

# ผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: การดูแลด้านจิตสังคม

## Elderly Received Mechanical Ventilation: Psychosocial Caring Aspect

วัชรา ตาบุตรวงศ์\* พย.ม.  
พรชัย จุลเมตต์\*\* Ph.D.

Watchara Tabootwong M.N.S.  
Pornchai Jullamate Ph.D.

### บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจมีสาเหตุมาจากภาวะหายใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะที่มีระดับออกซิเจนต่ำและมีคาร์บอนไดออกไซด์สูงในกระแสเลือดซึ่งเป็นผลมาจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ภาวะหายใจล้มเหลวนี้นำผลต่อผู้สูงอายุทำให้ต้องได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและทำให้การหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีประเด็นทางด้านจิตสังคมที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร ความรู้สึกกลัวและความรู้สึกต้องการตายให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องให้ความสนใจประเด็นทางด้านจิตสังคมดังกล่าวนี้ โดยให้การดูแลและช่วยเหลือด้านจิตสังคมแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุอันจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีคุณภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบายในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ เครื่องช่วยหายใจ จิตสังคม การดูแล

### Abstract

The elderly receiving mechanical ventilation results from respiratory failure which is low level of oxygen and high level of

carbon dioxide in blood stream resulting from impaired gas exchange to meet the body's needs. Respiratory failure leads the elderly to receive mechanical ventilation. It is a medical device assisting the elderly to get sufficient oxygen supply and improve for their better breathing. Several important psychosocial issues emerge during receiving mechanical ventilation; for instance, anxiety, suffering, feeling of difficulty in communication, fear, and need of death for liberating from suffering. Nurses and other relevant personnel should pay more attention on these psychological issues by providing suitable nursing interventions according to elderly's need. This may bring in quality of nursing care resulting in comfort of elderly during receiving mechanical ventilation.

**Key word** : Elderly, mechanical ventilation, psychosocial, caring

### บทนำ

เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเพื่อให้ได้รับออกซิเจนและแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (วิจิตรากุสมภ์, 2551) สำหรับผู้สูงอายุนั้นสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการกำเริบของโรคเรื้อรังอย่างเฉียบพลันที่ก่อให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (พจนา ปิยะปกรณรัชช, 2553) พบว่า ร้อยละ 94.1 ของภาวะหายใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

\* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มีสาเหตุมาจากโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง เป็นต้น (Douglas, Daly, Caetano, Brennan, Gordon, & Uthis, 2001) นอกจากนี้ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50-52.2 ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Cheng, Peng, Coyer, & Wu, 2007; Wunch, Linde-Zwirble, Angus, Hartman, Milbrandt, & Kahn, 2010) ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย การใช้เครื่องช่วยหายใจถึงแม้ว่าจะช่วยให้การหายใจดีขึ้น และปลอดภัยจากการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ในภาวะวิกฤตนั้นขณะเดียวกันยังพบว่ามีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม ทำให้เกิดความ ต้องการการดูแลที่มีคุณภาพในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Chang, Chen, & Su, 2010) แต่ปัญหาและความ ต้องการด้านจิตสังคมเป็นปัญหาที่พบบ่อยอันเนื่องมาจากบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการดูแล เพื่อการฟื้นหายของโรค ติดตามและเฝ้าระวังแก้ไข ปัญหาอาการทางด้านร่างกายมากกว่าการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคม (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2551) นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม เช่น ภาระงานประจำที่มีมากและมุ่งความสำเร็จของงานประจำ ทำให้พยาบาลมุ่งเน้นรับผิดชอบงานหลักให้เสร็จในเวลา ซึ่งเป็นงานด้านเทคนิคเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านร่างกายมากกว่าความต้องการด้านจิตสังคม ไม่มีความรู้และความมั่นใจต่อการพยาบาลด้านจิตสังคม (กิตติกร นิลมาร์ติน, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สรินทร์ ศาสตราบุรุษ, ยูพา ฮ่องโกทัย และศรีวรรณ ช้วนกุล, 2548)

จากการที่บุคลากรทางการแพทย์มุ่งเน้นการดูแล เพื่อฟื้นหายของโรคและมีประสบการณ์และทักษะการดูแลด้านจิตสังคมน้อยทำให้การดูแลเพื่อตอบสนอง ความต้องการด้านจิตสังคมน้อยกว่าด้านร่างกาย ซึ่งพบว่าปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยที่ได้รับการใช้

เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ มีความวิตกกังวล กลัวหายใจ ไม่ออก กลัวเจ็บ กลัวอันตรายจากเครื่องมือที่แปลกใหม่ รู้สึกอึดอัดจากการพูดไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเนื่องจาก ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และรู้สึกกลัวถูกทอดทิ้งอันเนื่องมาจากผู้ป่วยต้องเข้า รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยต้องเผชิญกับกฎระเบียบ การเข้าเยี่ยมและญาติไม่สามารถอยู่ด้วยได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2551; Liu, Chou, & Yeh, 2009) จาก ปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแล เช่น ต้องการให้ญาติและพยาบาลช่วยจัดความทุกข์ ทรมาน ช่วยเหลือเพื่อให้มีชีวิตรอดปลอดภัย ต้องการ เป็นอิสระจากการผูกมัด ต้องการได้รับการเอาใจใส่ และ กำลังใจจากคนใกล้ชิด ตลอดจนต้องการความรัก และความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัว (Liu, Chou, & Yeh, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรานาบุตรวงศ์ (2555) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการ การได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว คือ บุตรหลานหรือคู่สมรสมาให้การช่วยเหลือและดูแล เช่น การมาเยี่ยมเพื่อช่วยปลอบใจ และให้กำลังใจผู้สูงอายุ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ความต้องการการดูแลด้านจิต สังคมของผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีหลากหลาย แต่ได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยกว่าความ ต้องการที่มีอยู่จริง ดังการศึกษาของวัชรานาบุตรวงศ์ และพรชัย จุลเมตต์ (2558) เกี่ยวกับความต้องการและ การได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า มีความต้องการ ด้านจิตสังคมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 36.70$ ,  $SD = 5.20$ ) แต่ได้รับการตอบสนองความต้องการอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 31.38$ ,  $SD = 4.28$ ) มีค่าคะแนนเฉลี่ย ของการได้รับการตอบสนองความต้องการที่น้อยกว่า คะแนนเฉลี่ยของความ ต้องการ ที่ต้องการได้รับจริง ดังนั้น จากประเด็นปัญหาด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่สามารถจะ กลับคืนสู่สภาพปกติได้ มีความจำเป็นที่พยาบาลผู้ซึ่ง

มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุต้องตระหนักถึงการดูแลด้านจิตสังคมเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และมีความคุณภาพต่อไป

### ประเด็นทางด้านจิตสังคมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องประสบกับปัญหา และมีความต้องการการดูแลด้านจิตสังคมในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

#### 1. ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่พบได้ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีความวิตกกังวล (Pattison, 2005) เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความจำเป็นที่จะต้องมีการตั้งค่าต่างๆ ที่ช่วยในการหายใจ เช่น อัตราการหายใจ ปริมาตรอากาศและสัญญาณเตือน (alarm) เป็นต้น การตั้งสัญญาณเตือนนั้นทำให้พยาบาลรับรู้ว่ามีสิ่งผิดปกติเกี่ยวกับการหายใจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพยาบาลต้องมาให้การดูแลและช่วยเหลือทุกครั้งที่มีสัญญาณเตือน จากสัญญาณเตือนที่ตั้งขึ้นส่งผลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับตนเอง และไม่แน่ใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองตลอดจนวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญ ดังนั้น นับได้ว่าเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญถ้าไม่ได้รับการจัดการหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้อัตราการหายใจเร็วเพิ่มขึ้น (ลัทธมา กิจรุ่งโรจน์, 2552) ดังนั้น พยาบาลสามารถให้การดูแลเพื่อบรรเทา ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้ดังนี้

1.1 ประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ไม่รู้สึกตัวการประเมินค่อนข้างจะทำได้ยาก สามารถประเมินโดยสังเกตจากพฤติกรรม เช่น การดิ้นท้อและสายต่างๆ ดิ้นวุ่นวาย และก้าวร้าว เป็นต้น (ลัทธมา กิจรุ่งโรจน์,

2552) แต่สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดี ควรมีการประเมินโดยแบบวัดความวิตกกังวล (The Numeric Rating Scale of Anxiety Measurement) (Pattison, 2005) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลชนิดใช้สเกลตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน เป็นตัวเลือกตามระดับความวิตกกังวลโดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล จนถึง 10 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด

สำหรับการแปลผลนั้นระดับของความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (mild) ระดับปานกลาง (moderate) ระดับมาก (severe) และระดับรุนแรงมากที่สุด (panic) โดยความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางเป็นระดับที่บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อบรรเทาหรือลดความวิตกกังวลที่ตนเองกำลังเผชิญ สำหรับความวิตกกังวลระดับมากถึงมากที่สุดบุคคลจะต้องได้รับการช่วยเหลือซึ่งมีความซับซ้อนขึ้นไปอีกจากบุคคลที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง

1.2 การดูแลเพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถนำไปปฏิบัติได้ดังตัวอย่างกิจกรรมต่อไปนี้

1.2.1 การใช้ดนตรีบำบัด เป็นการใช้ดนตรีที่มีลักษณะส่งเสริมการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล โดยดนตรีที่ใช้ไม่มีเนื้อหาที่กระตุ้นความรู้สึกรุนแรง ใช้ความถี่จังหวะ 60-80 ครั้งต่อนาที จังหวะช้าๆ ช้าๆ ไม่มีเสียงเคาะและเป็นดนตรีที่ไม่มีเนื้อร้องจะดีกว่าดนตรีที่มีเนื้อร้องเพราะผู้ฟังไม่ต้องคิดถึงเกี่ยวกับเนื้อเพลง นอกจากนี้ เสียงธรรมชาติมักเป็นที่นิยมเพราะสามารถลดความวิตกกังวลได้ ดังการศึกษาของ จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, สมจิต หนูเจริญกุล และชาญ เกียรติบุญศรี (2552) ได้ให้ผู้ป่วยฟังดนตรีที่เลือกตามความชอบทางหูฟังจากเครื่องเล่นซีดี ซึ่งเป็นเสียงลม น้ำไหล คลื่นทะเล และนกร้อง พบว่า ขณะที่ผู้ป่วยฟังดนตรีบำบัดค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลง และระยะเวลาที่เหมาะสมในการบำบัดด้วยดนตรีนั้น โดยปกติมักทำครั้งละ 20-30 นาที วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น (ศศิธร พุ่มดวง, 2548)

1.2.2 การประกอบกิจกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและให้ความสำคัญกับศาสนามากกว่าวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุจะประกอบกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา เช่น ทำบุญใส่บาตร ฟังเทศน์ ฟังธรรม เป็นต้น ความศรัทธาในศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุมีที่ยึดเหนี่ยวทางใจ (จูนีรัตน์ถาวร, 2550) ทำให้มีอารมณ์มั่นคง ไม่หวั่นไหวไปกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีสติและคิดทางบวก มีความคิดอยู่กับปัจจุบัน จิตมีความสงบทำให้มีความสุขสบาย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ดังนั้น พยาบาลควรจะนำกิจกรรมทางศาสนามาช่วยเยียวยาความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ เช่น เปิดเทปธรรมะให้กับผู้สูงอายุฟัง จัดหาพระพุทธรูปหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจมาไว้ใกล้ๆ กับที่อยู่ เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่นๆ เช่น ศาสนาคริสต์ และอิสลาม ก็สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามที่ตนนับถือเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจได้เช่นเดียวกัน ดังการศึกษาของ เอนโกเร็น และสกอต (Engoren & Scott, 2003) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นระยะเวลายาวนานในศูนย์อุบัติเหตุ พบว่า ผู้ป่วยค้นหาความสุขสบายผ่านกิจกรรมทางศาสนา และการภาวนา โดยมีความเชื่อว่าพระเจ้าช่วยให้ มีกำลังใจ มีความสุขสบาย และช่วยเหลือคนเมื่อมีความวิตกกังวล นอกจากนี้ความวิตกกังวลมีผลทำให้หายใจเร็ว และหัวใจเต้นเร็ว จากการศึกษา พบว่า การทำสมาธิสามารถช่วยลดความวิตกกังวล และทำให้การหายใจช้าลงได้ โดยควรทำวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที (Olex, Newberg & Figueredo, 2013)

## 2. ความรู้สึกทุกข์ทรมาน

ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งกายและใจที่มีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามกับชีวิตของบุคคล (Rabow & Mcphee, 1999) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เช่น ความเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการดูดเสมหะ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของวัชร

ดาบุตรวงศ์ (2555) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ จากการดูดเสมหะ และการถูกผูกมัด กล่าวคือ การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้รู้สึกเจ็บปวดภายในลำคอเจ็บเพดาน เนื่องจากมีวัสดุขวางในลำคอ การดูดเสมหะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บปวด ทรมานหายใจไม่ออกและมีความรู้สึกเสียวเวลาที่ใส่สายเข้าไปดูดเสมหะ และการถูกผูกมัดส่งผลให้เกิดความรู้สึกรำคาญ อึดอัด ขาดอิสรภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้น จากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลควรให้การดูแล ดังนี้

2.1 ความทุกข์ทรมานจากความปวด พยาบาลควรประเมินระดับความเจ็บปวด คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดีสามารถประเมินได้จากเครื่องมือที่ใช้วัดความรุนแรงของความปวด เช่น วิสซวลอนาล็อกสเกล (Visual Analog Scale) และแบบประเมินความปวดด้วยตัวเลข (Numeric Rating Scale) เป็นต้น (Gelinus & Herr, 2010) สำหรับผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่สามารถสื่อสารได้ การประเมินความปวดทำได้โดยการสังเกตจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กำมือแน่น น้ำตาไหล กระสับกระส่าย เป็นต้น (ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2552) หรือประเมินจากแบบประเมินการสังเกตความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต (Critical-Care Pain Observation Tool: CPOT) ภายหลังจากประเมิน พยาบาลควรให้การดูแลเพื่อบรรเทาความปวดดังเช่น แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ของสภาภรณ์ บุญโยทยาน (2553) ดังต่อไปนี้

2.1.1 การบรรเทาความปวดด้วยการให้ยาบรรเทาปวดจะให้ก็ต่อเมื่อพยาบาลได้ประเมินระดับความปวด ดังนี้

2.1.1.1 ความปวดระดับเล็กน้อย (ประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข ซึ่งมีช่วงคะแนน 1-10 ประเมินได้ 1-3 คะแนน หรือประเมินจาก COPT ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-8 ประเมินได้ 1-2 คะแนน) ให้ยาบรรเทาปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ พาราเซตามอล

2.1.1.2 ความปวดระดับปานกลาง (ประเมินจากมาตราวัดแบบตัวเลข ซึ่งมีช่วงคะแนน 1-10 ประเมินได้ 4-6 คะแนน หรือประเมินจาก COPT ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-8 ประเมินได้ 3-5 คะแนน) ให้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน ได้แก่ ทรามาดอล

2.1.1.3 ความปวดระดับมาก (ประเมินจากมาตราวัดแบบตัวเลข ซึ่งมีช่วงคะแนน 1-10 ประเมินได้ 7-10 คะแนน หรือประเมินจาก COPT ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-8 ประเมินได้ 6-8 คะแนน) ให้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์มาก ได้แก่ มอร์ฟีน และเฟนทานิล

2.1.2 การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นการบรรเทาปวดที่ใช้ทำร่วมกันกับการบรรเทาโดยการให้ยา โดยต้องพิจารณาถึงความชอบของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การมีข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายหรือไม่ และจะใช้การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเมื่อผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดด้วยยาบรรเทาปวดอย่างเพียงพอ (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2553) เช่น การฝังเข็ม การนวด การกดจุด เทคนิคการผ่อนคลายการจินตนาการ (Coyer, Wheeler, Wetzig, & Couchman, 2007) การสัมผัส ได้แก่ การจับมือหรือแขนหรือลูบเบาๆ ที่มีมือและแขน และการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ ฟังดนตรี การทำสมาธิ และการสวดมนต์ เป็นต้น (Eliopoulos, 2014) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจได้เป็นอย่างดีเนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งการสวดมนต์เป็นวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดวิธีหนึ่งถือว่าเป็นตัวเพิ่มการรับรู้สติโดยไปกระตุ้นเรติคูลาร์ แอคติเวทติ้งซิสเต็ม (reticular activating system) ในก้านสมอง ส่งผลกลับไปยับยั้งความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลังได้ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552) และการทำสมาธิเป็นการพยายามนำใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อไม่ให้เกิด

ความเจ็บปวดหรือระดับความปวดลดลงได้ (Meiner, 2011) ดังการศึกษาของ ไชแดน แกรนท์ บราวน์ แมคชาฟฟี และคอกฮิลล์ (Zeidan, Grant, Brown, Mchaffie, & Coghill, 2012) เกี่ยวกับการทำสมาธิที่มีความสัมพันธ์กับการบรรเทาปวด พบว่า การฝึกสมาธิสามารถลดอาการปวดได้ ทั้งนี้ควรทำวันละ 2 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 20 นาที

2.2 ความทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วยพยาบาลสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยการดูแลที่เหมาะสมและถูกต้องตามหลักการพยาบาล เพื่อให้เกิดความสุขสบายกับผู้ป่วยสูงวัย ดังผลการศึกษาของ อูมากรณ์ ร่วมทอง (2551) ได้ศึกษา-ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความไม่สุขสบายจากการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกตัวดี ก่อนและระหว่างการใส่แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศเท่ากับ 7.80 และ 6.33 ตามลำดับซึ่งแสดงให้เห็นว่าความไม่สุขสบายของผู้ป่วยลดลง โดยมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

2.2.1 ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการดูแลทุกครั้ง เช่น สังเกตการหายใจ ฟังเสียงหายใจ ความสามารถในการไอขับเสมหะ ระดับความอึดตัวของออกซิเจน เป็นต้น

2.2.2 การดูแลที่เหมาะสมตามตำแหน่งของเสมหะที่ฟังได้ ทำการดูแลเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันการอุดตันบางส่วน ของท่อช่วยหายใจควรทำการดูแลเสมหะด้วยความนุ่มนวล ใช้สายยางขนาดไม่เกินครึ่งหนึ่งของเส้นผ่านศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ การใส่สายดูแลเสมหะไม่ควรลึกเกินไปหรือไม่เกินตำแหน่งของคาไรนา (carina) จากนั้นถอยสายดูแลเสมหะออกมา 1-2 เซนติเมตร ก่อนทำการดูแลเสมหะ แรงดันที่ใช้ดูแลเสมหะไม่เกิน 80-120 มิลลิเมตรปรอท ทำการดูแลเสมหะไม่เกิน 1-2 ครั้ง ต่อ 1 รอบของการดูแลเสมหะใช้เวลาในการดูแลแต่ละครั้ง

ไม่เกิน 10-15 วินาที โดยยึดหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ ขณะเดียวกันก่อนและหลังการดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน ความเข้มข้นสูง 100 เปอร์เซ็นต์แก่ผู้สูงอายุอย่างน้อย 30 วินาที และดูแลให้ความชุ่มชื้นในทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันเสมหะแห้งหรือเหนียวข้น โดยให้ผู้สูงอายุ ได้รับสารน้ำที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ให้ความชื้นผ่านเครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสม และไม่หยอดน้ำเกลือในออร์มัลซาไลน์หรือน้ำกลั่นลงในท่อช่วยหายใจขณะดูดเสมหะเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมากขึ้น

2.3 ความทุกข์ทรมานจากการผูกมัด การผูกมัดร่างกายเป็นการใช้อุปกรณ์ วัสดุ เครื่องมือผูกติดกับร่างกายของบุคคล โดยผู้สูงอายุที่ถูกมัดไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่สามารถแกะหรือถอดออกได้ โดยง่ายทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลควรให้การดูแลตามแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการผูกมัด ดังนี้ (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2553; รัตนาวดี ขอนตะวัน, 2002)

2.3.1 ประเมินสภาพผู้สูงอายุ โดยแพทย์หรือพยาบาลควรประเมินพฤติกรรมและอาการของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตัวผู้สูงอายุ หรือผู้อื่น พร้อมทั้งบันทึกเหตุผลและความจำเป็นของการผูกมัด รวมถึงการดูแลรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่พยาบาลได้ให้แก่ผู้สูงอายุ

2.3.2 ให้ข้อมูลที่เพียงพอและขอความยินยอม โดยพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติถึงเหตุผลของการผูกมัด รวมทั้งอธิบายถึงการดูแลรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ

2.3.3 การเตรียมการในการผูกมัด พยาบาลควรเตรียมอุปกรณ์ในการผูกมัด ได้แก่ ผ้าผูกมัดข้อมือ ข้อเท้าและผ้าผูกมัดลำตัว ซึ่งควรเป็นผ้าที่แข็งแรง และนุ่มเพื่อป้องกันการบาดเจ็บบริเวณที่ถูกผูกมัด

2.3.4 ข้อควรปฏิบัติในการผูกมัด

ควรผูกมัดบริเวณข้อมือหรือข้อเท้า ซึ่งการผูกมัดอาจเป็นจุดเดียว คือ ข้อมือหรือข้อเท้าข้างเดียว หรือผูกมัดแบบ 2 จุด คือ ข้อมือหรือข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง

2.3.5 การดูแลระหว่างการผูกมัด มีดังนี้

2.3.5.1 หลีกเลี่ยงการแยกผู้ที่ถูกผูกมัดไว้ตามลำพัง

2.3.5.2 บันทึกเวลาที่เริ่มการผูกมัดผู้สูงอายุ ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ สังเกตและบันทึกสีผิวลักษณะของผิวหนัง หรือสีของอวัยวะที่อยู่ปลายทางจากตำแหน่งที่ได้รับการผูกมัด การคลายจุดผูกยึดเป็นระยะๆ และความสามารถในการเคลื่อนไหวของส่วนต่างๆ ทุก 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ต้องบันทึกการประเมินข้อบ่งชี้ซ้ำถึงเหตุผลของความจำเป็นในการผูกมัดต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมง ถ้าพบว่ามีข้อบ่งชี้ซ้ำถึงเหตุผลในการผูกมัดให้ผู้ผูกมัดผู้สูงอายุต่อไป หากไม่พบข้อบ่งชี้ต้องรีบยุติการผูกมัดทันที

2.3.5.3 ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ดูแลความสะอาดในช่องปากและผิวหนัง จัดเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง คลายเสื้อผ้าของผู้สูงอายุให้หลวมสบายดูแลให้อาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ ดูแลเรื่องการขับถ่ายและความสะอาด รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเมื่อผูกมัดผู้สูงอายุแล้ว เช่น การวางเครื่องใช้ที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วย เป็นต้น

2.3.6 การยุติการผูกมัด พยาบาลควรประเมินผู้สูงอายุว่ายังมีพฤติกรรม หรืออาการที่ยังมีข้อบ่งชี้ของการผูกมัดหรือไม่ถ้าไม่มีให้อธิบาย ผู้สูงอายุ และญาติให้ทราบถึงเหตุผลการตัดสินใจยุติการผูกมัด คลายการผูกมัดทีละจุดและประเมินผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันให้บันทึกเหตุผลหรือหลักฐานที่นำไปสู่การตัดสินใจยุติการผูกมัดรวมถึงเวลาที่คลายการผูกมัด

3. ความรู้ที่ศึกษากลับมาในการติดต่อสื่อสาร

ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีความยากลำบากในการพูดหรือสื่อสารกับผู้อื่นให้เข้าใจได้ ซึ่งการสื่อสารเป็นเรื่องของการรับรู้และให้คุณค่ากับสิ่งที่รับรู้วิธีการสื่อสารจะกระทำได้ทั้งการพูดและด้วยกริยาท่าทาง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่มีความยากลำบากในการสื่อสารจึงมีการติดต่อสื่อสารกับพยาบาล เจ้าหน้าที่และสมาชิกในครอบครัวด้วยการเขียนหนังสือเพื่อบอกถึงความต้องการของตนเอง ส่วนในรายที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้นั้นก็แสดงออกถึงการสื่อสารด้วยกริยาท่าทาง เช่น การโบกมือเรียก การชี้บอกตำแหน่งที่เจ็บ การพยักหน้าหรือส่ายหน้า เป็นต้น จากการสื่อสารที่ลำบากทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ อึดอัด ไม่สามารถพูดถึงความรู้สึกที่ตนเองต้องการได้ (วัชรดา ตานบุตรวงศ์, 2555) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย คือ การรับรู้สิ่งต่างๆ ลดลง สายตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดประสิทธิภาพของการได้ยินลดลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อรับรู้และการสื่อสาร ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลในด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุบางรายอาจจะมีปัญหาด้านการมองเห็นหรือการได้ยินลดลง ควรมีอุปกรณ์ช่วยในการส่งเสริมการรับรู้ของผู้สูงอายุเช่น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น

3.2 พยาบาลควรหาวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น การอ่านจากริมฝีปาก การใช้ปากกาเขียนบนกระดานบอกถึงความต้องการหรือความรู้สึก การมองจากสายตาคือการใช้คำถามปลายปิดที่ต้องการคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ การพยักหน้า การใช้รูปภาพหรือตัวอักษร เป็นต้น ดังการศึกษาของภารดี จันทร์อู่ (2551) เกี่ยวกับผลของการสื่อสารด้วยแผ่นภาพต่อการได้รับการดูแลความต้องการและความคับข้องใจในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า กลุ่มผู้ป่วย

ที่ได้รับการสื่อสารด้วย แผ่นภาพร่วมกับการใช้วิธีการสื่อสารแบบปกติในหอผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการดูแลตามความต้องการโดยรวมมากกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการสื่อสารแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และค่าเฉลี่ยของความคับข้องใจในการติดต่อสื่อสาร หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยภาพที่ใช้เป็นภาพการ์ตูนแสดงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารเนื่องจากภาพการ์ตูนเป็นภาพที่มีชีวิตชีวาแสดงกิจกรรมท่าทางความรู้สึกนึกคิดของคนและลักษณะของสิ่งของต่างๆ ให้เข้าใจเรื่องราวได้ง่ายด้วยรูปภาพ รูปภาพที่ใช้สามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่ รูปภาพแสดงความรู้สึกเจ็บคอ รูปภาพแสดงอาการกร้าว และรูปภาพแสดงความต้องการต่างๆ เช่น การดูดเสมหะ การรับประทานอาหาร การพลิกตะแคงตัว ข้อมูลการเจ็บป่วย เครื่องรางที่นับถือ กิจกรรมทางศาสนา และรูปครอบครัว เป็นต้น

#### 4. ความรู้สึกกลัว

ผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนั้นเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้มีความต้องการได้รับการดูแลจากพยาบาล แพทย์และสมาชิกในครอบครัวทำให้การดูแลโดยการที่ผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักหรือ หอผู้ป่วยทั่วไปที่มีกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมญาติไม่สามารถอยู่ด้วยได้ตลอดเวลาอาศัยอยู่ลำพังเพียงผู้เดียวรู้สึกกลัวและโดดเดี่ยว (อรนิภา รสน้ำ, 2554) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกกลัวถูกทอดทิ้งจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจในการรักษาอาการของโรคที่เป็นอยู่ (วัชรดา ตานบุตรวงศ์, 2555) นอกจากนั้นแล้ว ผู้สูงอายุบางรายอาจมีความรู้สึกกลัวเป็นภาวะของลูกหลานเนื่องจากคิดว่าตนเองทำให้ลูกหลานต้องมารับหน้าที่ในการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ดังนั้น พยาบาล

ควรให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกกลัว ดังนี้

4.1 ความรู้สึกกลัวเป็นภาระของลูกหลาน จากความรู้สึกนี้ลูกหลานควรบอกถึงความรู้สึกของตนเองต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจถึงความรู้สึกของลูกหลานที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่ได้ถือว่าเป็นภาระของลูกหลานแต่อย่างใดแต่เป็นการปฏิบัติดูแลด้วยความเต็มใจและสมัครใจในขณะเดียวกันบุตรหลานควรสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับตนเองด้วย

4.2 ความรู้สึกกลัวถูกทอดทิ้งจากสมาชิกในครอบครัว พยาบาลควรมีการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว เช่น บุตรหลาน คู่สมรสหรือบุคคลอันเป็นที่รักให้มาเยี่ยมและช่วยทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ ที่ส่งเสริมความสุขสบาย พุดคุย ปลอดภัยและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุจะทำให้เกิดความรู้สึกมีกำลังใจที่จะรักษาโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ (พิบูล เจริญสุข, 2549) และการที่บุคคลมีคณาเข้าใจ ให้ความรักและความอบอุ่นจะมีความสำคัญต่อความสุขทางใจ ความมั่นคงด้านอารมณ์มากขึ้น (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

## 5. ความรู้สึกต้องการตายให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

ผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องเผชิญกับปัญหาและอาการของโรคที่คุกคามชีวิต ในช่วงวิกฤตของชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญคือความเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการดูดเสมหะ การสื่อสารลำบาก การถูกผูกมัด สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน (อรุณี ศรีนวล, 2555) ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ บางรายมีความรู้สึกอยากตายเพราะเกิดความทุกข์ทรมาน (วัชรดา ตานุดวงศ์, 2555) และความต้องการตายนั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะผู้ป่วยที่หมดหวังหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤตก็มีความต้องการตายได้ (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552) ดังนั้น จากความรู้สึก ดังกล่าว

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกต้องการตายให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ดังนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553; สันต์ หัตถิรัตน์, 2552)

5.1 พยาบาลผู้ที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการตายนั้นอาจจะต้องทำความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยให้ตายดี สามารถตายได้อย่างสบายไม่เจ็บปวดและไม่ทุกข์ทรมาน นั่นก็คือ การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี ควรทำความเข้าใจถึงธรรมชาติทั่วไปของสิ่งมีชีวิตและธรรมชาติของคนโดยเฉพาะเรื่องของความไม่แน่นอน (อนิจจัง) ความขัดแย้งที่ทำให้เกิดทุกข์ (ทุกขัง) และการพึ่งพิงกันและกันเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ ไม่ใช่ตัวตนที่แท้จริง (อนัตตา) เพราะทุกคนต้องมีการเกิด แก่ เจ็บ และตาย เป็นไปตามธรรมชาติ ถ้าเราเข้าใจและเข้าถึงสัจธรรมไม่ว่าจะตายขณะเจ็บป่วยหรือไม่เจ็บป่วยก็สามารถจะตายดีได้

5.2 สอบถามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น ความต้องการในสิ่งที่ยากจะทำมากที่สุดในชีวิต ความวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่สามารถจะทำได้สำเร็จ และต้องการจัดการให้เรียบร้อย ความต้องการให้ญาติมาเยี่ยมและให้กำลังใจและความต้องการประกอบกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

5.3 สอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาในกรณีของผู้สูงอายุเจ็บป่วยและอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ และควรมีการบันทึกเจตจำนงอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลที่ผู้สูงอายุไว้วางใจช่วยในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการ

5.4 ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้สูงอายุและญาติเพื่อให้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแผนการรักษาของแพทย์ด้วยเทคนิคการติดต่อสื่อสารในการให้ข้อเท็จจริงกับผู้สูงอายุ

5.5 ดูแลบรรเทาความทุกข์ทรมานของ



ผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ได้รับความสุขสบาย การดูแล เช่นเดียวกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การดูแล และ การถูกผูกมัด ดังที่ผู้เขียนกล่าวไว้ข้างต้น

5.6 สร้างความเป็นสัดส่วนให้กับผู้สูงอายุ ให้มากที่สุด เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดเสียงรบกวนและการจัดให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

### สรุป

การดูแลด้านจิตสังคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในประเด็นที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน มีความรู้สึกยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร ความรู้สึกกลัว และ ความรู้สึกต้องการตายให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน จากประเด็นดังกล่าวพยาบาลหรือบุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสนใจที่จะให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านร่างกายสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ดูแลบรรเทาความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ดูแลในเรื่องการติดต่อสื่อสารขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อที่จะทำให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม อย่างเป็นองค์รวมและมีคุณภาพ และถึงแม้จะเสียชีวิต ก็จะได้รับ การดูแลและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### เอกสารอ้างอิง

กิตติกร นิลมาร์ตัน, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สรินทร์ ศาสตราภรณ์, ยูพา ฮ่องโกทัย และศรีวรรณ ช่างนุกูล. (2548). อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม: เสี่ยงจากพยาบาลปฏิบัติกรอายุกรรม. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 5(23). 291-301.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.(2553). *แนวปฏิบัติในการดูแล และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรืออาการต่าง ๆ*. เข้าถึงได้จาก <http://portal.nurse.cmu.ac.th/cein/SiteAssets/Lists/List/EditForm>.

จิราพร ชลธิชาลาลักษณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, สมจิต หนูเจริญกุล และชาญ เกียรติบุญศรี. (2552). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลการตอบสนองทางสรีระและตัวแปรในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยระหว่างหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 3(14). 328-345.

จูนีรัตน์ ถาวร. (2550). *ความศรัทธาในพุทธศาสนากับการยอมรับความสูงอายุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางเขน*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). *การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พจนา ปิยะปภรณ์ชัย. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจ*. นนทบุรี: ธนาเพลส.

พิกุล เจริญสุข. (2549). *ประสบการณ์มีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา. ภาวดี จันทร์อุ้ย. (2551). *ผลของการสื่อสารด้วยแผ่น*

- ภาพต่อการได้รับการดูแลความต้องการและความคับข้องใจในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- รัตนาวดี ชอนตะวัน. (2002). *ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับนักวิชาชีพด้านสุขภาพ การผูกยึด-ตอนที่ 1: การใช้การผูกยึดในโรงพยาบาลและ สถานพักฟื้น*. วันที่ค้นข้อมูล 12 ธันวาคม 2556 เข้าถึงได้จาก [www.si.mahidol.ac.th/th/sic/admin/news](http://www.si.mahidol.ac.th/th/sic/admin/news).
- ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2552). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน *นิตยสารกรมกมลชาติ (บรรณาธิการ), Respiratory Care: ความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลดูแลระบบหายใจ* (หน้า 220-225). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาาระบบประสาทและอื่น ๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- จิตรา กุสมภ์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วัชรา ตานุตรวงศ์. (2555). *ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชรา ตานุตรวงศ์ และพรชัย จุลเมตต์. (2558). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- ศศิธร พุมดวง. (2548). *ดนตรีบำบัด. สงขลานครินทร์ เวชสาร, 3(23)*. 185-191.
- สันต์หัตถ์รัตน์. (2552). *การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุภาภรณ์ บุญโยทยาน. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2551). *แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. ใน *คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4* (หน้า 6). นนทบุรี: โรงพิมพ์ยุทธินทร.
- อรนิภา รสจ่า. (2554). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรุณี ศรีนวล. (2555). *ผลการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุมาภรณ์ ร่วมทอง. (2551). *ผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลเสมหะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- Chang, C. W., Chen, Y. M., & Su, C. C. (2010). Care needs of older patients in the

- intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 825-832.
- Cheng, K. H., Peng, S. M., Coyer, M. J., & Wu, C. L. (2007). Outcome of very elderly patient admitted to a respiratory care center in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 1(4), 157-163.
- Coyer, F. M., Wheller, M. K., Wetzig, S. M., & Couchman, B. A. (2007). Nursing care of the mechanically ventilated patient : What does the evidence say? Part two. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 71-80.
- Douglas, S. L., Daly, B. J., Caetano, M. J. D., Brennan, P. F., Gordon, N. H., & Uthis, P. (2001). *Hospital readmission among long-term ventilator patient*. Retrieved from [www.chestjournal.org/content/96/5/1120.full.html](http://www.chestjournal.org/content/96/5/1120.full.html)
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Engoren, C. A., & Scott, L. D. (2003). The lived experience of survivors of prolonged mechanical ventilation : A phenomenological study. *Heart and Lung*, 32(5), 328-334.
- Gelinas, C., & Herr, K. (2010). Pain in the critically ill older adult. In M. D. Foreman, K., Milisen, & T. T. Fulmer (Eds.), *Critical care nursing of older adults* (pp. 363-401). New York: Springer Publishing Company.
- Liu, J. J., Chou, F. H., & Yeh, S. H. (2009). Basic needs and their predictor for intubated patient in surgical intensive care unit. *Heart and Lung*, 38(3), 208-216.
- Meiner, S.E. (2011). *Gerontologic nursing* (4<sup>th</sup> ed.). Missouri: Mosby.
- Olex, S., Newberg, M., & Figueredo, V.M. (2013). *Meditation: Should a cardiologist care?*. Retrieved December, 13, 2014, from [www.elsevier.com/locate/ijcard](http://www.elsevier.com/locate/ijcard).
- Pattison, N. (2005). Psychological implications of admission to critical care. *British Journal of Nursing*, 13(14), 708-714.
- Rabow, M.W., & McPhee, S.J. (1999). *Beyond breaking bad news: How to help patients who suffer*. Retrieved, from [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles).
- Wunch, H., Linde - Zwirble, T., Angus, D. C., Hartman, M. E., Milbrandt, E. B., & Kahn, J. M. (2010). The epidemiology of mechanical ventilation use in the United States. *Critical Care Medicine*, 38(10), 1947-1953.
- Zeidan, F., Grant, J. A., Brown, C. A., Mchaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2012). Mindfulness meditation-related pain relief : Evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience Letters*, 520, 165-173.