

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในครั้ง นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. การพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง
4. ความพึงพอใจในการพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พยาธิสภาพ

กล้ามเนื้อหัวใจเป็นกล้ามเนื้อที่ใช้พลังงานสูง เมื่อเทียบกับอวัยวะหรือกล้ามเนื้ออื่น ๆ ทั่วไป หัวใจจะดึงออกซิเจนจากเลือดไปเลี้ยงตัวเองได้มากถึง 60-75 % ทำให้มีออกซิเจนเหลือเป็นทุนสำรอง เพียง 40-25 % เท่านั้น เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดขึ้นในบริเวณนั้นจนเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้ เซลล์กล้ามเนื้อจะตาย จากการตรวจกล้ามเนื้อหัวใจในผู้ที่เสียชีวิตทันทีด้วยตาเปล่าและกล้องจุลทรรศน์ จะไม่พบการเปลี่ยนแปลงอะไรเลย แต่ในเวลา 12 ชั่วโมง กล้ามเนื้อหัวใจจะเปลี่ยนเป็นสีเขียวคล้ำ 18 ชั่วโมงผ่านไป Cytoplasm ของกล้ามเนื้อจะจับกันเป็นก้อนตะกอน หลอดเลือดฝอย จะขยายตัวและเริ่มมีเม็ดเลือดขาว (Neutrophils) เข้ามาอยู่ในเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ หลัง 24 ชั่วโมงผ่านไปบริเวณกล้ามเนื้อตาย จะมีเม็ดเลือดขาวเข้าไปแทรกอยู่เต็มไปหมด ส่วนใหญ่เม็ดเลือดขาวจะอยู่ที่ขอบรอบ ๆ บริเวณกล้ามเนื้อที่ตาย ทำให้บริเวณนั้นมีสีเหลืองเมื่อดูด้วยตาเปล่า นิวเคลียสของเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจก็จะเป็นไม่ชัดเจน หลังจากวันที่สาม กล้ามเนื้อที่ตายไปจะถูกขจัดออกไป แต่เนื้อเยื่อที่เป็นโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วย หลอดเลือดฝอย และ Connective tissue จะคงอยู่ การขจัดกล้ามเนื้อส่วนที่ตายจะเริ่มจากบริเวณรอบนอกก่อน ทำให้มองเห็นเป็นบริเวณที่มีสีม่วงแดงคั่นแบ่งแยกระหว่างกล้ามเนื้อที่ติดและกล้ามเนื้อที่ตาย ซึ่งมีสีเหลือง ในสัปดาห์ที่สามเซลล์พวก Fibroblast จะมากขึ้นและสร้าง

Collagen Fiber เข้ามาแทนที่กล้ามเนื้อที่ตาย ซึ่งมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ภายในสัปดาห์ที่สี่ กล้ามเนื้อที่ตายทั้งหมดจะถูกกำจัดออกไปเหลือเพียงรอยแผลเป็น เมื่อหัวใจบีบตัวกล้ามเนื้อส่วนที่ตายจะถูกยัดออกไป แต่ไม่สามารถหดกลับมาได้ ทำให้หนึ่งส่วนนั้นบางลง เมื่อหัวใจหดตัวแต่ละครั้ง บริเวณนั้นจะโป่งออก (Aneurysmal dilatation) ผนังก็จะบางลง แม้ว่า Fibroblast และ Collagen Fiber ในแผลเป็นที่เกิดขึ้นจะทำให้ผนังค่อย ๆ หนามากขึ้นก็ตาม แผลเป็นจะ เสรีจสมบูรณ์ในราว ๆ 4-8 สัปดาห์ ซึ่งจะทำให้มองเห็นเยื่อหัวใจในบริเวณนั้นเป็นก้อนและมี สีเทา

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบการเปลี่ยนแปลง คือ ST-segment จะสูงขึ้น (ST-segment elevation) T-wave ตัวกลับ (inverted T) Q wave และ ST-segment จะค่อย ๆ ลดลงสู่เส้นฐานประมาณสัปดาห์ที่ 2 T-wave จะหัวกลับจะเพิ่มความลึกมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีลักษณะเป็น Symmetrical ชัดเจน ประมาณสัปดาห์ที่ 2-3 ถึงเดือนที่ 2-3 T-wave จึง จะกลับเป็นปกติใหม่ ส่วน Q-wave ที่ผิดปกติอาจจะคงอยู่ตลอดชีวิตของผู้ป่วยหรือมีขนาดเล็กลง กลายเป็น Q-wave ปกติ โดยใช้เวลา 2-5 ปี การตรวจทางที่ห้องปฏิบัติการอาจพบความผิดปกติ ของเม็ดเลือดขาว ในระยะแรกจำนวนเม็ดเลือดขาวจะมากขึ้น 12,000-15,000 ลบ.ชม. (Leukocytosis) และจะคงอยู่ 3-7 วันหลังเกิดอาการจำนวนเม็ดเลือดขาวนี้ จะเพิ่มขึ้นตาม ขนาดและความรุนแรงของการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ถ้าสูงเกิน 15,000 ลบ.ชม. ควรนึกถึง ภาวะแทรกซ้อนด้วย การตรวจหาระดับเอนไซม์ซึ่งอยู่ในเซลล์ของกล้ามเนื้อจะพบว่ามีระดับ Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT) สูงขึ้นภายใน 8-12 ชั่วโมง หลังภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายและสูงสุดใน 24-48 ชั่วโมงแล้ว ค่อย ๆ ลดลงสู่ปกติใน 3-4 วัน Serum Lactic Dehydrogenase (LDH) จะสูงขึ้นในเวลาใกล้เคียงกับ SGOT แต่จะมีระดับสูงอยู่นานกว่า คือ ระดับจะสูงสุดในวันที่ 3-6 และจะลดลงสู่ปกติในวันที่ 8-14 และ Serum Creatine Phosphokinase เอ็มไซม์นี้จะสูงขึ้นภายใน 4-6 ชั่วโมง หลังเกิดการตายของ กล้ามเนื้อหัวใจจะสูงสุดภายใน 12-24 ชั่วโมง และลดลงสู่ปกติใน 48-72 ชั่วโมง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

โดยทั่วไปโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมักเกิดกับผู้ป่วย ซึ่งมีหลอดเลือดแข็งทำให้มีการตีบแคบอย่างรุนแรงของหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Atherosclerosis) มีน้อยรายที่เกิดกับหลอดเลือดโคโรนารีที่ปกติ (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 99 มีสาเหตุจากการตีบแคบแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ (Luckmann and Sorensen, 1980) ในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าการแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้นอย่างไร แต่สิ่งที่พบร่วมกับปรากฏการณ์นี้ เรียกว่า ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอันตราย ได้แก่

1. อายุ พบการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจบ่อยขึ้นและรุนแรงขึ้นตามอายุ แต่ก็ยังสรุปไม่ได้ว่าเริ่มเป็นเมื่ออายุเท่าใด (สันต์ หัตถิรัตน์, 2519) จินตนา โยธาสุมุท และคณะ (2526) พบว่าผู้ป่วยหนักโรคหัวใจในวชิรพยาบาล มีอายุเฉลี่ย 55 ปี Burrel และ Burrel (1982) ก็พบว่าเป็นผู้ป่วยชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยหญิงในวัยหมดประจำเดือน
2. เพศ พบว่าเพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิงในระดับอายุ 30-44 ปี ถึง 13 เท่า เมื่ออายุ 40-60 ปี ชายเป็นมากกว่าหญิง 2 เท่า และเมื่ออายุเกิน 60 ปีขึ้นไป โอกาสที่จะเป็นโรคนี้นี้เท่ากัน
3. กรรมพันธุ์ บุคคลที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัวมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัวถึง 2-7 เท่า (สันต์ หัตถิรัตน์, 2519)
4. ระดับไขมันในเลือด ระดับไขมันในเลือดมีผลสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะระดับโคเรสเตอรอล
5. ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนปกติถึง 2-7 เท่า (สันต์ หัตถิรัตน์, 2519)
6. ความเครียดการดำรงชีวิต และบุคลิกภาพ พบโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศอุตสาหกรรมมากกว่าประเทศกสิกรรม และพบว่าคนในเมืองหลวงหรือเมืองใหญ่ ๆ เป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนในชนบท เชื่อว่าความเครียดและวิถีการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง (สันต์ หัตถิรัตน์, 2519) นอกจากนี้ยังพบว่า การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ A (Type a personality) ซึ่งหมายถึงบุคคลที่เอาจริงเอาจัง ทำงานหนัก มีความตั้งใจและความคาดหวัง

ในตนเองสูง ขอบแข่งขัน มีความทะเยอทะยาน ทำงานอะไรไม่เคยล่าช้าเกินเวลาที่กำหนดเป็น คนตรงต่อเวลาเสมอ ไม่สามารถทนต่อการรอคอยได้ มีชีวิตยุ่งกละหลุก บุคลิกภาพแบบนี้มีโอกาส เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2528)

ส่วนลักษณะของการทำงาน พบโรคหลอดเลือดหัวใจได้บ่อยในกลุ่มผู้บริหารที่มีฐานะร่ำรวย มีการศึกษาสูง โดยเฉพาะบุคคลที่ทำงานโดยใช้สมอง มีเรื่องที่จะต้องตัดสินใจ (Burrel and Burrel, 1982) การสำรวจของ จินตนา โยธาสมุทร และคณะ (2526) ก็พบว่า อาชีพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในวชิรพยาบาลในปี 2525-2526 จำนวน 120 ราย เป็นอาชีพ ค้าขาย ร้อยละ 15 และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 17.6

Lambert (1985) กล่าวว่าปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การนั่งโต๊ะทำงาน การที่ต้อง เผชิญกับความเครียดเสมอ ๆ การที่เป็นผู้มีบุคลิกภาพแบบ A ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มากเกินไป แรงดันเลือดสูง จะมีผลให้การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้เกิด การหดตัวของหลอดเลือดและมีการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ

7. การสูบบุหรี่ ผลของนิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์จากบุหรี่จะไปกระตุ้นต่อม หมวกไตและระบบประสาทซิมพาเทติก ให้หลั่งสารแคทอิโคลามีนออกมาทำให้ชีพจร แรงดันโลหิต Cardiac output เพิ่มขึ้น แรงดันของหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้น และ แคทอิโคลามีนเองจะมีส่วนทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้นเป็นผลให้การรวม ตัวของเกร็ดเลือดเกาะตามผนังหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นด้วย ทำให้หลอดเลือดตีบแคบได้มาก

8. การออกกำลังกาย บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายจะเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่ออกกำลังกาย หลายเท่า (สันต์ หัตถิรัตน์, 2519) และการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะลดการเกิดโรคนี้ได้ แต่ การออกกำลังกายมาก ๆ ไม่สม่ำเสมอจะมีผลเสียมากกว่าผลดี (Burrel and Burrel, 1982) นอกจากนี้ผลของการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มขนาดของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ และช่วยลดระดับไขมันได้ด้วย (จินตนา โยธาสมุทร และคณะ, 2526)

9. ปัจจัยอื่น ๆ ที่พบร่วม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเก๊าท์ จะมีโอกาสเป็น โรคนี้ประมาณ 2 เท่าของคนปกติ คนอ้วนมีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าคนไม่อ้วน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2519)

ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อาจพบได้ในหลายตำแหน่ง แต่ที่พบบ่อยที่สุด คือ การตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย Watson และ Royle (1987) แบ่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจออกเป็น

1. Anterior Wall Infarction เป็นการตายที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดง Anterior Descending Artery ซึ่งทำให้มีการตายของผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง (Intraventricular Septum) และกล้ามเนื้อ Papillary จึงทำให้มีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งคือ Anteroseptal Wall infarction (ASMI)

2. Lateral Wall Infarction เกิดจากการอุดตันของแขนงด้านข้างของหลอดเลือดแดง Circumflex ด้านซ้าย (Lateral Branch or Left Circumflex) หรืออาจรวมไปถึงแขนงด้านหน้าด้วย (Anterior Descending and Left Circumflex Branch) จึงอาจมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Anterolateral Infarction

3. Inferior Wall Infarction เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีข้างขวา (Right Coronary Artery) ทำให้เกิดการตายด้านส่วนที่ต่อกับกระบังลม จึงมีชื่ออีกอย่างว่า Diaphragmatic Infarction

4. Posterior Wall Infarction เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงด้านหลัง (Posterior Branch of Circumflex Artery) ทั้งแขนงด้านซ้ายและด้านขวา บางครั้งอาจใช้ชื่อว่า True Posterior Wall Infarction

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ปัจจุบันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจทำได้ 2 วิธี คือ การรักษาด้วยยา และ/หรือการผ่าตัดเปลี่ยน-ปลุกหลอดเลือดใหม่ ร่วมไปกับการดูแลทั่ว ๆ ไป ได้แก่

1. ลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากความเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน ความวิตกกังวล ตลอดจนลดความต้องการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ได้แก่ การพักผ่อน การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ความต้องการการใช้ออกซิเจนของร่างกายลดลง ผู้ป่วยควรจะได้รับพักผ่อนเต็มที่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์จะให้ยาเพื่อควบคุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ

เหล่านี้ ยาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ได้แก่ ยาแก้ปวด เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด ยาขยายหลอดเลือด เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปสู่หัวใจและร่างกาย ยากล่อมประสาทเพื่อการพักผ่อนที่เพียงพอ ลดการทำงานของหัวใจ และยาระบายอย่างอ่อน

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การปรับสภาพตนเองให้เหมาะสมกับขีดจำกัดของร่างกาย

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย หรือการอุดตันของหลอดเลือด (Thromboembolism)

4. การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนและปลูกหลอดเลือดใหม่ จะกระทำในรายที่ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีภาวะสุขภาพดีเพียงพอ

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คำว่า สุขภาพ ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง ความไม่มีโรค ความเป็นสุข หรือความสมบูรณ์ของร่างกาย Thomas (1985) ให้ความหมายว่า คือ ภาวะที่ร่างกายทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ตามปกติ ส่วน Dunn (1958) กล่าวว่า สุขภาพเป็นการผสมผสานให้บุคคลได้ทำหน้าที่ได้สูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลทำหน้าที่อยู่ (อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) Dolfman (1971) และ Deller (1981) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตวิญญาณ หรือคือ ภาวะที่บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ แต่ Duboss (1978) กล่าวว่า สุขภาพไม่ใช่สภาวะแต่เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่เฉพาะด้านร่างกายของบุคคลเท่านั้น แต่รวมไปถึงสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย ในความคิดเห็นของ Hill และ Smith (1985) สุขภาพหรือความสบายสามารถใช้แทนกันได้ ซึ่งหมายถึง ความสมดุลของสภาพร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ ในขณะที่เดียวกันภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีศักยภาพและพัฒนาการในการที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างผาสุก

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ ว่า เป็นภาวะที่บุคคลที่มีความสมบูรณ์ ผาสุก ทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยไม่เพียงแต่ปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น (อ้างถึงในกองงานวิทยาลัย, 2525)

ในแนวคิดของ Orem (1980) สุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เมื่ออยู่ในภาวะปกติบุคคลมีศักยภาพส่วนตัวในการที่จะปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัว วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความพร้อมของร่างกาย แต่เมื่อมีพยาธิสภาพ เกิดขึ้นในร่างกายหรือมีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพร่างกาย ภาวะสุขภาพของบุคคลย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

ศูนย์การควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดปัจจัย 4 ประการ ที่จะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของบุคคล ดังนี้คือ พฤติกรรมอนามัย สิ่งที่มีผลต่อชีวภาพ เช่น พันธุกรรม สภาพทางร่างกาย และคุณภาพของบริการทางสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็นสาม ๆ คิดเป็นร้อยละ 51 19 20 และ 10 ตามลำดับ ปัจจัยที่เด่นชัดซึ่งมีค่าสูงสุดที่จะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของบุคคลคือ พฤติกรรมอนามัย ได้แก่ การนอนพัก 7-8 ชั่วโมงต่อวัน รับประทานอาหารเข้าทุกวันและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจุลจิกระหว่างมือ ความคุมน้ำหนักตัวให้คงที่ ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Getchell, Pippin and Varnes, 1987) ในขณะที่เดียวกัน Fuller (1990) ก็กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ว่า มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการและการเจริญเติบโต สภาพทางร่างกาย ภาวะอารมณ์ ระบบสังคมวัฒนธรรม การกระทำกิจวัตรประจำวัน แบบแผนการเผชิญปัญหา แบบแผนการมีปฏิสัมพันธ์ การรับรู้หรือความพึงพอใจในสุขภาพของตน เป้าหมายทางสุขภาพและแหล่งสนับสนุน

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยหรือเกณฑ์ที่จะบ่งบอกกับภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบไปด้วย สภาพทางร่างกายของบุคคล ได้แก่ ความสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของตนเอง บุคลากรทางสุขภาพจะทำการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลได้โดยอาศัยการสังเกต การตรวจ และการซักถาม ให้ได้ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ

กล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพ คือ ลักษณะสภาพของบุคคลที่มีความพร้อมในการดำรงชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกได้อย่างเหมาะสม และมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข คนเราจะมีสุขภาพดีได้โดยการกระทำตามกระบวนการตัดสินใจในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการกระทำนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

เมื่อเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งถือว่ามีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ผู้ป่วยจะเผชิญกับความไม่สุขสบาย ซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 อาการเจ็บหน้าอก ในระยะเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) อาการเจ็บหน้าอกจะเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการเจ็บจะเหมือนกับการเจ็บแบบแองจิ้น่า แต่จะรุนแรงกว่าและนานกว่า ลักษณะการเจ็บจะเหมือนถูกบีบ ถูกกดแน่น หรือแสบร้อน ตำแหน่งของการเจ็บคือบริเวณใต้กระดูกหน้าอกกว้างไปที่แขนซ้าย คอและไหล่ อาการเจ็บจะเป็นอยู่นานมากกว่า 30 นาที อมยาไนโตรกลีเซอรินแล้วไม่ทุเลา หรือทุเลาเพียงเล็กน้อย (อิศรา สุขุมาลจันทร์, 2524) อาการเจ็บมักจะเป็นตอนออกกำลังกาย โดนอากาศเย็น หลังรับประทานอาหารมื้อหนัก ๆ และเวลาตื่นเต้น กังวลใจ (Burrel, 1982)

อาจพบอาการเหงื่อออกมากหรือคลื่นไส้ อาเจียน คล้ายจะเป็นลม อ่อนเพลีย อึดอัด และหายใจลำบาก (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524) บางรายอาจพบความเจ็บปวดร่วมกับอาการหืด ซีด เหงื่อออก เป็นลม ความดันเลือดต่ำลงอย่างรวดเร็ว ชีพจรเบาหรืออาจมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนมากกว่าเจ็บหน้าอก จนทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาหารไม่ย่อย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2528)

ภาวะไข้ ขบวนการ Inflammatory Process ของการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ จะทำให้อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรก ที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ไข้จะไม่สูงเกิน 38 เซลเซียส ถ้าสูงเพิ่มกว่านั้นให้นึกถึงภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อาจพบไข้สูงถึง 1 สัปดาห์ (Elster & Zarling, 1983)

1.2 ความดันโลหิตต่ำหรือช็อคจะพบความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Pressure) ต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท และมีอาการ Peripheral Cyanosis ซีดเย็นตามปลายมือปลายเท้า หัวใจเต้นผิดปกติ ชีพจรเบา ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดจากการได้รับความเจ็บปวดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงทำให้หัวใจวาย บางครั้งผู้ป่วยอาจหมดสติ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงอย่างทันทีทันใด

1.3 การคั่งของเลือดในปอด (Pulmonary Congestion) เนื่องจากหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานได้น้อยลง ซึ่งมักเกิดร่วมกับการที่มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง จนทำให้หัวใจวายหรือช็อค ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) นอนราบไม่ได้ กระสับกระส่าย ไอมีเสมหะเป็นฟอง

1.4 อาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดขึ้นเนื่องจากมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง หรือเป็นปฏิกิริยาของ Vagovagal Reflex เมื่อมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีการยับยั้งการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

2. ด้านจิตสังคม ผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มักรู้สึกว่าเป็นอยู่ที่มีความรุนแรงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก ผลทางด้านจิตใจที่ตามมา คือ ความวิตกกังวล ความกลัว การปฏิเสธภาวะเจ็บป่วย การเก็บกดหรือแยกตัวเอง กลัวการหมดสมรรถภาพทางเพศ และหวั่นใจว่าจะไม่สามารถประสบความสำเร็จในชีวิตได้ (Scalzi and Burke, 1982) เพราะคิดว่าภาวะการเจ็บป่วย จะทำให้ความสามารถน้อยลงกว่าปกติ ความวิตกกังวลนี้จะเพิ่มการขาดเลือด ซึ่งเป็นผลให้เพิ่มปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดเพิ่มขึ้นอีก

ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจะปฏิเสธความจริงของการเจ็บป่วย ซึ่งแสดงออกโดยการปฏิเสธการพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองกับเจ้าหน้าที่ หรืออาจแสดงออกโดยการซักถามเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหลาย ๆ คน ด้วยคำถามเดียวกัน เพื่อให้ได้คำตอบที่ตนต้องการ แต่ภายหลัง 48 ชั่วโมงผ่านไป ปฏิกริยาปฏิเสธความจริงนี้จะคงที่ความรู้สึกกลัวตายจะลดลง ผู้ป่วยจะเริ่มกังวลว่าโรคที่เป็นอยู่จะมีผลต่อการทำงานของตนอย่างไร การแสดงออกทางอารมณ์จะออกมาในรูปของการเก็บกด โกรธ และ/หรือมีการต่อรอง หรืออาจแสดงออกมาในรูปของการที่ไม่สามารถระบุสาเหตุของความกังวลใจได้มีความรู้สึกไร้ที่พึ่ง ถูกทอดทิ้ง อาจมีอาการเบื่ออาหาร ร้องไห้ หรือแม้กระทั่งพูดจาซ้ำลง (Lambert, 1985) บางรายเปลี่ยนความเก็บกดทางอารมณ์ออกมาในรูปแบบของความโกรธ เช่น โกรธครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพที่ไม่เอาใจใส่ดูแล หรือโกรธสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นความโกรธยังแสดงออกมาในลักษณะของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ไม่ยอมนอนพักบนเตียง ปฏิเสธการให้ยา ตลอดจนกล่าวหาว่าเจ้าหน้าที่ละเลยไม่ดูแลสุขภาพของตนเอง

Lambert (1985) กล่าวถึง ความรู้สึกในเชิงการต่อรองกับตนเองของผู้ป่วย (Negotiation) ว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะรู้สึกเสียใจและไม่สบายใจอย่างยิ่ง เห็นได้จากความคิดหรือคำพูดในเชิงการต่อรอง เช่น "ถ้าฉันไม่เร่งรีบเพื่อไปให้ทันรถไฟขบวนนี้ ฉันอาจไม่ต้องมานอนอยู่ในโรงพยาบาลนี้" หรือ "ถ้าเพียงแต่ฉันลดน้ำหนักตัวตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น ฉันคงไม่เป็นเช่นนี้"

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการกำจัดหรือละทิ้งความรู้สึกเสียใจหรือข้อต่อรอง เรื่องเหล่านี้รวมไปกับความสามารถในการเผชิญกับความรู้สึกเสียใจที่สูญเสียภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากหออภิบาลเฉพาะโรคหัวใจ หรือในระยะวันที่ 3-4 ของโรค ภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะพักฟื้น (Reconciliation) อีกครั้งหนึ่ง ความรู้สึกของการสูญเสียความผาสุก ความโกรธ เก็บกดและข้อต่อรองต่าง ๆ จะหายไป ผู้ป่วยจะเผชิญกับความจริงของความเจ็บป่วยได้ และยอมรับที่จะช่วยเหลือตนเอง เช่น ยอมรับว่าบุหรีเป็นสาเหตุของโรคหัวใจและพยายามที่จะลดจำนวนบุหรีลง เห็นด้วยและเริ่มวางแผนการลดน้ำหนักตัว โดยการควบคุมอาหาร ตลอดจนวางแผนในการดูแลตนเองต่อไป

ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยทุเลาจากอาการไม่สุขสบายที่เป็นภาวะวิกฤตแล้ว ผู้ป่วยจะเริ่มคำนึงถึงการกลับไปทำงาน หรือการมีกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ มักจะมีความวิตกกังวลว่าถ้าออกแรงทำงานหรือทำกิจกรรมใด ๆ แล้ว จะทำให้หัวใจของตนเองทำงานหนัก จนอาจเกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ พยงค์ จูทา (2530) กล่าวว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไม่ถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ รวมทั้งการร่วมเพศเพราะโดยทั่วไปสมรรถภาพของหัวใจของผู้ป่วยจะลดลงเพียงร้อยละ 10 ของภาวะปกติเท่านั้น

เมื่อเจ็บป่วยบุคคลจะต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของตนเอง ภาวะความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ และมีผลต่อพฤติกรรมปรับตัวของบุคคล เพราะอัตมโนทัศน์เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่ง Stuart และ Sundeen (1983) ให้แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ว่าเป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองประกอบด้วย ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทางด้านรูปร่าง คุณลักษณะและความสามารถด้านต่าง ๆ ของตนเอง และเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม

อัตรานี้ของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะมีผลลบหรืออ่อนแอกว่าเดิมพฤติกรรมที่แสดงออกจะเริ่มตั้งแต่มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกสูญเสีย เศร้า โศก ซึมเศร้า ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ตลอดจนมีการแยกตัวทางสังคม ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้มักจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2531)

การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรง ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลนาน ย่อมจะมีผลต่ออัตรานี้และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อ ค่านิยม และความคาดหวังของผู้ป่วย

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ในความหมายของภาวะสุขภาพที่หมายถึง สภาพของบุคคลที่มีความพร้อมในการดำรงชีวิตสามารถปรับเปลี่ยน พัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตนได้อย่างเหมาะสม และมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงหมายรวมไปถึงการที่ผู้ป่วยสุขสบาย และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งเกิดจากการได้รับการพยาบาลที่ดี

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ (2524) และ นาพร แก้วนิมิตรชัย (2533) สร้างเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยทุเลาจากอาการเจ็บหน้าอก 2) ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ 3) ทุเลาจากอาการที่ทำให้ไม่สุขสบาย 4) ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน 5) ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม 6) ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจและความเชื่อที่เหมาะสม 7) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และ 8) ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะย้ายออกไปพักฟื้นระยะต่อไปในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โดย นาพร แก้วนิมิตรชัย ได้เพิ่มเกณฑ์ในการที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย อีก 1 เกณฑ์ แต่เกณฑ์ดังกล่าวเน้นที่จะใช้ในการประเมินคุณภาพของการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะ Acute ซึ่งรับไว้รับการรักษาในหออภิบาลเฉพาะโรคหัวใจ

เมื่อผ่านระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) แล้ว ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะสามารถกระทำการกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเองได้บ้าง แต่จะมีข้อจำกัดบางประการ เมื่อนำมาพิจารณาพร้อมกับความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยได้รับการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองได้ครบถ้วน ย่อมถือได้ว่าผู้ป่วยนั้นมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งบ่งชี้ได้ ดังนี้ 1) การทุเลาจากอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ ปวดศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน 2) ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ 3) ผู้ป่วยยอมรับในขีดจำกัดของตนเอง และ 4) ปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะของโรค

การพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมิใช่สิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ แต่มีมานานแล้ว การดูแลตนเองอันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนเรา เป็นการกระทำเพื่อก่อให้เกิดภาวะสมดุล และความเป็นอยู่ที่ดี บุคคลแต่ละคนมีศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1985)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองอีกหลายท่าน ได้แก่ แนวคิดของ Pender (1982) ที่ว่า มนุษย์ทุกคนดำเนินชีวิตอยู่เพื่อตนเอง มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวของตนเอง เพื่อดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

พฤติกรรมการดูแลต้องเกิดจากความเต็มใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อควบคุมป้องกัน หรือรักษาโรค (Mill and Smith, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับ

Levine (1978) ที่มองการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

Mullin (1980) กล่าวว่ามโนคติของการดูแลตนเองถูกพัฒนาขึ้นจากหลักการของการที่บุคคลต้องมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง บุคคลที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง 'รวมไปถึงภาวะสุขภาพที่เป็นส่วนตัว ไม่สามารถจัดกระทำหรือปล่อยให้เป็นภาระของผู้อื่นได้ บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์พยาบาล โดยเข้าสู่บทบาทของผู้รับบริการจากบุคลากรวิชาชีพ และบุคลากรวิชาชีพจะวิเคราะห์ความสามารถในการช่วยตัวเอง และตั้งเป้าหมายในการคงไว้หรือเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

Julia (1980) กล่าวถึง การดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง บุคคลจะสามารถริเริ่มและมีการดูแลตนเองได้ ต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพ มีทักษะในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เมื่อใดที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ก็จะเกิดกิจกรรมในการดูแลตนเองขึ้น แต่เมื่อใดที่การดูแลตนเองถูกจำกัด (Self care limitation) ซึ่งอาจเป็นผลจากการถูกจำกัดในเรื่องความรู้ ความชำนาญ ขาดแรงจูงใจ หรือมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น

Orem (1985) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ (Deliberate action) ที่มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของตนเอง เพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเอง

บุคคลในทัศนะของโอเรมเป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (Capacity for Deliberate Action) มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง เรียนรู้และวางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ มีความต้องการขั้นพื้นฐานที่เหมือนกัน มีการพัฒนาเพื่อปรับหรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการ นอกจากนั้นบุคคลเป็นเจ้าของตนเอง จึงมีสิทธิที่จะรับรู้ถึงสภาพของตนเอง แต่ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลในวัยเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ สามารถถูกกระทบได้ เนื่องจากภาวะสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วนหรือไม่ได้เลย หรือปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งเรียกว่า บุคคลนั้นมีความพร้อมในการดูแลตนเอง โอเรมให้ความหมายของความต้องการการดูแลตัวเองและความสามารถในการดูแลตนเองไว้ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องกระทำในระยะหนึ่ง เพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง มีวัตถุประสงค์ที่จะสนองความต้องการในการดำรงชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะ

พัฒนาการ และความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (Orem, 1985) และการที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

- 1) ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ สำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับปรุงการดูแลตนเอง
- 2) การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง

3) การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง

การที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ นั้น จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเอง ไม่ใช่เพียงความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเท่านั้น แต่จะต้องครอบคลุมถึงเรื่องอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมในฐานะบุคคลในสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เวลาและความพยายามในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้สามารถใช้ประโยชน์จากความรู้ทางวิชาการได้อย่างสมดุล และยังสามารถปรับปรุงการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับภาวะของโรค (วัลลา ตันตโยทัย, 2533)

นอกจากนั้นความสามารถในการดูแลตนเองยังต้องอาศัยพลัง ความสามารถ 10 ประการ รวมถึงความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ คือ ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) และความสามารถที่จะกระทำ (Doing) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องประเมินความสามารถที่สัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อตัดสินความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care Deficit) โดยประเมินความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองว่า ใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงพอที่จะสนองความต้องการการดูแลตนเองหรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอบุคคลจะต้องการการพยาบาล (Orem & Taylor, 1986)

เพราะฉะนั้นความพร่องในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้น เมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง และเหตุผลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองนั้น จะต้องพิจารณาให้ละเอียดว่าเพราะเหตุใด โดยวิเคราะห์ข้อจำกัดของการปฏิบัติ

การดูแลตนเอง 3 ประการ คือ 1) การแสวงหาความรู้ ความหมาย และความต้องการการปรับปรุงการดูแลตนเอง 2) การตัดสินใจที่จะกระทำ 3) การกระทำการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2533)

ความต้องการดูแลตนเองเมื่อมีความเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่

1. การลดหรือควบคุมความไม่สุขสบายต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการ ได้แก่ การลดความเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน อาการไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เป็นต้น ความต้องการในการดูแลตนเอง เพื่อลดความเจ็บปวด ได้แก่

1.1 การสังเกตและรายงานอาการ ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาของการเจ็บปวดและสิ่งที่ก่อให้เกิดอาการ หรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการผิดปกติต่าง ๆ

1.2 การพักผ่อนเพื่อลดความต้องการออกซิเจน ซึ่งอาจจะเป็นการนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำสมาธิ เป็นต้น

2. การเผชิญกับความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ การป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากแก่ผู้ป่วย (Scalzis and Burke, 1982) ความกังวลใจนี้อาจจะเกิดจากความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวกลับไปทำงานไม่ได้ หรือกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล ได้แก่ (Garrett, 1988)

2.1 การระบุสาเหตุของความวิตกกังวลใจได้

2.2 ระบายความรู้สึกกังวลใจกับแพทย์ พยาบาล เพื่อน หรือครอบครัว เป็นต้น

2.3 แสวงหาคำอธิบายในสิ่งที่ไม่รู้

3. การยอมรับในขีดจำกัดของตนเอง เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจจนเป็นผลให้เลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่พบมากกว่าเป็นที่ห้องหัวใจล่างซ้าย ร่างกายต้องการใช้เวลาในการซ่อมแซมอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ ซึ่งในขณะนี้ความต้องการในการดูแลตนเอง คือ การยอมรับในขีดจำกัดของตนเอง หรือคือการปรับทัศนคติของตนเองในการเจ็บป่วย ซึ่ง Orem (1985) กล่าวถึง คุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง การเข้าใจตนเอง และการเห็นคุณค่าของตนเอง จะมีผลทำให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี และ Connelly (1987) ก็กล่าวว่าทัศนคติเป็นปัจจัย

ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะอัตมโนทัศน์เป็นพื้นฐานของการรับรู้ เจตคติ ที่มีส่วนทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีการตัดสินใจที่เหมาะสมก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีตามมา

ผลการศึกษาของ แพรวระพี เรื่องเดช (2534) พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ร้อยละ 51.54

4. การกระทำกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสมกับภาวะของโรค ผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน การที่มีชีวิตอยู่ปกติได้ต้องการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ (Garrett, 1985)

4.1 การที่จะระบุง้อจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอันตรายที่ก่อให้เกิดและ/หรือทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้นไปอีก ตลอดจนอาการหรือสัญญาณเตือนที่บ่งบอกถึงอันตรายที่จำเป็นจะต้องไปรับการรักษา

4.2 ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อกำจัดปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอันตราย

4.3 รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ตลอดจนรายงานผลและผลข้างเคียงของยา

4.4 วางแผนหรือปรับการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายที่ละน้อยและค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เรียนรู้ที่จะจับชีพจรตัวเอง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การจัดเวลาในการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายที่เหมาะสม

เพราะฉะนั้นเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย สิ่งที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย และประชาชนต้องกระทำ คือ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับสุขภาพ เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว มีภาวะสุขภาพที่ดี มีจิตใจสบาย โดยมีบุคคลที่เป็นเจ้าของชีวิตและสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ และมีเจ้าหน้าที่อนามัยเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับ Padilla (1985) ที่ว่าการพยาบาลมิใช่เพียงช่วยให้คนรอดชีวิตหรือลดอันตรายเท่านั้น แต่หมายถึงการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค เพื่อความมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขสบาย สามารถดึงเอาพลังความสามารถที่มีอยู่มาใช้ในการดูแลตนเองเพื่อความปกติสุขในชีวิต

การพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นการพยาบาลที่นำกระบวนการพยาบาลมาผสมผสานกับแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ โอเรม ซึ่งกล่าวถึงการพยาบาลว่า เป็นบริการการช่วยเหลือ เป็นความพยายามของมนุษย์ที่จะช่วยเหลือบุคคลอื่น (สมจิต หนูเจริญกุล 2534) เกล็ดลักษณะของการพยาบาลระบบนี้ คือ การคำนึงถึงความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย การช่วยเหลือที่ตอบสนองการดูแลตนเอง และการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลในแนวคิดนี้จะต้องมีพื้นฐานของความรู้ทางการแพทย์ พยาธิสรีรภาพ การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด ตลอดจนเทคโนโลยีต่าง ๆ เป็นอย่างดี

Taylor (1986 ใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) เสนอขั้นตอนในการใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 หาความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงและหาความต้องการการกระทำ (Action Demand)

ขั้นที่ 2 วินิจฉัยความสามารถและขีดจำกัด

ขั้นที่ 3 วินิจฉัยความพร้อมในการดูแลตนเอง

ขั้นที่ 4 กำหนดรูปแบบการพยาบาล และกำหนดบทบาทและการกระทำของพยาบาลผู้ป่วย และผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

การพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การนำแนวคิดของพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมีภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ โดยกระบวนการพยาบาลจะประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. ขั้นประเมิน (Assessment) คือ ขั้นของการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ การคงไว้ซึ่งการทำงานของหัวใจที่ปกติ ลดหรือควบคุมความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ไข้ เป็นต้น คงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนอัตรการเต้นของตนเอง ยอมรับความเจ็บป่วย และที่สามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยแล้ว ตัดสินใจว่าผู้ป่วยกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้หรือไม่ โดยพิจารณาว่าการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ของผู้ป่วยถูกต้องเหมาะสม สามารถตอบสนองความ

ต้องการการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ หรือผู้ป่วยกระทำกิจกรรมนั้นเพียงบางส่วน เนื่องจากขาดความรู้ขาดทักษะหรือขาดความใส่ใจในการกระทำนั้น ซึ่งทั้งหมดคือเป็นข้อจำกัดในความสามารถในการดูแลตนเอง

2. ระบุความพร้อมในการดูแลตนเอง (Nursing Diagnosis) การพิจารณาความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยประกอบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อที่จะตัดสินความไม่สมดุลของทั้งสองส่วน ก่อให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง

Taylor (1991) ให้แนวทางในการพิจารณาความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามแนวความคิดของ โอเรม ออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 เป็นการบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของระบบต่อสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งได้แก่ แบบแผนหรือการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระดับ 2 เป็นการพิจารณาในส่วนของความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม แล้วตัดสินว่าผู้ป่วยนำความสามารถในการดูแลตนเองมาใช้หรือไม่ เพียงพอเพียงใดในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพขณะนั้น หรือเพียงพอในการป้องกันความก้าวหน้าของโรคที่จะเลวลงไปอีกหรือไม่

ระดับที่ 3 เป็นการพิจารณาความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะชี้ให้เห็นความพร้อมในการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

ระดับที่ 4 เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐาน หรือความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานกับความต้องการและความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง (Action Demand) ในลักษณะของการแจกแจงปัจจัยของสิ่งหนึ่งที่มีอิทธิพลต่ออีกสิ่งหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง

3. การเลือกระบบ วิธีการพยาบาลและการปฏิบัติพยาบาล (Planning and Implementing) โอเรมแบ่งระบบการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดการกระทำ (Control of Movement and Manipulation) คือ

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Totally Compensatory System) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตัวเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือควบคุมการเคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จงใจกระทำด้วยตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยหมดสติหรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวท่าทางของตนเองได้ ตลอดจนผู้ที่รับรู้ สิ่งเกิด

ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่สามารถจะตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและประคับประคองปกป้องผู้ป่วย

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory System) ในระยะนี้ ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาล อาจตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยอาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) ส่วนพยาบาลอาจช่วยผู้ป่วยตอบสนองความต้องการดูแลตนเองเกี่ยวกับความต้องการที่เกิดจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) กิจกรรมของพยาบาลในระบบนี้ ได้แก่

- 1) ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างสำหรับผู้ป่วย
- 2) ชดเชยขีดจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง
- 3) ช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ส่วนกิจกรรมของผู้ป่วย ได้แก่

- 1) ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างด้วยตนเอง
- 2) ปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
- 3) ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลในระบบทดแทนบางส่วน คือ ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์ ขาดความรู้ และทักษะที่จำเป็น ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในระบบนี้ผู้ป่วยจะปฏิบัติและเรียนรู้ที่กระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการสอนและแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง การสอน จะต้องรวมผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยเข้ามาด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้ว ยังคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

Catherine (1972) เสนอว่าการที่ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้นั้น ผู้ป่วยควรจะทราบว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับเขา และเขาสามารถจะช่วยเหลือตัวเองได้อย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรค ยา อาหาร การออกกำลังกาย ปัจจัยอันตรายและการกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเองและช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีชีวิตเรื่องยากเลยในการที่จะดูแลตนเอง

พยาบาลจะพิจารณาเลือกระบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยยึดวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยตามความบกพร่องของความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้คือ (Orem, 1985)

1. การกระทำให้หรือกระทำทดแทน (Acting For or Doing For)
2. การชี้แนะ (Guiding Another)
3. การสนับสนุน (Supporting)
4. การสอน (Teaching)
5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะ

ตอบสนองต่อการดูแลตนเอง

การกระทำให้หรือกระทำทดแทน คือ วิธีการช่วยเหลือที่ใช้ความสามารถในการช่วยผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการตอบสนองต่อความต้องการการดูแล โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการหาข้อมูล ตัดสินใจ และวางแผนการกระทำ บอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้างอย่างไร ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้ป่วยต้องรายงานอะไรแก่พยาบาลบ้าง

การชี้แนะ คือ วิธีการที่ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ โดยชี้แนะให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และตรวจตราของพยาบาล

การสนับสนุน คือ วิธีการส่งเสริมความพยายามของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติ การดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมาน จากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบในชีวิต สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อพัฒนาการของตนเองหรือกระทบน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด กริยาท่าทางของพยาบาล เช่น วิธีการมอง สัมผัส การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยการแสดงความรู้สึก การให้ข้อมูลหรือบอกรายละเอียด การพูดคุยสนทนา หรือฟังอย่างตั้งใจ หรือการช่วยทางด้านร่างกายโดยพยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และผู้ป่วยแต่ละบุคคล ผู้ป่วยบางคนต้องการการสนับสนุนทั้งร่างกาย เช่น

การช่วยเหลือในการลุกเดิน และคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ การให้การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้การสนับสนุนยังรวมถึงการให้สิ่งของ ซึ่งไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาลโดยตรง แต่พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือนั้น ๆ เช่น การได้รับความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ในสถาบันหรือมูลนิธิต่าง ๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ Pender (1987) ยังกล่าวถึงการส่งเสริมให้บุคคลวัยผู้ใหญ่ดูแลตนเองว่าบุคคลในวัยนี้จะพยายามแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการงาน การดูแลครอบครัวและภาระต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนผู้ที่อยู่ในความพึ่งพาของตนเองอย่างเพียงพอ จึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องของความรู้ ทักษะคติ ทักษะในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี ตลอดจนการสังเกต การอธิบาย การดูแลความเจ็บป่วยทั่วไปและการใช้แบบอย่างจากสถาบันสุขภาพต่าง ๆ

การสอน (Teaching) คือ วิธีการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ โดยเน้นการเพิ่มศักดิ์ศรีและคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนพัฒนาทักษะบางประการ ในการควบคุมตนเอง ตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยยึดหลักในการสอน ดังนี้

1. สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้
2. สอนเสริมจากความรู้เดิมและปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย
3. สอนโดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วย
4. ให้โอกาสผู้ป่วยฝึกเพื่อเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำขึ้น
5. มีการประเมินผลการสอนโดยใช้ข้อมูลย้อนกลับ ประเมินความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชม ให้กำลังใจ แต่เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ถูกต้องจะไม่ตำหนิติเตียน แต่จะชี้แจงและแก้ไข

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง คือ วิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยคำนึงถึงพัฒนาการทางด้านร่างกาย เจตคติ และอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย

4. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) คือ การประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาล ในแง่ของภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากการให้การพยาบาลและความพึงพอใจในการให้บริการของพยาบาล

ความพึงพอใจในการพยาบาล

ความพึงพอใจ คือ สภาวะของความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบที่เป็นประสบการณ์ของบุคคล เป็นผลจากการประเมินในทางบวกต่อสถานการณ์ที่ตนประสบอยู่มักเกิดร่วมกับการบรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย สอดคล้องกับความคาดหวังหรือความต้องการของตน (Wolman, 1975)

ในสภาพปัจจุบัน แนวคิดเรื่องบริโภคนิยม (Consumerism) ได้เข้ามามีบทบาทในการให้บริการสุขภาพเชิงอุตสาหกรรม (Health Care Industrial) ตลอดจนการถีบตัวสูงขึ้นของค่าบริการทางการแพทย์ ความกดดันทางศีลธรรม และการเร่งสร้างความเชื่อถือของโรงพยาบาล มีผลต่อบุคลากรทางการแพทย์ให้หันมาสนใจหาแนวทางในการพัฒนาบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจ Rempusheski (1985) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นแนวทางหนึ่งในการประเมินผลการบริการพยาบาลอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งแตกต่างไปจากการคำนึงถึงเฉพาะในแง่ของมาตรฐานเชิงวิชาชีพเพียงอย่างเดียว

Donabedian (1966, Quoted in Erikson, 1987) ให้ข้อสังเกตในเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยว่า เป็นสิ่งซึ่งแสดงถึงความสำเร็จของผู้ให้บริการในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในแง่ของคุณค่า (Value) และความคาดหวังของเขา ซึ่งผู้รับบริการถือว่าเป็นประโยชน์อันชอบธรรมที่เขาจะต้องได้รับ และความพึงพอใจในเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสารว่า ทำให้เกิดความสำเร็จในการตอบสนองต่อคุณค่าและความคาดหวังที่ผู้ป่วยพอใจ

มีงานวิจัยมากมายทั้งในประเทศและต่างประเทศที่กล่าวถึงการประเมินคุณภาพของการพยาบาล โดยวัดจากความพึงพอใจของผู้ป่วย Abdellah and Levine (1957, Quoted in Eck et al., 1968) ระบุลักษณะของความพึงพอใจในการพยาบาลไว้ 5 ประการ คือ การมีสิ่งอำนวยความสะดวก (Facilities) อย่างเพียงพอ ความมีประสิทธิภาพของโครงสร้างขององค์กร คุณภาพเชิงวิชาชีพ ความสามารถให้บริการอย่างเอาใจใส่ และผลที่เกิดขึ้นในตัวผู้รับบริการ (Consumer Outcome)

Lemke (1987) ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย 1600 คน โดยส่งแบบสอบถามไปที่บ้าน ได้แบบสอบถามคืนจำนวน 737 คน คิดเป็นร้อยละ 54 โดยมุ่งถามความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล 4 ส่วน คือ การให้การพยาบาล การบริการทางอาหาร การดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม และการอำนวยความสะดวกในการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล ผลการสำรวจพบว่า การให้การพยาบาล การบริการทางอาหาร การดูแลความสะอาด และความสะอาดในการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล สามารถทำนายความพึงพอใจในการบริการของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลโดยส่วนรวมได้ โดยการให้การพยาบาลเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่ได้รับการให้คะแนนมากที่สุด คือ การให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย และการที่พยาบาลให้การพยาบาลแบบประคับประคองและเต็มไปด้วยความอดทน

ทั้ง Abdellah และ Levine, Donabedian และ Lemke ต่างกล่าวถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยในลักษณะของความต้องการการพยาบาล ซึ่งจะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งจากตัวบุคคลากรเอง และจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลด้วย

ส่วน Spitzer (1988) ระบุลักษณะที่แสดงถึงคุณภาพที่ผู้รับบริการรับรู้ ได้แก่ การที่พยาบาลแสดงความเป็นมิตร สุภาพอ่อนโยน และมีมารยาทอันดี พยาบาลเอื้อเฟื้อและเป็นกันเอง พยาบาลให้การดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล การมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ผู้รับบริการได้รับคำปรึกษาจากผู้ชำนาญการที่มีชื่อเสียง มีการจัดลำดับการรับบริการ เป็นการบริการที่มีชื่อเสียงได้รับความสะดวกสบายและสภาพแวดล้อมเรียบร้อยสวยงาม

แต่การสำรวจของ Tessler และ Mechanic (1987) พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับลักษณะเฉพาะของบุคคล อาทิเช่น สภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ หรือแม้แต่สถานภาพสมรสและสอดคล้องกับการวิจัยของ Ware (1978, Quoted in Eck et al., 1988) ที่แสดงให้เห็นว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยผันแปรตามลักษณะของประชากรหลายอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ขนาดของครอบครัว ระดับการศึกษา

แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 30 คน ถึงลักษณะของวิปฏิบัติกรพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ สรุปผลได้ว่า ผู้รับบริการมีความเห็นว่า พยาบาลยังปฏิบัติการพยาบาลไม่นุ่มนวล ไม่คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ขาดทักษะในการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ พยาบาลไม่มีความจริงใจที่จะสนใจผู้ป่วยตามสภาวะที่เขาคิดว่าตนเองกำลังเป็นอยู่

ไม่สนใจคำถามหรือส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532) การศึกษาของ กุลยา ตันติผลาชีวะ ครั้งนี้มีส่วนคล้ายคลึงกับข้อสรุปของ Spitzer (1988) ซึ่งได้วิเคราะห์คำร้องขอ (Complaint) ของผู้รับบริการจากการศึกษาหลาย ๆ กรณีที่ว่าพยาบาลให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นคนน้อยไป (Dehumanization) พยาบาลสนใจการดูแลเครื่องมือและมุงระเบียบปฏิบัติมากกว่าผู้ป่วย พยาบาลมักแยกตัวและเสี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย พยาบาลขาดความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) หรือไม่เปิดใจ (Openess) ที่จะรับความรู้สึกในใจของผู้ป่วย และนอกจากนั้นพยาบาลและแพทย์มักพูดถึงหรืออภิปรายปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยให้บุคคลที่สามที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาได้รับรู้

Ventula, Fox, Corley และ Mercurio (1982) ได้ใช้ความพึงพอใจเป็นข้อบ่งชี้คุณภาพทางการพยาบาลระบบเจ้าของใช้ในผู้ป่วยโรคกระดูกเปรียบเทียบกับพยาบาลตามปกติ โดยการรายงานทัศนคติของผู้ป่วยต่อพยาบาลและการพยาบาล ตามแบบวัดความพึงพอใจของ Risser ที่ประกอบด้วย 3 ส่วนย่อย คือ 1) ด้านเทคนิคเชิงวิชาชีพ หมายถึง ความรู้และความชำนาญในการพยาบาลทางด้านร่างกาย 2) การติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่เน้นถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 3) ความไว้วางใจระหว่างบุคคลในลักษณะของการที่พยาบาล พร้อมทั้งจะรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ส่วน Richard และ Lambert (1987) ก็ทำการศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการพยาบาลแบบเดิมกับการใช้การพยาบาลแบบเดิมเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของความพึงพอใจของทั้งสองกลุ่ม

จึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นวิธีการที่จะบ่งบอกถึงคุณภาพของการให้บริการการพยาบาลแก่ประชาชน เพราะตามความหมายของความพึงพอใจของ Good (1973) ที่ว่า ความพึงพอใจ คือ คุณภาพ สภาพ หรือระดับของความชอบ ความพอใจ ซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจและทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งนั้น หรือคือความรู้สึกที่ดี มีความสุข มีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ดังนั้นความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการการพยาบาลจึงหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นผลรวมของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาล เป็นการประเมินผลของบริการการพยาบาล 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจต่อความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ ความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ และความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพที่มุ่งให้ข้อมูลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

โดยสรุป การพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ เป็นกระบวนการพยาบาลที่มีการพิจารณาถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพว่ามีเพียงพอหรือไม่อย่างไร นำมากำหนดเป็นความพร้อมร้องในการดูแลตนเองผู้ป่วย ซึ่งต้องการการพยาบาลจากพยาบาลที่มีความสามารถทั้งทางด้านเทคนิควิชาชีพ ด้านมนุษยสัมพันธ์ และการบริหารจัดการ ในการเลือกระบบการพยาบาลที่เหมาะสม การให้ความช่วยเหลือและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเน้นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกระทำการดูแลตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย



ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย