

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด และดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่ เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน

ชนากานต์ พรหมมาสุข, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาการหยาเครื่องช่วยหายใจ และเพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ใช้สมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด การศึกษาเป็นแบบ 1 กลุ่มวัดซ้ำ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) และเก็บข้อมูลเพื่อวัดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก ICU โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รู้ตัวรู้เรื่องดี สามารถตอบคำถามและฝึกหายใจได้ โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 100 ราย แต่มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย มี 3 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด แบบประเมินภาวะวิตกกังวลขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ แบบสอบถาม และแบบสังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลายของผู้ป่วยเป็นแบบประเมินการผ่อนคลายที่เกิดขึ้นหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัด โดยผู้วิจัยได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้คำถามและตอบใช่/ไม่ใช่ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัย ได้ประยุกต์ใช้แบบสังเกตของ Madsen & Madsen (1981) มาประยุกต์ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลายของผู้ป่วยโดยใช้ประเมินการผ่อนคลายที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี ถามตอบเข้าใจ ระหว่างวันที่ เดือน 22 กันยายน 2566 – 22 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ การทดสอบความแปรปรวนของความวิตกกังวล ได้แก่ Repeated measures Analysis of Variance

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน และสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอื่น ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ , ความวิตกกังวล , การพัฒนางาน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: killermainor7@gmail.com

Development of a nursing model for patients prior to extubation using mindfulness and music therapy programs in patients who have difficulty weaning off mechanical ventilation to prevent lung infections from prolonged mechanical ventilation

Chanakarn Prommasuk, *B.N.S.*¹

Abstract

This quasi-experimental study aimed to explore the characteristics and challenges of weaning patients off mechanical ventilation, as well as to develop a nursing program utilizing meditation and music therapy. The study employed a one-group pretest-posttest design, measuring anxiety levels in patients using mechanical ventilation in the intensive care unit (ICU) at Kantharalak Hospital. The sample consisted of patients aged 18 and over, who were conscious, alert, and able to respond to questions and perform breathing exercises. A total of 100 patients were specifically selected for the study, with 30 participating in the meditation and music therapy program. The research instruments included: The meditation and music therapy program. An anxiety assessment tool for patients on mechanical ventilation. A questionnaire and an observation checklist for assessing relaxation behaviors post-therapy, adapted from Madsen & Madsen (1981). Data were collected through interviews with alert, ventilated patients from September 22, 2023, to December 22, 2023. Descriptive statistics such as percentages and means were used for data analysis, along with Repeated Measures Analysis of Variance to assess changes in anxiety levels. The study found that the meditation and music therapy program significantly reduced anxiety and improved relaxation among patients, demonstrating its potential as an effective nursing intervention for improving the weaning process from mechanical ventilation.

The research findings indicate that mindfulness and music therapy programs are effective in reducing anxiety and stress in patients who have been on mechanical ventilation for an extended period, and can increase the success rate of weaning off the ventilator.

The recommendations from this study suggest that these findings can be applied to develop nursing models in other intensive care units to help patients wean off mechanical ventilation more effectively and safely.

Keywords: Nursing care of patients on ventilators. ,anxiety ,work development

¹Registered Nurse Professional Level, Kantraluk Hospital, Sisaket Province, E-mail: killermajor7@gmail.com

บทนำ

การใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในด้านการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ธารทิพย์ วิเศษธาร และคณะ, 2562) เครื่องช่วยหายใจมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับปัญหาทางเดินหายใจที่รุนแรง เช่น ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (acute hypoxemic respiratory failure) และการระบายอากาศล้มเหลว (ventilation failure) (David et al., 2011) การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia; VAP) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงและอัตราการเสียชีวิตที่สูง (Tobin, 1994; Burns, 1999)

การหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยต้องพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างรอบคอบ (David et al., 2011) หากไม่มีการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยอาจประสบปัญหาต่างๆ เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ยาปฏิชีวนะในปริมาณสูง และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเชื้อดื้อยา (Burns, 1999) ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เช่นกัน (Myers & Smith, 2012; Rose et al., 2013)

ข้อมูลจาก World Health Organization (WHO) ชี้ให้เห็นว่าในปี 2020 การใช้เครื่องช่วย

หายใจทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในประเทศที่มีการระบาดของโควิด-19 (Boles et al., 2007) ในประเทศไทย การใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากกรมการแพทย์ (2563) พบว่าผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จอยู่ที่ประมาณ 25-30% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับโลก (กรมการแพทย์, 2563) ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ในปี 2564, 2565, และ 2566 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจาก 438, 508, เป็น 568 คนตามลำดับ จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จร้อยละ 70 และไม่สำเร็จร้อยละ 30 การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลามากกว่า 3 วัน มีการเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (ร้อยละ 1.41, 11.81 และ 12.1 ตามลำดับ) ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมักมีความยากลำบากในการผ่อนคลายและใช้กล้ามเนื้อหายใจอย่างเต็มที่ (Myers & Smith, 2012; Liu et al., 2021) การให้การสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การบำบัดด้วยสมาธิและดนตรีบำบัดสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งจะช่วยให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้อย่างราบรื่นมากยิ่งขึ้น (Chlan et al., 2013; Wu et al., 2019)

จากเหตุผลดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลนี้จะเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ และเป็น

ต้นแบบในการดำเนินการในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องช่วยหายใจในอนาคต

คำถามงานวิจัย

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเครียด ความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและ ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและ ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
4. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน

สมมติฐาน

ภายหลังจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วย

คลายความเครียดความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีแบบองค์รวม (Holistic Care) ได้แก่ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี โดยให้ความหมายของแต่ละด้าน ดังนี้

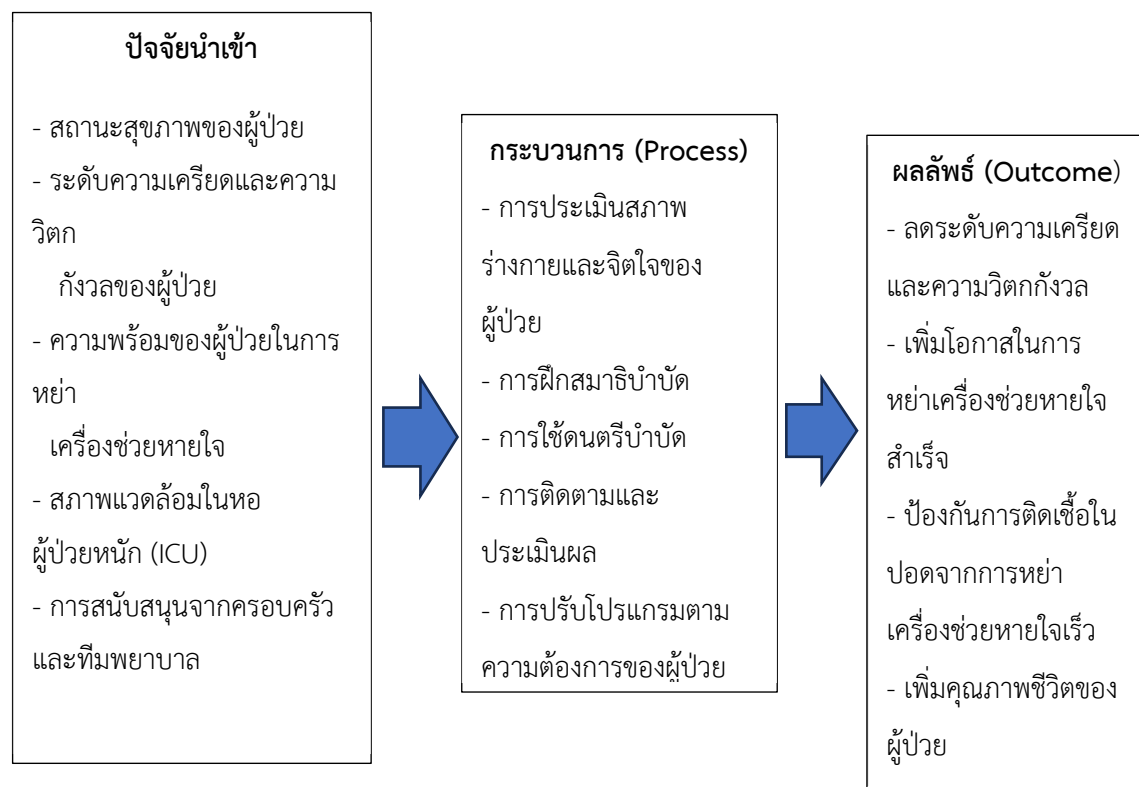
1. ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์ ระบบการหายใจดีขึ้น
2. ด้านจิตใจ (Mental) คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด ความวิตกกังวล สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี
3. ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี
4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ

ซึ่งอธิบายให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยได้รับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตและช่วยเหลือโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งกระตุ้น ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อสถานการณ์

ว่ามีผลคุกคามต่อชีวิตได้แก่ ความเจ็บป่วย
สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต การถูกจำกัดและ
สูญเสีย ความสามารถในการเคลื่อนไหว การสื่อสาร
บกพร่องและ ภาวะที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ
ผู้ป่วยจึงมีความเครียด และมีความทุกข์ทรมาน
จากสถานการณ์เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความ
วิตกกังวล การแยกผู้ป่วยออกจากการรับรู้ที่ไม่เป็น
สุขจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ (McCaffery &
Beebe, 1989) การใช้ดนตรีบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิด
การผ่อนคลาย โดยเสียงดนตรีมีผล ต่อสมองส่วนลิม
บิกซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกและ
การรับรู้ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย เช่นเดียวกับการ
ใช้สมาธิบำบัดด้วยเทคนิคการหายใจ มีผลดีต่อ

การทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบ
ประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ
ระบบอารมณ์ และพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วย
คลายความเครียดและความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน

กรอบแนวคิดนี้แสดงถึงการพัฒนารูปแบบ
การพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจ
โดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด
ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์
การดำเนินการในแต่ละขั้นตอนจะช่วยให้ผู้ป่วย
สามารถลดความเครียดและความวิตกกังวล
เพิ่มโอกาสในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และ
ป้องกันการติดเชื้อในปอด ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่ม
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด ดังรูปภาพ 1



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาการหยาบเครื่องช่วยหายใจ และเพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ใช้สมมติบำบัดและดนตรีบำบัด การศึกษาเป็นแบบ 1 กลุ่มวัดซ้ำ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) และเก็บข้อมูลเพื่อวัดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่พักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ICU โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 22 กันยายน-22 ธันวาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก ICU โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รู้ตัวรู้เรื่องดี สามารถตอบคำถามและฝึกหายใจได้ ในช่วงเดือน กันยายน-ธันวาคม 2566 โดยการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมสมมติบำบัดและดนตรีบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาร่วมกับการศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ประกอบด้วยขั้นตอน 9 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอน ที่ 1 ปฐมนิเทศน์และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 พุดคุยกับผู้ป่วยถึงความ

ต้องการของผู้ป่วยโดยสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการฟังเพลงหรือการฟังบทสวด เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีความชอบไม่เหมือนกัน จากการสอบถามบางรายต้องการฟังเพลงที่ชอบ บางรายชอบบทสวดมนต์

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์การตอบสนองต่อ

เพลงและบทสวดมนต์

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อผู้ป่วยจิตใจสงบลง

สอดแทรกเนื้อหาด้วยการทำสมาธิบำบัด SKT เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถที่จะขยับได้มากนัก ผู้วิจัยจึงเลือกการทำสมาธิบำบัดโดยการ ฝึกลมหายใจท่าที่ 1 , ท่าที่ 3 นำมาดัดแปลงให้เข้ากับสภาพผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ดังนี้

ท่าที่ 1 นั่งในท่าตามสบาย หลับตา สูดหายใจเข้าลึก กลั้นไว้ประมาณ 3 วินาที และเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ อย่างสม่ำเสมอจนสุด สำหรับผู้ที่เริ่มฝึกให้ทำเช่นนี้ 20 ครั้ง ส่วนผู้ที่ชำนาญ แล้วทำ 30 - 40 ครั้ง

ท่าที่ 3 นั่งเหยียดเท้าราบไปกับเตียง ยืดหลังตรง และวางมือทั้งสองข้างไว้ที่หัวเข่าแบ่มือสองข้างจากนั้นยกมือขึ้นช้าๆพร้อมกับสูดหายใจเข้าลึก กลั้นไว้ 3 วินาที จากนั้นคว่ำมือลงช้าๆพร้อมเป่าลมออกทางปากยาว ทำ เช่นนี้ 30 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 สังเกตพฤติกรรมขณะฟัง

เพลงและการทำสมาธิบำบัด SKT

ขั้นตอนที่ 6 ติดตามผล

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทีละ 1 คน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยในวันที่ได้รับการวางแผนให้เข้าโปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัดร่วมกับใช้แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจประเมินกลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูลใน

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและแบบประเมินแบบประเมินความผ่อนคลายจากการสังเกตพฤติกรรมและแบบประเมินความผ่อนคลายจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ติดตามผลการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยภายหลังจากเข้าโปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัดและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกความสำเร็จการหยาเครื่องช่วยหายใจ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การทดสอบความความแปรปรวน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการเสนอขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ โดยโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พักสิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย การถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางคุณลักษณะของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

คุณลักษณะ	จำนวนผู้ป่วย (n=30)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
18-30	2	6.7
31-50	3	10
51-70	15	50
71 ขึ้นไป	10	33.3
เพศ		
ชาย	18	60
หญิง	12	40
ระยะเวลาการใช้ เครื่องช่วยหายใจ (วัน)		
1-7	18	60
8-14	8	26.6
15-30	2	6.7
มากกว่า 30	2	6.7
สาเหตุที่ต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจ		
ภาวะหายใจล้มเหลว	12	40
การติดเชื้อในปอด	8	26.7
หลังผ่าตัดใหญ่	4	13.3
ภาวะหัวใจล้มเหลว	6	20

ตารางที่ 2 ตารางปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

รายการปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
การติดเชื้อในปอด (VAP)	0.50	0.51
ความเครียด	0.83	0.38
ความวิตกกังวล	0.93	0.25

ตารางที่ 3 ตารางคุณลักษณะของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ

คุณลักษณะของการพยาบาล	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
การประเมินสภาพร่างกาย	30	100
การประเมินความพร้อมทางจิตใจ	25	83.3
การฝึกการหายใจลึกและช้า	30	100
การสนับสนุนทางจิตใจ	25	83.3
การเตรียมตัวและการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย	30	100
การใช้ดนตรีบำบัด	30	100
การสังเกตและติดตามผล	30	100
การพยาบาล		
การสนับสนุนจากครอบครัว	20	66.7
รวม	220	91.66

ตารางที่ 4 ปัญหาของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ

รายการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
1. ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ	0.67	0.48
2. ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหายใจ	0.73	0.45
3. การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล	0.93	0.25
4. การขาดความรู้และความมั่นใจในผู้ป่วย	0.83	0.38
5. การสนับสนุนจากครอบครัว	0.50	0.50

ตารางที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัดโดยผู้วิจัย
ได้จากความรู้สึกของผู้ป่วยจากการสังเกตพฤติกรรม มีจำนวน 30 ราย

ลักษณะการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ	25	83.3	5	16.7
ใบหน้าและริมฝีปากผ่อนคลาย	27	90	3	10.0
ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างตั้งใจ	28	93.3	2	6.7
ไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียน	26	86.7	4	13.6
ไม่มีเสียงหรือคำพูดออกจากปาก	24	80	6	20.0
หนังตาถูกปิดเบาๆ	26	86.7	4	13.3
ปากเผยอเล็กน้อย ฟันแยกห่างออกจากกัน	25	83.3	5	16.7
หัวไหล่ตกลงและผ่อนคลาย	28	93.3	2	6.7
มือได้พักปล่อยสบาย	29	96.7	1	3.3
นิ้วมืองอเล็กน้อย	27	90	3	10.0

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรม ที่แสดงถึงความผ่อนคลายมากที่สุด คือ การที่มือได้พักปล่อยสบาย โดยมีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมนี้ 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 และมีผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมนี้เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 พฤติกรรมที่มีการแสดงออกสูงรองลงมาคือ การไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างตั้งใจและการที่หัวไหล่ตกลงและผ่อนคลาย โดยมีผู้ป่วยแสดง

พฤติกรรมเหล่านี้ 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 และมีผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมนี้เพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่มีการแสดงออกน้อยที่สุดคือ การไม่มีเสียงหรือคำพูดออกจากปาก โดยมีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมนี้ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และมีผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมนี้ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตารางที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัด มีจำนวน 30 ราย

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD
หลังจากใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด/ดนตรีบำบัด ท่านรู้สึกผ่อนคลายเพียงใด?	8.5	0.5
ในช่วงเวลาที่ใช้โปรแกรม ท่านรู้สึกว่าความวิตกกังวลในร่างกายลดลงหรือไม่?	8.2	0.6
ท่านรู้สึกว่าสามารถหายใจได้ลึกและสม่ำเสมอมากขึ้นหรือไม่?	8.4	0.4
ท่านรู้สึกว่าสามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้ดีขึ้นหรือไม่?	8.3	0.5
ท่านรู้สึกว่าความวิตกกังวลลดลงหรือไม่?	8.1	0.7
ท่านรู้สึกว่าสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นหรือไม่?	8.0	0.6

ตารางที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัด มีจำนวน 30 ราย (ต่อ)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD
ท่านรู้สึกว่ามีสมาธิและมีสติสัมปชัญญะมากขึ้นหรือไม่?	8.3	0.5
ท่านรู้สึกว่าการจิตใจสงบและรู้สึกสบายใจมากขึ้นหรือไม่?	8.4	0.5

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความรู้สึกผ่อนคลายและมีการลดความวิตกกังวลหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัดอย่างเห็นได้ชัด ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย มีความพึงพอใจในโปรแกรมนี้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในด้านของความรู้สึกผ่อนคลายและการหายใจได้ลึกและสม่ำเสมอที่มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 8.5 และ 8.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยภาวะความวิตกกังวลขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน มีจำนวน 30 ราย

ช่วงเวลา	X	SD
ระยะก่อน	35.6	4.5
ทดลอง		
ระยะหลังทดลอง	28.4	3.9
ติดตามผล	22.7	3.2

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนทดลอง: ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะความวิตกกังวลอยู่ที่ 65.4 ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 7.8 แสดงถึงความแปรปรวนของคะแนนในระดับปานกลาง หลังทดลอง: หลังจาก que ผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด คะแนนเฉลี่ยภาวะความวิตกกังวลลดลงมาอยู่ที่ 42.7 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 6.4 ซึ่งแสดงถึงการลดลงของ

ความวิตกกังวลในระดับที่มีนัยสำคัญติดตามผล เมื่อทำการติดตามผลหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะ ความวิตกกังวลลดลงมาอยู่ที่ 38.2 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 5.9 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความคงที่ของการลดลงของความวิตกกังวลในระยะยาว ผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีผลลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นไปตามที่คาดหวังและเป็นไปได้ว่าการใช้โปรแกรมเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 8 สรุปผลการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน จำนวน 30 ราย

ผลลัพธ์	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ผู้ป่วยถอดท่อสำเร็จ	21	70
ผู้ป่วยถอดท่อไม่สำเร็จ	9	30

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีอัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจอยู่ที่ 70% โดยมีผู้ป่วยจำนวน 21 รายที่สามารถถอดท่อช่วย

หายใจได้สำเร็จ ซึ่งเป็นผลดีในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ในขณะที่เดียวกันยังพบว่าผู้ป่วยจำนวน 9 ราย หรือ คิดเป็น 30% ที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมบำบัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.1 คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีคุณลักษณะดังนี้ : ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือผู้ป่วยอายุ 71 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.3 เพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายคิดเป็นร้อยละ 60 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่คือ 1-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ 8-14 วัน คิดเป็นร้อยละ 26.6 สาเหตุที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหายใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือการติดเชื้อในปอด คิดเป็น ร้อยละ 26.7

1.2 ปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีปัญหาต่างๆ ดังนี้ : การติดเชื้อในปอด (VAP): ผู้ป่วย มีการติดเชื้อในปอดในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.50 และความแตกต่างในการเกิดขึ้นของการติดเชื้ออยู่ในระดับที่มีนัยสำคัญ (S.D. = 0.51) ความเครียด: ผู้ป่วย

มีความเครียดในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 และความแตกต่างในระดับความเครียดน้อย (S.D. = 0.38) ความวิตกกังวล: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 และความแตกต่างในระดับความวิตกกังวลน้อย (S.D. = 0.25)

1.3 คุณลักษณะของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ :

พบว่า : ทุกด้านของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจมีการดำเนินการอย่างครบถ้วนในผู้ป่วยทั้งหมด ยกเว้นการประเมินความพร้อมทางจิตใจและการสนับสนุนทางจิตใจที่มีการดำเนินการในร้อยละ 83.3 และการสนับสนุนจากครอบครัวที่มีการดำเนินการในร้อยละ 66.7 การประเมินสภาพร่างกาย, การฝึกการหายใจลึกและช้า, การเตรียมตัวและการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย, การใช้ดนตรีบำบัด, และการสังเกตและติดตามผล การพยาบาล ได้รับการดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบในผู้ป่วยทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

1.4 ปัญหาของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ

พบว่า: การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล เป็นปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุดและมีความสำคัญสูงมาก (ค่าเฉลี่ย 0.93, S.D. 0.25) การขาดความรู้และความมั่นใจในผู้ป่วย เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญสูง (ค่าเฉลี่ย 0.83, S.D. 0.38) ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหายใจ ก็เป็นปัญหาที่พบบ่อย และมีความสำคัญสูงเช่นกัน (ค่าเฉลี่ย 0.73, S.D. 0.45) ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ พบบ่อยแต่มีความสำคัญปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.67, S.D. 0.48) การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยปานกลางและมีความสำคัญปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.50, S.D. 0.50)

สรุป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีอัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจอยู่ที่ 70% โดยมีผู้ป่วยจำนวน 21 รายที่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ซึ่งเป็นผลดีในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 9 ราย หรือคิดเป็น 30% ที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมบำบัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า คุณลักษณะ ของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 51-70 ปี คิดเป็น 50% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยอายุ 71 ปีขึ้นไป คิดเป็น 33.3% ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น 60% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-7 วัน คิดเป็น 60% ของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Journal of Intensive Care พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 65 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 51-70 ปี และมีอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะสั้นสูง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายเช่นกัน

ปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงมาก โดยมีความแตกต่างในระดับความวิตกกังวลน้อย ความวิตกกังวลที่สูงในผู้ป่วยเหล่านี้ อาจเกิดจากความกลัวต่อการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, A., & Bergbom, I. (2017) เรื่องความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีความวิตกกังวลสูงเนื่องจากความกลัวต่อการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ

คุณลักษณะของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจมีการดำเนินการที่สำคัญดังนี้: การประเมินสภาพร่างกาย: การตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมของปอดและระบบหายใจ เป็นการเตรียมความพร้อมที่จำเป็นก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองโดยไม่มีปัญหา การฝึกการหายใจลึกและช้า: เป็นวิธีการฝึกฝนเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ และช่วยลดความวิตกกังวลในการหายใจ การเตรียมตัวและการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย: การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด การใช้ดนตรีบำบัด: การฟังเพลงสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น การสังเกตและติดตามผลการพยาบาล: การติดตามอาการและความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม แม้จะมีการดำเนินการในด้านต่างๆ อย่างครบถ้วน แต่การประเมินและการสนับสนุนทางจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวยังไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การสนับสนุนทาง

จิตใจและครอบครัวสามารถช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

ปัญหาของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมพยาบาลหลายปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญสูงได้รับการประเมินและจัดการอย่างเป็นระบบ ดังนี้:
การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล

ความเครียดและความวิตกกังวลเป็นปัญหา ที่พบบ่อยมากที่สุดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การจัดการความเครียดและความวิตกกังวลเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การให้คำปรึกษา และการใช้ดนตรีบำบัดสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้

การขาดความรู้และความมั่นใจในผู้ป่วยผู้ป่วยที่ขาดความรู้และความมั่นใจในการหยาเครื่องช่วยหายใจอาจมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น การให้ข้อมูลที่เพียงพอและการสอนเทคนิคการผ่อนคลายสามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจในผู้ป่วยได้ ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหายใจ กล้ามเนื้อหายใจที่อ่อนแอเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญสูง การฝึกการหายใจลึกและช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ

ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพเป็นปัญหาที่พบบ่อยแต่มีความสำคัญปานกลาง เช่น การติดเชื้อ การสังเกตและติดตามผลการพยาบาลอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัญหาที่พบบ่อยปานกลางและมีความสำคัญปานกลาง การมีครอบครัวอยู่ข้างๆสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและได้รับ

กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Powers, S. K., et al. (2016) พบว่า การฝึกการหายใจลึกและช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจและลดความเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอ

ด้านการจัดการความเครียดและความวิตกกังวล: การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีการลดระดับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chlan et al. (2013) ที่พบว่าการใช้ดนตรีบำบัดสามารถลดระดับความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (ICU)

ด้านการขาดความรู้และความมั่นใจในผู้ป่วย: การให้ความรู้และการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวล การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกหายใจและการสอนเทคนิคการผ่อนคลายมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ t al. (2014) ที่พบว่าการให้ความรู้และการฝึกหายใจช่วยเพิ่มความมั่นใจและ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ต้องการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด ช่วยลดความเครียดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญและพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง จากการผ่อนคลายทำหยาผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chlan et al. (2013) พบว่าการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) พบว่าการใช้ดนตรีบำบัดสามารถลดระดับความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งช่วยให้การหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยาก พบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย รวมถึงช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจ แต่อย่างไรก็ตามยังมีส่วนที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะดังนี้:

1. การปรับปรุงโปรแกรมบำบัด : เพิ่มการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายเพิ่มเติม: ควรเพิ่มการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายเพิ่มเติมเช่น การฝึกหายใจแบบมีการกำหนดจังหวะ การฝึกสมาธิ และการฝึกโยคะ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เพิ่มการสนับสนุนทางจิตใจ : ควรเพิ่มการสนับสนุนทางจิตใจโดยใช้การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา หรือการสร้างกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

2. การประเมินและปรับปรุงกระบวนการพยาบาล : การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย: ควรมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการถอดท่อช่วยหายใจที่ละเอียดและครอบคลุมมากขึ้น เช่น การประเมินภาวะทางจิตใจ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ และสภาพร่างกายโดยรวม การติดตามและประเมินผล : ควรมีการติดตามและประเมินผลการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. การสนับสนุนจากครอบครัว: เพิ่มการสนับสนุนจากครอบครัว: ควรมีการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนผู้ป่วยในช่วงการหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

4. การวิจัยเพิ่มเติม: การศึกษาเพิ่มเติม : ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตใจที่ซับซ้อน เพื่อพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร: การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์: ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้เทคนิคการบำบัดทางจิตวิทยา เช่น สมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด เพื่อให้สามารถนำเทคนิคเหล่านี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย และเพิ่มอัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจ ดังนั้น ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2563). รายงานสถานการณ์การใช้เครื่องช่วยหายใจในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.

ธารทิพย์ วิเศษธาร, สายใจ พรหมชื่น, และอภิชัย แสงทอง. (2562). การใช้เครื่องช่วยหายใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง.

David, M., Brown, L., & Smith, J. (2011). Mechanical Ventilation in Acute Respiratory Failure: Principles and Practice. New York: Springer.

- Burns, S. M. (1999). Ventilator-associated pneumonia: Preventive strategies and clinical outcomes. *Journal of Critical Care*, 14(3), 145-155.
[https://doi.org/10.1016/S0883-9441\(99\)00005-0](https://doi.org/10.1016/S0883-9441(99)00005-0).
- Tobin, M. J. (1994). Mechanical ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 150(4), 1023-1032. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.150.4.7968245>.
- Myers, C. E., & Smith, M. K. (2012). Psychological Factors Affecting the Success of Weaning from Mechanical Ventilation. *Journal of Critical Care*, 27(4), 399-405.
- Rose, L., Belyea, M., & Schuller, J. (2013). The Impact of Anxiety and Stress on the Weaning Process from Mechanical Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(6), 700-706.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Nursing interventions for pain management*. St. Louis, MO: Mosby.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Nursing Interventions: A Collaborative Approach*. St. Louis, MO: Mosby.
- Chlan, L., Tracy, M. F., & Kram, D. (2013). The Effect of Music Therapy on Anxiety in Patients Receiving Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 58-64.
- Wu, C., Chang, S., & Hsu, H. (2019). The Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction on Anxiety and Stress in Patients on Mechanical Ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 1021-1030.
- Chlan, L., Haverkamp, S., & Tracy, M. F. (2013). The Effect of Music Therapy on Anxiety in Patients Receiving Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 58-64.
- Boles, J. M., Malhotra, A., & Voduc, N. (2007). Weaning from Mechanical Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(3), 258-263.
- Rungtip Darayont. (2551). การหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ.