงตามความสามารถแปลความหมายจากการรับรู้ต่อร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพดีของเด็ก (Kalnins & Love, 1982) ในเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นระยะพัฒนาการความขยันหมั่นเพียร (Sedulity) มีการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ เริ่มเข้าใจกฎกติกาของสังคม มีการแข่งขันเลียนแบบกลุ่มเพื่อนและสังคม มีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในขั้นของการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete operation period) สามารถใช้สมองคิดอย่างมีเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์และแก้ปัญหาได้ เริ่มคิดแบบตรรกะ (ศรีเรื่อน แก้วกังวาน, 2540) สามารถแยกแยะมองเห็นความแตกต่างและรายละเอียดของสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น สามารถใช้สำนวนภาษาในการพูดและเขียนได้ดี บรรยายเล่าเรื่องได้ แสดงความคิดเห็นได้อย่างมีเหตุผล วิพากษ์วิจารณ์ได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ (ทิพย์ภา เชษฐุ์ชาวลิต, 2543) สามารถเข้าใจในสิ่งที่ตนได้รับทางประสาทสัมผัส และนำสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้ มารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผน รู้จักสัญลักษณ์และความหมายของสิ่งต่างๆ ได้ รู้จักวางแผน และดัดแปลงแก้ไขการกระทำต่างๆ อย่างมีเหตุผล (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535) เด็กวัยเรียนสามารถใช้จินตนาการในเรื่องต่างๆ ทั้ง ๆ ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Von, 2002) ความกลัวที่ยิ่งใหญ่

สำหรับเด็กวัยนี้ คือ สภาวะที่ถูกคุกคาม เช่น การเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในสิบของภาวะวิกฤติของเด็กวัยเรียน (Beck, Rawlins, & Williams, 1988) กลัวการสูญเสีย การควบคุม และเริ่มกลัวความตาย (คะเน็งนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร และ พิสมัย อุบลศรี, 2544) เมื่อเด็กวัยเรียนเจ็บป่วยเด็กจะเรียนรู้ความเจ็บป่วยเช่นเดียวกับการเรียนรู้ในทัศนอื่น ๆ จากประสบการณ์ของเด็ก ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามพัฒนาการทางสติปัญญาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ในเด็กวัยเรียนมีความสามารถในการคิดและเข้าใจอย่างมีเหตุผลมากขึ้นแต่ยังเข้าใจไม่สมบูรณ์เหมือนเด็กวัยรุ่น เด็กวัยเรียนจะเข้าใจกลไกการเจ็บป่วยและร่างกายอย่างผิวเผิน (Williams, 1979) โดยเข้าใจว่าการเจ็บป่วยเกิดจากหลัก Contamination และ Internalization คือมีสาเหตุมาจากภายนอก จากการที่ร่างกายสัมผัสกับสิ่งที่เป็นอันตราย เช่น เชื้อโรค และรับเข้าไปในร่างกาย บางครั้งเด็กวัยเรียนจะเข้าใจว่าความเจ็บปวดเกิดจากการถูกลงโทษเนื่องจากการทำความผิด ต่างจากเด็กวัยรุ่นที่มีพัฒนาการทางสติปัญญาอยู่ในขั้นปฏิบัติการด้วยนามธรรม (Formal operation) จะเข้าใจว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย และสภาพจิตใจรวมทั้งทัศนคติมีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย (Hurley & Whelan, 1988 cited in Wong et al., 2001) นอกจากความแตกต่างในการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยระหว่างเด็กต่างวัยแล้ว แม้แต่ในเด็กช่วงวัยเดียวกันก็อาจมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน เช่น ในเด็กวัยเรียน มีการศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์ด้านความเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนพบว่า อายุของเด็กที่มากขึ้นจะทำให้เด็กมีมโนทัศน์ด้านความเจ็บป่วยที่อธิบายลักษณะความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขั้นคิดอย่างมีเหตุผลด้วยรูปธรรมมาก โดยความคิดของเด็กส่วนใหญ่จะเปลี่ยนจากระดับก่อนเกิดความคิดรวบยอดเป็นระดับปฏิบัติการด้วยรูปธรรมเมื่ออายุ 9 ปี คือเด็กวัยเรียนที่อายุ 6, 7 และ 8 ปี ส่วนใหญ่ยังมีความคิดอยู่ในระดับก่อนเกิดความคิดรวบยอด ในขณะที่เด็กอายุ 9, 10, 11 และ 12 ปี ส่วนใหญ่มีความคิดอยู่ในระดับปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (ศิริลักษณ์ แก้วครามศรี, 2531 ; สุชาดา ณะพะพงศ์พร, 2531)

จากการศึกษาของ นอยส์ (Noyes, 2000) และ เอนสการ์และเอสเซน ประเทศสวีเดน (Enskar & Essen, 2000) ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นชี้ให้เห็นได้ว่า ในการเผชิญเหตุการณ์เดียวกันนั้นเด็กและผู้ใหญ่ซึ่งได้แก่ผู้ดูแลและพยาบาลอาจรับรู้แตกต่างกันในบางเรื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลและพยาบาลมองเหตุการณ์จากมุมมองของคนนอกซึ่งไม่ได้เป็นผู้ประสบเหตุการณ์นั้น ไม่เหมือนกับตัวของผู้ป่วยเด็กที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์การเจ็บป่วยนั้นโดยตรง ดังนั้นการมองประสบการณ์ความต้องการการดูแลขณะเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใหญ่และไม่ได้เผชิญเหตุการณ์เดียวกับที่เด็กต้องเผชิญนั้นอาจมีมุมมองที่เหมือนหรือแตกต่างกันในบางเรื่องก็มีความเป็นไปได้ และการที่พยาบาลไม่เข้าใจถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ จะส่งผลทำให้พยาบาลไม่เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากมุมมองและทัศนคติที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลต่อความต้องการ

การดูแลขณะเจ็บป่วยของเด็กนั้นอาจส่งผลต่อการดูแลรักษาพยาบาล เพราะความไม่เข้าใจกันของทั้งสองฝ่ายจะทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดความไม่พึงพอใจ มีการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม (Germain, 1982) ในทางตรงกันข้ามถ้าพยาบาลหรือผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ความต้องการการดูแลในโลกทัศน์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยให้การดูแลช่วยเหลือนั้นมีความหมายสำคัญทั้งต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ซึ่งจะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Mauksch & Roesler, 1990)

การที่จะให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นองค์รวมนั้นพยาบาลควรที่จะต้องทราบถึงการรับรู้และการให้ความหมายต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอว่า เด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอมีประสบการณ์อย่างไรบ้างเกี่ยวกับความต้องการการดูแล เพื่อเป็นการทำความเข้าใจในตัวของผู้ป่วยเด็กที่เป็นผู้เผชิญกับปรากฏการณ์นั้นโดยตรงว่ามีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจเป็นอย่างไร มีมุมมองหรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลขณะใส่ท่อทางเดินหายใจอย่างไร สิ่งใดบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญสำหรับเด็กและเด็กต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างไร

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ส่วนใหญ่เป็นการทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ ในเด็กนั้นมีการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอทางปาก การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาล (วารี กังใจ, 2531; รุ่งเพชร หอมสุวรรณ, 2545) จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยยังไม่พบถึงการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ความต้องการการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจว่ามีการรับรู้และการให้ความหมายต่อปรากฏการณ์นั้นอย่างไร ทั้งที่เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาอยู่ในระยะปฏิบัติการด้วยรูปธรรม มีความเข้าใจและสามารถใช้ภาษาได้ดี มีพัฒนาการการสื่อสารด้านการอ่านและการเขียน เรียนรู้คำศัพท์เพิ่มมากขึ้นทั้งจากการอ่านหนังสือ จากสภาพแวดล้อม และสังคมของเด็กเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540) และสามารถติดต่อสื่อสารด้วยวัจนภาษาและอวัจนภาษาร่วมกันได้ มีความเข้าใจเชิงเหตุผลและสามารถเล่าถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาได้ โดยเด็กจะคิดและพูดในสิ่งที่มองเห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจนเท่านั้น ถึงแม้ว่าอาจจะเล่าได้ไม่ลึกซึ้งเหมือนเด็กวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่เพราะเด็กวัยเรียนยังไม่สามารถเลือกคำที่แสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมาได้มากมายนัก แต่ก็สามารถเล่าให้ผู้อื่นรับรู้ได้อย่างเข้าใจ

จากเหตุผลและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงควรที่จะทำการศึกษาถึงประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert & Carpenter, 2003) ซึ่งเป็น

การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจความหมาย และอธิบายเชื่อมโยงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้นออกมาตามความเป็นจริง เพื่อให้ได้มาซึ่งทัศนะเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่มาจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์มากสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิดโดยรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ พยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลโดยสามารถปฏิบัติการพยาบาลในด้านการบำบัดรักษาการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพ ให้เหมาะสมกับความต้องการและภาวะสุขภาพโดยรวมของเด็ก ป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่จะสนับสนุนการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic) ให้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่คำนึงถึงความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว รวมทั้งเพิ่มพูนองค์ความรู้การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserl Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงประสบการณ์ความต้องการการดูแลขณะที่ใส่ท่อหลอดลมคอ โดยให้ผู้ป่วยเด็กใช้ความรู้สึกนึกคิดแบบตรรกะตามระดับพัฒนาการด้านของเด็กวัยเรียน อธิบายถึงเรื่องราวและประสบการณ์ต่าง ๆ ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะที่ตนเองประสบทางไสตล์สัมผัสต่าง ๆ เกี่ยวกับสิ่งรอบตัว (Objective reality) ของประสบการณ์นั้น (Holloway & Wheeler, 1996) โดยการรับรู้และการให้ความหมายต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ และเป็นสิ่งที่ละเอียดซับซ้อน ซึ่งแนวคิดของ Husserl (Streubert & Carpenter, 2003) หมายถึง วิธีการศึกษาโดยให้บุคคลอธิบายถึงเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบทางไสตล์สัมผัสต่างๆ ฐานคติที่สำคัญคือมนุษย์เราจะรู้เรื่องดีในเรื่องที่ตนเองประสบมาก่อน ผ่านการรับรู้และการให้ความหมาย ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ (นิศา ชูโต, 2545)

คำจำกัดความในการวิจัย

คำจำกัดความเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้านจากความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนขณะใส่ท่อหลอดลมคอ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert & Carpenter, 2003) ผู้วิจัยให้คำจำกัดความเพื่อบรรยายประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ดังนี้

ประสบการณ์ความต้องการการดูแล หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ได้ประสบรวมทั้ง ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และการบรรยายถึงสภาพของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ต่อสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในการถ่ายทอดความต้องการการดูแลกับทีมสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเด็กขณะใส่ท่อหลอดลมคอ

ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (อายุ 9-12 ปี) ที่ต้องเข้ารับการรักษาและมีประสบการณ์ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอทางปากหรือเจาะคอ เป็นระยะเวลา 3-7 วันและมีระยะเวลาหลังถอดท่อหลอดลมคอนานไม่เกิน 1 สัปดาห์ มีระดับความรู้สึกตัวปกติ และไม่ได้รับยาที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัวและการทำงานของกล้ามเนื้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม

2. เพื่อเป็นแนวทางในออกแบบการพยาบาล พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ และนำผลที่ได้ไปสู่การวิจัยรูปแบบอื่น ๆ เพื่อขยายการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเด็ก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

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

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

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

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

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

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

โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาของระบบทางเดินหายใจในเด็กพบได้ดังนี้ (ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548)

1. ภาวะที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ (Airway obstruction) แบ่งเป็น 2 อย่าง คือ
 - 1.1 การอุดกั้นทั้งหมดของท่อทางเดินอากาศอย่างเฉียบพลัน (Acute total obstruction of the airway) ซึ่งเกิดจากการที่มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปอุดกั้น ทำให้อากาศไม่สามารถผ่านเข้าสู่ปอดได้ และพบว่า มีการอุดกั้นที่บริเวณกล่องเสียง และหลอดลม เช่น การสำลักวัตถุที่เป็นของแข็ง เป็นต้น
 - 1.2 การอุดกั้นของท่อทางเดินอากาศอย่างเรื้อรัง (Chronic obstruction of the airway) เป็นการอุดกั้นตามส่วนใดส่วนหนึ่งของท่อทางเดินอากาศ ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติ อาจเกิดจากภาวะการตีบตันหรืออาจพบในรายที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะในระบบหายใจ เช่น การอุดตันของกล่องเสียง (Laryngeal obstruction)
 2. ภาวะที่มีการเพิ่มการทำงานของหายใจ (Increased work of breathing) แบ่งเป็น
 - 2.1 แรงต้านของทางเดินอากาศเพิ่มขึ้น (Increased airway resistance) พบในโรค หลอดลมอักเสบ หลอดลมตีบ เป็นต้น
 - 2.2 แรงต้านของเนื้อเยื่อจากปอดและผนังทรวงอกเพิ่มขึ้น พบใน โรคปอดอักเสบ โรคปอดบวม น้ำ เป็นต้น
 3. อัตราการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด มีไข้สูง ชัก เป็นต้น
 4. ภาวะที่มีระบบประสาทส่วนกลางถูกกด เช่น ได้รับยาเกินขนาด โรคของสมอง หรือสมองได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น
 5. โรคของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ที่มีผลต่อการอ่อนตัวของกล้ามเนื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น โปลิโอ มายแอสทีเนีย เกรวิส (Myasthenia gravis) เป็นต้น
- ข้อบ่งชี้สำหรับการใส่ท่อหลอดลมคอ ((Deshp&e, 2000; Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997)
1. ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ
 - 1.1 ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสมอง (Mental status)
 - 1.2 ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดงลดลง แม้ว่าจะให้ออกซิเจนทดแทนด้วยวิธีต่าง ๆ แล้วก็ตาม
 - 1.3 มีภาวะอ่อนแรง (Fatigue)
 - 1.4 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สมอง และช่องทรวงอก
 2. ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.1 การอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งประกอบด้วยการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

2.2 ผู้ป่วยซึ่งอาจล้มลุกได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือผู้ป่วยที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 และคู่ที่ 10 สูญเสียหน้าที่

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

1. เพื่อสร้างทางเดินหายใจ
2. เพื่อรักษาทางเดินหายใจให้โล่ง
3. เพื่อเตรียมไว้สำหรับการช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องช่วยหายใจ

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

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

2. การใส่ท่อหลอดลมคอทางจมูก (Nasotracheal) ใช้เมื่อต้องการช่วยรักษาทางเดินหายใจส่วนบนเป็นระยะเวลานานประมาณ 3 สัปดาห์ หรือมากกว่า 3 สัปดาห์ขึ้นไป วิธีนี้มีข้อดี คือท่อมีโอกาสหลุดโดยบังเอิญได้น้อยกว่าทางปาก ผู้ป่วยทนได้ดีกว่า และรู้สึกสุขสบายกว่า ใส่ท่อไว้เป็นระยะเวลานานกว่า สามารถดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากได้ดีกว่า แต่มีข้อเสียของการใส่ทางจมูก คือการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดได้ง่ายกว่า และท่อขนาดเล็กกว่าทำให้ดูดเสมหะได้ยาก

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

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

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่ท่อหลอดลมคอ

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

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

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

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

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

ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาทางเดินหายใจให้โล่ง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อให้การพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถที่จะวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ การพยาบาลที่ต้องให้แก่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ มีดังนี้

1. การดูแลท่อหลอดลมคอ

การดูแลให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ติดท่อหลอดลมคอให้อยู่กับที่ตามระดับที่กำหนดในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันไม่ให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนขึ้นลง หรือหลุด ซึ่งการเลื่อนไปมาของท่อหลอดลมคออาจทำให้งอไปอยู่ในหลอดลมข้างใดข้างหนึ่ง หรือลงไปอยู่ในหลอดอาหาร วัสดุที่ใช้ยึดท่อไว้ต้องเปลี่ยนทุกวัน และเปลี่ยนตำแหน่งของท่อหลอดลมคอไปมุมปากด้านตรงข้ามทุกครั้ง (กรณีใส่

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

ในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ต้องใส่ท่อทางเดินอากาศ (Oropharyngeal airway) เพื่อป้องกันผู้ป่วยกีดท่อหลอดลมคอ และเปลี่ยนท่อทางเดินอากาศทุกครั้งที่ทำความสะอาดช่องปาก ในผู้ป่วยที่สับสน ไม่ค่อยรู้สึกตัว หรือผู้ป่วยเด็กเล็ก ต้องพิจารณาผูกมัดมือทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันผู้ป่วยดึงท่อหลอดลมคอ ในการเปลี่ยนทำผู้ป่วยต้องจับท่อหลอดลมคอไว้ ถ้าต่อสายให้ออกซิเจนหรือสายเครื่องช่วยหายใจต้องจับสายเหล่านี้เคลื่อนไปตามไปกับตัวผู้ป่วยด้วย เพื่อป้องกันการดิ่งรั้งและอาจทำให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดได้ (จรัสศรี จันทรสาวยทอง, 2540) อ้างถึงใน วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์และศรีมณา นิยมคำ, 2540) พยาบาลต้องดูแลเฝ้าติดตามอาการและอาการที่แสดงว่าท่อหลอดลมคออยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (Respiratory distress) เขียว (cyanosis) เสียงหายใจที่ลดลงหรือหายไป ความสามารถของการผ่านของสายดูดเสมหะเข้าไปในท่อหลอดลมคอ ต้องให้การแก้ไขเบื้องต้นและรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ

2. การดูดเสมหะ

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

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

การดูดเสมหะควรทำต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ถึงความต้องการดูดเสมหะ ซึ่งประเมินได้จากการสังเกต ปริมาณน้ำคั่งหลังที่ปรากฏในช่องปากและจมูก การฟังเสียงปอดด้านบน ตลอดจนเมื่อมีความผิดปกติของอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ค่าความดันออกซิเจนในเลือดลดต่ำลง และสีผิวกายเขียว (Cyanosis) (สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2548; ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548)

เนื่องจากการดูดเสมหะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ดังนั้นจึงควรทราบและคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี (สุภารี สุวรรณจักษะ, 2548; ดุสิต สถาวร และคณะ, 2548)

1. การดูดเสมหะโดยใช้วิธีปราศจากเชื้อ ซึ่งประกอบด้วย การสวมถุงมือไร้เชื้อ และใช้สายดูดเสมหะแบบไร้เชื้อที่มีขนาดพอเหมาะกับท่อหลอดลมคอ ไม่ควรหยอดน้ำเกลือไร้เชื้อในท่อหลอดลมคอ เป็นกิจวัตรเพราะจะเพิ่มอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ ควรใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีน้ำคั่งหลังเหนียวข้นมาก และแก้ไขไม่ได้ โดยการปรับอุณหภูมิก๊าซหายใจเข้าให้อยู่ที่ 37 องศาเซลเซียส การใช้น้ำเกลือไร้เชื้อเตรียมโดยใช้กระบอกฉีดยาไร้เชื้อและควรเปลี่ยนทุกครั้งที่ยหยอด สำหรับปริมาณน้ำเกลือที่เหมาะสมในเด็กโตให้หยอด 1-2 มล. เข้าในท่อหลอดลมคอทันทีก่อนดูดเสมหะแต่ไม่ควรบีบ bag แรง ๆ หรือต่อท่อหลอดลมคอ เข้ากับวงจรท่อช่วยหายใจ เพื่อไล่น้ำเกลือลงในทางเดินหายใจผู้ป่วย เพราะเสี่ยงต่อการสำลักน้ำและก้อนเสมหะที่เจือจางอาจหลุดเข้าสู่ปอดได้

2. การดูดเสมหะนาน ๆ จะทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ เนื่องจากดูดเอาลมออกจากปอด ควรหนีบสายดูดในขณะที่สอดสายดูดเข้าท่อหลอดลมคอ และเปิดที่หนีบเมื่อใส่สายดูดเสมหะเข้าไปได้ เรียบร้อยพร้อมที่จะดูดเสมหะแล้ว ควรช่วยหายใจด้วยออกซิเจนสลับกับการดูดเสมหะ

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

- 3.1 การจัดท่านอนให้มีการระบายของน้ำคั่งหลังตามแรงดึงดูดของโลก (Postural drainage) การตะแคงควรหลีกเลี่ยงการนอนทับปอดข้างที่ปกตินานเกินไป เพื่อไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง จากการขัดขวางการขยายของทรวงอกข้างที่ดี

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

3. การให้ความชื้น (Humidify)

ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคออยู่ ทำให้ลมหายใจไม่ผ่านแหล่งความชื้นในโพรงจมูก ลมที่เข้าไปจะแห้ง ทำให้เยื่อทางเดินหายใจทำงานน้อยลง และมีการอักเสบ (Kathol, 1999; Manzano &

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

พยาบาลต้องควรตรวจดูให้มีน้ำอยู่ในภาชนะสำหรับความชื้นตลอดเวลา สำหรับการให้ความชื้นจากเครื่องช่วยหายใจบางชนิด มีการปรับอุณหภูมิด้วย พยาบาลต้องดูแลให้อุณหภูมิในระบบทำความชื้นนี้อยู่ในระดับที่พอเหมาะ และคอยดูแลขจัดน้ำที่จับอยู่ตามสายยางที่ต่อมายังผู้ป่วยออกเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันมิให้เกิดการอุดตันของทางผ่านอากาศ และป้องกันมิให้น้ำไหลเข้าไปในหลอดลม เครื่องมือที่ให้ความชื้นที่ต่อกับออกซิเจน มักเป็นอาหาร (Media) ที่ดีของเชื้อแบคทีเรีย ต้องดูแลความสะอาด และเปลี่ยนทุกวันและทำความสะอาดข้อต่อต่าง ๆ (Slip joint) โดยเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคทุกครั้งที่เกิดออก (จิตติดา ชัยศุภมวงคผลลาภ, 2547; จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ และคณะ, 2547)

4. การจัดทำ

การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอมีประโยชน์มาก เพราะจะช่วยให้ไม่มีการคั่งค้างของเสมหะหรือเสมหะน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ลดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) หรือแผลกดทับ ต้องมีการเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยบ่อย ๆ ในท่าที่เหมาะสม คือจัดท่านอนให้ลำคอไม่เหยียดหรืองอมากเกินไป ถ้าจัดกระทำได้ควรจัดให้อยู่ในท่านั่งบ้างเพื่อช่วยให้มีการระบายอากาศของปอดส่วนล่างได้ดีและระวังการหักพับของท่อหลอดลมคอ (จรัสศรี จันทร์สายทอง, 2540 อ้างถึงใน วรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และศรีมณา นิยมคำ, 2540)

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

5. การติดต่อสื่อสาร

ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอจะไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวัจนภาษา เพื่อบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบได้ ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติก็ตาม เนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอไม่ว่าจะเป็นการใส่ทางปาก (Orotracheal) ทางจมูก (Nasotracheal) หรือ การเจาะคอ (Tracheostomy) อากาศที่ผ่านเข้าและออกจากปอดจะไม่สัมผัสกล่องเสียง (Kathol, 1999; Manzano & Perez, 1993) ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถเปล่งเสียงที่ใช้สื่อสารด้วยการพูดได้ เกิดความยากลำบากและขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความต้องการของตนเองไปสู่ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือญาติของตนเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป (Weinmann & Giles, 1988 cited in Elliott & Wright, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็กของ นอยส์ (Noyes, 2000) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจประสบความยากลำบากในการสื่อสาร และต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนเองสามารถสื่อสารได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลให้การรักษาพยาบาล จะมีการสื่อสารซึ่งกันและกันระหว่างการรักษาพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (ซูโจ บุนยามา, 2529; Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995) ซึ่งมีทั้งการสื่อสารด้วยวัจนภาษาและอวัจนภาษา ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้รับการช่วยเหลือด้านการสื่อสารที่เหมาะสมจะทำให้เขารู้สึกปลอดภัย รู้สึกมั่นใจ สามารถควบคุมความรู้สึกกดดัน และความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในกิจกรรมการักษาพยาบาล สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้ดี (สุวดี ศรีเลณวิติ, 2530)

ดังนั้น พยาบาลจะต้องหาวิธีการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วยเด็ก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้บอกปัญหาและความต้องการของตนเองแก่ผู้ดูแลรักษาพยาบาลและญาติ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กกับผู้ดูแลรักษาพยาบาลจะมีปัญหาเพิ่มขึ้นอีกประการหนึ่งในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และด้านภาษาของเด็ก ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักถึงในสิ่งนี้ด้วย ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการสื่อสารของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความไวต่อการสังเกตและสามารถรับรู้ถึงการสื่อสารนั้น เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือหรือตอบสนองต่อการสื่อสารของผู้ป่วย รวมทั้งเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งจะช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลประสบความสำเร็จได้ง่ายยิ่งขึ้น

โดยปกติแล้วพยาบาลจะสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการใช้วัจนภาษาเป็นส่วนใหญ่ (Arnold, 1999) แต่การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจที่ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และเป็นวัยที่

พัฒนาการด้านการสื่อสาร ความเข้าใจคำศัพท์ และการใช้ภาษายังไม่สมบูรณ์ จะกระทำใด้ยากมากขึ้น ทำให้พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารใด้อย่างมีประสิทธิภาพ

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

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

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

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

1.3 วิธีการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วยแล้วพยาบาลออกเสียงตามผู้ป่วยพูด และถามผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่ เป็นวิธีการที่พยาบาลใช้ร่วมกับการขยับปากพูดของผู้ป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถรับข่าวสารของผู้ป่วยและตรวจสอบความถูกต้องใด้

สิ่งที่พยาบาลควรระวังในการสื่อสารด้วยการพูด คือ น้ำเสียงที่ใช้พูด ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกถึงอารมณ์ ความรู้สึกของพยาบาลใด้เป็นอย่างดี พยาบาลควรใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ระดับเสียงและความเร็วที่พอเหมาะ สอดคล้องกับคำพูด เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปรารถนาดี ความสนใจของพยาบาล สำหรับวจนภาษาทีเป็นการเขียนนั้นพยาบาลจะใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยใส่ท่อทางเดินหายใจน้อย ส่วนใหญ่เป็นการจัดหาอุปกรณ์การเขียนเพื่อให้ผู้ป่วยใช้เขียนในการสื่อสาร

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

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

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

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

2.4 การแสดงสัญญาณด้วยศีรษะ เป็นลักษณะอากัปกริยาของพยาบาลที่พบบ่อยและมีความสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผงกศีรษะ ซึ่งเป็นการยืนยันและสนับสนุนสิ่งที่พยาบาลกำลังพูด รวมทั้งเป็นการแสดงถึงความสนใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการ

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

2.5 การแสดงสัญญาณด้วยการใช้มือ สัญญาณมือที่ใช้กันบ่อยคือ การใช้นิ้วมือชี้บอกระบุทิศทางหรือตำแหน่งสิ่งของหรือบุคคล สำหรับการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ พยาบาลอาจใช้มือแสดงท่าทางประกอบในขณะที่พูดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น เช่น การส่ายหน้าไปมา แสดงอาการปฏิเสธขณะที่พูดว่า “หนูยังกินอาหารไม่ได้” หรือการใช้นิ้วหัวแม่มือจรดกับปลายนิ้วก้อย แสดงว่า จำนวนเล็กน้อย ขณะที่พูดว่า “เจ็บนิดเดียว” เป็นต้น

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

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

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

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

การจัดหาทางเลือกและการสอนวิธีการสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพอใจในวิธีการสื่อสาร (ลูติถันฎฐ์ ศศิฉาย, 2533)

สามารถสื่อสารกับบุคคลในที่มีสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว (Stovsky et al., 1988) และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการสื่อสาร (ลดวอล์ย จารูวนาว์ฒน, 2528) ดังเช่นการศึกษาของคอสเทลโล (Costello, 2000) ถึงผลการใช้เครื่องมือช่วยในการสื่อสารที่มีลักษณะเป็นเสียงพูด (Voice output communication aids:VOCA) กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลเด็กของบอสตัน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กภายหลังการจำหน่ายพบว่า การใช้เครื่องมือช่วยสื่อสารทำให้ผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่รู้สึกละอายหรือวิตกกังวลในการสื่อสารกับพยาบาลและญาติ ทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อทางเลือกวิธีการสื่อสารและเครื่องมือช่วยสื่อสารที่ใช้

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

อย่างไรก็ตามการเลือกวิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจอาจเกิดปัญหาต่าง ๆ ซึ่งสามารถจำแนกได้ 2 ประการ (Williams, 1992) ได้แก่

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

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

วิธีมีความซับซ้อนต้องสอนวิธีการใช้แก่ผู้ป่วยก่อนใช้ ซึ่งเป็นการเสียเวลา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พร้อมที่จะเรียนรู้เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วย

6. การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและครอบครัว

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

7. การดูแลทั่วไป

1. การดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน เป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันการติดเชื้อในช่องปากเพื่อช่วยให้ปากสะอาด ไม่เกิดแผลกดทับและลดการติดเชื้อจากการใส่ท่อหลอดลมคอ (จรัสศรี จันทร์สายทอง, 2540 อ้างถึงใน วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และศรีมนา นิยมคำ, 2540)

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ

3. การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ท่อหลอดลมคอหลุด ผู้ป่วยตกเตียง เป็นต้น

4. ให้มีการออกกำลังกาย โดยการให้เคลื่อนไหวบริหารแขนขา และข้อต่าง ๆ ตามสมควร

5. การประเมินสภาพร่างกาย เช่น การหายใจ ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง การสังเกตสีผิวของผู้ป่วย การสังเกตสี ลักษณะและจำนวนของเสมหะ การบันทึกน้ำที่ได้รับและออกจากร่างกาย การชั่งน้ำหนักตัว

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

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

8. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

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

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

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

3. ความต้องการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย ความกระจ่างชัดเจนในสิ่งที่ซับซ้อน ตลอดจนควบคุมและจัดการกับค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคม

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

ประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจประสบความสำเร็จในการสื่อสาร และต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนเองสามารถสื่อสารได้

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

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

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการ

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

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

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

2. ความต้องการด้านการปลอดภัย (Safety & security needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องบุคคลให้พ้นจากอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจปราศจากความกลัว ความวิตกกังวล และความหวาดหวั่นใจ ผู้รับบริการรู้สึกต้องการความปลอดภัยขณะที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวในสิ่งที่ไม่รู้

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

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

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

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

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

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

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

3.1 ความต้องการความปลอดภัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความปลอดภัยจากสารเคมี เครื่องจักร ความร้อนและเชื้อโรค สำหรับผู้ป่วยมักจะเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมทั้งความสะอาดส่วนบุคคล ป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ ในร่างกายและความสะอาดของสิ่งแวดล้อม

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

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

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

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

7. ความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ (Self-actualization needs) เป็นความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต ซึ่งมาสโลว์จัดให้เป็นความต้องการขั้นสูงสุด

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

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

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

6. ความต้องการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย ความกระจ่างชัดเจนนในสิ่งที่ซับซ้อน ตลอดจนควบคุมและจัดการกับค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคม

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

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ได้แก่ ความต้องการอาหาร ออกซิเจน การพักผ่อนนอนหลับ

2. ความต้องการความปลอดภัย (Security needs) มีความต้องการความมั่นคง (Stability) อิสรภาพ (Freedom) อิสรภาพจากความกลัว (Freedom from fear) ได้รับการคุ้มครอง (Protection)

3. ความต้องการความรักและรู้สึกว่ามีส่วนร่วม (Love & belonging needs)

4. ความต้องการเคารพยกย่องและการมีชื่อเสียง (Esteem & prestige needs) มีความต้องการการประเมินตนเองที่สม่าเสมอบนพื้นฐานการมีเหตุผล แม้จะอยู่ในสถานภาพที่สูงขึ้น

5. ความต้องการประสบความสำเร็จ (Self-accomplishment needs) ต้องการมีความคิดที่สร้างสรรค์

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

7. ความต้องการสุนทรียศาสตร์ (Aesthetic needs) มีความสนใจในศิลปะ

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

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

3. ลักษณะและพัฒนาการของเด็กวัยเรียน

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

1. อยากรู้ อยากเห็น ในวัยนี้ยังคงมีความอยากรู้อยากเห็นมาก เช่นเดียวกับวัยเด็กตอนต้น อยากทดลอง อยากเก่ง อยากร่วมมือ จึงเรียนหนังสือได้ดีขึ้น จะถามซอกแซกยิ่งขึ้น อยากทราบเหตุผล อยากทราบว่าสิ่งต่าง ๆ เกิดขึ้นได้อย่างไร ทำไมถึงเกิดและจะชอบอ่านหนังสือเพื่อหาคำตอบ มีความสามารถในการอ่าน การเขียน และทำงานที่เกี่ยวกับวิชาการได้ (Potts & Mandelco, 2002)

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

3. รู้จักตนเอง เริ่มมองเห็นตนเอง วิพากษ์วิจารณ์ตนเองยอมรับความแตกต่างของคนอื่นมีความสนใจต่อครอบครัวน้อยลง แต่จะเพิ่มความสนใจในสังคมและกลุ่มเพื่อนมากขึ้น

ส่วนพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็กวัยเรียน มีดังนี้

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

1.1 กล้ามเนื้อและระบบประสาท จะทำงานประสานกันได้ดีขึ้น ประสาทสัมผัสมีการพัฒนาให้มีความละเอียดอ่อนขึ้น มีผลต่อการพัฒนาด้านการเรียนรู้และสติปัญญาที่ต้องใช้ทักษะประเภทนี้เป็นสื่อ จึงสามารถปฏิบัติได้ดี

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

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

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

2. พัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กวัยเรียนจะเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นดีขึ้น รู้จักควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่าวัยที่ผ่านมา รู้จักแสดงอารมณ์ได้ในแบบที่สังคมยอมรับทั้งในด้านการฟังและไม่ฟังใจ ลักษณะอารมณ์จะเป็นเช่นเดียวกับวัยเด็กตอนต้น คือ

2.1 อารมณ์ในด้านฟังใจ ได้แก่

2.1.1 ความรู้สึกสงสารเห็นใจ เด็กจะมีความรู้สึกสงสารเห็นใจผู้อื่น ตลอดจนสัตว์เลี้ยง เข้าใจความรู้สึกผู้อื่นได้ดีเพราะสิ่งแวดล้อมของเด็กกว้างขวางขึ้น

2.1.2 ความรัก ความเบิกบาน เด็กจะแสดงความร่าเริง มีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่น เด็กวัยนี้จะมีอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในกลุ่ม

2.2 อารมณ์ในด้านไม่ฟังใจ ลักษณะอารมณ์ในด้านไม่ฟังใจเป็นลักษณะของอารมณ์ที่จะก่อให้เกิดปัญหาหรือมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของเด็ก (ผกา สัตยธรรม, 2545)

2.2.1 ความเบื่อ หมายถึง ความเซ็ง ไม่มีชีวิตชีวา บอแป้หรือตรงกับภาษาอังกฤษว่า Depression ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เป็นลักษณะแสดงถึงความต่ำของอารมณ์ เราจะมีอารมณ์เซ็งด้วยกันทุกคน บางครั้งเป็นเรื่องธรรมดา แต่ถ้ามีอาการมากและยาวนาน อาจเบื่อทุกสิ่งทุกอย่างแม้แต่ชีวิตของตนเอง ถ้าเกิดกับเด็กจะมีอันตรายมาก จะมีการฆ่าตัวตายได้

2.2.2 ความโกรธ เด็กวัยเรียนจะควบคุมความโกรธได้ดีขึ้นและรู้จักวิธีระงับความโกรธได้ด้วย เช่น การคิดแก้แค้นเจียบ ๆ ในใจ แต่ไม่ทำจริงดังคิด หรือจะบอกเลิกเล่นทันทีทันใด ความโกรธเป็นลักษณะของการผิดหวังจากสิ่งที่คาดคิดไว้ ทำให้เกิดอารมณ์ไม่ปกติเกิดความไม่ชอบไม่พอใจการกระทำของผู้อื่นตัวเอง เด็กที่โกรธง่ายและมีความโกรธเป็นประจำจะทำให้ติดเป็นนิสัย เป็นอันตรายต่อสุขภาพจิต ความโกรธที่เด็กได้รับอันเนื่องมาจากผู้ใหญ่หรือคนที่เกี่ยวข้อง คือ การล้อเลียน ทำให้อารมณ์เสีย เช่น ล้อสิ่งที่เด็กคิดว่าตนเองบกพร่อง เช่น ล้อว่าหน้าเหมือนแมว พันหลอ หรือเมื่อเด็กขอให้ช่วยเหลือในกรณีใดกรณีหนึ่งแต่ได้รับการปฏิเสธ หรืออยากจะทำสิ่งใด สิ่งหนึ่งที่ถูกขัดขวางไม่ให้ได้ บางครั้งยังถูกแกล้งอีกด้วยความโกรธโดยมากมีสาเหตุมาจากความปรารถนาที่ไม่เป็นผลสำเร็จด้วยเหตุผลต่าง ๆ ผู้ที่มีอารมณ์โกรธจะแสดงออกใน 2 ลักษณะคือ อาจแสดงอารมณ์รุนแรงก้าวร้าว หรือแสดงอาการเจียบเฉยปลีกตัวไปอยู่เจียบ ๆ คนเดียว ถ้าอึดอั้นใจมาก ๆ ก็อาจพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้

2.2.3 ความอิจฉาริษยา เป็นอารมณ์ที่เกี่ยวกับความรู้สึก เพราะมีสิ่งที่เกิดกับเด็กนั้นทำให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าถูกบังคับ ถูกกด ถูกขัดขวาง ไม่ได้สิ่งที่ต้องการหรือคิดว่าได้รับสิ่งนั้นน้อยลง ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจในอิจฉาริษยานั้น มีทั้งความกลัวว่าจะไม่มีใครสนใจตัวเองเท่าเดิม มีความโกรธที่มีคนอื่นสำคัญว่าตนในสายตาของคนอื่นจึงไปสนใจสิ่งนั้นมากกว่าตัวเอง และมีความรักตัวเองมากเกินไป ไม่อยากให้คนอื่นเป็นที่รักของคนอื่นมากกว่าตนแล้วยังกลัวว่าจะมีใครมาแบ่งแยกความรักที่ผู้ใหญ่มีต่อเด็กให้น้อยลงไป

2.2.4 ความกลัว เด็กวัยเรียนจะเลิกกลัวสิ่งที่ไม่มีความกลัว สัตว์และปรากฏการณ์ธรรมชาติ แต่จะกลัวสิ่งที่จะเกิดได้จริง เช่น กลัวความอดอยาก กลัวไม่มีเพื่อน กลัวเรียนไม่ดีหรือกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวของตน เป็นต้น แหล่งกำเนิดความกลัวของเด็ก ได้แก่ ประสบการณ์ตรงของเด็กเอง จินตนาการของตนเอง คำบอกเล่าของผู้ที่สอนให้เด็กกลัว เช่น ชูว่าจะให้หมอนวดกัดถ้าไม่เชื่อฟัง หรือความกลัวที่เกิดขึ้นจากการที่ถูกหนีหรือทอดทิ้งให้เด็กอยู่คนเดียว โดยไม่บอกให้เด็กเข้าใจว่าจะไปไหนจะกลับเมื่อใด ทิ้งเด็กไว้หรือทำให้เด็กเกิดความกลัวจะถูกทอดทิ้ง วิธีการตอบสนองของความกลัวของเด็ก คือ การหนี การสู้และการหลีกเลี่ยงหรือทำตนให้เข้ากับสิ่งนั้น

2.2.5 ความวิตกกังวล เป็นลักษณะที่จิตใจไม่สงบ ขาดสมาธิเป็นความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคล ขาดความมั่นใจ คิดไปว่าไม่สามารถจะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ตามต้องการหรือไม่สามารถแก้ปัญหาบางอย่างได้ ทำให้จิตใจไม่ปกติ ความวิตกกังวลของแต่ละบุคคลมีสาเหตุแตกต่างกันและมีไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ การปรับตัว บางคนวิตกกังวลมากจนทำอะไรไม่ได้ มีอาการทางจิตและทางกาย บางคนมีอาการเล็กน้อยทางด้านจิตใจในเรื่องเดียวกัน ทั้งนี้เกิดจากการอบรมเลี้ยงดูและความเคยชินจากประสบการณ์ที่ได้รับของแต่ละคน

3. พัฒนาการด้านสังคม เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านสังคมเด่นมาก โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทั้งในบ้านและนอกบ้าน ทั้งกลุ่มวัยเดียวกันและวัยผู้ใหญ่ จะมีสัมพันธภาพกับผู้ใหญ่ในบ้านมากขึ้น ส่วนสังคมกับกลุ่มเพื่อน มักจะเป็นสังคมเฉพาะเพื่อนเพศเดียวกัน มีการเรียนรู้กติกาการเล่นและกติกาสังคม

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

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

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

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

4.2 ความเข้าใจเชิงรูปธรรม (Concrete operation) เป็นพัฒนาการทาง ความคิดทั่วไป เด็กสามารถแยกแยะมองเห็นความแตกต่างและรายละเอียดของสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น มีความสามารถทางสัญลักษณ์ถ้อยคำ สามารถใช้ภาษาและคิดด้วยสัญลักษณ์เชิงจำนวนหรือ สัญลักษณ์เชิงคณิตศาสตร์ได้ นับเลขย้อนหลังได้ ท่องสูตรคูณได้ และรู้จักอนุภาค

4.3 ความเข้าใจเชิงเหตุผล รู้จักคิดว่าอะไรเป็นเหตุอะไรเป็นผล เด็กฉลาด รู้จักการวิพากษ์วิจารณ์ เข้าใจกฎระเบียบและคำสั่งดีขึ้น จึงเหมาะที่จะสอนและฝึกระเบียบวินัย เด็ก ที่มีผลการเรียนดีจะทำให้เป็นเด็กวัยเรียนที่มีสุขภาพจิตดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง มั่นใจที่จะคิด หรือกระทำในสิ่งที่ตนเองเห็นว่า มีเหตุผลถูกต้อง

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

ภาวะวิกฤตของเด็กวัยเรียน

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

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

1. ปัญหาพฤติกรรม เด็กจะแสดงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น กินจุบกินจิบ หรือมีประทุกันอะไร บางคนจะติดเพื่อนมากขึ้น ติดสิ่งของ ชี้อัจฉา หรือพฤติกรรมก้าวร้าวเปลี่ยนแปลงไป เช่น รุกี้รุกรอน นั่งหรือนอนมากกว่าปกติ เจ็บ ซึม เชื่องช้า เป็นต้น บางคนจะมีอารมณ์โกรธง่ายในสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางกาย เนื่องจากภาวะเครียด (Psychosomatic) เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นต้น

2. ปัญหาสัมพันธภาพ เด็กในวัยนี้ที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ใหญ่ ถ้าไม่มีผู้ใหญ่คอยให้คำแนะนำ สั่งสอนหรือให้กำลังใจในการฝึกฝนลักษณะนิสัยหรือทักษะต่าง ๆ ที่ควรพัฒนาในช่วงนี้ ทำให้สูญเสียประสบการณ์ทางสังคมไปอย่างน่าเสียดาย อาจก่อให้เกิดสภาพทางจิตสังคมที่เป็นปมด้อย ซึ่งบางคนจะมีความรู้สึกเป็นปมด้อยไปจนตลอดชีวิต จนแก้ไขได้ยาก บางคนอาจมีปัญหาในการคบเพื่อนใหม่ เนื่องจากเมื่ออยู่ที่บ้านไม่มีโอกาสได้เล่นกับเด็กอื่น ๆ ไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ว่าตนควรจะทำอย่างไรเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น มีผลให้เด็กปรับตัวเข้ากับเพื่อนที่โรงเรียนได้ยาก

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

ความกลัวของเด็กวัยเรียน

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

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

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

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

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

5. กลัวการรักษาในโรงพยาบาล (Medical fear) เช่น กลัวการไปโรงพยาบาล กลัวการถูกแพทย์พยาบาลฉีดยา กลัวการไปพบแพทย์

เมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้เด็กเกิดความกลัวเพราะเด็กต้องพบกับสิ่งคุกคามที่ทำให้เด็กกลัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(Visintainer & Wolfer, 1975) ได้แก่

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

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

- สิ่งที่ไม่ทราบมาก่อน (The unknown) เช่น สิ่งแปลกใหม่ต่าง ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

- ขอบเขตจำกัดที่ไม่แน่นอนที่เกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (Uncertainty about limits) เช่น ผู้ป่วยเด็กไม่เข้าใจเกี่ยวกับการยอมรับและความมุ่งหวังของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาลว่าเป็นอย่างไร ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

- เด็กสูญเสียการควบคุมตนเอง (Loss of control) มีความพร้อมในการทำกิจกรรมปกติและขาดความสามารถในการตัดสินใจ

4. แนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึงการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ซึ่งการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับความนิยมและถูกนำมาใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิต เหมาะสมในการตอบคำถามว่าปรากฏการณ์ที่สนใจนั้นมีอะไรเกิดขึ้นและเป็นอย่างไร ผลการวิจัยทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษา

และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลในสภาวะการณ์ต่าง ๆ ได้ (จอห์น เจ. เพ็งจาด, 2546) โดยมีปรัชญาพื้นฐาน ลักษณะทั่วไป และกระบวนการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้แก่

ปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์

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

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

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

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

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

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

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

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

มโนคติหลักในปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ได้แก่

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

ลักษณะทั่วไปของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา

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

1. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) เพื่อต้องการให้เกิดความเข้าใจต่อปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง โดยคำถามของการวิจัยคือปรากฏการณ์นี้คืออะไร หรือประสบการณ์เป็นอย่างไร ดังนั้น ปรากฏการณ์วิทยาไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทฤษฎีในการบรรยายหรือควบคุมปรากฏการณ์ แต่ทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

2. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยานำเสนอปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลอย่างมีสติ (Consciousness) การรับรู้อย่างมีสติเป็นวิธีการเดียวที่จะทำให้บุคคลเรียนรู้ประสบการณ์หรือโลกของบุคคลนั้น การรับรู้อย่างมีสติ คือการรับรู้โดยคำนึงถึงส่วนต่าง ๆ ของโลก (World) ที่บุคคลนั้นอยู่ การรับรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังที่บุคคลได้มีการคิดทบทวน (Reflection) ภายหลังจากการมีประสบการณ์นั้น ๆ แล้ว (Retrospective)

3. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาแก่น (Essence) ของปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ อีกนัยหนึ่งคือการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อค้นพบและอธิบายโครงสร้าง ส่วนประกอบหรือโครงสร้างของความหมายของประสบการณ์ชีวิต

4. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่อบรรยายความหมายของประสบการณ์ (Experiential meaning) ที่บุคคลประสบอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวัน

5. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ในการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ (Human science) ที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ (Systematic) คือ มีการตั้งคำถาม การทบทวน มีจุดมุ่งหมาย นำเสนอความหมายที่อยู่ในประสบการณ์นั้น (Explicit) มีการตรวจสอบ (Self-critical) เพื่อความน่าเชื่อถือโดยใช้ผู้อ่านเป็นผู้ตัดสิน (Intersubjective)

6. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาโดยการคิดอย่างรอบคอบ (Thoughtfulness) เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่และความหมายของการมีชีวิตอยู่

7. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของการเป็นมนุษย์

8. การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่มีการรายงานผลการวิจัยโดยใช้เทคนิคการเขียนวรรณกรรม โดยการเปลี่ยนภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันมาเป็นภาษาที่สามารถนำเสนอประสบการณ์ให้เป็นที่เข้าใจต่อผู้อ่านตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นมากที่สุด

กระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี (Streubert & Carpenter, 1999 อ้างถึงใน จอนพะจาง เฟ็งจาด, 2546) คือ

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

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

1.1 การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลาย ๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.2 การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เกิดภาพความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นแก่น (Essences)

1.3 การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อการบรรยาย หรือการเปรียบเทียบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่ต้องการนำเสนอ

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

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

ระเบียบวิธีการการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert & Carpenter, 1999 (อ้างถึงใน จอนพะจาง เฟ็งจาด, 2546) ได้กล่าวถึงกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยมีหลักการสำคัญได้ดังนี้

1. เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ซึ่งความรู้ลึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1982) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นคว้า วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

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

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

ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษเป็นอย่างดี เน้นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้นำหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิดคำถามเพื่อความกระจ่าง และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ ไม่ถามคำถามในลักษณะชักใช้ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจและสนใจอย่างแท้จริง

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

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

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

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

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

สนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำ ๆ ทำการจำแนก และตั้งข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ ให้รหัสหรือบันทึกใน Index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จพบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

7. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยรายละเอียดดังนี้

7.1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรง น่าเชื่อถือได้ ซึ่งประกอบด้วย

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

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

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

สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสรุปและเชื่อมโยงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเป็นจริงของข้อมูล

7.1.4. การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)

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

7.2) การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) คือการที่ผลการวิจัย สามารถนำไปใช้ไปอ้างอิงได้กับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่อยู่ในบริบทเดียวกับผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น จะไม่นำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้

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

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

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Noyes (2000) ได้ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจประสบความยากลำบากในการสื่อสาร และต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนเองสามารถสื่อสารได้

Enskar & Essen (2000) ทำการศึกษาถึงการดูแลที่สำคัญในเด็กป่วยของประเทศสวีเดน ซึ่งเป็นการศึกษาถึงความต้องการการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลและความต้องการการช่วยเหลือเมื่อกลับบ้านตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแลและพยาบาล พบว่าการรับรู้และการให้ความสำคัญของการดูแลขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและความต้องการการช่วยเหลือเมื่อกลับบ้านแตกต่างกันในบางเรื่อง โดยผู้ดูแลและพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใหญ่จะมีการรับรู้ที่คล้ายกันแต่จะแตกต่างจากการรับรู้และการให้ความสำคัญเรื่องความต้องการการดูแลและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยเด็ก

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ส่วนความต้องการของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก พบว่า บิดามารดาของเด็กป่วยเหล่านี้มีความ ต้องการและปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร ซึ่งพบว่าจะมีผลช่วย ลดความกังวลลงไปได้มาก

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

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert & Carpenter, 2003) เพื่อบรรยายประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้านจากความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการการดูแลของตนเองขณะที่ใส่ท่อหลอดลมคอ โดยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยรายละเอียดการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย
2. การศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม
 - 2.1 ผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2 พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.3 การได้มาและการเข้าถึงข้อมูล
 - 2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การวิเคราะห์ข้อมูล
4. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล
5. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้การวิจัย ดำเนินถูกต้องตามกระบวนการวิจัย และได้ผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองในการดำเนินการวิจัย โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1. การวิจัยในแนวปรากฏการณ์วิทยาตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือวิจัย (Researcher as instrument) โดยผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยก่อนทำการวิจัย โดยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ จากสถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผ่านการรับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องจากสภาการพยาบาลจำนวน 16.5 หน่วยคะแนน และศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย หลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังศึกษาในประเด็นต่างๆ เพื่อเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความไวเชิงทฤษฎีในเนื้อหาสาระ และประเด็นที่ศึกษา ไม่เกิดการหลงทางเมื่อเข้าสู่สนามการวิจัย ตลอดจนสามารถจัดกรอบความคิด พักความเชื่อที่มีอยู่แต่เดิมก่อนเข้าสู่สนามการวิจัยในครั้งนี้ได้ ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัย โดยขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดกระบวนการวิจัย และผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยเฉพาะการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

1.2 การเตรียมความพร้อมทางด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการฝึกปฏิบัติเทคนิคการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาปรากฏการณ์ ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กชั้นสูง 2 ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งศึกษาวิธีการและเทคนิคต่างๆ จากตำรา ตลอดจนการปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้มีประสบการณ์ ในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการจดบันทึก เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุม

1.3 ผู้วิจัยมีความตระหนักรู้ (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย ดังนั้นเมื่อเข้าสู่สนามวิจัย เพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดา หรือมีแนวคิดล่วงหน้า ไม่ถามนำผู้ให้ข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้อย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตามประสบการณ์จริง และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล ปราศจากการตีความของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏโดยไม่มี การคิดล่วงหน้าหรือถ้ามี ผู้วิจัยต้องเก็บความคิดหรือความเชื่อไว้ (Bracketing)

2. การศึกษาและเก็บข้อมูลภาคสนาม

2.1 ผู้ให้ข้อมูล (Key Information)

ผู้ให้ข้อมูล (Informant) เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอตาม ประเด็นที่ต้องการศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Criteria) ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี

2. มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอเป็นระยะเวลา 3-7 วันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐบาล เขตกรุงเทพมหานคร
3. มีระยะเวลาหลังถอดท่อหลอดลมคอ (Extubation of endotracheal-tube) นานไม่เกิน 1 สัปดาห์
4. แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าอยู่ในระยะที่สามารถให้ข้อมูลได้
5. สามารถสื่อสาร พูดโต้ตอบกับผู้วิจัยได้เข้าใจ และมีสติสัมปชัญญะดี
6. มีความสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

2.2 พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Setting)

สนามการวิจัยที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐบาล เขตกรุงเทพมหานคร และมีหอผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ผู้วิจัยได้พิจารณาคัดเลือกสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สำหรับการเก็บข้อมูล เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเข้ารับการรักษาและได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอจำนวนมากประกอบกับเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคย เข้าใจในสภาพแวดล้อม และสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดี ซึ่งสนามการวิจัยดังกล่าวมีผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี ที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3 การได้มาและการเข้าถึงข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสนามการวิจัย (Gatekeeper) ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ หัวหน้าหน่วยกุมารเวชกรรม หัวหน้าพยาบาลหน่วยกุมารเวชกรรม และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง สร้างสัมพันธภาพที่ดี พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกระบวนการวิจัย
2. ผู้วิจัยเสนอแบบฟอร์มขอทำการวิจัย ถึงประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หลังได้รับการอนุมัติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลในสนามการวิจัย เพื่อตรวจสอบข้อมูลประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้พยาบาลทบทวนสอบถามความสนใจของเด็กและผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสนใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย เมื่อเด็กและผู้ปกครองรายใดไม่ขัดข้อง พยาบาลในสนามการวิจัย จดที่อยู่ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ เพื่อมอบให้ผู้วิจัยสำหรับติดต่อผู้ให้ข้อมูล เพื่อนัดวันและเวลาในการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับผู้ปกครองของผู้ให้ข้อมูลโดยตรงที่หอผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจอย่างกัลยาณมิตรที่ดี โดยการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยบอกการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้

ข้อมูลตามใบพินัยกรรมซึ่งขณะทำการติดต่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามผู้วิจัยอย่างอิสระ ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย เป็นความจริง และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระตลอดการศึกษา

4. เมื่อผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครอง สมัครใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้ให้ข้อมูล และผู้ปกครองเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

5. ผู้วิจัยประเมินอาการทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับการสอบถามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการให้สัมภาษณ์หรือไม่ เช่น อาการไอ เจ็บคอ จากการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ เป็นต้น ถ้าผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้กิจกรรมสังเกตการณ์ร่วมกับการสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์

กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลบอกกับผู้วิจัยว่ายังไม่มีความพร้อมในการทำกิจกรรมสังเกตการณ์และให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยังไม่ทำการสัมภาษณ์และทำการนัดสัมภาษณ์ที่หอผู้ป่วย ในวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อม (แต่ต้องอยู่ในระยะเวลาหลังถอดท่อหลอดลมคอ (extubation of endotracheal tube) นานไม่เกิน 1 สัปดาห์) โดยคำนึงถึงความสงบ เป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล และความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย

ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่อยู่ในสนามวิจัย โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้กิจกรรมสังเกตการณ์ร่วมกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยจนข้อมูลเกิดการอิ่มตัว คือมีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดการอิ่มตัวของข้อมูล 10 ราย (รวมระยะเวลาที่อยู่ในสนามวิจัย คือตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ถึง มกราคม พ.ศ. 2550 โดยผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 19 ราย แต่เป็นผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกได้ทั้งสิ้น 10 ราย เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ได้ย้ายออกจากสนามการวิจัยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องยังสถานบริการใกล้บ้าน ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดยะลา และจังหวัดระนอง 1 ราย ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตพบผู้ให้ข้อมูลมีอาการเหนื่อยหอบ ไอ และรู้สึกคันในลำคอมาก ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์ 3 ราย มีระยะเวลาหลังถอดท่อหลอดลมคอนานเกิน 1 สัปดาห์ และอีก 2 ราย ไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง)

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัย

2. เครื่องบันทึกเสียง และเทปบันทึกเสียง : เป็นอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขณะทำการสัมภาษณ์ทุกครั้งโดยผู้วิจัยจัดหาเองและมีความพร้อมในการใช้งาน

3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล: ประกอบด้วย หมายเลขผู้ให้ข้อมูล อายุ เพศ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ความสามารถในการใช้นิ้วมือ ซี่ หยิบของ หรือเขียนหนังสือ และการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว

4. แบบบันทึกภาคสนาม: ประกอบด้วย หมายเลขผู้ให้ข้อมูล บันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์คือ ครั้งที่ วันที่ เวลา สถานที่ การสัมภาษณ์ การบรรยายฉากและบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ และการบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย

5. แบบบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์และการให้รหัสเบื้องต้น สำหรับบันทึกการถอดความจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และใช้ในการให้รหัสเบื้องต้น (Open coding)

6. สมุดวาดเขียน ดินสอคำ ยางลบ กบเหลาดินสอ ไม้บรรทัด ดินสอสี สีเทียน สีน้ำ และก๊วยกัน สำหรับกิจกรรมการสนทนากลุ่ม และน้ำผลไม้สำหรับดื่ม

7. แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) แบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ขั้นคือ

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา กำหนดวัตถุประสงค์ตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดประเด็นกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่จะศึกษา

ส่วนที่ 2 หลังการทดลองสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ผู้วิจัยพบว่า มี 1 คำถาม ที่ผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจคำถาม และไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงปรับคำถามให้เหมาะสม สำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง จนได้ข้อมูลที่มีความอิมตัว

ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 30-90 นาที แนวทางการสัมภาษณ์ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มสนทนา ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ และขั้นปิดการสนทนา แนวทางการสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามหลักที่นำเข้าสู่ประเด็นที่ทำการศึกษา และคำถามรองที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลให้รายละเอียดและสะท้อนประสบการณ์ แต่ไม่มีการกำหนดคำถามอย่างตายตัว คำถามในการสัมภาษณ์จึงมีความยืดหยุ่น และเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

2.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้กิจกรรมสนทนากลุ่มร่วมกับวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ประกอบกับการใช้แบบบันทึกภาคสนาม โดยมีรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อหัวหน้าหน่วยกุมารเวชกรรม และเสนอแบบฟอร์มขอทำการวิจัย ถึงประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งเสนอเค้าโครงร่างวิทยานิพนธ์และร่างแนวคำถามประกอบการพิจารณา

2. เมื่อได้รับการตอบรับและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบและประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลหน่วยกุมารเวชกรรมในสนามการวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และให้พยาบาลทบทวนสอบถามความสนใจของเด็กและผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อเด็กและผู้ปกครองรายใดไม่ชัดเจน พยาบาลในสนามการวิจัย จุดที่อยู่ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ และโทรศัพท์แจ้งให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดวันและเวลาในการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล และผู้วิจัยได้เข้าไปตรวจสอบข้อมูลประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามที่พยาบาลได้ให้มา

3. เมื่อทราบข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสนใจให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อผู้ปกครองโดยตรงที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจอย่างกัลยาณมิตรที่ดี โดยการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย บทบาทผู้วิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด ผู้วิจัยบอกการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลตามใบพิทักษ์สิทธิ์ ขณะทำการติดต่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามผู้วิจัยอย่างอิสระ ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา เป็นความจริง และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระตลอดการศึกษา

4. เมื่อผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครอง สมัครใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครอง เลือกว่า วัน เวลา ขณะที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในการให้สัมภาษณ์ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่ออาการและการรักษาพยาบาล โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล ความสะดวกและความปลอดภัยของผู้ให้สัมภาษณ์และผู้วิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1. ก่อนการทำกิจกรรมสันทนากการและการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยประเมินอาการทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับการสอบถามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการทำกิจกรรมสันทนาและการให้สัมภาษณ์หรือไม่ ดังนี้

4.1.1 กรณีผู้วิจัยสังเกตเห็นพบว่าผู้ให้ข้อมูลอยู่ในภาวะไม่พร้อมที่จะให้สัมภาษณ์เช่น มีอาการไอ เจ็บคอ จากการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและสอบถามความพร้อมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

4.1.2 กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลบอกกับผู้วิจัยว่ายังไม่มีความพร้อมในการทำกิจกรรมสนทนากาและให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยังไม่ทำการสัมภาษณ์และทำการนัดสัมภาษณ์ที่หอผู้ป่วย ในวัน และเวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครอง มีความสะดวก (แต่ต้องอยู่ในระยะเวลาหลังถอดท่อหลอดลมคอ (extubation of endotracheal-tube) นานไม่เกิน 1 สัปดาห์) โดยคำนึงถึงความสงบ เป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล และความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย

4.1.3 กรณีผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการชักชวนผู้ให้ข้อมูลร่วมกิจกรรมสนทนากาโดยใช้การวาดภาพระบายสีเป็นหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับพัฒนาการและความสนใจของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้เตรียมน้ำผลไม้สำเร็จรูปพร้อมดื่มไว้ให้ผู้ให้ข้อมูลขณะวาดภาพและการสัมภาษณ์เพื่อเป็นการผ่อนคลายและลดความตึงเครียดของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการวาดภาพระบายสี เช่น สมุดวาดเขียน ดินสอดำยางลบ กบเหลาดินสอ ไม้บรรทัดดินสอสี สีเทียนสีน้ำ และก๊วยกัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้เลือกใช้สีในการวาดภาพตามความสะดวกและความถนัดของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ให้ข้อมูลวาดภาพระบายสีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองหรือวาดภาพตามที่ผู้ให้ข้อมูลชื่นชอบ เพื่อเป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพและให้เด็กเกิดความไว้วางใจ เนื่องจากการใช้กิจกรรมด้านศิลปะหรือการแสดงความสามารถเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการนำเข้าสู่ประเด็นของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Morse & Field, 1995 cited in Woodgate, 2000) พร้อมทั้งนำเข้าสู่คำถามหลักของการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมวาดภาพระบายสีแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลได้หยุดพักประมาณ 10 นาที พร้อมทั้งให้เลือกน้ำผลไม้สำเร็จรูปพร้อมดื่มตามรสชาติที่ผู้ให้ข้อมูลชื่นชอบได้ดื่มขณะพัก ผู้วิจัยพูดคุยและซักถามเรื่องทั่วไป ก่อนที่จะเข้าสู่คำถามหลักเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกที่ดีในการสัมภาษณ์ อธิบายระยะเวลาและเป้าหมายการสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถามเกริ่นนำคือ “หนูเรียนหนังสืออยู่ชั้นไหนแล้วครับ” “ขณะนี้อาการเจ็บป่วยของหนูเป็นอย่างไรบ้าง” หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เมื่อผู้ให้ข้อมูลเลือกกิจกรรมการวาดภาพระบายสีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพและนำเข้าสู่คำถามหลัก เนื่องจากการใช้กิจกรรมด้านศิลปะหรือการแสดงความสามารถ เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการนำเข้าสู่ประเด็นของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Morse & Field, 1995 cited in Woodgate, 2000) โดยเริ่มเข้าสู่การสนทนา ตามขั้นตอนดังนี้

1.1 ขั้นเริ่มสนทนา : “ ช่วยเล่าเรื่องเกี่ยวกับรูปที่หนูวาดให้ฟังหน่อยสิครับ ”

1.2. ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงได้นำเข้าถึงคำถามหลักของการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามดังนี้

คำถามหลัก

- 1.2.1 ช่วยเล่าความรู้สึกของหนู ขณะที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและการดูแลด้วย เครื่องช่วยหายใจ
- 1.2.2 หนูมีความรู้สึก หรือมีความคิดอย่างไรบ้างต่อการดูแลที่หนูได้รับ ขณะที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ
- 1.2.3 ในความคิดของหนูขณะนั้น หนูอยากให้พยาบาลดูแลหนูอย่างไรบ้าง (ทำสิ่งใดให้หนูบ้าง)
- 1.2.4 ขณะนั้นหนูมีวิธีการบอกความต้องการของหนูให้พยาบาลและคนอื่นรู้อย่างไรบ้าง
- 1.2.5 กรณีที่การสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยเด็กเคยมีประสบการณ์ความลำบาก (อุปสรรค) ในการได้รับการตอบสนองของความต้องการการดูแล ใช้แนวคำถามดังนี้ “หนูคิดว่าพยาบาลหรือคนอื่นควรทำอย่างไร เพื่อช่วยให้หนูบอกสิ่งที่ต้องการ

คำถามรอง

คำถามรอง เป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพิ่มเติมจากเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคการทวนความ การสรุปความ การสะท้อนความคิด และการบอกเรื่องราวเพิ่มเติม เช่น “ ช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการ)” “ที่หนูเล่าว่า.....หมายความว่าอย่างไร” ที่หนูเล่าหมายถึงว่า.....ใช่หรือไม่” ซึ่งผู้วิจัยยังสามารถปรับแนวการสัมภาษณ์ในขณะที่ใช้จริง รวมทั้งสร้างคำถามเพิ่มเติมขณะดำเนินการสัมภาษณ์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง

1.3 ขั้นปิดการสนทนา: เมื่อเห็นว่าได้เวลาที่เหมาะสมตามที่ตกลงไว้กับผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการค่อยๆ เปลี่ยนหัวข้อการสนทนาเป็นเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลผ่อนคลาย ผู้วิจัยสอบถามผู้ให้ข้อมูล ถึงความต้องการในการกล่าวถึงสิ่งอื่นที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ซักถาม เช่น “หนูมีอะไร ที่จะบอกเพิ่มเติมหรือไม่” หรือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการซักถามผู้วิจัย บอกย้ำเกี่ยวกับการรักษาความลับ ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นกับผู้ให้ข้อมูล กล่าวขอบคุณในการเสียสละเวลาของผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครอง ในการกลับมาหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความ

ถูกต้องของข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัย รวมทั้งหากข้อมูลนั้นยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยอาจขอนัดสัมภาษณ์ซ้ำ จากนั้นจึงบอกผู้ให้ข้อมูลถึงการปิดการสัมภาษณ์ รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวของผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองในกรณีที่มีการสงสัยหรือซักถาม

2 เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการวาดภาพระบายสี เริ่มการสัมภาษณ์โดยตรง ในการเข้าถึงคำถามหลัก ตามขั้นตอนการสนทนา (1.1 - 1.3) ดังที่กล่าวข้างต้น

5. สถานที่ที่ใช้ในการทำกิจกรรมสนทนาร่วมกับวิธีการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์ให้ใช้ห้องประชุมและห้องเล่นภายในหอผู้ป่วย ดังนี้

5.1 หอผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมเฉพาะโรค โดยห้องประชุมของหอผู้ป่วยอายุรกรรมเฉพาะโรคอยู่ด้านหน้าหอผู้ป่วย มีขนาดกว้างขวาง มีโต๊ะและเก้าอี้สำหรับนั่งประชุมจัดไว้อย่างเป็นระเบียบ ห้องมีความเงียบสงบไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก อากาศเย็นสบายเหมาะแก่การทำกิจกรรมสนทนาร่วมและการสัมภาษณ์เนื่องจากติดเครื่องปรับอากาศ ส่วนห้องเล่นอยู่ตรงข้ามกับห้องผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำมีพื้นที่กว้างโล่ง และมีของเล่นสำหรับเด็ก เช่น ภาพตัวต่อ หนังสือนิทาน แผ่น VCD การ์ตูน จัดเรียงอย่างเป็นระเบียบและสวยงามบนชั้นวาง มีจักรยานสามล้อถีบและโต๊ะเก้าอี้สำหรับเด็กจัดเรียงอย่างเป็นระเบียบอยู่มุมห้องด้านขวา ซึ่งห้องเล่นของหอผู้ป่วยอายุรกรรมเฉพาะโรคจะเปิดให้เด็กเข้าใช้บริการเฉพาะช่วงบ่าย แต่ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์ให้ใช้ในช่วงเช้าซึ่งไม่มีเด็กคนอื่นเข้ามารบกวนขณะทำการสัมภาษณ์จึงเหมาะแก่การทำกิจกรรมสนทนาร่วมและการสัมภาษณ์

5.2 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรคระบบทางเดินหายใจ มีห้องประชุมและห้องเล่นลักษณะคล้ายกับหอผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมเฉพาะโรค ซึ่งมีห้องประชุมที่มีความเงียบสงบเหมาะแก่การสัมภาษณ์อยู่ทางเข้าหอผู้ป่วย แต่ห้องเล่นอยู่ด้านหลังหอผู้ป่วยและมีพื้นที่ไม่ค่อยกว้างขวางนักแต่ก็เพียงพอในการทำกิจกรรมสนทนาร่วม

5.3 หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต ห้องเล่นยังไม่ได้จัดเป็นสัดส่วน ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้จัดมุมสนทนาร่วมสำหรับผู้ป่วยไว้บริเวณมุมด้านหน้าเคาเตอร์พยาบาล ผู้วิจัยจึงได้ใช้เฉพาะบริเวณนี้ในการทำกิจกรรมสนทนาร่วม และใช้ห้องประชุมทำการสัมภาษณ์ เพราะมีความเงียบสงบไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก และมีอากาศถ่ายเทได้สะดวกดี

ในการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พูดคุย บอกเล่าถึงประสบการณ์และระบายความรู้สึกมากที่สุด โดยผู้วิจัยอธิบายความจำเป็นในการเปิดโอกาสดังกล่าวให้ผู้ปกครองของผู้ให้ข้อมูลรับทราบ ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างเข้าใจและเป็นกัลยาณมิตรที่ดีเยี่ยมจากผู้ปกครองของผู้ให้ข้อมูลทุก ๆ ราย

ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 10 ราย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง 7 ราย (สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล ทั้ง 7 ราย) โดยการสัมภาษณ์รายละ 30 – 90 นาที อีก 3 รายทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง (สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล ทั้ง 3 ราย) สัมภาษณ์ครั้งละ 30 – 45 นาที สาเหตุที่ต้องสัมภาษณ์ 2 ครั้ง เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลรายแรกขณะทำการสัมภาษณ์มีเพื่อนจากโรงเรียนมาเยี่ยมจึงต้องยุติการสัมภาษณ์เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนที่โรงเรียน ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีอาการไอเป็นระยะ ๆ และมีอาการง่วงนอนจึงยุติการสัมภาษณ์ ส่วนผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 ขณะทำการสัมภาษณ์พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องให้การรักษายาโดยการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำและต้องไปตรวจวัดสมรรถภาพปอดผู้วิจัยจึงได้ยุติการสัมภาษณ์

ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนามซึ่งประกอบไปด้วย การอธิบายฉากและภาพเหตุการณ์ขณะสนทนา ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องที่พบในการสัมภาษณ์โดยย่อ ปัญหาที่พบขณะสัมภาษณ์ (Sideman, 1991) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้กระทำไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้แยกความเชื่อ ความคิดความรู้สึกส่วนตัว และสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา การวิเคราะห์เริ่มตั้งแต่ผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำๆ หลายๆ รอบ จนมองเห็นภาพที่เป็นสาระสำคัญของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน แล้วดึงข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญร่วม (Common theme) ออกมา หลังจากนั้นจึงจัดกลุ่มของข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ที่บ่งบอกถึงสาระในเรื่องเดียวกันให้เป็นหมวดหมู่แล้วตั้งชื่อ (Conceptual categories) ผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วว่า สาระสำคัญที่น่าเสนอ สามารถแสดงให้เห็นภาพรวมของประสบการณ์ของบุคคลในประสบการณ์นั้น พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลดิบที่ผู้วิจัยพบว่าสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน (Exhaustive description) ตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลที่เรียกว่า Phenomenological transformation / Reduction process ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ขั้นตอน คือ วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยเน้นการตีความตามขั้นตอนตามแบบ Colaizzi (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นประกอบไปด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลขณะที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เพื่อใช้สร้างคำถามระหว่างการสนทนา และการวิเคราะห์ภายหลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของข้อมูล จากการถอดความในเทปบันทึกเสียง เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องรวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการสร้างคำถามในการสนทนาบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ในลักษณะที่เรียกว่าการแกะรอยข้อมูล

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เพื่อสรุปประเด็นหรือแนวเรื่องตามระเบียบวิธีวิจัย แนวปรากฏการณ์วิทยา ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยเน้นการตีความตามขั้นตอนตามแบบ Colaizzi (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจโดยการถอดความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลทุกรายแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา อ่านบทสนทณาร่วมกับฟังเทปซ้ำ จากนั้นอ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ (Make sense) ร่วมกับบันทึกภาคสนามเพื่อทบทวนเหตุการณ์และเติมเต็ม (Supply) ข้อมูลที่ขาดหายไป และอ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัดจนกระทั่งได้ความรู้สึกและมองเห็นสาระสำคัญของข้อมูลพร้อมทั้งให้รหัสข้อมูล

2. ดึงข้อความหรือประโยคที่เป็นสาระสำคัญทั้งหมดของแต่ละรายออกมา

3. พยายามค้นหา และให้ความหมายแก่ข้อความที่เป็นสาระสำคัญของข้อมูล ที่ดึงออกมา

4. จัดกลุ่มข้อมูลที่มีลักษณะรวม หรือที่มีความหมายเหมือนกันไว้ด้วยกัน ให้ความหมายและจำแนกชื่อให้แก่กลุ่มข้อมูลนั้น ๆ

5. อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เลือกดตัวอย่างข้อมูลดิบ (Exhaustive description) ที่สามารถสะท้อนให้เห็นสาระสำคัญของกลุ่มข้อมูลแต่ละกลุ่มออกมา เพื่อใช้เป็นตัวอย่างให้ผู้อ่านได้เห็นว่าการจำแนกชื่อนั้นสอดคล้องกับข้อมูลที่มีอยู่

6. กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวอย่างของข้อมูลดิบว่าตรงกับที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟังหรือไม่ ชื่อของกลุ่มข้อมูล การแปลความหมายของผู้วิจัย และสาระสำคัญของข้อมูลสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมากน้อยเพียงไร

7. กลับมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมตามที่ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เขียนสาระสำคัญของข้อมูลและการแปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิมตัว

4. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยยึดหลักการความเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดของ Lincoln & Guba (1985) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- 4.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลมีความตรงเชื่อถือได้ผู้วิจัยได้กระทำดังนี้

1. มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจนซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการได้มาและการเข้าถึงข้อมูลที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาและได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่ศึกษาอย่างแท้จริง มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดตรวจสอบได้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์โดยการฟังเทปซ้ำ

2. ผู้วิจัยมีสัมพันธภาพอย่างกัลยาณมิตรที่ดี และได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูลทุกรายในกระบวนการสัมภาษณ์มีการทวนถามอยู่เสมอเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Iterative question) ตลอดจนการสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยได้กลับไปพบผู้ให้ข้อมูล 6 ราย (1 ราย พบผู้ให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์และสนทนาผ่านระบบ Internet ด้วย program MSN Messenger version 7.) โดยผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลที่ละราย (ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ที่โรงเรียนของผู้ให้ข้อมูล 1 ราย และที่โรงพยาบาล 2 ราย) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัยว่าถูกต้องหรือไม่ (Member checking) โดยผู้วิจัยสอบถามความถูกต้องของการวิเคราะห์บทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล และให้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมที่เป็นความเรียง (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ผู้วิจัยพบผ่านทางโทรศัพท์และสนทนาผ่านระบบ Internet ด้วย program MSN Messenger version 7. ผู้วิจัยได้ส่งไฟล์ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมที่เป็นความเรียงให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน) รวมทั้งเล่าโดยสรุปให้ผู้ให้ข้อมูลฟังว่าประเด็นต่างๆ ที่เป็นข้อสรุปของการวิจัยมีรายละเอียดอย่างไรบ้าง จากนั้นผู้วิจัยขอความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับบทสัมภาษณ์ดังกล่าว รวมถึงประเด็นต่าง ๆ ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังให้รายละเอียดเพิ่มเติมและช่วยเสนอแนะการใช้ถ้อยคำบางคำที่ช่วยอธิบายประเด็นต่าง ๆ ให้มีความชัดเจนขึ้นด้วย และผู้ให้ข้อมูลอีก 4 ราย ผู้วิจัยไม่สามารถกลับไปพบได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลได้ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย และผู้วิจัยได้พยายามโทรติดต่อกับผู้ปกครองของผู้ให้ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ย้ายกลับต่างจังหวัดแล้วทั้ง 4 รายและไม่มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ แต่สามารถติดต่อผู้ปกครองได้เพราะผู้ปกครองยังทำงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

4. ผู้วิจัยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา (Peer debriefing)

5. ผู้วิจัยตระหนักถึงบทบาทของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจัดกรอบแนวคิด (Bracketing) เพื่อแยกความเชื่อ พักความคิด ความรู้สึกส่วนตัว และความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่ ออกจากกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้วิจัยมีโอกาสมีส่วนร่วมในประสบการณ์ของสภาพแวดล้อมใน ICU เกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กขณะใส่ท่อหลอดลมคอ ซึ่งอาจทำให้ผู้วิจัยนำเหตุการณ์และความคิดเห็นไปเป็นคำถามนำในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์เนื้อหา โดยในขั้นของการบ่งชี้ผู้ป่วยเด็กกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากบุคลากรใน ICU ในการโทรศัพท์แจ้งผู้วิจัยเมื่อพบผู้ป่วย

เด็กที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบการพักความคิดขณะทำการสัมภาษณ์กับอาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งจดบันทึกความคิดในแบบบันทึกภาคสนามและนำกลับมาทบทวนทุกครั้งหลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ในช่วงการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยตระหนักถึงการพักความคิดความรู้เดิมตลอดเวลา ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยไม่ได้ใส่ความคิดของตนเองลงไปและให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ (Peer debriefing)

6. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผลการวิจัยผู้วิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นความรู้สึกต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนต่อการใส่ท่อหลอดลมคอประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก และส่วนที่ 2 เป็นประสบการณ์ความต้องการการดูแลขณะใส่ท่อหลอดลมคอ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอข้อมูลที่ลุ่มลึกในรายละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านผลงานวิจัยสามารถตัดสินใจและพิจารณานำไปใช้ในสถานการณ์ที่คล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ

7. การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลการวิจัยอย่างละเอียด ถูกต้อง ประเด็นหลักและรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

8. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ประกอบไปด้วย

8.1 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง การถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังซ้ำ

8.2 ผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอ (Direct quotes) และคำพูดมีความสอดคล้องสามารถนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นต่าง ๆ ในการวิเคราะห์แปลความหมายข้อมูลอย่างชัดเจน

8.3 การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (Coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

5. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ โดยผ่านการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนตามกฎหมาย และความเห็นของแพทย์เจ้าของไข้ ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประเด็นที่จะสัมภาษณ์ (Interview guideline) การมีส่วนร่วมในการวิจัยและกระบวนการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ตลอดจนการรักษาความลับของข้อมูล โดยประเด็นที่จะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ปกครองหรือผู้แทนตามกฎหมายได้ศึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจให้การยินยอม และในกระบวนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเชิญผู้ปกครองหรือผู้แทนตามกฎหมายอยู่ร่วมสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับปฏิบัติการการตอบสนทนงของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้สามารถบอกหยุดการสัมภาษณ์หรือยกเลิกการยินยอม ได้ทุกเมื่อ หากพิจารณาว่าผู้ให้ข้อมูลเกิดความวิตกกังวล

ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการพิจารณาการดำเนินการวิจัยของสนามวิจัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และของสนามวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert & Carpenter, 2003) เพื่อบรรยายประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ โดยใช้กิจกรรมสนทนาร่วมกับวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้านจากความรู้สึกนึกคิดของตนเองขณะที่ใส่ท่อหลอดลมคอ เกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการการดูแล โดยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามแบบการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอธิบายประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ เป็นประเด็นหลักโดยนำเสนอตามลำดับชั้น ดังนี้

1. พื้นที่ในการวิจัย จำนวนผู้ให้ข้อมูล และลักษณะทั่วไป
2. ประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ความรู้สึกต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนต่อการใส่ท่อหลอดลมคอ

- 2.1 เจ็บปวด ทรมาน
- 2.2 น่าสะพรึงกลัว
- 2.3 อึดอัด คับข้องใจในการสื่อสาร
- 2.4 เบื่อ

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ความต้องการการดูแลขณะใส่ท่อหลอดลมคอ

- 2.5 สัมผัสที่อบอุ่น และอ่อนโยน
- 2.6 บริการสร้างเสริมจิตสุนทรีย์
- 2.7 ช่องทางเจรจ่านำพาสุข

3. สรุปประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

1. พื้นที่ในการวิจัย จำนวนผู้ให้ข้อมูล และลักษณะทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี ที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ เป็นเพศชาย 7 คน เพศหญิง 3 คน ระดับการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา 8 ราย (ประถมศึกษาปีที่ 2 2 ราย ประถมศึกษาปีที่ 4 1 ราย และประถมศึกษาปีที่ 5 5 ราย) และมัธยมศึกษาปีที่หนึ่ง 1 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทยและเชื้อชาติไทยทุกราย นับถือศาสนาพุทธ 8 ราย นับถือศาสนาคริสต์ 1 ราย และนับถือศาสนาอิสลาม 1 ราย

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 8 ราย อีก 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความสามารถในการใช้นิ้วมือ ชี หยิบของ หรือเขียนหนังสือได้ดีทั้ง 10 ราย สำหรับประวัติการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวขณะใส่ท่อหลอดลมคอ ได้รับยาในกลุ่ม sedatives จำนวน 3 ราย และมี 4 ราย ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว คือ การผูกยึดบริเวณข้อมือและข้อเท้า และอีก 3 ราย ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอเป็นระยะเวลา 3 ถึง 7 วัน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐบาล เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีระยะเวลาหลังถอดท่อหลอดลมคอ (extubation of endotracheal-tube) นาน 2 ถึง 7 วัน และแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าอยู่ในระยะที่สามารถให้ข้อมูลได้ ซึ่งเข้ารับการรักษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ถึง มกราคม พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยแต่ละรายผู้วิจัยใช้รหัสแทนการระบุชื่อผู้ป่วยในการอ้างอิงถึงผู้ป่วย (ET-tube 000)

2. ประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

ผลจากการวิเคราะห์ถึงประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ จำนวน 10 ราย ทำให้พบประเด็นต่าง ๆ 7 ประเด็น นำเสนอเป็น 2 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้สึกต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนต่อการใส่ท่อหลอดลมคอมี 4 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1. “เจ็บปวด ทรมาน”

เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้แล้วว่าตัวเองได้รับการรักษาพยาบาล โดยการใส่ท่อหลอดลมคอ “ความเจ็บปวด” คือสิ่งแรกที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนนึกถึงตามการรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดในประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอที่ได้รับ

การให้ความหมายต่อ “ความเจ็บปวด” จากประสบการณ์การได้รับการรักษาพยาบาล โดยการใส่ท่อหลอดลมคอ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูลซึ่งสามารถเข้าใจในสิ่งที่ตนได้รับผ่านประสาทสัมผัส และนำสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้ มารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผนและถ่ายทอดออกมาเป็น ความหมายภายใต้บริบทเดียวกัน ได้แก่ เจ็บ ๆ แสบ ๆ ปวด ๆ ตึง ๆ คั้น ๆ เป็บ ๆ ในคอ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรู้สึกว่าการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ “มันทั้งเจ็บปวด ทั้งทุกข์ทรมาน”

“ความเจ็บปวด” ที่ผู้ให้ข้อมูลนึกถึงและได้ถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดนั้น เป็นการพูดถึงความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานแบบ ชัดถ้อยชัดคำ ด้วยน้ำเสียงที่เรียบง่ายและเคลือบแฝงด้วยความเชื่อมั่น แสดงถึงความหมายและความเข้าใจกับสิ่งที่ได้ถ่ายทอดออกมาเป็นอย่างดี ขณะที่พูดคุยกันถึงประเด็นนี้ ผู้ให้ข้อมูลแสดงสีหน้าและแววตาที่แสดงออกถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า

“รู้สึกไม่ดีเลย...ไม่ชอบ...มันเจ็บ...(ชี้ไปที่บริเวณคอ)...มันเจ็บในคอ...คืออะไรแบบเจ็บ ๆ...มันจะคั้น ๆ แสบ ๆ เจ็บ ๆ อย่างเนี่ย...เข้ามาในตรงคอไม่ชอบเลย...เหมือนกับตอนจะไอ...แต่มันจะแสบ ๆ เยอะกว่าเวลาที่ไอ...เพราะมันไอไม่ได้...ก็จะแสบในคอตลอด” (ET-Tube 001)

“รู้สึก เจ็บ ๆ มันจะแน่น ๆ เจ็บ ๆ อย่างเดียว ปวด ๆ ตึง ๆ ในคอ ยังงัย ก็บอกไม่รู้เหมือนกันนะ (แสดงสีหน้า : ขมวดคิ้ว เบ้าปาก)” (ET-Tube 002)

“ใส่ตอนแรกๆ...พอรู้สึกตัวอีกที...มันจะเจ็บ...เจ็บ...แล้วเจ็บอีก...อยู่อย่างนั้นตั้งนาน” (ET-Tube 003)

“เจ็บนะ...มันจะเป็บ ๆ...มันทรมานตรงคอตอนหันหน้า...ไม่ชอบ...” (ET-Tube 006)

“เจ็บข้างในคอ...กลืนน้ำลายไม่ค่อยจะได้...มันอึดอัดไปหมด...เหมือนกับมีอะไรติดในคอ...ใส่ท่อคาอยู่มันรู้สึกว่ามันเจ็บ...อึดอัด...มันทรมานงัยไม่รู้...เหมือนกับตอนที่เรียนว่ายน้ำ...แล้วฝึกหายใจในน้ำ...ต้องกลืนหายใจตลอดตอนอยู่ในน้ำ...หายใจไม่ออกนะตอนนั้น...อึดอัด...ขยับแรงไม่ได้อีก...จะเจ็บตรงข้างในคอ...” (ET-Tube 003)

นอกจาก ความหมายต่อความเจ็บปวดและทรมานแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังได้บอกถึงลักษณะของความเจ็บปวดทั้งทางกายและความเจ็บปวดทางด้านจิตใจที่ตนได้ประสบพบเจอจากการใส่ท่อหลอดลมคอ เพราะเมื่อร่างกายเจ็บปวดจากการใส่ท่อหลอดลมคอ หรือจากกระบวนการดูแลรักษา

จิตใจก็จะเจ็บปวดไปด้วย ความรู้สึกเจ็บปวดทางจิตใจของผู้ให้ข้อมูล ยิ่งก่อให้เกิดความเครียด โดย บางครั้งก่อให้เกิดความรู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าความเจ็บปวดของตนไม่มีใครสามารถเข้าใจได้ว่า เจ็บปวดทุกข์ทรมานมากน้อยเพียงใด และไม่มีใครที่จะสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ แม้กระทั่งพ่อแม่ หรือบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลอย่างใกล้ชิด

“ทำอะไรไม่ได้หรอก...มันร้องไม่ออกนะเพราะท่อคาในปากกับในคอ...มันจะเจ็บ...ตึง ๆ อยู่ ตลอดตอนแรก ๆ ...พูดอะไรก็ได้ คนที่อยู่ใกล้ ๆ เราก็ไม่ได้ยินอะไรอย่างนี้...มองหน้าแม่ได้อย่างเดียว...แม่ก็ไม้อู้ก็อะ...ว่าเราเป็นอะไร” (ET-Tube 004)

“รู้แล้วนะตอนนั้นว่ามีอะไรติดอยู่ตรงในคอเรา...มันจะเป็นแบบว่าตึง ๆ...หนืด ๆ...ยังกะ...ข้าว หรือว่าอะไรสักอย่างติดในคอเรา...ตรงข้างใน...มันเคืองๆ ในคอนะ...ก็จะพยายามจะเอามือไปดึงอะไร สักอย่างทีติดในปากออก..แต่มันยกมือไม่ขึ้น..แขนไม่มีแรง...ตัวก็จะนิ่ง ๆ...” (ET-Tube 005)

“ตอนแรกลืมหิ้ว...ขยับอีก...มันเมื่อยคอมากตอนนั้น...เลยขยับ...แป๊บ...มาเลยทีนี้ในคอ... เหมือนโดนอะไรแหลม ๆ ที่มเข้าไปอีกทีนะ...น้ำตาเนี่ยไหลแบบไม่ต้องสั่งเลยนะ...” (ET-Tube 003)

ผู้ให้ข้อมูลบางราย พยายามช่วยตนเองในการจัดการกับความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่เพียงลำพัง โดยการเรียนรู้แบบชนิดลองผิดลองถูกกับความเจ็บปวด พร้อมทั้งมีวิธีการตอบสนองและจัดการกับความเจ็บปวดด้วยตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดเหล่านั้น ได้แก่ การให้เหตุผล การจินตนาการ และการอดทนต่อสถานการณ์ ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดเป็น ลักษณะเฉพาะของตน ตามอัตภาพที่พอจะมี

“พยายามที่จะคายออกแต่มันก็ไม่ออก...ยิ่งขยับยิ่งเจ็บ...ลองอยู่เฉย ๆ พักหนึ่ง...นะ...ในใจนี่ก็... ถ้าไม่ขยับก็ไม่เจ็บเว้ย...ตอนแรกลืมหิ้ว...ขยับอีก...มันเมื่อยคอมากตอนนั้น...ไม่ไหวแล้ว...เลยขยับ... แป๊บ...ในคอ...เหมือนโดนอะไรแหลม ๆ ที่มเข้าไปอีกทีนะ...บอกไม่ถูก...มันทรมานมาก...แต่ก็ต้อง อดทน...ทนอย่างเดียว...เพราะยังงัยอะ...มันก็ทำอะไรไม่ได้...เอาลิ้นดัน ๆ...ลองดู...ยิ่งเจ็บไปกันใหญ่ ...ที่นี้รู้เลยว่าต้องเจ็บอีกแหละ...ไม่เอาละ” (ET-Tube 003)

“มันก็ตึง ๆ จริง ๆ อย่างเจ็บมาก ๆ ในคอเวลากลืนน้ำลาย...คราวหลังก็ยังไม่กล้ากลืนอีก...กลัว เจ็บมากกว่าเดิม....” (ET-Tube 004).

“เจ็บนะ...มันจะแป๊ป ๆ อีก...มันทรมานตรงคอตอนหันหน้า...ไม่ชอบ...ไม่หันหัวอีกแล้วตอนหลัง...กลัวมันเจ็บในคออีก....” (ET-Tube 006)

“ดิ่งท่อไม่ได้หรอกเพราะมีแผ่นสติ๊กเกอร์ติดอยู่แหละ...ดิ่งไม่ออก...ถ้าดิ่งก็หายใจไม่ได้...เดี๋ยวเหนื่อยแยะเลย...แล้วก็จะตาย..ก็ไม่ดิ่งท่ออยู่แล้ว....ก็รู้ว่าท่ออย่างกับเครื่องมันช่วยเรา....”

(ET-Tube 010)

“ตอนนั้นก็นึกถึงว่าเราลงไปดำน้ำจริง ๆ...เพราะรู้สึกว่ามันก็เหมือน ๆ กัน..เพราะอึดอัดไปหมด...ในคอ...ในปากก็อึดอัดไปหมดบอกไม่ถูก...ตอนนอนใส่ท่อ...ก็นึกในใจเอาไว้ว่า...เราดำน้ำดูได้ทะเล...นี่ก็ไปเรื่อย ๆ...ก็รู้สึกว่าไม่อึดอัดเหมือนตอนที่เราขับแล้วมันเจ็บ....(เด็กอธิบายภาพที่ตนเองวาด)”

(ET-Tube 003)

ความเจ็บปวดที่ได้รับจากกระบวนการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งยากที่จะหลีกเลี่ยง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกราย ยังต้องพาลพบคือ การดูแลหะ การถูกยึดตรึง และการถูกจับต้องที่ไม่อ่อนโยน

“ตอนดูดคอ...จะเจ็บ...แน่นคอกับตรงในอก...(ชี้มือไปบริเวณหน้าอก)....” (ET-Tube 008).

“มันอ้าปากไม่หมด....เค้า (พยาบาล) ก็จะทำให้อ้าปาก...เวลาที่จะดูดน้ำลายเขาก็จะบอกให้ไอ...ไอ... ๆ...อะไรก็ไม่รู้ล่ะ...ไม่ชอบเลยอย่างนี้....เจ็บ...(เด็กแสดงสีหน้าครุ่นคิด:ขมวดคิ้ว)”

(ET-Tube 007)

“ตอนดูดในคอ....สายยางมันจะแทง ๆ เข้าข้างในคอ...ก็จะเจ็บ...ตอนหลังนี้...จะเจ็บกว่าเดิมอีก....” (ET-Tube 004)

“...ดูดที่ท่อกับปากนะ....แสบคอมมาก ๆ...หงิกมือ...กับหยุดหายใจไว้แป๊ปหนึ่ง” (ET-Tube 010)

“เค้ามัดไว้...เค้าจะเอาแบบว่าผ้า...ไม่ใช่เชือกนะ...ผ้าเป็นเส้น ๆ...มัดไว้...ยิ่งคืน ยิ่งเจ็บแขน....ผ้ามันผูกกับแขน” (ET-Tube 003)

“ตอนที่เค้า (พยาบาล)...ดึงผ้าออก....มันจะถูหลัง...สีกับข้างหลัง....เจ็บ ๆ แสบ ๆ หลัง”

(ET-Tube 006)

ประเด็นที่ 2. นำสะพรึงกลัว

การแปลความหมายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ ผ่านโสตสัมผัสทางความรู้สึกนึกคิดจากการที่ตนได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ทำให้เด็กต้องเจอกับสิ่งที่ทำให้กลัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งเป็นความกลัวที่ยิ่งใหญ่สำหรับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับรู้ถึงสภาวะที่ตนถูกคุกคามจากการที่ตนได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ มีนัยกับภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นกับตน

การถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นนี้เป็นการร้อยเรื่องราวที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงสาเหตุแห่งความกลัวที่มีลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ เวลาที่ผู้ป่วยร้อยเรียงถึงเรื่องนี้ สีหน้าของผู้ป่วยเสมือนกำลังใช้ความคิด คัดย่อนถึงเรื่องราวที่ตนเองได้ประสบพบเจอมา

“มันเป็น...อะไรละ...เป็นเหมือนเครื่องสูบน้ำ...มันเหมือนกันกับเครื่องสูบน้ำที่บ้าน...ที่ในรูป (เด็กชี้ไปที่รูปภาพ)...เครื่องมันจะ...สูบ...เข้าไปหรือเปล่า” (ET-Tube 001)

“กลัว ๆ ตอนนั้นก็กลัว....” (ET-Tube 002)

“อึดอัด...หายใจไม่ทันเลยแหละ....มันเหมือนกับที่ตอนเล่นกับพี่ที่หน้าโทรทัศน์ตอนทำการบ้านเสร็จแล้ว...หยอก ๆ กัน...พี่เค้าก็แกล้งเอาผ่านนมมาคลุมตัวแล้วก็นั่งทับ....มันก็หายใจไม่ออก...ตื่น ๆ ไปมา...ออกมาได้ แทบตาย” (ET-Tube 009)

“...สายไฟ... (สายติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ:สาย EKG) เต็มตัวไปหมด...ขยับก็ไม่ได้กลัวมันช็อตเอา” (ET-Tube 010)

การให้ความหมายและผูกร้อยความเข้าใจจากประสบการณ์การได้รับการรักษาพยาบาล โดยการใส่ท่อหลอดลมคอเกี่ยวกับเหตุแห่งความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ถึงแม้เด็กจะอยู่ในช่วงวัยเดียวกันก็จะมีกรรับรู้และให้ความหมายกับความกลัวที่แตกต่างกัน อายุของเด็กที่มากขึ้นจะทำให้เด็กมีการรับรู้ความกลัวจากสภาวะที่ตนถูกคุกคามมากขึ้นตามลำดับและอธิบายลักษณะความกลัวของตนที่ติดอยู่ในใจ ติดอยู่ในความคิด เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นเล็กน้อย ความรู้สึกนึกคิดอยู่ในใจที่หวาดกลัวจากสภาวะที่ตนถูกคุกคามที่มีสาเหตุมาจากการใส่ท่อหลอดลมคอ ก็วนเวียนกลับมาทำให้จิตใจของผู้ป่วยเด็กว่าวุ่น ไม่สงบ ในใจก็จดจำความรู้สึกนั้นไว้ เริ่มกลัวว่าตัวเองจะพูดไม่ได้ และเริ่มกลัวความตาย

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอบางรายถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นผ่านน้ำเสียงที่สั่นเครือ เป็นการแสดงถึงความรู้สึกกลัวที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน ผู้กรอายเป็นคำพูดที่บ่งบอกว่าเด็กกลัว กลัวในสิ่งที่กำลังพูดถึง กลัวความเจ็บปวด และกลัวความตาย

“...กลัวท่อในคอไหลลงไปในห้อง...ไม่รู้เหมือนกัน มันเหมือนจะไหลลงไปในห้อง...เลยกลัวครับ (เด็กแสดงสีหน้าเคร่งขมึน ครุ่นคิด)... ” (ET-Tube 005)

“ตอนดึกวันนั้น...นอนฝันเห็นเพื่อนกันทั้งกลุ่ม...พอน้องผู้ชายข้างเตียงเค้าร้อง...ก็ตื่นขึ้นมา...จะร้องให้คิดถึงพ่อก็คิดถึง...เพื่อนก็คิดถึง...ในใจคิดตลอดเวลาว่าอยากกลับบ้านจะหนีกลับดีหรือเปล่าทั้งที่ตอนนั้น...ยังใส่ท่อ...ก็นึกได้นะว่าถ้าเราไปเราก็คงต้อง...ตายกลางทางเพราะหายใจไม่ออกพยายามเคาก็ต้องวิ่งไล่จับ...เหมือนในหนังทีวีเลยนะพี่ตอนนั้น”

“...เป็นคนพูดเก่ง...เป็นจอมเม้าท์สุด ๆ พอมันเป็นแบบนี้แล้ว...ยังงัยละ...พอตื่นตัวอีกที่เราพูดไม่ได้แล้วอะ...คิดในใจนะคะว่าเป็นอะไรเนี่ย...ทำไมคอแห้ง...ทำไมมันเจ็บคอไปหมด...อึดอัด...จะร้องให้เลยตอนนั้น...อยากเจอพ่อมาก ๆ พ่อน่าจะช่วย...ได้ตอนนั้น...รู้สึกว่ามันน่ากลัว...กลัว...ว่า...อะไรละ...กลัวว่า...จะพูดไม่ได้แบบนี้ตลอดไปหรือเปล่า...กลัวไปหมดทุกอย่าง(พูดด้วยน้ำเสียงที่สั่นเครือ)...จำได้ว่า...ตอนยังไม่ตื่น ได้ยินเสียงคนคุยกันข้าง ๆ...เสียงคนเดิน...หัวเราะก็มี...แบบที่เป็นเสียงดี ๆ เหมือนนาฬิกา กับเสียง Massage ของโทรศัพท์...ก็ได้ยินตลอด” (ET-Tube 003)

ประเด็นที่ 3. อึดอัด คับข้องใจในการสื่อสาร

ปัญหาอุปสรรคอันใหญ่หลวงจากการที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถพูดคุยสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความรู้สึกของตนในขณะที่ใส่ท่อหลอดลมคอนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดอย่างตรงไปตรงมาภายใต้ประสบการณ์ที่ตนได้สัมผัส ด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจนหนักแน่น แสดงแววตาที่ซ่อนเร้นความเกรี้ยวกราด มีสีหน้าเอาจริงเอาจังกับสิ่งที่ตนเองกำลังถ่ายทอดและอยากกระเปิดความคับข้องใจเหล่านั้นออกมาให้ผู้สัมภาษณ์ได้รับรู้ถึงความหมายและความรู้สึกที่ตนเองพูดไม่ได้ในตอนนั้น

“ท่อยางแข็ง ๆ เสียบข้างในปาก เสียบ เข้าไปในคอ...อย่างนั้นเลย...อ้าปากพูดไม่ได้หรอก...มันพูดไม่ออกซี” (เด็กยกคิ้วขึ้นพร้อมกันสองข้างหน้าผากหย่นเป็นชั้น สายตาดูถูกโพร่งจ้องมายังผู้สัมภาษณ์แบบไม่กระพริบตา)” (ET-Tube 002)

“ทำอะไรไม่ได้หรอก...มันร้องไม่ออกนะเพราะท่อคาในปากกับในคอ...ตอนแรก ๆ...พูดอะไรก็ไม่ได้ คนที่อยู่ใกล้ ๆ ก็ไม่ได้ยิน...มองหน้าแม่ได้อย่างเดียว...แม่ก็ไม่รู้อีกนะ...ว่าเราเป็นอะไร”

(ET-Tube 004)

“...พูดไม่ได้เลยตั้งแต่แรก ๆ ตอนที่ใส่เข้ามาแล้วนะ...พูดด้วยกับคนใด...ก็ไม่ออก เพราะท่อ ยาง มันติด ๆ จะตึง ๆ พูดไม่ได้...น้ำลายก็ไหล ๆ ลงมาคราวนี้...พูดไม่ได้แล้ว...ก็รู้แล้วพูด...ถามอะไร...บอกอะไรไม่ได้แล้วตอนนั้น” (ET-Tube 010)

“...พยาบาลเค้าเดินมาที่ข้าง ๆ พูดว่า...ตื่นแล้วนี่ไม่ต้องตื่นนะหนูเดี๋ยวท่อหลุด..ได้ใส่ใหม่จะเจ็บตัวอีกนะจ๊ะ..เค้าก็ชี้มือมาตรงปากด้วยแล้วก็พูดว่า..ไม่ต้องตื่นแล้ว..อย่าดึงท่อนะ อะไรแบบนี้...แต่เค้าก็มองที่จอที่เป็นเหมือนจอคอมพิวเตอร์จะไม่ได้มองมาที่...แล้วก็เดินไป...ในใจก็อยากจะบอกว่าช่วยก่อนดิ...เอาออกให้ทีก็จะพยายามร้องบอกนะ แต่ก็ร้องไม่ได้ตอนนั้นนะรู้ก่อนแล้วว่ามันพูดไม่ได้...ร้องไม่ได้...อยากจะเอามันออกเพราะ...อึดอัด...เคือง...ร้องให้เลยตอนนั้นไม่รู้จะทำยังไงดี...พอกก็ไม่อยู่

(ET-Tube 003)

เมื่อผ่านพ้นช่วงเวลาอันเป็นที่คับข้องใจมาแล้ว ผู้ให้ข้อมูลได้พยายามปรับตัวเพื่อลดผ่านปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นด้วยวิธีการสื่อสารในรูปแบบอื่นทดแทนในสิ่งที่ตนไม่สามารถกระทำได้ตามที่ใจปรารถนา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการทดแทนสิ่งที่ตนได้สูญเสียการพูดคุยด้วยการพยายามใช้ภาษาท่าทางเพื่อแสดงความรู้สึกนึกคิดทางกายและจิตใจ ภาษาท่าทางเหล่านี้เป็นการแสดงออกถึงการรับรู้และให้ความหมายต่อประสบการณ์ความยากลำบากในการพูดคุยขณะใส่ท่อหลอดลมคอว่าเป็นการ “ความรู้สึกอึดอัด และคับข้องใจในการสื่อสาร”

“ยกมือเรียก...(เด็กแสดงท่าทางยกมือ...แล้วกวักมือ)” (ET-Tube 001)

“ถ้าจะบอกก็บอกได้...ก็ลืมตาโต ๆ แล้วก็ส่ายหน้า...ก็รู้แล้ว...ว่าไม่อยากทำ” (ET-Tube 006)

“ยังงัยก็ร้องไม่ออก...คราวหลังก็กระที่บเท้ากับที่เตียง...บอกเค้าว่าพอแล้ว...คือพูดในใจแหละ...มันร้องไม่ออก...พูดไม่ได้ยินอะไร” (ET-Tube 009)

“มันร้องไม่ออก...หลับตา (แสดงการหลับตา)...หันหน้าไปทางอื่น.....บอกไม่ได้ก็ต้องทำอย่างนี้แหละ...เค้าจะหยุด....(พยายาม) ตะโกนบอกเลยแหละ...ตื่นทำไมเนี่ย...ไอเร็ว...จะเสร็จแล้ว...หยุดแป๊บเดียวก็ทำต่อ...มองหน้า..ไม่ตื่นแล้วเดี๋ยวเค้าดูเอา..ก็หลับตา....แต่ถ้าแม่มาเค้าก็ไม่ทำละ”

(ET-Tube 004)

“...บอกแม่ไม่ได้...ก็มันพูดไม่ได้...ก็เอาแบบนี้...ทำได้...ถ้าสู้ตายก็ยกสองนิ้ว...แบบนี้...(แสดงท่าทางพร้อมทั้งชูสองนิ้วของมือข้างขวา)” (ET-Tube 008)

“นอนไป...บางทีก็ตื่นๆ...ตีขาแรง ๆ กับเตียง เพราะตื่นเบา ๆ เค้าจะไม่สนใจ ก็เอาอย่างนี้แหละดี ขาเหมือนตอนว่ายน้ำ...เอาแบบแรง ๆ...เค้าจะได้สนใจบ้าง” (ET-Tube 003)

จากการรับรู้และให้ความหมายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ ต่อการพูดจาภาษาใบ้เป็นการบั่นทอนสภาพจิตใจและก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่ามีปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ และไม่มีใครสามารถเข้าใจในสิ่งที่ตนกำลังพยายามแสดงความรู้สึกนึกคิดผ่านการใช้ภาษาท่าทาง เพื่อบ่งบอกในสิ่งที่ตนต้องการ แม้กระทั่งพ่อหรือบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลอย่างใกล้ชิด อยากบอกกล่าวกับใครก็ไม่มีใครรับรู้ในสิ่งที่ตนต้องการทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ รู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจ ไม่มีใครช่วยเหลือในขณะนั้น การเผชิญกับความยากลำบากในการพูดคุยสื่อสารจึงเป็นการเผชิญอยู่เพียงฝ่ายเดียวด้วยการดิ้นรนผจญตามสมรรถนะที่พึงมี ผู้ป่วยรายนี้ได้ถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นออกมาด้วยน้ำเสียงที่สิ้นเครือ

“พอตื่นแรงขึ้น...แรงขึ้น...ตีขาแบบว่าเร็ว ๆ นะ...ที่นี้...เค้า (พยายาม) ก็เดินมาละในใจคิดว่า...แบบนี้ก็ง่ายกว่าซิ...มาเร็วกว่า...เค้า (พยายาม) ก็เดินมาจับขา...บอกว่าจะตื่นทำไมเดี๋ยวท่อหลุดนะหนู...อยากจับตัวอีกเหรอ...ไม่เอาไม่เอาหนู...แล้วเค้า (พยายาม) ก็เขียนอะไรไม่รู้ลงกระดาษสี ๆ ตรงหน้าเตียง...ก็ไม่ได้ช่วยอะไรอีกเหมือนเดิม...ที่ตื่น ๆ อย่างนั้นไม่อะไรเลย....แค่อยากให้เค้ากลับมาหาแล้วช่วยเอาผ้าออกจากมือ....เค้าก็ไม่เข้าใจอยู่ดี...ไม่รู้จะทำยังไงดีเค้าถึงจะว่าอยากเอาผ้าออก...ก็ตื่นอยู่อย่างนั้น...ก็แค่อยากให้คนตรงนั้นเค้ามาช่วยเอามันออก....ยังคิดเลยว่าตอนที่เขาถามว่าจะเอาอะไร....ก็อยากบอกนะว่าอยากเอาผ้าที่มัดแขนอยู่นี้ออก...แต่ก็รู้ว่าพูดไม่ได้อยู่แล้ว” (ET-Tube 003)

“พ่อก็มาขึ้น...ลูบหัวแล้วพ่อก็บอกว่า...ไม่ร้อง...ไม่ร้องนะ...อดทนชิตต้องอดทน...เดี๋ยวก็ดีขึ้น เพราะตอนนั้น...ร้องให้ด้วยมั้ง...พ่อก็บอกว่าไม่ต้องตื่นชิต....เดี๋ยวก็ไม่หายนะ...ก็ตื่นไปตื่นมาอยู่ตอนนั้น

...ที่คืนก็แค่พยายามจะบอกพ่อให้ช่วย...เหมือนกันกับที่...จะให้เค้า (พยาบาล) ช่วยเอาผ้าผูกมือออก แต่พ่อก็ไม่เข้าใจอยู่ดี...แบบว่าน้ำตาไหลนะตอนนั้น...ขนาดพ่อยังไม่รู้กับเราเลย...อึดอัดเลยร้องให้...ทำอะไรไม่ถูก...อยากบอกอะไรกับพ่อ แต่ก็คิดว่าพูดไม่ได้แค่นั้น...ดูหน้าพ่อแล้ว...บางที่พ่อก็หันหน้าหนีด้วยนะ...ตอนที่...มองหน้าพ่อ...ก็สงสาร...กลัวพ่อคิดมาก..." (ET-Tube 003)

ประเด็นที่ 4. เปื่อ

การที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยการใส่ท่อหลอดลมคอ ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเปื่อหน่าย ซึ่งเป็นอารมณ์ในด้านไม่พึงพอใจของเด็กที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามที่เกิดจากความเจ็บป่วย เด็กเปื่อเนื่องจากมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และจากปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากการที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ นอกจากสิ่งเหล่านี้แล้วเด็กยังเปื่อกับการที่ต้องนอนอยู่เฉย ๆ บนเตียง ที่แวดล้อมไปด้วยความเหน็บหนาวจากเครื่องปรับอากาศ เครื่องพันธุการต่าง ๆ ที่ติดยะโยงระยางตามร่างกายของผู้ป่วย ก่อเกิดความรำคาญจากเสียง ตีต ๆ บีบ ๆ ของเทคโนโลยีขั้นสูงที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ส่งผลให้เด็กเกิดความรู้สึกเปื่อหน่าย การถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นนี้เป็นการรับรู้และให้ความหมายถึงสาเหตุแห่งความเปื่อหน่าย

“ก็เสียงเครื่องที่อยู่ข้าง ๆ แหละ ดัง ๆ ตลอด....ไม่เคยหยุด...ดังบีบ ๆ ทุกวัน...น่าเปื่อ...เซ็งตาย” (ET-Tube 002)

“บอกไม่ได้....ก็เปื่อ ๆ เหมือนกันที่พูดไม่ออกให้แม่ได้ยิน” (ET-Tube 008)

“รอเค้าอย่างเดียว...เมื่อไหร่จะได้เอาออกซะที่...เปื่อละ...อึดอัด...เป็นอย่างเนี่ยอยู่หลายวันเหมือนกัน...พอเค้าเอาออกก็นิดหนึ่ง...ดีหน่อยเดียวแต่ยังรู้สึกว่ามันติดคอเราอยู่ในตอนแรกนะ...ก็ยังเจ็บ ๆ...อยู่...แต่น้อยกว่าเดิม” (ET-Tube 006)

ความเปื่อที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอเกิดขึ้นจากกระบวนการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เด็กจะเปื่อเพราะต้องถูกดูแลหมะในท่อหลอดลมคอเพื่อป้องกันภาวะท่อทางเดินหายใจอุดตัน ทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวดจึงทำให้เด็กเปื่อ

“ก็จะให้แต่อ้า ๆ ปาก (แสดงท่าอ้าปาก) มันรู้สึกที่อ้าปากไม่หมด...เปื่อนะ...ตอนอ้าไม่ออก...สายยางก็เข้าไป” (ET-Tube 007)

“เค้าก็จะบอกให้ อ้า กว้าง ๆ...ก็เบือ...เหมือนกันนะ ก็ทำตามแหละ....น้ำมันก็ไหลลงข้างในเวลา อ้าปาก....ก็จะให้อ้าแบบนี้แหละ” (ET-Tube 005)

“ น้าเบือเลยนะตอนนั้น....ตอนที่ดูคนาน ๆ ไม่เสร็จซะกะที”...(ET-Tube 006)

นอกจากเบือจากกระบวนการรักษาพยาบาล บางรายบ่นกับผู้สัมภาษณ์ว่าเบือที่ต้องนอนเฉย ๆ ไม่มีอะไรทำ เบือที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเคยปฏิบัติเหมือนอยู่ที่บ้านและที่โรงเรียน เช่น การเล่น กีฬา การดูทีวี หรือกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ เบือกับการที่นอนไม่หลับจากสิ่งทีก่อให้เกิดความรำคาญ ต่าง ๆ เช่น แสงไฟ เสียงรบกวนต่าง ๆ

“บางทีมันเบือ....ไม่ค่อยได้ทำอะไร..นอนไปนอนมา...” (ET-Tube 010)

“นี่.....มันเบือ ๆ ไม่มีอะไรทำ..การดูก็ไม่ได้ดูเหมือนตอนอยู่ที่บ้าน” (ET-Tube 001)

“กลางวัน...มันก็แบบนี้แหละไม่ง่วงนอน... พอมืดก็ง่วง...แต่ตอนนั้นมันนอนไม่หลับ...แสงไฟมัน ส่องตา...นอนไปนอนมา...ก็ไม่หลับ...ก็จะเบือ...ไม่ได้ทำอะไร...แบบนี้ละ” (ET-Tube 008)

“ตอนนั้น...รู้สึก..เบือ ๆ เข็ง ๆตอนอยู่โรงเรียนดีกว่าตั้งเยอะ...ตอนเที่ยง...ได้เตะบอล...อยู่ ในนั้น (ICU)...มีแต่ให้นอน ๆ” (ET-Tube 002)

“รู้สึกว้า...มันน่าเบือนะกะพี...อยู่ที่นี้ไม่ค่อยได้ทำอะไร...นอน ๆ อยู่อย่างนั้นแหละคะ...ดนตรีก็ ไม่ได้เล่น...ไม่ได้ซ้อม...ปกติ...จะเล่นดนตรีไทยให้กับโรงเรียน...” (ET-Tube 003)

อีกประการหนึ่งของความเบือที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ เกิดจากการที่ญาติไม่สามารถเฝ้าได้เพราะข้อจำกัดของกฎระเบียบการเยี่ยมของโรงพยาบาล ทำให้ ผู้ป่วยเด็กรู้สึกโดดเดี่ยว เปลี่ยวเหงา เบือที่ไม่มีเพื่อนเหมือนตอนอยู่ที่โรงเรียน คิดถึงสิ่งที่ตนเองผูกพันที่ บ้าน คิดถึงพ่อแม่ และคิดถึงเพื่อน

“มันเบื่อ ๆ ไม่มีอะไรทำ...คิดถึงเพื่อน ๆ...แต่ก็รู้แหละว่าเราไม่สบายต้องรักษา...อยากกลับบ้านเร็ว ๆ...” (ET-Tube 003)

“ให้เค้า (พยาบาล) บอกแม่ให้อยู่ด้วยนาน ๆ ...นอนด้วยตอนที่อยู่ในนั้น (ICU มีระเบียบห้ามญาติเฝ้า)...คิดถึงแม่นะ” (ET-Tube 010)

“ไม่รู้ว่าเค้า (พยาบาล) จะมีอะไรหรือเปล่านะ...ถ้าอยากให้พอกับแม่มาก็เป็นเพื่อนมาเฝ้าตอนที่อยู่ที่นั่น (ICU)...อย่างอยู่ที่นั่นนะ(หอผู้ป่วยสามัญ)...แบบว่าเค้าก็ให้พ่อแม่เฝ้าได้...บางคนแม่เฝ้าก็นอนเป็นเพื่อนแบบนี้...คือตอนนั้นก็รู้สึกกลัว ๆ...ก็อยากให้พอกับแม่อยู่เป็นเพื่อนบ้าง...แต่ว่าเค้าก็ให้พอกับแม่เข้ามาเฝ้าแบบนี้นี่” (ET-Tube 009)

“ตอนที่เบื่อ ๆ ...จะคิดถึงมัน (สุนัขที่เด็กเลี้ยงไว้ที่บ้าน) คิดถึงมาก...สงสารมันไม่มีเพื่อนเล่น...กลัวไม่ได้กินข้าวนะ...รักมาก ๆ นะตัวนี้...ไม่มีน้อง ก็จะมีมันเหมือนน้อง....” (ET-Tube 004)

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์ความต้องการการดูแลขณะใส่ท่อหลอดลมคอมี 3 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1. สัมผัสที่อบอุ่น และอ่อนโยน

หลังจากที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสพการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอได้ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคอันใหญ่หลวงนานับประการมาแล้ว เด็กได้ผ่านการเรียนรู้เพื่อการคงอยู่จากประสพการณ์เหล่านั้นมากมาย ประสพการณ์ความต้องการการตอบสนองจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นความรู้สึกถึงความต้องการที่บรรยายออกมาให้ผู้สัมภาษณ์ได้รับรู้ถึงความต้องการของเด็กในสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งเป็นความต้องการการตอบสนองทางด้านร่างกายจากผู้ให้การดูแลและมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยบางรายพูดด้วยน้ำเสียงมุ่งมั่นกับสิ่งที่ตนเองคาดหวังเพื่อให้เกิดการตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นการแสดงถึงความรู้สึกที่ซ่อนอยู่กับคำพูดที่ถ่ายทอดออกมาบ้างก็บอกว่า ไม่อยากให้เค้าทำเจ็บกว่าเดิม ดึงผ้าออกเบา ๆ หน่อยก็ได้ ก็อยากให้เค้าไม่ต้องทำงานนาน ๆ มันจะเจ็บ ไม่ต้องมัดมือให้นาน ซึ่งคำพูดเหล่านี้ที่ถูกถ่ายทอดออกมาจากประสพการณ์ของเด็กเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับความต้องการการสัมผัสที่นุ่มนวล เป็นการให้ความหมายผ่านการรับรู้ ว่า เด็กมีความต้องการสัมผัสที่แผ่วเบาจากผู้ให้การดูแลโดยเฉพาะสัมผัสที่มีความแผ่วเบาจากกระบวนการรักษาพยาบาล

“ตอนที่เค้า (พยาบาล)...ดึงผ้าออก....ดึงผ้าออกเบา ๆ หน่อยก็ได้ มันจะไม่แสบ ๆ ตรง
หลัง” (ET-Tube 006)

“ก็อยากให้เค้า (พยาบาล) ไม่ต้องทำนานๆมันจะเจ็บ ๆ แสบ ๆ...ตรงในนี้ (ชี้มือไปยัง
บริเวณคอและหน้าอก) นะ....” (ET-Tube 008)

“...ไม่ต้องมัดมือให้นาน...ตอนที่ตื่นแล้ว...เค้าต้องแก้มัดออกก่อนอะค่ะเพราะ...ขยับตัวไม่ค่อย
ถนัด...มันเมื่อยตัว...เมื่อยคอ...เมื่อยไปหมด...อยากขยับให้หายเมื่อยหน่อย...ไม่ดึงท่อออกอยู่แล้ว...
เพราะตอนแรกเค้าก็บอกแล้วว่า...อย่าดึงท่อนะ...เดี๋ยวเจ็บตัวอีก...ก็เข้าใจแล้ว...ไม่กล้าขยับแรงด้วย
ซ้ำเพราะกลัวเจ็บ...กลัว...อยากให้เค้าแก้มัดให้ระต่อนั้น...พอเค้าพูดจบก็เดินไป”

(ET-Tube 003)

นอกจากความต้องการการสัมผัสที่นุ่มนวลและแผ่วเบาจากผู้ให้การดูแลแล้ว เด็กยังได้ถ่ายทอด
ถึงสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความหนาวเหน็บ และความต้องการสัมผัสความอุ่น อันเนื่องมาจาก
สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความหนาวเย็นผู้ป่วยบางรายขณะพูดถึงความหนาวเย็นและความต้องการ
ความอุ่นจะใช้มือโอบกอดตัวเอง คล้ายกับอยากได้อะไรสักอย่างมาปกป้องตัวเองไว้จากความหนาว
เย็นนั้น

“ในนั้น (ICU) มันจะหนาว...ก็อยากให้เค้าเอาผ้าห่มหนา ๆ...ห่มให้ด้วยอะค่ะ....น่าจะให้ห่ม
สองผืน...เพราะมันเย็น” (ET-Tube 003)

“(สีหน้านึกคิด)...ให้เค้าห่มผ่านวมเหมือนตอนที่บ้านให้นะ...มันจะเย็น ๆ...หัวก็จะเย็น ๆ
(เด็กมีผมสั้นเกรียน) ห่มแบบคลุมหัวด้วยนะ...จะได้ไม่เย็นหัว” (ET-Tube 010)

ประเด็นที่ 2. บริการสร้างเสริมจิตสุนทรีย์

จิตใจและกายอยู่คู่กันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อร่างกายต้องการการสัมผัสที่ให้ความ
ความสุขสบายทางกายแล้ว ความต้องการด้านจิตใจก็จะเกิดควบคู่กันมาเป็นเงาตามตัว เสียប់นของ
ผู้ป่วยที่บอกว่าเบื่อจากการต้องนอนเฉย ๆ ไม่มีอะไรทำ เบื่อที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเคยปฏิบัติ
เหมือนอยู่ที่บ้านและที่โรงเรียนยิ่งก่อให้เกิดความเครียดให้กับผู้ป่วย การผ่อนคลายความเครียดด้าน

จิตใจก็เป็นทางออกอย่างหนึ่งของผู้ป่วยที่จะลดความเบื่อหน่าย ลดความอึดอัดจากการใส่ท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยเด็กที่มีความสุนทรีย์ในจิตใจก็จะโยยหาความสุนทรีย์นั้นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของตนเอง เพื่อปลอบประโลมใจให้รู้สึกผ่อนคลายจากสภาวะการณที่ตนกำลังเผชิญกับปัญหาอุปสรรคที่รุมเร้าจากการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ซึ่งความสุนทรีย์ในจิตใจนี้เป็นการให้ความหมายและรับรู้ของผู้ป่วยตามความปรารถนาของจิตใจว่าตนเองต้องการด้านจิตสุนทรีย์ ซึ่งจิตสุนทรีย์นี้เองที่จะช่วยลดความคับข้องใจจากการที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ผ่อนคลายความตึงเครียดจากความเจ็บปวด และความรู้สึกเบื่อหน่ายจากการที่ต้องนอนบนเตียงเฉย ๆ

“นอกจากฟังเพลงหรือค่ะพี่...ถ้าไม่ได้จริง ๆ...ก็อยากให้เค้า (พยาบาล) บอกพ่อให้เอา...โน้ตเพลงมาให้...อ่านเล่น ๆก็ได้ค่ะ...จะได้ไม่เบื่อ...เพราะที่บ้าน...โน้ตเพลงมีเยอะมาก...ซีดี...ก็มีตั้งเยอะ...อยากเอามาดูเล่น...เอามาฟัง...ให้พยาบาลเค้าเอามาเปิดให้ดู...หรือว่าดนตรีที่เราชอบให้ฟัง...จะได้ไม่เบื่อ....” (ET-Tube 003)

“อยากบอกพ่อว่าถ่ายรูปเจ้าก็ดาร์ (สุนัขเลี้ยงที่บ้าน)...มาให้ดู...นะ...เพราะว่าคิดถึงมัน กลัวมันจะผอมนะ....” (ET-Tube 004)

ความต้องการด้านจิตสุนทรีย์ของผู้ป่วยเด็กแต่ละคนก็จะมี ความแตกต่างกัน ตามความชื่นชอบ และพื้นฐานการมีความสุนทรีย์ในจิตใจของเด็กแต่ละคน บางรายชอบที่จะดูการ์ตูนที่ให้ความเพลิดเพลินสนุกสนาน บางรายก็จะชอบเล่นเกมส์ตามที่ตนถนัด หรือไม่ก็ชอบที่จะวาดภาพระบายสี และการทำศิลปะต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นความต้องการด้านจิตสุนทรีย์ของเด็ก เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของตนเอง และปลอบประโลมใจให้รู้สึกผ่อนคลายจากสิ่งที่ตนกำลังเผชิญกับการใส่ท่อหลอดลมคอ

“เค้า (พยาบาล) จะดูหรือเปล่า...อยากดูการ์ตูนตอนเช้า...โคนัน ... (เด็กหลับตาปีขณะพูด)... ตอนอยู่บ้านจะได้ดูทุกเช้าวันเสาร์กับวันอาทิตย์นะ...ช่อง 9 กับช่อง ไอวีที (ไอทีวี...เด็กพูดสลับคำ)... แบบว่าดูสองช่องสลับไปสลับมา...จนจบ...สู้กัน...มันดี” (ET-Tube 002)

“ตอนนอน ๆ นะ แบบว่ามีเกมส์ให้เล่นก็ดีนะพี่นะ...จะได้ไม่น่าเบื่อ...สนุกดีด้วย...”

(ET-Tube 008)

“ตอนที่อยู่ในนั้น (ICU)...ก็นอนแบบเอนตัวได้แล้วนะ...หายใจก็ดีแล้ว...ก็อยากทำอะไรบ้าง...มันอยู่เฉย ๆ...เกินไป...นอนฟังเสียงคนคุยกัน...เสียง...ดี ๆ ของเครื่อง...ถ้ามีให้วาดรูประบายสีอย่างของพี่นี่...ก็คงดี...จะได้วาด...การ์ตูน...กับสัตว์ประหลาดสู้กัน...แบบมีไฟพ่นออกมาแบบนี้...(เด็กชี้มือไปที่รูปภาพที่กำลังวาด)...” (ET-Tube 007)

“นอนดูทีวี...รายการตลก..สนุกกว่าเยอะ...” (ET-Tube 005)

“ขอบคุณแข่งรถนะ...อยากดูเหมือนกันชอบ...มันดี...แต่ไม่มีให้ดูก็อด....ก็นอนแบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนมีดี....” (ET-Tube 009)

“พับจรวด...ร้อน...ออกไปไกล ๆพับนกยั้งไหว...ที่โรงเรียนพับจรวด...พับจรวดแบบสองปีก...ร้อน...ออกหน้าต่าง...แข่งกับเพื่อน...ใครไปได้ไกลสุด...ชนะ” (เด็กกำลังพยายามพับเศษกระดาษให้ผู้สัมภาษณ์ได้ดู) (ET-Tube 006)

ประเด็นที่ 3. ช่องทางเจรจาพาสุข

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณไม่สามารถพูดคุยสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความรู้สึกของตนในขณะนั้น และไม่มีใครสามารถเข้าใจและตอบสนองในสิ่งที่ตนกำลังพยายามแสดงความรู้สึกนึกคิดเพื่อบ่งบอกความต้องการของตนเอง ซึ่งเป็นความคับข้องใจและทุกข์ทรมานในจิตใจของเด็ก เด็กก็จะมีวิธีการที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองผ่านการสื่อสารเจรจา เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานในจิตใจ และนำพาความสุขกายสุขใจมาสู่ตนเอง ซึ่งวิธีการสื่อสารเจรจาของเด็กมีหลากหลายวิธีตามการรับรู้และเข้าใจในความหมายที่ตนต้องการที่จะเจรจาสื่อสารกับผู้อื่น รูปแบบของวิธีการเจรจาสื่อสารของเด็กแต่ละคนจะเป็นกระบวนการเจรจาสื่อสารทั้งแบบทางเดียว และสองทาง เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ให้การดูแลหรือพ่อแม่ของเด็กเอง ในการที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง

“(แสดงสีหน้าครุ่นคิด)...ก็อย่างที่ตอนเค้าเล่านิทาน...ในทีวี...เค้าก็ทำมือเป็นรูปสัตว์ได้ตั้งหลายตัว...อย่างที่จะบอกแม่...ก็แบบว่าใช้มือทำเป็นรูปปากหมา...ทำแบบว่าตอนที่มันเห่า...ให้แม่ดู...แม่ก็รู้แหละว่าเป็น...เจ้าก็ต๋าร์ (สุนัขเลี้ยงที่บ้าน)” (ET-Tube 004)

“...ก็ตอนนั้นเราพูดไม่ได้แบบนี้...ก็แบบว่าให้เค้า...เอาตัวการ์ตูน...แบบที่เป็นรูปสัตว์ก็ได้...เวลาบีบมัน...ข้างในมันจะมีแบบว่าเป็นลม...เวลาที่บีบแล้วจะมีเสียง...บีบ ๆ...ออกมาทางปากมันแบบนี่...ก็ให้เค้าเอามาวางไว้ที่มือ...ตอนจะเรียกหาเค้าแบบนี้...ก็บีบให้มันแรง ๆ...เสียงมันก็จะออกมา...ดัง ๆ...เหมือนกับรถไอดีม...เค้าจะบีบ ๆ...เสียงมันก็จะดัง ๆ...ก็จะได้ยินกันหมดเลยคราวนี้...ให้เค้าเอามาสองตัวก็ได้...จะบีบสองตัวเลยคราวนี้...เสียงมันจะดังกว่าอันเดียว...พยาบาลเค้าจะได้เดินมาหาเรา” (ET-Tube 006)

“เราอยากบอกแม่ว่าเราคิดถึงเจ้าก็ต๋าร์ (สุนัขเลี้ยงที่บ้าน)... ก็...วาดรูปเจ้าก็ต๋าร์...ลงไปก่อน...แล้วก็บอกว่าเอาข้าวให้มันกินเยอะ ๆ...ก็ต้องวาดรูป...จานใส่ข้าวของมัน...แล้วก็วาดรูปอาหารที่มันชอบกินใส่ในจานแบบเยอะ ๆ...แล้วก็...เขียนตัวหนังสือในวงกลมเหมือนในหนังสือการ์ตูน...บอกแม่ว่า...เอาข้าวให้มันกินเต็มจาน...กับอีกครั้งจาน...มันถึงอิ่ม...แบบนี้ละ” (ET-Tube 004)

“...กระดาศอันนั้นแหละพี่...ถ้าเค้าไม่มัดเรา...แต่ถ้ายังโดนมัดแบบนี้ก็...ไม่รู้จะทำยังไงดี...เพราะมือเราขยับไม่ได้...พูดก็ไม่ได้อีก...หนักเข้าไปใหญ่เลยทีนี้...ก็ต้องดิ้น ๆ กระแทบ ๆ ...อย่างที่บอกแหละ...ถึงจะได้รู้เรื่องกัน....” (ET-Tube 009)

นอกจากวิธีการสื่อสารเจรจาของเด็กมีหลากหลายวิธีตามการรับรู้ และเข้าใจในความหมายที่ตนต้องการที่จะเจรจาสื่อสารกับผู้อื่น รูปแบบของวิธีการเจรจาสื่อสารของเด็กบางรายได้พัฒนาจากรูปแบบเดิม ๆ ที่ตนเองเคยใช้แล้วไม่ประสบผลสำเร็จและไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ มาเป็นรูปแบบการเจรจาสื่อสารที่มีความทันสมัยและเด็กคิดว่ามีประสิทธิภาพสำหรับตัวเองเพราะตนเองมีความคุ้นเคยกับรูปแบบการเจรจาสื่อสารในลักษณะนี้ เพื่อลดความเครียดเพิ่มความสุขให้กับตนเองอีกทางหนึ่ง

“ถ้าไม่เขียนเป็นแบบตัวหนังสือเนี่ยหอรอคะก็...อาจ...ให้พิมพ์ลงในโทรศัพท์มือถือ แล้วให้คนที่อยากรู้ว่าเราจะบอกไรเค้า...ได้อ่าน...คือพิมพ์เป็น...Messages ข้อความในโทรศัพท์มือถือ...แต่ว่าไม่ต้องส่ง...แบบว่าพิมพ์แล้วให้พยาบาลหรือว่าหม่อ่าน...ให้พ่อแม่อ่าน...อยากให้พ่อแม่รู้ว่าตัวเองเป็นยังไง...จะเอาอะไร...อย่างตอนที่พ่อแม่มา ก็จะบอกอะไรก็ได้...พยาบาลเค้าก็ไม่รู้เรื่องด้วยหรอกคะ...ว่า...จะอยากได้หรืออยากบอกอะไรกับเค้าบ้าง...จะให้เขียน...ลงในกระดาษก็ยังได้...แต่มันนอนเขียน...ไม่ถนัดเท่าไร...พิมพ์ Messages ในโทรศัพท์มือถือ นี่แหละน่าจะง่ายกว่าที่จะให้...เขียน....”

(ET-Tube 003)

3. สรุปประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

ผลการศึกษาประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอ จำนวน 10 ราย ทำให้สามารถอธิบายประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1. ความรู้สึกต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนต่อการใส่ท่อหลอดลมคอมี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) เจ็บปวด ทรมาน 2) น่าสะพรึงกลัว 3) อึดอัด คับข้องใจในการสื่อสาร และ 4) เบื่อ สำหรับส่วนที่ 2 ได้แก่ 1) สัมผัสที่อบอุ่น และอ่อนโยน 2) บริการสร้างเสริมจิตสุนทรีย์ และ 3) ช่องทางเจรจานำพาสุข

ประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอคือ ประสบการณ์แห่งความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและตราตรึงในจิตใจ จากการรักษาพยาบาลที่ได้รับโดยการใส่ท่อหลอดลมคอ และจากกระบวนการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะสถานการณ์การถูกดูหมิ่น การถูกยึดเตียง และการจับต้องที่ไม่อ่อนโยน ผู้ป่วยเด็กรับรู้และแปลความหมายเป็นประสบการณ์ที่น่าสะพรึงกลัว ซึ่งตนไม่สามารถหลีกเลี่ยงและเป็นสิ่งที่คุกคามน่ากลัว การที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบได้ ทำให้รับรู้ว่าเป็นปัญหาอุปสรรคอันใหญ่หลวงของตน และเกิดความคับข้องใจ ผู้ป่วยเด็กต้องใช้วิธีการสื่อสารในรูปแบบอื่นทดแทน ซึ่งมีวิธีการทดแทนด้วยการพยายามใช้ภาษาท่าทาง ได้แก่ การหันหน้าหนีจากสถานการณ์ การดิ้น การกระแทกเท้ากับเตียง และการทำตาโตจ้องมองพยาบาลผู้ให้บริการ เพื่อแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดทางกายและจิตใจให้ผู้อื่นรับรู้ จากการที่ต้องนอนอยู่บนเตียงเฉย ๆ ไม่มีอะไรทำ ทำให้เด็กเกิดความเบื่อหน่าย เบื่อเสียงรบกวน และนอนไม่หลับ

โดยที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ปรารถนาที่จะได้รับการดูแลขณะใส่ท่อหลอดลมคอ ด้วยการอยาก
ให้พ่อแม่มาเฝ้าตอนกลางคืนภายใน ICU ได้ และต้องการสัมผัสที่แผ่วเบา นุ่มนวล จากผู้ดูแลที่ให้การ
รักษาพยาบาล ต้องการอบอุ่นในสภาพแวดล้อมที่หนาวเย็นภายใน ICU อีกทั้งยังต้องการความ
สุนทรีย์ เพื่อบรรเทาความรู้สึกเบื่อและความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ด้วยการได้ดูทีวี ฟังเพลงบรรเลง
เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย และมีความสุขสบายทางกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังต้องการการสื่อสาร
เจรจาเพื่อบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้รับทราบ เพื่อจะได้รับการตอบสนองความต้องการ
จากผู้ดูแลหรือพ่อแม่ ซึ่งเป็นการนำความสุขกายสุขใจมาตอบสนองความต้องการของตนเอง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert & Carpenter, 2003) ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ตามการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดของผู้มีประสบการณ์นั้น ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยใช้กิจกรรมสนทนาร่วมกับวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอ จำนวน 10 ราย เกี่ยวกับประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองหรือผู้แทนตามกฎหมาย นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ตามแบบการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003) ผลการวิเคราะห์ทำให้สามารถอธิบายประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความรู้สึกต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนต่อการใส่ท่อหลอดลมคอมี 4 ประเด็นได้แก่ 1) เจ็บปวด ทรมาน 2) น่าสะพรึงกลัว 3) อึดอัด คับข้องใจในการสื่อสาร 4) เปื่อ และ ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ความต้องการการดูแลขณะใส่ท่อหลอดลมคอมี 3 ประเด็นได้แก่ 1) สัมผัสที่อบอุ่น และอ่อนโยน 2) บริการสร้างเสริมจิตสุนทรีย์ 3) ช่องทางเจรจานำพาสุข ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลแต่ละประเด็นดังนี้

1. อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ความรู้สึกต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนต่อการใส่ท่อหลอดลมคอ มี 4 ประเด็น

ประเด็นที่ 1. “ เจ็บปวด ทรมาน ”

เมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้แล้วว่าตัวเองได้รับการรักษาพยาบาล โดยการใส่ท่อหลอดลมคอ ความเจ็บปวดคือสิ่งแรกที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนทุกคนนึกถึงตามการรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดในประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอที่ได้รับ ผู้ป่วยเชื่อมโยงคำว่าเจ็บปวดกับความเข้าใจในความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานจากการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ รวมทั้งเข้าใจในสิ่งที่ตนได้รับทางประสาทสัมผัส และนำสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้ มารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผน โดยเข้าใจว่าความ

เจ็บปวดเกิดจากหลัก Contamination และ Internalization คือมีสาเหตุมาจากภายนอก จากการทำร่างกายสัมผัสกับสิ่งที่เป็นอันตราย และรับเข้าไปในร่างกาย (Williams, 1979) ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอจึงมีความรู้สึกนึกคิดว่าการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอทำให้เกิดความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอทุกคนรู้สึกทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดในประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอที่ได้รับ เป็นความเจ็บปวดทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ ทั้งจากการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและการพันธุการด้วยการถูกผูกยึดข้อมือและข้อเท้าเพื่อป้องกันการดึงท่อหลอดลมคอออกของเด็ก รวมทั้งที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ เช่น การดูแลดม การถูกยึดตรึง และการถูกจับต้องที่ไม่อ่อนโยน เป็นต้น ความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมีลักษณะของความเจ็บปวดด้านร่างกายและจิตใจจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าความเจ็บปวดของตนไม่มีใครสามารถเข้าใจได้ว่าตนมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานมากน้อยเพียงใดและไม่มีใครที่จะสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้แม้กระทั่งพ่อแม่ หรือบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลอย่างใกล้ชิด

นอกจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยเด็กได้รับแล้ว ผู้ป่วยเด็กยังได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการใส่ท่อหลอดลมคอ พร้อมทั้งผู้ป่วยได้มีวิธีการที่มีลักษณะเฉพาะของตนเองในการตอบสนองและจัดการกับความเจ็บปวดด้วยตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดเหล่านั้น เช่น การนอนนิ่ง ๆ ไม่ขยับตัว การหันหน้าหนีเมื่อถูกดูแลดม การใช้เท้ากระแทบเตียง และการทดลองเอาลิ้นดันท่อหลอดลมคอการให้เหตุผล การจินตนาการ และการอดทนต่อสถานการณ์ เป็นต้น ซึ่งความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเหล่านี้ได้ติดตรึงอยู่ในจิตใจและค้างคาอยู่ในความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย

การเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในสิบของภาวะวิกฤติของเด็กวัยเรียน (Beck, Rawlins, & Williams, 1988) เมื่อเด็กวัยเรียนเจ็บป่วยเด็กจะเรียนรู้ความเจ็บป่วยเช่นเดียวกับการเรียนรู้ในทัศนอื่น ๆ จากประสบการณ์ของเด็ก ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามพัฒนาการทางสติปัญญาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เช่นเดียวกับความเจ็บปวดก็ถือเป็นเหตุการณ์วิกฤติสำหรับเด็กวัยนี้ เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ของความทุกข์ไม่สบายทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ (Bayer & et al., 1992) ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอทุกรายมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก และเป็นความเจ็บปวดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

การศึกษาประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคोनี่ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Rodrigue et. al (1995) ที่พบว่าการรักษาพยาบาลที่มีลักษณะการสอดใส่หรือนำเข้าวัสดุอุปกรณ์เพื่อการรักษาโรคในเด็ก เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บปวดมากขึ้น รวมทั้ง

อาจทำให้เด็กมีอาการผิดปกติทางอารมณ์ หรือมีการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมได้ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยเด็กจะจดจำและเชื่อมโยงความรู้สึกเจ็บปวดไว้ในความรู้สึกนึกคิดของตนเองจากการที่เด็กต้องเผชิญกับสภาพความเจ็บปวดที่ตนได้รับ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย บุคคลแปลกหน้า กิจกรรมการรักษาพยาบาลและการถูกจำกัดกิจกรรม สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของผู้ป่วยเด็กอย่างมาก (Ziegler & Prior, 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jacob & Puntillo (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีความเจ็บปวดทั้งความเจ็บปวดทางกายและความเจ็บปวดทางอารมณ์จะมีระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยเด็กที่เจ็บปวดทางกายเพียงอย่างเดียว และความเจ็บปวดทางอารมณ์เป็นความรู้สึกเจ็บปวดที่บำบัดได้ยากเพราะผู้ป่วยเด็กมักจดจำและเชื่อมโยงความเจ็บปวดทางอารมณ์กับความเจ็บปวดทางกาย ทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น

เด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นระยะที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในขั้นของการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete operation period) สามารถใช้สมองคิดอย่างมีเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์และแก้ปัญหาได้ เริ่มคิดแบบตรรกะ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540) สามารถแยกแยะมองเห็นความแตกต่างและรายละเอียดของสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น สามารถใช้สำนวนภาษาในการพูดและเขียนได้ดี บรรยายเล่าเรื่องได้ แสดงความคิดเห็นได้อย่างมีเหตุผล วิพากษ์วิจารณ์ได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ (ทิพย์ภา เซษฐ์เฮาวลิต, 2543) สามารถเข้าใจในสิ่งที่ตนได้รับทางประสาทสัมผัส และนำสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้ มารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผน รู้จักสัญลักษณ์และความหมายของสิ่งต่าง ๆ ได้ รู้จักวางแผนและดัดแปลงแก้ไขการกระทำต่างๆ อย่างมีเหตุผล (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535) เด็กวัยเรียนสามารถใช้จินตนาการในเรื่องต่าง ๆ ทั้ง ๆ ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Von, 2002) การให้ข้อมูลความเจ็บปวดในประสบการณ์ของตนเองที่ได้ประสบพบเจอมาจากการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การใส่ท่อหลอดลมคอ เด็กจึงเชื่อมโยงความเป็นมาของสาเหตุแห่งความเจ็บปวดทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ซึ่งสามารถบอกถึงความเจ็บปวดของตนเองและอธิบายจนเห็นภาพพจน์ของความเจ็บปวดที่ทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ

ประเด็นที่ 2. นำสะพานกล้วย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนรับรู้ผ่านโสตสัมผัสทางความรู้สึกนึกคิดจากการที่ตนได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ทำให้เด็กต้องเจอกับสิ่งที่ทำให้กลัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น กลัวท่อหลอดลมคอหลุดลงไปในท้อง กลัวเจ็บ กลัวเลือดออก กลัวพูดไม่ได้ และกลัวความตาย ซึ่งเป็นความกลัวที่ยิ่งใหญ่สำหรับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับรู้ถึงสภาวะที่ตนถูกคุกคาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ball & Bindler (1995) ที่พบว่าความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะอยู่ในโรงพยาบาล เด็กอาจ

เกิดความกลัวจากหลายสิ่ง กลัวจากความไม่รู้ กลัวร่างกายได้รับอันตรายจากเครื่องมือ กลัวความเจ็บปวดและไม่สุขสบาย กลัวสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย กลัวความตาย กลัวเข็มหรือได้รับยาสลบ กลัวการแยกจากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กมีความเจ็บป่วยรุนแรงและมีข้อบ่งชี้ว่าต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยเด็กจะได้รับกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งเป็นประสบการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นสิ่งที่คุกคามน่ากลัวสำหรับผู้ป่วยเด็ก (Heart & Bossert, 1994) ซึ่งในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย บุคคลแปลกหน้า กิจกรรมการักษาพยาบาลและการถูกจำกัดกิจกรรม และอาจส่งผลให้เด็กเกิดการปรับตัวไม่เหมาะสมและมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบของความกลัวอย่างรุนแรงได้ (Ziegler & Prior, 1994)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับการรักษาพยาบาลโดยการใส่ท่อหลอดลมคอเป็นสาเหตุลำดับต้น ๆ ที่ทำให้เด็กเกิดความกลัว ถึงแม้เด็กจะอยู่ในช่วงวัยเดียวกันก็จะมี การรับรู้และให้ความหมายกับความกลัวที่แตกต่างกัน อายุของเด็กที่มากขึ้นจะทำให้เด็กมีการรับรู้ความกลัวจากสภาวะที่ตนถูกคุกคามมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Elbedour, Shulman & Kedem (1997) ที่พบว่า สาเหตุที่ทำให้เด็กกลัวสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวเนื่องจากความกลัวมีลักษณะเฉพาะตามระดับพัฒนาการ และจะแปรเปลี่ยนไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่ง Ollendick & King (1989 cited in Nicastro & Whestsell, 1999) ได้แบ่งชนิดของความกลัวทั่วไปที่พบได้ในเด็กเป็น 5 ชนิด คือ กลัวความล้มเหลว และคำวิจารณ์ กลัวสิ่งที่ไม่รู้ กลัวการบาดเจ็บและสัตว์เล็ก กลัวอันตรายและความตาย และกลัวการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งความกลัวที่พบได้ในเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี ได้แก่ ฝันร้าย ความมืด การอยู่คนเดียว การสูญเสีย การถูกทำร้ายจากคนอื่น คนแปลกหน้า การถูกทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย การสอบ ผลการเรียนไม่ดี การถูกลงโทษจากการมีปัญหา (Robinson et al., 1986 cited in Nicastro & Whestsell, 1999)

ประเด็นที่ 3. อึดอัด คับข้องใจในการสื่อสาร

การที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาอุปสรรคอันใหญ่หลวงและเกิดความคับข้องใจรวมทั้งเป็นการบั่นทอนสภาพจิตใจและก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยจากการที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ขณะที่ใส่ท่อหลอดลมคอ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอจะไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวจนภาษา เพื่อบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบได้ ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติก็ตาม เนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอไม่ว่าจะเป็นการใส่ทางปาก (Orotracheal) ทางจมูก (Nasotracheal) หรือการเจาะคอ (Tracheostomy) อากาศที่ผ่านเข้าและออกจากปอดจะไม่สัมผัสกล่องเสียง (Kathol, 1999; Manzano & Perez, 1993) ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถเปล่งเสียงที่ใช้สื่อสารด้วยการ

พูดได้ เกิดความยากลำบากและขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความต้องการของตนเองไปสู่ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาล หรือญาติของตนเช่นเดียวกันกับเด็กทั่วไป (Weinmann & Giles, 1988 cited in Elliott & Wright, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็กของ Noyes (2000) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจประสบความยากลำบากในการสื่อสาร และต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนเองสามารถสื่อสารได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลให้การรักษาพยาบาล จะมีการสื่อสารซึ่งกันและกัน ระหว่างการรักษาพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (ซูใจ บุญมาก, 2529; Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995) ซึ่งมีทั้งการสื่อสารด้วยวัจนภาษาและอวัจนภาษา ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้รับการช่วยเหลือด้านการสื่อสารที่เหมาะสมจะทำให้เขารู้สึกปลอดภัย รู้สึกมั่นใจ สามารถควบคุมความรู้สึกกดดัน และความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้ดี (สุวดี ศรีเลณวดี, 2530)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่สามารถสื่อสารด้วยวัจนภาษาได้ แต่ผู้ป่วยได้พยายามปรับตัวเพื่อด้วยวิธีการสื่อสารในรูปแบบอื่นทดแทน ซึ่งผู้ป่วยมีวิธีการทดแทนสิ่งที่ตนได้สูญเสียการพูดคุยด้วยการพยายามใช้ภาษาท่าทางเพื่อแสดงความรู้สึกนึกคิดทางกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งเพชร หอมสุวรรณ (2540) พบว่า วิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจใช้สื่อสารกับพยาบาลมากที่สุดคือ การแสดงออกทางใบหน้า รองลงมาคือ การใช้สัญญาณศรีษะ และสัญญาณมือซึ่งเหมือนกันในทุกวัย ยกเว้นวัยเรียนที่ใช้การถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียนไม่ใช้ภาษามือ การเขียนสัญลักษณ์หรือคำ การกระพริบตาหรือกำมือ และการชี้ด้วยศรีษะหรือแขนขา แต่ใช้มากขึ้นในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียนจะใช้วิธีแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าวัยเรียนและวัยรุ่น ส่วนวิธีการสื่อสารที่พยาบาลใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมากที่สุดคือ การพูดบอกเล่า รองลงมาคือ การแสดงท่าทาง ซึ่งใช้กับผู้ป่วยเด็กเกือบทุกวัย ยกเว้นเด็กวัยเรียนที่พยาบาลใช้วิธีการถาม-ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่มากที่สุด โดยพยาบาลไม่ใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากผู้ป่วยกับการใช้อุปกรณ์ช่วยกับผู้ป่วยเด็กวัยหัดเดิน และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยกับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน แต่จะใช้สองวิธีนี้เพิ่มขึ้นกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นตามลำดับ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัยของผู้ป่วยเด็ก เพื่อที่จะได้ให้การักษาพยาบาลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเด็ก

ประเด็นที่ 4. เบื่อ

การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยการใส่ท่อหลอดลมคอ ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายจากการที่เด็กต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามที่เกิดจากความเจ็บป่วย เด็กเบื่อเนื่องจากมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และจากปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ ผู้ป่วยเด็กยังต้องอยู่ภายใต้เครื่องพันธนาการต่าง ๆ ที่ตีระโยงระยางตามร่างกายของผู้ป่วย รวมถึงสิ่งที่ทำให้เกิดก่อเกิดความรำคาญจากเสียง ตีต ตีต ๆ ปีบ ๆ ของเทคโนโลยีขั้นสูงที่ใช้ในการรักษาพยาบาลส่งผลให้เด็กเกิดความเบื่อหน่าย นอกจากสิ่งเหล่านี้แล้วเด็กยังเบื่อกับการที่ต้องนอนอยู่เฉย ๆ บนเตียงที่แฉะลุ่มไปด้วยความเหน็บหนาวจากเครื่องปรับอากาศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธิดา ล่ำมั่งซ่าง และจุฑามาศ โชติบาง (2544) ที่ทำการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน พบว่าเด็กจะรู้สึกไม่ชอบ ลำบาก และไม่สนุก เมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหว และทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และสาเหตุเป็นเพราะว่าเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ไม่ชอบอยู่กับที่ การบังคับให้เด็กนั่งอยู่นิ่ง ๆ เป็นชั่วโมงนั้น เป็นการฝืนนิสัยเด็กวัยนี้มาก (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2546) ดังนั้นจึงทำให้เด็กรู้สึกเบื่อที่ต้องนอนอยู่บนเตียงเฉย ๆ เป็นเวลานาน ๆ

นอกจากนั้นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอยังเบื่อที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเคยปฏิบัติเหมือนอยู่ที่บ้านและที่โรงเรียน เช่น การเล่นกีฬา การดูทีวี หรือกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ เนื่องจากพัฒนาการของเด็กวัยเรียน เด็กจะรักการอ่าน การดูภาพยนตร์โทรทัศน์ (Wong, 1995) และเด็กวัยนี้ชอบรวมกลุ่มเพื่อน เริ่มสนใจกิจกรรมกลุ่ม ชอบเล่นกีฬา สนใจดนตรี และงานสังคมโรงเรียน (รัตโนทัย พลับรูการ, 2536)

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ยังมีความเบื่อกับการที่นอนไม่หลับจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความรำคาญต่าง ๆ เช่น แสงไฟ เสียงรบกวนต่าง ๆ เบื่อจากการที่ญาติไม่สามารถเฝ้าได้เพราะข้อจำกัดของกฎระเบียบการเยี่ยมของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกโดดเดี่ยว เปลี่ยวเหงา เบื่อที่ไม่ได้มีเพื่อนเหมือนตอนอยู่ที่โรงเรียน คิดถึงสิ่งที่ตนเองผูกพันที่บ้าน คิดถึงพ่อแม่ และคิดถึงเพื่อน เนื่องจากวัยเด็กเป็นวัยที่มีข้อจำกัดในพัฒนาการทุกด้าน รวมทั้งความสามารถในการใช้กลไกในการปรับตัวต่อการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ (Smith, Goodman, Ramsey & Posterneck, 1982; Whaley & Wong, 1995) การที่เด็กเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่เด็กเป็นอย่างมาก อาจทำให้เด็กมีอาการผิดปกติทางอารมณ์ หรือมีการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมถดถอยเป็นเด็กกว่าวัย กลัวการพลัดพรากแยกจาก ชีมเศร้า แยกตัว หรือแบบแผนการนอนผิดปกติ กลัวการพลัดพรากแยกจาก (Muller et al., 1992; Lumley, Melamed & Abeles, 1993) ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนกลัวมากที่สุดคือกลัวการพลัดพราก

แยกจากครอบครัว (Hart & Bossert, 1994; Wilson & Yorker, 1997 cited in Wong et., 2001) ดังนั้นเด็กจึงต้องการให้ผู้ปกครองมาเฝ้า และนอกจากครอบครัวแล้ว ผู้ป่วยเด็กยังรู้สึกถูกแยกจากเพื่อน ๆ เพราะเมื่อเข้ามารักษาในโรงพยาบาลที่เด็กไม่มีความคุ้นเคย เจอแต่บุคคลแปลกหน้า ทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อนเพราะเมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กไม่ได้ไปโรงเรียน ทำให้ไม่ได้เจอกับเพื่อน ๆ ซึ่งเด็กต้องการไปโรงเรียนเพราะอยากเจอเพื่อนอยากไปเล่นกับเพื่อนจึงทำให้เด็กรู้สึกคิดถึงเพื่อน เนื่องจากเด็กวัยเรียนจะเริ่มรู้จักตนเอง เริ่มมองตนเอง วิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ยอมรับความแตกต่างของคนอื่นมีความสนใจต่อครอบครัวน้อยลง แต่จะเพิ่มความสนใจในสังคมและกลุ่มเพื่อนมากขึ้น (ทิพย์ภา เชษฐุ์ชาวลิต, 2543) มีพัฒนาการด้านจิตสังคมที่จัดอยู่ในระยะชัณห์หมั่นเพียรกับความรู้สึกที่มีปมด้อย (Industry versus inferiority) โดยเด็กจะมีการพัฒนาเรียนรู้ทักษะทางวิชาการและบทบาทในสังคมจะเปรียบเทียบกับตนเองกับกลุ่มเพื่อนโดยรู้สึกพอใจในความสามารถของตนเองเมื่อประสบความสำเร็จแต่จะเกิดมีปมด้อยถ้ารู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถถูกเพื่อนหัวเราะเยาะ ผิดหวังเมื่อตนเองไม่เป็นไปอย่างที่คาดหวัง (Erikson, 1963 cited in Pott & Mandelco, 2002) และเมื่อเด็กวัยเรียนเจ็บป่วยทำให้เด็กถูกจำกัดโอกาสในการแข่งขันที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ เช่นการที่ไม่ได้ไปโรงเรียนทำให้ไม่ได้ร่วมเล่นกีฬาที่เพื่อน ๆ และจำกัดการเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อน ๆ (Wong, D.L., & Hess, C.S., 2000) จึงทำให้เด็กรู้สึกเบื่อกับการที่ไม่ได้เจอเพื่อน เบื่อที่ไม่มีเพื่อนเหมือนตอนอยู่ที่โรงเรียน ไม่ได้เล่นกีฬาที่เคยเล่น ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกโดดเดี่ยว เบื่อเหงาและคิดถึงเพื่อน

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์ความต้องการการดูแลขณะใส่ท่อหลอดลมคอมี 3 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1. สัมผัสที่อบอุ่น และอ่อนโยน

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

ต้องการ การตอบสนองทางด้านร่างกายโดยการสัมผัสที่แผ่วเบาจากผู้ให้การดูแลและมีส่วนเกี่ยวข้องกับ
ในกระบวนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ซึ่งความต้องการการสัมผัสที่
นุ่มนวลและแผ่วเบาเป็นความต้องการด้านร่างกาย (Physiologic needs) เป็นความต้องการที่
จัดลำดับอยู่ในขั้นแรก เป็นความต้องการเพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของสรีรวิทยาและการคงอยู่ของ
ชีวิต (Maslow, 1970)

การสัมผัสเป็นการสื่อสารความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน ซึ่งสำคัญมากในการสร้างสัมพันธภาพกับ
ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจต้องการการสัมผัสอย่างนุ่มนวล (Hazinshi, 1999) แม้ว่า
การสัมผัสที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและพบกับความต้องการ
ทางร่างกาย แต่การสัมผัสที่แสดงถึงความเอาใจใส่จะมีผลต่อผู้ป่วยมากกว่าโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ
การสัมผัสของพยาบาลจะถ่ายทอดการเห็นใจ ความห่วงใย และการปลอบโยนไปสู่ผู้ป่วย (Caris-
Verhallen, Kerkstra, & Bensing, 1999) เป็นวิธีการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอื้ออาทร ความ
ห่วงใย และความปรารถนาดี

นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องการการสัมผัสความอ่อน อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความ
หนาวเย็น เพราะการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรจะต้องดูแลผู้ป่วย
เด็กแบบองค์รวม กล่าวคือด้านร่างกายให้การดูแลตอบสนองในเรื่อง ความต้องการอาหาร อากาศ น้ำ
การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อน และการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความ
เจ็บปวด ทางด้านจิตใจ อารมณ์สังคมให้การดูแลตอบสนองความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความ
ต้องการความรัก ความอบอุ่น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับ Kozier & Erb, (1983)
ที่กล่าวว่า ความต้องการด้านร่างกาย (Physiologic needs) เป็นความต้องการที่เป็นพื้นฐานของการ
คงไว้ซึ่งชีวิต เพื่อรักษาสมดุลทางด้านชีวภาพ ถ้าความต้องการด้านนี้ไม่ได้รับการตอบสนองจะมี
ผลกระทบต่อความต้องการด้านอื่น ๆ ด้วย ความต้องการด้านนี้ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ
การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย อุณหภูมิร่างกายที่เหมาะสม

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อทางเดินหายใจนั้นมีความต้องการที่แตกต่างจากความ
ต้องการพื้นฐานทั่วไป เนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอจะทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถติดต่อสื่อสาร
ด้วยวัจนภาษา เพื่อบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบได้ ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรู้สึกตัว
เป็นปกติก็ตาม ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของผู้ป่วย
เด็กอย่างมาก ซึ่งพัฒนาการของเด็กวัยเรียนแตกต่างจากเด็กวัยอื่น มีความต้องการที่เฉพาะเจาะจงกับ
วัยและสภาวะการเจ็บป่วย เช่น ด้านร่างกายมีความต้องการออกซิเจนที่เพียงพอและการพักผ่อนนอน
หลับ และผู้ป่วยมีความต้องการด้านการปลอดภัย (Safety and security needs) ซึ่งเป็นความ
ต้องการที่เกี่ยวกับการปกป้องบุคคลให้พ้นจากอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลเกิด

ความมั่นใจปราศจากความกลัว ความวิตกกังวล และความหวาดหวั่นใจ ผู้รับบริการรู้สึกต้องการความปลอดภัยขณะที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ (Maslow, 1970)

ประเด็นที่ 2. บริการสร้างเสริมจิตสุนทรีย์

จากการที่ผู้ป่วยเด็กต้องนอนเฉย ๆ ไม่มีอะไรทำ เบื่อที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเคยปฏิบัติเหมือนอยู่ที่บ้านและที่โรงเรียนยิ่งก่อให้เกิดความเครียดให้กับผู้ป่วย การผ่อนคลายความเครียดด้านจิตใจก็เป็นทางออกอย่างหนึ่งของผู้ป่วยที่จะลดความเบื่อหน่าย ลดความอึดอัดจากการใส่ท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยเด็กที่มีความสุนทรีย์ในจิตใจก็จะโยยหาความสุนทรีย์นั้นเพื่อตอบสนองของความต้องการด้านจิตใจของตนเองซึ่งเป็นความต้องการสุนทรีย์ศาสตร์ (Aesthetic needs) คือ มีความสนใจในศิลปะ (Deschamps, Emy & M'Bede, 1989) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กต้องการที่จะวาดภาพระบายสีและการทำศิลปะต่าง ๆ ต้องการที่จะดูการ์ตูนที่ให้ความเพลิดเพลินสนุกสนาน บางรายก็จะชอบเล่นเกมส์ตามที่ตนถนัด และอยากจะฟังดนตรีไทยบรรเลงที่ตนเองชื่นชอบ เพื่อปลอบประโลมใจให้รู้สึกผ่อนคลายจากสภาวะการณที่ตนกำลังเผชิญกับปัญหาอุปสรรคที่รุมเร้าจากการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ เนื่องจากพัฒนาการของเด็กวัยเรียน เด็กจะรักการอ่าน การดูภาพยนตร์โทรทัศน์ (Wong, 1995) และเด็กวัยนี้ชอบรวมกลุ่มเพื่อน เริ่มสนใจกิจกรรมกลุ่ม ชอบเล่นกีฬา สนใจดนตรี และงานสังคมโรงเรียน (รัตโนทัย พลบูรณ์การ, 2536) ซึ่งพัฒนาการทางด้านดนตรีของเด็กวัยเรียนช่วงอายุ 9-12 ปี จะก้าวหน้ามากขึ้นด้านจังหวะ ตอบสนองจังหวะที่ซับซ้อนมากขึ้นได้ความคงที่ของจังหวะมีมากขึ้น สามารถเล่นออสตินาโตได้ ร้องเพลงวงและแคนอน (Round and canon) ได้ ซึ่งแสดงว่าพัฒนาการด้านเสียงประสานเริ่มขึ้นในเด็กวัยนี้ สมารถในการฟังมีมากขึ้น สามารถบรรเลงได้ดีขึ้น ความเข้าใจในเรื่องระดับเสียงมีมากขึ้น การร้องเพลงเพี้ยนน้อยลง สามารถเล่นเครื่องทำนองได้ เช่น คีย์บอร์ด นอกเหนือไปจากเครื่องประกอบจังหวะต่าง ๆ การเคลื่อนไหวเพื่อตอบสนองเสียงดนตรีได้ดี (ณรุทธ์ สุทธจิตต์ , 2541) ซึ่งผู้ป่วยรายหนึ่งมีความต้องการด้านจิตสุนทรีย์เป็นอย่างมาก โดยมีความสนใจด้านดนตรีไทย สามารถเล่นดนตรีไทยและขับร้องเพลงไทยเดิมได้อย่างไพเราะ รวมทั้งมีความต้องการที่อยากจะให้ผู้ดูแลตนเองขณะที่ใส่ท่อหลอดลมคอบอกกล่าวให้พ่อนำเทปดนตรีไทยบรรเลงมาเปิดให้ฟังและนำโน้ตเพลงไทยเดิมมาให้ท่อง ซึ่งเป็นความต้องการการผ่อนคลายด้านจิตใจของเด็กผ่านความสุนทรีย์ของดนตรี เนื่องจากดนตรีช่วยพัฒนาความเป็นเอกลักษณ์บุคคล เนื่องด้วยประสบการณ์ทางดนตรีช่วยให้เด็กรู้จักและเข้าถึงความรู้สึก ความสามารถของตนเอง และยังช่วยให้เด็กเข้าใจเอกลักษณ์ของวัฒนธรรมของตนด้วย (ณรุทธ์ สุทธจิตต์ , 2541) อีกประการสำคัญหนึ่งที่ผู้วิจัยเห็นว่าดนตรีเป็นโสตศิลป์ (ณรุทธ์ สุทธจิตต์ , 2541) ช่วยให้เกิดมีพัฒนาการด้านอารมณ์สุนทรีย์ เกิดมีจิตสุนทรีย์ในตัวเองซึ่งช่วยให้เด็กรู้จักและซาบซึ้งถึงความสวยงามในอารมณ์สุนทรีย์ทางอารมณ์ มีความเต็ม

อ้อม เอบอ้อมภายในจิตสุนทรีย์ที่บังเกิดขึ้นกับตนเองและมีความมกงามทางการรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ซึ่งการที่ได้มีประสบการณ์ความสุนทรีย์ทางดนตรีมาช่วยบรรเทาความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และช่วยเติมเต็มความต้องการที่ขาดหายไปจากสภาวะความเจ็บป่วย อาจจะช่วยทำให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด หลุดพ้นจากเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และมีจิตใจเจริญงอกงามละเอียดอ่อนควบคู่ไปกับการมีจิตวิญญาณที่เอื้ออาทรต่อผู้อื่น เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ต่อไป

ประเด็นที่ 3. ช่องทางเจรจาพาสุข

เนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอจะทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวัจนภาษา เพื่อบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบได้ ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติก็ตาม ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของผู้ป่วยเด็กอย่างมาก เพราะการใส่ท่อหลอดลมคอไม่ว่าจะเป็นทางปาก (Orotracheal) ทางจมูก (Nasotracheal) หรือ การเจาะคอ (Tracheostomy) อากาศที่ผ่านเข้าและออกจากปอดจะไม่สัมผัสกล่องเสียง (Kathol,1999; Manzano & Perez, 1993) ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถเปล่งเสียงที่ใช้สื่อสารด้วยการพูดได้ เกิดความยากลำบากและขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความต้องการของตนเองไปสู่ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือญาติของตนเช่นเดียวกันกับเด็กทั่วไป (Weinmann & Giles, 1988 cited in Elliott & Wright, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็กของ Noyes (2000) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจประสบความยากลำบากในการสื่อสาร และต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนเองสามารถสื่อสารได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลให้การรักษาพยาบาล จะมีการสื่อสารซึ่งกันและกัน ระหว่างการรักษายาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (ฐุใจ บุญมาก, 2529; Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995) ซึ่งมีทั้งการสื่อสารด้วยวัจนภาษาและอวัจนภาษา

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถพูดคุยสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความรู้สึกของตนในขณะนั้น และไม่มีใครสามารถเข้าใจ และตอบสนองในสิ่งที่ตนกำลังพยายามแสดงความรู้สึกนึกคิดเพื่อบอกความต้องการของตนเอง ซึ่งเป็นความคับข้องใจและทุกข์ทรมานในจิตใจของเด็ก เด็กก็มีวิธีการที่จะตอบสนองความต้องการด้านการสื่อสารเจรจา เช่น การวาดรูป การใช้มือทำสัญลักษณ์ การบีบตุ๊กตาลมให้เกิดเสียง การเขียน และการพิมพ์ข้อความจากโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเป็นวิธีการตอบสนองความต้องการการสื่อสารเจรจา และนำพาความสุขมาสู่จิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตใจจากบุคลากรที่มีสุขภาพ และจากครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์

ที่ทำให้เด็กเกิดความเครียด เช่น เมื่อผู้ป่วยเด็กไม่สามารถพูดคุยติดต่อกับผู้อื่นได้จากการได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจ หรือเมื่อผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการอื่นที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ผู้ป่วยเด็กมีความต้องการความปลอดภัย (Security needs) ต้องการบิดามารดาหรือพยาบาลคอยปลอบโยนหรืออยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจใกล้ ๆ (Kraegel, Mousseau, Goldsmith & Arara, 1974) ส่วนทางด้านสังคมนั้นเมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องแยกจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียน ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความต้องการที่จะรักษาสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน ให้เหมือนก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือบางครั้งต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันจึงต้องการให้ญาติหรือกลุ่มเพื่อนมาเยี่ยมบ้าง

ทั้งนี้การที่จะเกิดความปลอดภัย หรือได้รับการดูแลด้านจิตใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ และจากครอบครัว ต้องผ่านกระบวนการสื่อสารอย่างเข้าใจและมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอและผู้ให้การดูแล ซึ่งถ้าผู้ดูแลไม่เข้าใจหรือไม่แน่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเด็กพยายามจะสื่อสารและส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและภาวะสุขภาพโดยรวมของเด็ก คือทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ เพราะพยาบาลอาจให้การพยาบาลไปตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งไม่ถูกต้องตรงกับกรรับรู้และความต้องการของผู้ป่วยเด็ก (Costello, 2000) เนื่องจากมุมมองและทัศนคติที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและพยาบาลต่อความต้องการการดูแลขณะเจ็บป่วยของเด็กนั้นอาจส่งผลต่อการดูแลรักษาพยาบาล เพราะความไม่เข้าใจกันของทั้งสองฝ่ายจะทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดความไม่พึงพอใจ มีการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม (Germain, 1982) ในทางตรงกันข้ามถ้าพยาบาลหรือผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ความต้องการการดูแลในโลกทัศน์ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยให้การดูแลช่วยเหลือนั้นมีความหมายสำคัญทั้งต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ซึ่งจะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Mauksch & Roesler, 1990) และสามารถตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ โดยพยาบาลจะต้องมีทักษะในการสื่อสาร การสร้างความไว้วางใจ การช่วยให้มีความหวังอย่างเหมาะสม และทำหน้าที่เป็นสื่อกลางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อ (Narayanasamy, 1999) ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กสามารถปรับตัวต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไป

การที่จะให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นองค์รวมนั้นพยาบาลควรที่จะต้องทราบถึงการรับรู้และการให้ความหมายต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอว่า เด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอมีประสบการณ์อย่างไรบ้างเกี่ยวกับความต้องการการดูแล เพื่อเป็นการทำความเข้าใจในตัวของผู้ป่วยเด็กที่เป็นผู้เผชิญกับ

ปรากฏการณ์นั้นโดยตรงว่ามีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจ เป็นอย่างไร มีมุมมองหรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลขณะใส่ท่อทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตาม สิ่งใดบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญสำหรับเด็กและเด็กต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างไร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ โดยใช้การศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ทำให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจการให้ความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินทางการพยาบาล (Nursing assessment) ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอ และนำไปเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อป้องกันและบรรเทาการเกิดประสบการณ์ด้านลบจากการที่ต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้แก่ ความเจ็บปวด ทรมาน ความน่าสะพรึงกลัว ความอึดอัด คับข้องใจในการสื่อสาร และความเบื่อ โดยนำประสบการณ์ความต้องการการดูแลขณะใส่ท่อหลอดลมคอได้แก่ การจัดบริการด้วยสัมผัสที่อบอุ่น และอ่อนโยน ให้บริการที่สร้างเสริมจิตสุนทรีย์ และออกแบบวิธีการสื่อสารที่ตอบสนองความสุขสบายทั้งกายและใจ มาวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการศึกษาพยาบาล

นำผลที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอไปใช้ในการเรียนการสอน เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในวิชาการพยาบาลเด็กภาวะวิกฤติ ทั้งในระดับปริญญาและหลังปริญญา โดยเน้นให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการประเมินและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคออย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม

ด้านการวิจัยทางการพยาบาลและสหวิชาชีพ

นำผลที่ได้ไปสู่การวิจัยรูปแบบอื่น ๆ เพื่อขยายการพัฒนางานองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลเด็ก ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเกี่ยวกับประสบการณ์ความต้องการการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ในมุมมองและความรู้สึกนึกคิดของพ่อ แม่ พยาบาล และ/หรือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

2. ควรทำการศึกษาวิจัยในเชิงทดลองหรือเชิงปฏิบัติการ โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาทำวิจัยต่อ ดังนี้

2.1 การพัฒนารูปแบบและอุปกรณ์การสื่อสารสำหรับใช้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

2.2 การตอบสนองด้านความสุนทรีย์ของ การใช้ดนตรี หรือศิลปะแขนงอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

3. ทำวิจัยเชิงทดลองหรือเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กต่อการเผชิญประสบการณ์ด้านลบจากการได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ และการออกแบบการบริการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวด ทรมาน จากหัตถการและกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะจากการถูกดูดเสมหะ การถูกยึดตรึง และการจับต้องที่ไม่อ่อนโยน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรรณิการ์ อัครดรเดชา. (2543). **เอกสารประกอบการสอนชุด การพัฒนาและรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคล. คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัครเดชา).**
- กิติมา สุรสนธิ.(2541). **ความรู้ทางการสื่อสาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.**
- คณิงนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร และพิสมัย อุบลศรี. (2544). **หลักการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (บรรณาธิการ). การพยาบาลเด็ก เล่ม 1 . นนทบุรี : ยุทธินทร์ การพิมพ์.**
- จรัสศรี จันทรสาयทอง. (2540). **การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีหลอดลมคอค. ใน วรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และ ศรีมณา นิยมคำ (บรรณาธิการ). การปฏิบัติการพยาบาลกุมารเวชกรรม. (หน้า 38-48). เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2546). **ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15 (2546) : 1-9.**
- จาวระไน แกลโกศล. (2529). **เอกสารการสอนชุดวิชาหลัก และทฤษฎีการสื่อสาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.**
- จิตรา วันชนะกิจ. (2541). **การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารพยาบาล,47(1),16-24.**
- ชูใจ บุญมาก. (2529). **การสื่อสารเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วย. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทย, 11(1), 70-75.**
- ฐิติณัฐ ศศิฉาย. (2533). **เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสาร 2 วิธี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ณรุทธ์ สุทธจิตต์. (2541). **จิตวิทยาการสอนดนตรี. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ดุสิต สถาวร. (2548). **Best Practice of Patient Safety In ICU: Current Concepts in Pediatric Critical care. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.**
- เทิดชู อริยศรีวัฒนา. (2546). **พัฒนาการของเด็กวัยเรียน. [Online]. แหล่งที่มา: <http://churdchoo.com/index.php?id=259> [8 เมษายน 2548]**

- ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์. (2526). **การประเมินคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์ภา เชษฐไชยลิต. (2543). **จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- ธิดิตา ชัยศุภมงคลลาภ. (2547). Long term respiratory care for chronic lung diseases: Role of nurses. ใน จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ และคณะ (บรรณาธิการ). **Pediatric & Respiratory Critical Care**. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- นิชรา เรืองดารานนท์. (2540). ความผิดปกติของพัฒนาการทางภาษา. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์ และ สุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ). **ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 3** (หน้า 63-69). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง จำกัด.
- นิตยา คชภักดี. (2540). พัฒนาการด้านภาษา และการสื่อความหมาย. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์ และ สุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ). **ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 3** (หน้า 18-20). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง จำกัด.
- นิตาสล พงศ์พำชำนาญเวช. (2537). **ผลของการฝึกการวิเคราะห์การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีต่อการสื่อสารกับเพื่อนต่างเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสายธรรมจันทร์ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต เอกจิตวิทยาการแนะแนว. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- นิตา ชูโต. (2545). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พีเอ็นการพิมพ์.
- บุญศรี ปรวบศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2538). **การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์ และคนอื่นๆ. (2536). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ สุวานิวัฒนานนท์. (2543). ความเหมือนและความต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปรากฏการณ์วิทยา, ทฤษฎีพื้นฐานและชาติพันธุ์วรรณา. **วารสารสภาการพยาบาล**. 152(เมษายน-มิถุนายน) :12-24.
- ผกา สัตยธรรม. (2545). **สุขภาพจิตเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- พรรณรัตน์ ไชยชาญ. (2540). **ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของความต้องการทางด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ภัทรพร จันทรประดิษฐ์. (2544). ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. ใน สภาการพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติครั้งที่ 2 เรื่อง การวิจัยทางการแพทย์: นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (หน้า 191). กรุงเทพฯ : ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์.
- รัชณี ศุภิจันทรรัตน์. (2533). ทักษะการสื่อสาร. สงขลา: อัสลาบายด์เพลส.
- รุ่งเพชร หอมสุวรรณ. (2545). วิธีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอและพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลดาวลัย จารุวนาวัดณ์. (2528). ผลของการใช้เครื่องช่วยในการสื่อสารที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เมตตา กฤตวิทย์. (2532). หน่วยที่ 7 : การสื่อสารระหว่างบุคคลในงานสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุด การสื่อสาร. สุขุทัยธรรมมาธิราช. 289-347.
- วารีย์ กังใจ. (2531). การศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมทางปากในหน่วย ไอ ซี ยู. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลสิทธิ์ หรยางกูร. (2526). พฤติกรรมมนุษย์กับสภาพแวดล้อม : มูลฐานทางพฤติกรรมเพื่อออกแบบและวางแผน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเวื่อน แก้วกวาง. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการ ชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมร ทองดี. (2539). หน่วยที่ 2: ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์. เอกสารประกอบการสอนชุด มนุษย์กับสังคม. สุขุทัยธรรมมาธิราช. 76-81.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุจิต บุญบงการและคณะ.บรรณาธิการ. (2521). มนุษย์กับสังคม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2540). กระบวนการพยาบาลทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์
- สุชา จันทรเอม. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.

- สุชาติดา ธนะพงศ์พร. (2531). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการคิดตามเหตุผลโดยหลักการอนุรักษ์ของเพียเจท์กับมโนทัศน์ด้านความเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธิตา ล่ามช้าง และจุฑามาศ โชติบาง. (2544). **รายงานการวิจัยเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน.** เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมน อมรวิวัฒน์. (2534). **เรื่องสัมพันธ์ที่ใจ.** ใน การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ : เชื้อนแก้วการพิมพ์
- สุดสวาท ทิพย์สุทธิ. (2541). **ผลของเทคนิคการฝึกการรักษาให้อยู่กับปัจจุบันต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพัทธรา อยู่สุข. (2536). **ระดับความทุกข์ทรมาน และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใส่เครื่องช่วยหายใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภางค์ จันทพานิช. (2543). **การวิจัยเชิงคุณภาพ.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภรี สุวรรณจุฑะ. (2548). **Current Concepts in Pediatric Critical care** ใน ดุสิต สถาวร และคณะ (บรรณาธิการ). **Current Concepts in Pediatric Critical care.** กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- สุภรณ์ ไร่สีดา. (2548). **Role of nurses in Pediatric Critical care : Clinical care.** ใน ดุสิต สถาวร และคณะ (บรรณาธิการ). **Current Concepts in Pediatric Critical care.** กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- สุวดี ศรีเลณวัตติ. (2534). **จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก (พิมพ์ครั้งที่ 2).** กรุงเทพฯ : พิชาญพรินติ้ง.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). **พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ.** กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- อดิน รพีพัฒน์ และคนอื่นๆ. (2536). **คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา.** ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- องค์การศึกษาวิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก ในพระบรมราชินูปถัมภ์. (มปป). **หนังสือภาษามือ เล่ม 2.** กรุงเทพฯ : โรงเรียนเศรษฐเสถียร.
- อรรพรณ พุ่มอารมณ์. (2533). **การติดต่อสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล.** เชียงใหม่ : ภาควิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรรพรณ ปิณฑนนโอบาท. (2542). **การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Adam, B.N. (1983). Adolescent health care : need, priorities , & services. **Nurse Clinic North America**, 18(-): 237-247.
- Anderson, J.J. (1989). Family with school-age children. In. R.L.R. Foster, M.M. Hunsberger, & J.J.T., &erson (Eds.), **Family-centered nursing care of children**. (pp.315-350). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Apple-Hardin, S.J. (1984). Communication with intubated patients. **Critical care Nurse** 4(-): 26-27
- Arnold, E. (1999). Developing therapeutic communication skills in the nurse-client relationship. In E. Arnold, & K.U. Boggs (Eds.), **Interpersonal relationships: Professional communication skill for nurses**. (pp.209-239). Philadelphia : W.B. Saunders company.
- Arnold, E., Vivan, D., & Kizilay , P.E. (1998). Concept of basic communication. In J.M. Leahy, & P.E. Kizilay (Eds.), **Foundations of nursing practice: A nursing process approach**. (pp.214-238). Philadelphia : W.B. Su&ers.
- Ashwill,J.W.,& Droske.S.C.(1997). **Nursing care of children**. Phildaelphia:W.B.Saunders Company.
- Ashworth, P.M. (1984). Staff-patient communication in coronary care unit, **Journal of Advanced Nursing** , 9(1): 35-42.
- Ashurst, S. (1997). Nursing care of the mechanically ventilated patient in ITU:2. **British Journal of Nursing**, 6(9): 475-485.
- Ball, J., & Bindler,R. (1995). **Pediatric Nursing Caring for children**. Connecticut: Appleton & Lange.
- Beck, C. K., Rowllins, R.P., & William, S.R. (1988). **Mental health psychiatric nursing**. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Benner, P.,Tanner, C., & Chesla, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiate clinical world in critical care nursing. **Advances in Nursing Science**, 14(3): 13-28.
- Berger, K.J., & Williams, M.B. (1999). **Foundamentals of nursing : Collaborating for optimal health** (2nd ed.). Connecticut:Appleton & Lange.

- Boggs, K.U. (1999). Communicating with children. In E. Arnold & K.U. Boggs (Eds.), **Interpersonal relationships: Professional communication skill for nurses**. (pp.405-429). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Bowles, N., Mackintosh, C., & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: An evaluation of the impact of solution-focused communication training. **Journal of Advanced Nursing**, 36(3): 347-354.
- Bornstein, M.H., & Haynes, M. (1998). Vocabulary competence in early childhood: Measurement, latent construct, & predictive validity. **Child development**, 69(3): 654-671.
- Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerksta, A., & Bensing, J.M. (1999). Non-Verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. **Journal of Advanced Nursing**, 29(4): 808-818.
- Connolly, M.A., & Shekleton, M.E. (1991). Communicating with ventilator dependent patients. **Dimension of Critical Care Nursing**, 10(2): 115-121.
- Costello, J.M. (2000). AAC intervention in the intensive care unit : The Children's Hospital Boston model. **Augmentative & Alternative Communication**, 16(2): 137-154.
- Curley, MA,Q., Meyer, EC. (2001). Caring Practices : The Impact of the Critical Care Experience on the family. In Curley MA.Q, & Moloney Harmon. PA. **Critical Care Nursing of Infants & Children**. (2nd ed.). (pp.47-69). Philadelphia : W.B.Saunders.
- Davies, P. (1994). Non-verbal communication with patients. **British Journal of Nursing**, 3(8): 220-223.
- Denehy, J.A. (1990). Communicating with children through drawings. In M.J. Craft, & J.A. Denehy, **Nursing intervention for Infants & childrent**. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Deshpande, J.K. (2000). **Pediatric airway management**. (Online) Available WWW.rtcornet.com
- Deschamps, J.P., Emy, P., & M'Bede, J. (1989). Health for Adolescents & Youth. **Children in the topics** 180: 16-26.
- Devito, J.A. (1997). **Human communication: The basic course** (7th ed.). New York: Longman.
- Doherty, M.H., Plowfield, L., Ware, C., & West, C.M. (1998). Impact of critical illness on the patient & family. In L. Bucher, & S. Mel&er (Eds.), **Critical Care Nursing**. (pp.51-92). Philadelphia: W.B. Saunders.

- Easton, J. (1998). Alternative communication for patients in intensive care. **Intensive Care Nursing**, 4(2): 47-55.
- Elliott, R., & Wright, L. (1999). Verbal communication: What do critical care nurse say to their unconscious or sedated patients?. **Journal of Advance Nursing**, 26(9): 1412-1420.
- Enskar, K., Carlsson, M., Golsater, M., Hamrin, E., & Kreuger, A. (1997). Life situation & problems as reported by children with cancer & their parents. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, 14(1): 18-26.
- Enskar, K., & Essen, L.V. (1997). Important Aspects of Care & Assistance for Children With Cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, 17(4): 239-249.
- Erikson, E. (1963). *Childhood & society* (2nd ed.). New York: Norton. Cited in pott, N & Mandelco, B.L. (2002). **Pediatric Nursing : Caring for Children & Their Families**. New York: Delmar.
- Farrell, MF., Frost, C. (1992). The most important needs of parents of critical ill children : parents' perceptions. **Intensive Crit Care Nurs**, 8(3): 130-39.
- Fraser, J., Pengilly, A., & Mok, Q. (1998). Long term ventilator-dependent children: a vocal profile analysis. **Pediatric Rehabilitation**, 2(2): 71-75
- Germain, C.P. (1982). Cultural concepts in critical care. **Critical Care Quaterly**, 6(12): 61-78.
- Givens, D.B. (2000). **The nonverbal dictionary of gestures, signs, & body language cues**. (on line) Available WWW.http://members.sol.com/nonverbal3/refs.html.
- Granberge, A., Bergbom-Engberg, I., & Lunberg, D. (1996). Intensive care syndrome : A literature review. **Intensive & Critical care Nursing** 12: 172-183.
- Hall, D.S. (1996). Interactions between nurses & patients on ventilators. **American Journal of Critical Care**, 5(4): 293-297.
- Hart, D., & Bossert, E. (1994). Self-reported fears of hospitalized school-age children. **Journal of Pediatric Nursing**, 9(2): 83-90.
- Hartshorn, J.C., Sole, M.L., & Lamborn, M.L. (1997). **Introduction to critical care nursing**, (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hazinski, M.F. (1999). **Manual of Pediatric Critical Care**. St. Louis: Mosby.

- Heidrich, S.M. (1996). Mechanisms related to psychological well-being in older women with chronic illness; Age & disease comparisons. **Research in Nursing & Health** 19: 225-235.
- Hollooway, J.& Wheeler, S.(1996). **Qualitative Research for Nursing**. USA: Blackwell Science. Ltd.
- Hurley, A., & Whelan, E.G. (1988). Cognitive development & children's perception of pain. **Pediatr Nurs** (14): 21-24 Cited in Donna L. Wong, MarRilyn Hockenberry-Eaton, David Wilson, Marilyn L. Winkelstein, & Patricia Schwartz. **Wong's essentials of Pediatric nursing**. 6th ed. Missouri: Mosby.
- Hybels, S., & Weaver, R.L. (1995). **Communication effectively**(4th ed.). New York: MacGraw-Hill.
- Jasper, M.A. Issue in phenomenology for researchers of nursing. **Journal of Advanced Nursing** 19: 309-314.
- Johnson, M.M., & Sexton, D.L. (1990). Distress during mechanical ventilation: Patient perception. **Critical Care Nursing**,10(7): 48-57.
- Josselyn, I.M. (1978). **Psychosocial development of children**. New York : Family Service Association of America.
- Kalnins, I. & Love,R. (1982). Children's concepts of health & illness & implication for health Education : An overview. **Health Education Qarterly**. (9): 9.
- Kathol, D.D. (1999). Communication. In B.L. Christensen, & E.O. Kockrow (Eds.). **Foundation of nursing** (3nd ed.) (pp.32-47). St.Louis: Mosby.
- Kelly, D.P., & Sally, J.L. (1999). Disorder of speech & language. In M.D. Levine, W.B. Carey, & A.C. Crocker (Eds.), **Developmental-behavioral pediatrics**. (pp. 621-631). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Knaack, P. Phenomenological Research. **Western Journal of Nursing Research**, 6(1): 107-114.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research : the influence of Husserl & Heigger. **Journal of advances Nursing** 21: 827-836.
- Kozier, B., & Erb, G.(1983). **Fundamention of nursing: Concepts & procedure** (3nd ed.). California: Addison-Wesley Publishing.

- Kozier, B., Erb, G., Blais, K., & Wilkinson, J.M. (1995). **Foundation of nursing : concepts, process & practice** (5th ed.). New York: Coming Publishing Company.
- Kraegel, B., Mousseau, V., Goldsmith, C., & Arora, R. (1974). **Pateint care system**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Linclon, Y.S., Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: Sage Publication Inc.
- Maslow, A. (1970). **Motivation & personality** (2nd ed.). New York: Harpers & Row.
- Mauksch, L.B., & Roesler, T. (1990). Exp&ing the context of the patient's explanatory model using circular questioning. **Family Systems Medicine**, 8(1): 3-13.
- Menzel, L.K. (1998). Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak, **HEART & LUNG**, 26(5): 363-371.
- Menzel, L.K. (1997). A comparison of patients communication-related responses during intubation & after exubation. **HEART & LUNG**, 27(4): 245-252.
- Muller, D.J., Harris, P.J., Wahley, L. A., & Taylor, J. (1992). **Nursing children psychology, research & practice**. (2nd ed.) London : Chapman & Hall.
- Murray, R.B. & Zentner, J.P. (1989). **Nursing assessment & health promotion strategies through the life span**. (4th ed.). Norwalk: Appleton, lange.
- Narayanasamy,A. (1999). ASSET : A model for actioning spirituality & spiritual care education & training in nursing. **Nursing Education Today** 19: 274-285.
- Noyes, J. (2000). Enabling young ventilator-dependent people to express their views & experiences of their care in hospital. **Journal of Advanced Nursing**, 31(5): 1206-1251.
- Ollendick, T.H., Matson., & Helsel, W.J. (1985). Fears in children & adolescents: Normative data. **Behavior Research & Therapy**, 23(4): 465-467. Cited in Nicastro, E.A., & Whetsell, M.V. Children fear. **Journal of Pediatric Nursing**, 14(6,2541): 392-402.
- Omery, A & Mark, C.(1995). Phenomenology & Science. In Omery, A., Mark, C. E. Page, G. G.**Search of Nursing Science**. Thosand:Sage.
- Orem, D., E. (2001). **Nursing Concepts of Practice**. Missouri: Mosby.
- Paley, J. Hussert. (1997). Phenomenology & nursing. **Journal of advanced nursing** 26: 187-193.

- Pearson, J.C., & Nelson, P.E. (1997). **An introduction to human communication** (7th ed.). New York : MacGraw-Hill.
- Potts, N & M&leco, B.L. (2002). **Pediatric Nursing: Caring for Children & Their Families**. New York: Delmar.
- Rodrigue, J.R., Graham-Pole, J., Kury. S., Kubar, W., & Hiffman, R.G. (1995). Behavioral distress, fear, & pain among children hospitalized for bone marrow transplantation. **Clinical Transplantation** 9: 454-465.
- Sherman, K.M. (1994). **Communication & image in nursing**. New York: Delmar Publishers.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R.(2003). **Qualitative Research In Nursing**. 3rd edition. Philadelphia : Lippicott Willams & Wilkins.
- Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (1993). **Fundamental of nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Von, S.O. (2002). Growth & Development of the school-age child. In N.L. Potts; & B.L. M&leco (eds.), **Pediatric Nursing Caring for Children & Their Families**, 283-304. New York: Delmar.
- Whaley, L.F., & Wong, D.L.(1995). **Nursing of infants & children** (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Wojnicki – Johansson, G. (2001). Communication between nurse & patient during ventilator treatment: patient reports & RN evaluation. **Intensive & Critical Care Nursing**,17(-): 29-39.
- Williams, M.L. (1992). An algorithm for selecting a communication technique with intubated patients. **Dimension of Critical Care Nursing**, 11(4): 222-229.
- Williams, P.D. (1979). Children's concepts of illness: The development of health & illness behavior. **Maternal Child Nursing Journal** 8: 115-123.
- Woodgate, R.L. (1998). Health professional caring for chronically ill adolescent; Adolescents'perspectives. **Journal of the Society of Pediatric Nurses**, 3(2): 57-68.
- Ziegler, D.B., & prior, M.M. (1994). Preparation for surgery & adjustment to hospitalization. **Nursing Clinics of North America**, 29(4): 655-669.
- Zori, S.J.(1984).Bringing the patient into focus. **American Journal of Nursing**, 84(11): 1384-1391.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

1. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3. แนวคำถามการสัมภาษณ์
4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
5. แบบบันทึกภาคสนาม
6. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ : ประสพการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

ข้าพเจ้า ผู้ปกครองของ ด.ช. / ด.ญ. ได้รับทราบจาก

ผู้วิจัยชื่อ นายจักรี ก้วกำจัด ที่อยู่ 2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ฯ

ผู้ซึ่งจะทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และบันทึกเทป และได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช. / ด.ญ. ซึ่งเป็นบุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจให้บุตรถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และทราบว่าบุตรถอนตัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะไม่ส่งผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับในหน่วยงานแห่งนี้ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(ด.ช./ด.ญ.)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ผู้ปกครอง

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(นายจักรี ก้วกำจัด)

ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant information sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ
2. ชื่อผู้วิจัย นายจักรี ก้วกำจัด นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร 2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-3548241 ต่อ 3610 โทรศัพท์ที่บ้าน -
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 05-8126684 E-mail : chakri_ped@hotmail.com
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการให้บุตรเข้าร่วมการวิจัย
 - 4.1 โครงการนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงประสพการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ
 - 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาประสพการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ
 - 4.3 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี ที่มีประสพการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอเป็นระยะเวลา 3-7 วัน จำนวนอย่างน้อย 10 ราย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐบาล เขต กรุงเทพมหานคร โดยมีระยะเวลาหลังถอดท่อหลอดลมคอกอนานไม่เกิน 1 สัปดาห์ สามารถสื่อสารโต้ตอบได้เข้าใจ มีสติสัมปชัญญะดี และแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าอยู่ในระยะที่สามารถให้ข้อมูลได้ รวมทั้งยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนตามกฎหมาย
 - 4.4 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์ครั้งละ 30 – 45 นาที เกี่ยวกับประสพการณ์ความต้องการการดูแลขณะที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการชักชวนผู้ป่วยเด็กร่วมกิจกรรมสันตนาการหรือกิจกรรมการเล่นให้สอดคล้องกับพัฒนาการและความสนใจของเด็ก เช่น การวาดภาพระบายสีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การเล่นเกมดินน้ำมัน เป็นต้น ซึ่งใช้เวลาในการร่วมกิจกรรมประมาณ 30 นาที จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะทำการเก็บเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ไว้อย่างปลอดภัย และทำลายเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์หลังจากสิ้นสุดการวิจัย
 - 4.5 ผู้วิจัยคาดว่ากรวิจัยนี้จะก่อให้เกิดความไม่สะดวกเล็กน้อยแก่บุตรของท่านคือ การใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้นประมาณ 1 ชั่วโมง 15 นาที

- 4.6 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นายจักรี ก้าวกำจัด ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0-5812-6684
- 4.7 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
- 4.8 ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธไม่ให้บุตรของท่านเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาพยาบาลที่บุตรของท่านจะได้รับแต่ประการใด
- 4.9 การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ท่านหรือบุตรของท่าน และไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์

1. แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline)

1. ขั้นเริ่มสนทนา :

- 1.1 หนูเรียนหนังสืออยู่ชั้นไหนแล้วครับ ?
- 1.2 ขณะนี้อาการเจ็บป่วยของหนูเป็นอย่างไรบ้าง ?

2. ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ : คำถามหลักแบ่งเป็น 2 แบบ คือ

2.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กเลือกกิจกรรมการวาดภาพระบายสีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง คำถามหลักคือ “ ขอให้หนูช่วยเล่าความรู้สึกเกี่ยวกับรูปที่หนูวาดให้ฟังหน่อยสิครับ “

2.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กไม่ต้องการวาดภาพระบายสี หรือสนใจในกิจกรรมอื่น คำถามหลัก คือ

- 2.2.1 ช่วยเล่าความรู้สึกของหนู ขณะที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและการดูแลด้วยเครื่องช่วยหายใจ
- 2.2.2 หนูมีความรู้สึก หรือมีความคิดอย่างไรบ้างต่อการดูแลที่หนูได้รับขณะที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ
- 2.2.3 ในความคิดของหนูขณะนั้น หนูอยากให้พยาบาลดูแลหนูอย่างไรบ้าง (ทำสิ่งใดให้หนูบ้าง)
- 2.2.4 ขณะนั้นหนูมีวิธีการบอกความต้องการของหนูให้พยาบาลและคนอื่นรู้ อย่งไรบ้าง
- 2.2.5 กรณีที่การสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยเด็กเคยมีประสบการณ์ความลำบาก (อุปสรรค) ในการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล ใช้แนวคำถาม ดังนี้ “หนูคิดว่าพยาบาลหรือคนอื่นควรทำอะไร เพื่อช่วยให้หนูบอกสิ่งที่ต้องการ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

1. อายุ.....ปี.....เดือน เพศ..... () ชาย () หญิง

2. ระดับการศึกษา..... () ประถม ปีที่..... () มัธยม ปีที่.....

3. การวินิจฉัยโรค.....

4. ระยะเวลาที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ..... วัน

5. ความสามารถในการใช้นิ้วมือ ซี่ หยิบของ หรือเขียนหนังสือ

() ทำได้ดี

() ต้องใช้ความพยายาม

() ไม่สามารถทำได้

6. การรักษาพยาบาลที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว

() ได้ ได้แก่.....

() ไม่ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

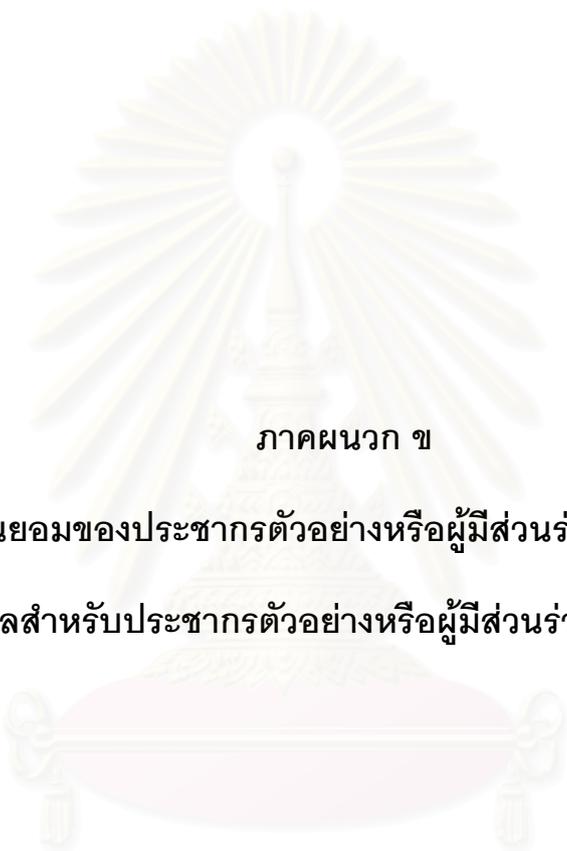
หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

อายุ.....ปี การวินิจฉัยโรค.....ระยะเวลาที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ.....วัน

ระดับการศึกษา.....การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....

สถานที่.....

บันทึก		ข้อความ	การให้รหัส
1	I:		
2	R:		
3	I:		
4	R:		
5	I:		
6	R:		
7	I:		
8	R:		
9	I:		
10	R:		
11	I:		
12	R:		
13	I:		
14	R:		
15	I:		
16	R:		
17	I:		
18	R:		
19	I:		
20	R:		
21	I:		
22	R:		
23	I:		



ภาคผนวก ข

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข.

1. ประสพการณ์ของผู้วิจัยจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้
2. ใบบัณฑิตจรรยาบรรณการศึกษาระดับปริญญาตรีในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
3. หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประสบการณ์ของผู้วิจัยจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้

นอกเหนือจากประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้ถ่ายทอดให้ผู้วิจัยได้รับรู้และหยั่งรากเข้าถึง ก้นบึ้งของความรู้สึกนึกคิดของเขาเหล่านั้นแล้ว หัวใจสำคัญของงานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างหนึ่งคือ ต้องลงพื้นที่ทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูล ต้องลงลึกในข้อมูล เก็บร้อยเรื่องราว ข้อมูลความรู้ คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลมาบันทึก วิเคราะห์หรืออย่างเป็นระบบ และถ่ายทอดออกมาเป็นงานวิจัยชิ้นนี้ การได้ข้อมูลเฉพาะจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องถือเป็นงานเรียบเรียง งานวิจัยเชิงคุณภาพต้องมีน้ำเนื้อแห่งความจริงของชีวิต ซึ่งได้มาจากหยาดเหงื่อของการลงแรง การสืบค้นความจริงอย่างเคียวกรำ มีกลิ่นอายของความทุกข์สุขของผู้ให้ข้อมูล ไม่ติดด้านจนเกินไป

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้นอกจากจะสนองความอยากรู้อยากเห็นของผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยยังได้รู้เท่าทันชีวิตของผู้ให้ข้อมูล เห็นต้นธารของปัญหา สิ่ง que เห็นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นเพียงปลายเหตุ แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นที่มาที่ไปของความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเด็กที่ถ่ายทอดออกมาจากประสบการณ์ตรง เห็นถึงเบื้องลึกของปรากฏการณ์ชีวิต เป็นงานวิจัยที่เผยให้เห็นสัจธรรมความเป็นจริงในมุมมองของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งปรากฏการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กผู้วิจัยถือว่าสุดยอดแล้ว การที่ผู้วิจัยศึกษาคลุกคลีกับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ได้อุทราหรรณีกับชีวิต และเป็นกระจกสะท้อนให้ผู้วิจัยได้เห็น ได้เรียนรู้ถึงอัตลักษณ์ความเป็นตัวตนของผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้วิจัยอยู่ด้วยความไม่ประมาท หูตากว้าง ปัญญากว้าง มองรอบด้านมากขึ้น มองผู้ป่วยเด็กอย่างเข้าใจ มีความเมตตา และเข้าใจในความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ การได้เห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้วิจัยต้องเชื่อมประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีความทุกข์ทรมานและมีความต้องการอยู่ในความมืดมิดสู่ผู้คน เหมือนเป็นสะพานให้ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ได้เป็นตัวแทนของใจตนเข้าไปยืนยันพื้นที่ เล็ก ๆ ของการให้บริการรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้อย่างแท้จริง

การหาพื้นที่ ให้เรื่องราวของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่ปรากฏออกมานั้น ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจเพราะถูกฝังกลบและกักเก็บมานาน เพราะว่าสิ่งที่ถูกฝังกลบหากไม่ถูกขุดขึ้นมา จมฝังอยู่ในความรู้สึก ก็ยังถูกสงวนรักษาเอาไว้เช่นนั้น งานวิจัยชิ้นนี้จึงเป็นการผสมผสานระหว่างความรู้ข้อเท็จจริง และประสบการณ์ตรงที่ลงลึกถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเด็ก เป็นกระบวนการเรียนรู้ปรากฏการณ์คน เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็ก นำมาตีความ นำมาคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ค้นหาข้อมูลต่าง ๆ นำมาต่อจิ๊กซอร์ของปัญญา ให้เป็นเรื่องราวใหม่ ๆ ซึ่งการที่ผู้วิจัยจะหยิบหลักฐานอะไรมาใช้ในกระบวนการทำวิจัย มันมีกรอบความคิดบางอย่างรองรับอยู่ และการที่ผู้วิจัยอยู่กับข้อมูลความจริงมาก ๆ ยิ่งทำให้ผู้วิจัยมองเห็นว่า ความจริงจากผู้ให้ข้อมูลมันไม่อาจมองเห็นผ่านทางความคิดของผู้วิจัย เพราะการใช้ความคิดของผู้วิจัยจะให้ข้อมูลไปในทิศทางใดก็ย่อมทำได้

กระบวนการเข้าถึงและการได้มาของข้อมูลเชิงลึก การเก็บรวบรวมข้อมูล และการย่อยข้อมูลอย่างละเอียดและมีระบบแบบแผนควบคู่กับการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจอย่างเป็นกัลยาณมิตรที่ดีต่อผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ ถือเป็นหัวใจสำคัญที่จะได้มาซึ่งประสบการณ์จริง และประสบการณ์ของผู้ป่วยทุกรายถือเป็นปัญญาของผู้วิจัย และเหนืออื่นใดผลงานวิจัยทุกชิ้น ทุกสาขา ที่ผู้วิจัยทุกคนได้สรรค์สร้างขึ้น นับว่าเป็นผลลัพธ์ที่ให้อรรถประโยชน์ทางปัญญาด้วยกันทั้งสิ้น ซึ่งการทำงานวิจัยเป็นงานที่เหนื่อยยาก เพราะต้องลงมือปฏิบัติ ต้องลงพื้นที่ ใช้ทุนรอน ใช้ปฏิภาณไหวพริบ มีการผจญภัยในรายละเอียดของข้อมูล ต้องใช้องค์ประกอบหลายอย่างกว่าจะได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่ให้อรรถประโยชน์ทางปัญญานั้น

สิ่งที่ผู้วิจัยได้เห็นอีกอย่างหนึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ก็คือ การได้เห็นความคาดหวังในความต้องการของผู้ป่วยเด็กทั้ง 10 ราย เห็นสิ่งดีงามในห้วงอารมณ์ของผู้ป่วย เห็นแสงสว่างในความทุกข์ เห็นสิ่งดี ๆ ในหัวใจของผู้ป่วยเด็ก เห็นการจัดการกับจิตใจไม่ให้ทุกข์ เมื่อประสบภาวะวิกฤติในชีวิตขณะเจ็บป่วย เช่น การจินตนาการสู่ท้องทะเลเพื่อผ่อนคลายความทุกข์ของผู้ป่วยเด็ก เห็นความเมตตาเอื้ออาทร เห็นความอบอุ่นที่ผู้ให้การดูแลมีให้กับผู้ป่วย เห็นความรักอันยิ่งใหญ่ที่พ่อแม่มีให้ลูกซึ่งเป็นพลังแห่งความรักที่นอกเหตุและเหนือผล เพื่อให้ลูกฝ่าข้ามความยากลำบาก ให้ลอดผ่านปัญหาอุปสรรคอันใหญ่หลวง และกลับมาใช้ชีวิตอย่างปรกติสุขตามสมควร ทำให้ผู้วิจัยศรัทธาในชีวิตของพวกเขาเหล่านั้น

ในจังหวะก้าวของการทำวิจัยชิ้นนี้ บางครั้งผู้วิจัยอาจรู้สึกหดหู่กับสิ่งที่ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดออกมาให้รับรู้บ้าง แต่จิตวิญญาณของผู้วิจัยไม่เคยเศร้าหมองจากการได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส กับสิ่งเหล่านั้น งานวิจัยที่สำเร็จลุล่วงลงได้ไม่ใช่เพียงผู้วิจัย ความสำเร็จของงานวิจัยชิ้นนี้มีปัจจัยหลายอย่างที่คอยเกื้อหนุน ส่วนหนึ่งมาจากอิทธิพลทางความคิดที่ก่อให้เกิดปัญญาของผู้ให้คำปรึกษา (ศ.ดร.วิถนา จีระแพทย์) ตลอดกระบวนการวิจัย และความสำเร็จที่สำคัญของงานวิจัยมาจากบุญคุณของแหล่งข้อมูลการที่ผู้ป่วยเด็กยอมเปิดเผยความรู้สึกของตนเองให้เป็นอุทาหรณ์แก่ผู้อื่น อันเป็นบุญกุศลมหาศาลต่อผองเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง ผู้วิจัยตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่าต้องให้การยอมรับและเคารพในความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ต้องไม่อหังการ และสำนึกในบุญคุณผู้ให้ข้อมูลอยู่เสมอ เพราะถ้าไม่มีพวกเขาเหล่านั้นก็ย่อมไม่มีงานวิจัยชิ้นนี้ปรากฏออกมา

สำหรับการต่อจิ๊กซอร์ของปัญญาจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และเป็นภาพจิ๊กซอร์ที่งดงามนั้น ผู้วิจัยมีข้อคิดเห็นอย่างหนึ่งว่า ควรนำจิ๊กซอร์นั้นมาวิเคราะห์ จัดวางอย่างเป็นระเบียบ เต็มเต็มส่วนที่ขาดหายให้เกิดความสวยงาม โดยการนำผลการวิจัยที่ได้ไปต่อยอด และพัฒนาสู่การปฏิบัติต่อไป

แบบ วพ.1



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน ทรวงศ์มนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี โทร. 4715
 ที่ _____ วันที่ 10 เมษายน 2549
 เรื่อง ขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ด้วย ข้าพเจ้าชื่อ สมเจตน์ ตรีวิทย์ นามสกุล ก.วิ.ส.อ.ว.บ.บ.
 ตำแหน่ง พ.ศ.ม.ค.อ.ศ.ศ.ศ. 705 ปฏิบัติงาน ร.ร.ศ.อ.

มีความประสงค์ขออนุญาตทำวิจัยในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เรื่อง
ประสบการณ์ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อสอดลมคอ
CARING NEED EXPERIENCES OF ENDOTRACHEAL INTUBATED
SCHOOL-AGE CHILDREN.

พร้อมนี้ได้แนบเอกสารเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็ก
 แห่งชาติมหาราชินี พิจารณา ดังนี้

1. โครงการวิจัย (Proposal ตามแบบฟอร์ม วช.) จำนวน 17 ชุด
2. แบบคำขอทำวิจัยในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (วพ.1,วพ.2) จำนวน 17 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ) สมเจตน์ ตรีวิทย์
 (.....
 (สมเจตน์ ตรีวิทย์).....)

เห็นชอบด้วย
 (ลงชื่อ) สมเจตน์ ตรีวิทย์
 (นางสาว สมเจตน์ ตรีวิทย์)

หัวหน้างาน ทรวงศ์มนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

เห็นชอบด้วย
 (ลงชื่อ) นางบังอร สาธุณี
 (.....นางบังอร สาธุณี.....)

หัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ

หมายเหตุ : บันทึกข้อความนี้ให้เฉพาะบุคลากรของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีเท่านั้น
 ถือเป็นโครงการวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน ให้หัวหน้าโครงการวิจัยเป็นผู้ลงนามในบันทึกข้อความนี้

แบบ วพ.2

แบบฟอร์มขอทำการวิจัยในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่ (Date) 10 / 12 / 2549
ชื่อเรื่อง (Title) ประเมินผลกระทบต่อการดูแลร่องงูในหลอดลมของเด็กที่ไร้ท่อบนคอคมคอ
Charting need experiences of endotracheal intubated school-age children.

หัวหน้าโครงการวิจัย (Principal investigator) นพ. สักดิ์ ก้าวกั๊ก โทร 0-5212-1124

(กรณีเป็น Project Resident/Fellow ให้ตั้ง ชั้นปี และปีการศึกษาด้วย) (Resident / Fellow) ปี รหัส

หน่วยงานหรือสถาบัน (Department / Institute) ภาควิชาเวชศาสตร์ สูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา

หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ รพ.เด็ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (SICU)

ผู้ร่วมทำวิจัย (Co-investigator) หน่วยงานหรือสถาบัน (Department/Institute)

1. นพ.จาง อู๋ตองทัก ภาควิชาเวชศาสตร์ สูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ สูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา (SICU)

2.

3.

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา (Study period) วัน/เดือน/ปี (เช่น 1 ต.ค. 48 ถึง 30 ก.ย. 49)

วัตถุประสงค์ (Objectives) เพื่อศึกษาประเมินผลกระทบต่อการดูแลร่องงูในหลอดลมของเด็กที่ไร้ท่อบนคอคมคอ

วิธีการศึกษาโดยย่อ (Abstract of Methodology)
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ครอบคลุมการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive phase) ตามแนวคิดของนักวิจัยชาวเยอรมัน Husserl เพื่อศึกษาประสบการณ์ของเด็กที่ไร้ท่อบนคอคมคอ (9-12 ปี) ที่เข้ารับการดูแลร่องงูในหลอดลม โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมแบบมีจุดมุ่งหมาย โดยมีการคัดเลือกตามวิธีการวิจัยที่เหมาะสม

งบประมาณ (Budget) บาท แหล่งทุน (โปรดระบุ)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefit) เพื่อให้ทีมวิจัยทราบถึงปัญหาของร่องงูในหลอดลมของเด็กที่ไร้ท่อบนคอคมคอ และทราบถึงความต้องการของร่องงูในหลอดลมของเด็กที่ไร้ท่อบนคอคมคอ
- เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของร่องงูในหลอดลมของเด็กที่ไร้ท่อบนคอคมคอ และทราบถึงความต้องการของร่องงูในหลอดลมของเด็กที่ไร้ท่อบนคอคมคอ

ลงชื่อ นพ. สักดิ์ ก้าวกั๊ก หัวหน้าโครงการ เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ 02-5421124

ลงชื่อ นพ.จาง อู๋ตองทัก ผู้ร่วมวิจัย เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ 02-6441840

ลงชื่อ ผู้ร่วมวิจัย เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้

*หมายเหตุ : กรุณาลงรายละเอียดตามหัวข้อข้างต้น ให้ครบทุกหัวข้อ เพื่อความรวดเร็ว ถูกต้อง และ ประโยชน์แก่ตัวท่านเอง

ส่วนเฉพาะคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่รับเรื่อง / / ประชุมครั้งที่ วันที่ประชุม

ที่ ศธ 0512.11/ ๖๔๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๔ มีนาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เนื่องด้วย นายจักรี ก้วกำจัด นิติชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ความต้องการดูแลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ใส่ท่อหลอดลมคอ” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิมา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี ที่มีประสบการณ์ใส่ท่อหลอดลมคอเป็นระยะเวลา 3-7 วัน จำนวน 10 คน โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์ตามเอกสารแนบ ทั้งนี้นิติศาสตร์จะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายจักรี ก้วกำจัด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

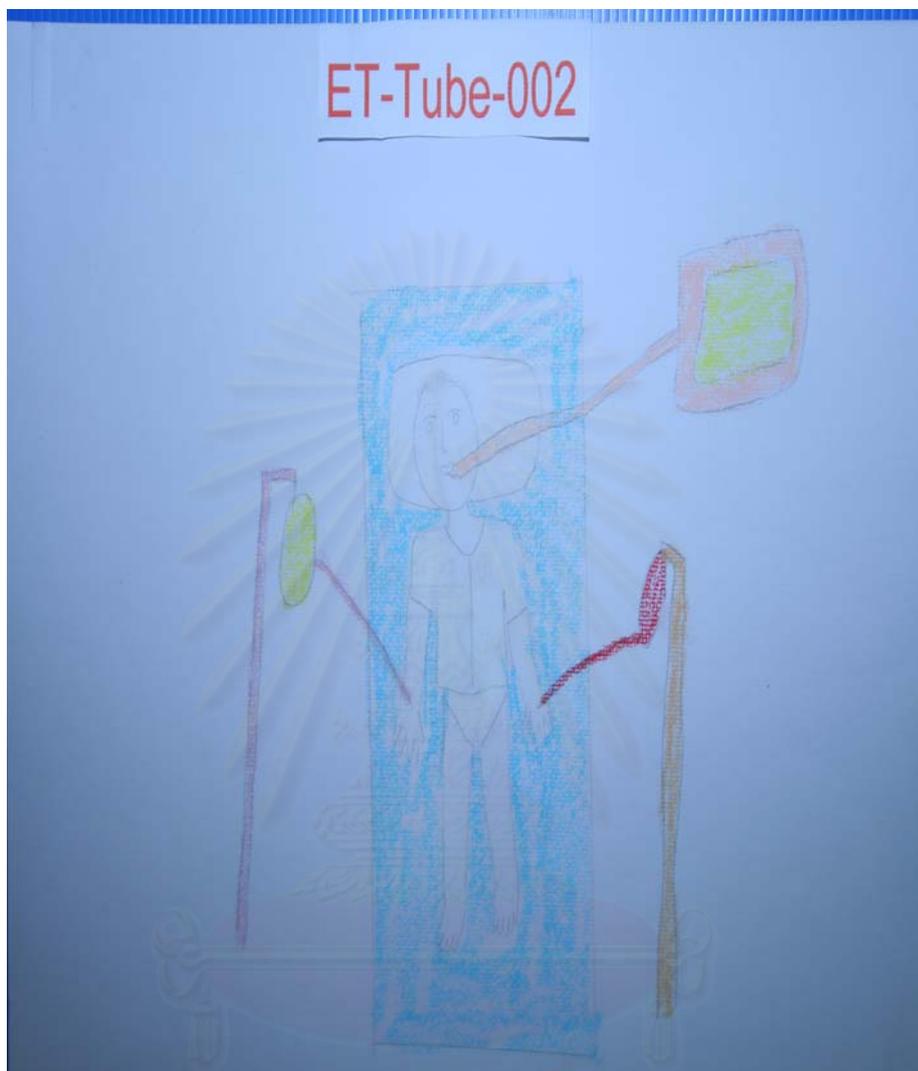
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร. วิมา จีระแพทย์ โทร. 02-218-9823

ชื่อนิติศาสตร์ นายจักรี ก้วกำจัด โทร. 0-5812-6684

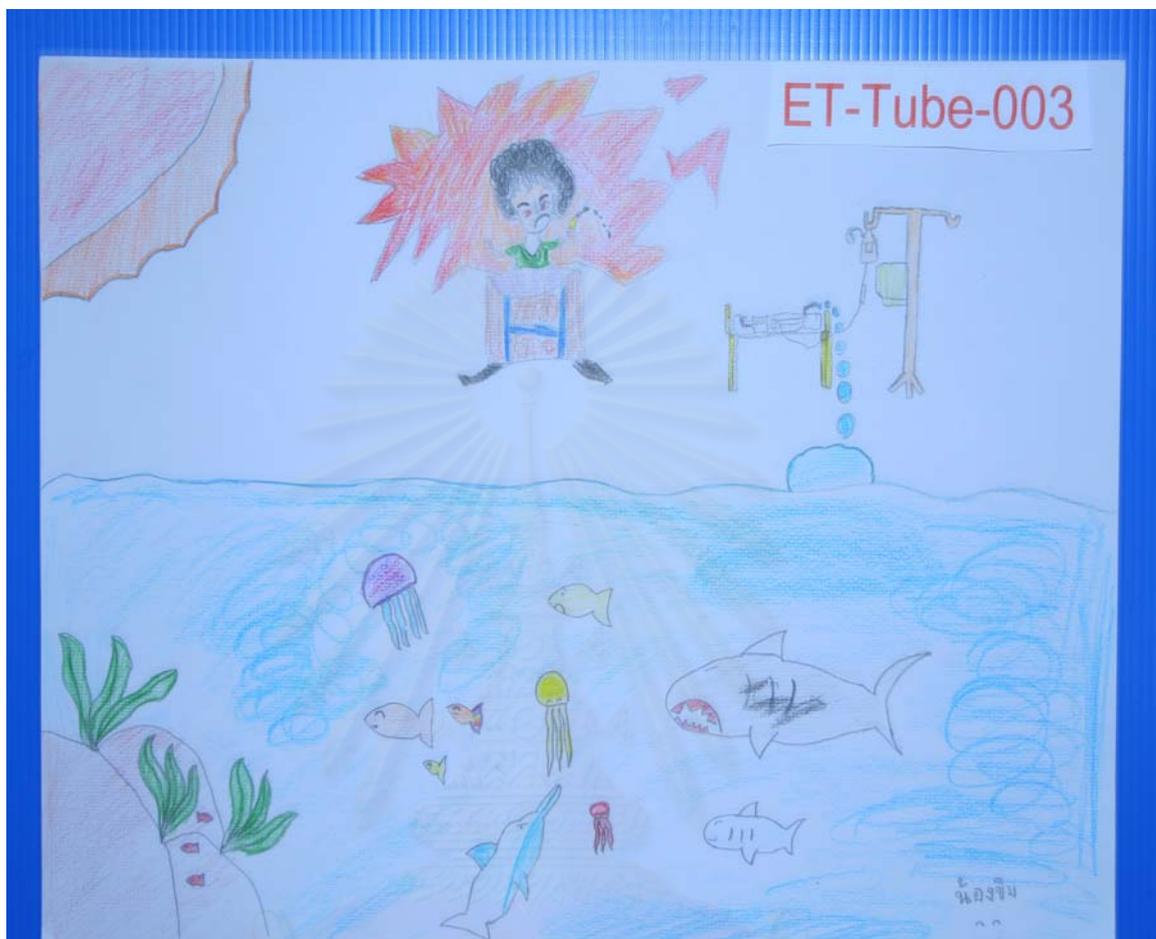
ภาพวาดเกี่ยวกับประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอจากผู้ให้ข้อมูล



ET-Tube 002 : เด็กชายวาดภาพตนเองขณะนอนบนเตียงและได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจและมีสายน้ำเกลือที่แขนทั้งสองข้าง ในหอผู้ป่วย

“ จะ...รู้สึก เจ็บ ๆ มันจะแน่น ๆ เจ็บ ๆ อย่างเดียว ปวด ๆ ตึง ๆ ในคอ ยังงัย ก็บอกไม่รู้เหมือนกันนะ”

ภาพวาดเกี่ยวกับประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอจากผู้ให้ข้อมูล

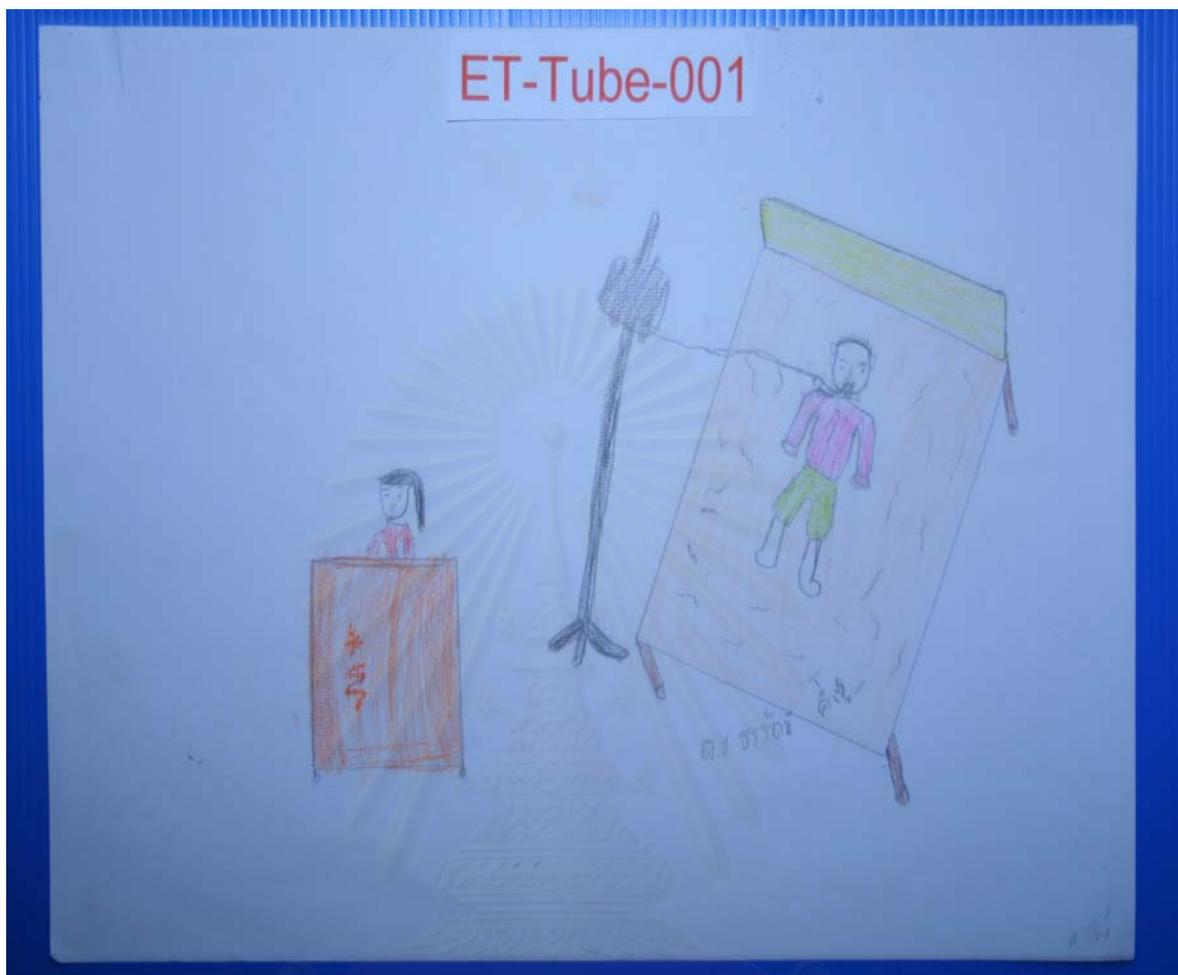


ET-Tube 003 : เด็กหญิงวาดภาพตนเองขณะนอนบนเตียงและได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วย และมีพยาบาลสวมชุดสีเขียวยืนอยู่ที่เคาเตอร์ รวมทั้งมีความรู้สึกเหมือนว่าตัวเองลงไปดำน้ำได้ทะเลที่เต็มไปด้วยปลาสีส้มสวยงาม

“ใส่ท่อคออยู่มันรู้สึกว่ามันเจ็บ...อึดอัด....มันทรมานงัยไม่รู้...ไม่รู้ซี..รู้สึกว่ามันเหมือนกับตอนที่เรียนว่ายน้ำ..แล้วฝึกหายใจในน้ำ..มันต้องกลั้นหายใจตลอดตอนอยู่ในน้ำ...ก็หายใจไม่ออกนะตอนนั้น.....มันต้องกลั้นหายใจตลอด...อึดอัด...ขยับแรงไม่ได้อีก..ก็จะเจ็บตรงข้างในคอ..เหมือนกับอมน้ำอย่างนั้นนะ...”

“คิดว่ามันน่าจะเหมือนตอนที่เราลงไปดำน้ำ.....ก็เลยนึกเอาเองว่าลงไปดำน้ำได้ทะเลดีกว่าจะได้เห็นว่ามันเป็นยังงัย..ก็เลยนึกเออว่ามันน่าจะเป็นได้ทะเลนะ.....จำมาจากในทีวีอีกที่.....ชอบดู...เวลาเค้าลงไปถ่ายใต้น้ำ...มีปลาฉลาม...ปลาสีสวย ๆ

ภาพวาดเกี่ยวกับประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอจากผู้ให้ข้อมูล



ET-Tube 001 : เด็กชายวาดภาพตนเองขณะนอนบนเตียงและได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วยเด็ก และมีพยาบาลนั่งอยู่ที่เคาเตอร์ รวมทั้งมีความรู้สึกวาท่อหลอดลมคอเหมือนกับท่อสูบน้ำที่บ้าน และเครื่องช่วยหายใจเหมือนกับเครื่องสูบน้ำที่บ้านของตนเอง

“ก็มันเป็น...มันเป็น...อะไรละ....เป็นเหมือนเครื่องสูบน้ำ...มันเหมือนกันกับเครื่องสูบน้ำที่บ้าน..ที่ในรูป”

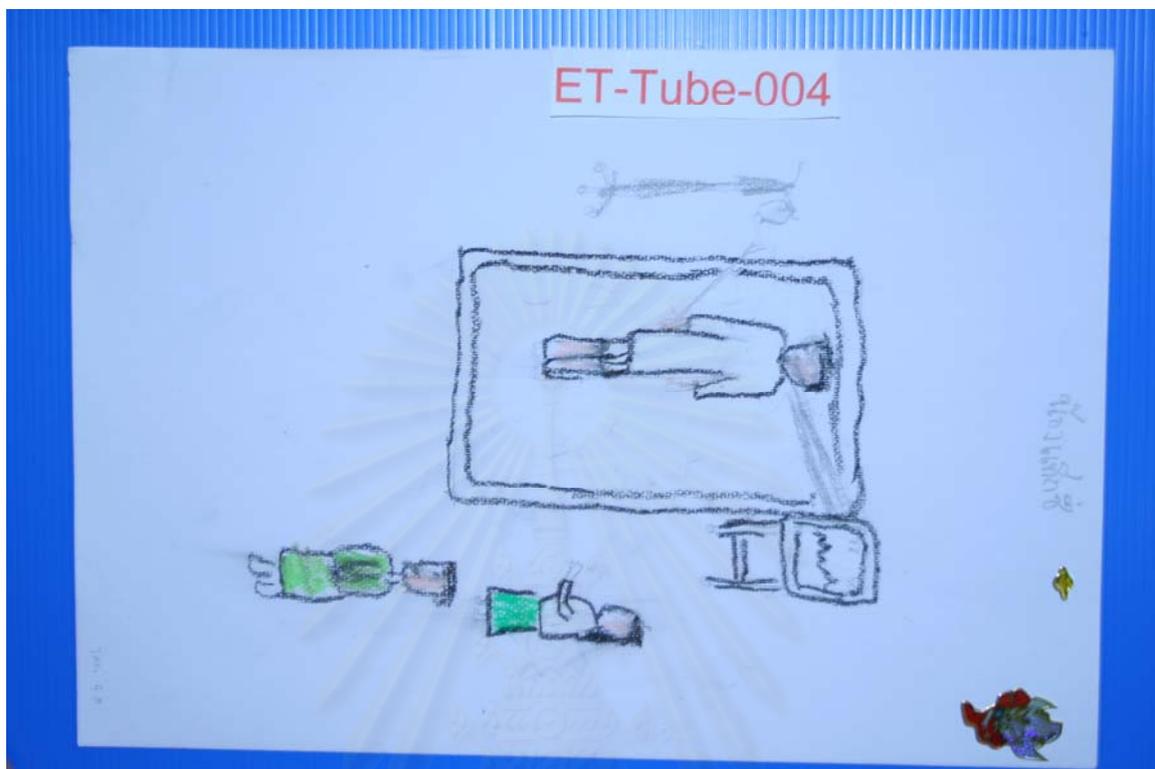
ภาพวาดเกี่ยวกับประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอจากผู้ให้ข้อมูล



ET-Tube 005 : เด็กชายวาดภาพตนเองขณะนอนบนเตียงและได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วยและบริเวณข้อมือมีผ้าผูกยึดไว้ รวมทั้งมีความรู้สึกกลัวว่าท่อหลอดลมคอจะไหลลงไปในท้องของตนเอง

“อย่างอื่น.....ก็กลัวท่อในคอไหลลงไปในท้อง”

ภาพวาดเกี่ยวกับประสบการณ์การใส่ท่อหลอดลมคอจากผู้ให้ข้อมูล



ET-Tube 004 : เด็กชายวาดภาพตนเองขณะนอนบนเตียงและได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วยและมีสายน้ำเกลือบริเวณแขนขวา รวมทั้งไม่สามารถพูดได้จากการที่มีท่อหลอดลมคอคาอยู่ในปากกับในคอของตนเอง

“ก็ทำอะไรไม่ได้หรอก.....มันร้องไม่ออกนะเพราะท่อคาในปากกับในคอ...เนี่ย...มันจะเจ็บ....ตึง ๆ อยู่ตลอดตอนแรก ๆพูดอะไรก็ได้ คนที่อยู่ใกล้ ๆ เราก็ไม่ได้ยินอะไรอย่างนี้....มองหน้าแม่ได้
 อย่างเดียว...แม่ก็ไม่รู้อีกนะ...ว่าเราเป็นอะไร”

ภาพถ่ายอุปกรณ์ที่ช่วยในการสื่อสารที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะ



ประกอบด้วย: การพิมพ์ Messages จากโทรศัพท์มือถือให้ผู้อื่นได้อ่านแทนการสื่อสารด้วยวัจนภาษา



อุปกรณ์ช่วยสื่อสาร : ตัวการ์ตูนยางบรรจุมสำหรับใช้บีบซึ่งจะมีเสียงออกมาให้ได้ยิน, หุ่นมีรูปปากเปิดสำหรับใช้บีบซึ่งจะมีเสียงและมีลิ้นแลบออกมาพร้อมกัน และกระดานสำหรับเขียนตัวอักษร

ประวัติผู้วิจัย

นายจักรี กู้กำจัด เกิดวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2522 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี
 พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ปีการศึกษา 2544 และหลักสูตร
 การสอนการพยาบาลในคลินิก จากสถาบันพระบรมราชชนก ปี พ.ศ. 2546 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตร
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ปีการศึกษา 2547 ประสบการณ์การทำงาน พ.ศ. 2545 – 2546 พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วย
 เด็กหนัก (PICU) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และ พ.ศ. 2546 – ปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล
 ปฏิบัติงาน ณ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย