

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและนำมาเสนอเป็นลำดับดังนี้

#### 1 การพยาบาล

1.1 ความหมายของการพยาบาล

1.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาล

1.3 กระบวนการพยาบาล

#### 2 ความต้องการ และแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ

2.1 ความหมายของความต้องการ

2.2 ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของ มาสโลว์

2.3 แนวคิดความต้องการของแฮนเดอร์สัน

2.4 แนวคิดความต้องการของ เอลลิสและนอร์ริส

2.5 แนวคิดความต้องการของ ลัคแมนและ โซเรนเสน

#### 3 แนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon

3.1 คุณลักษณะของแบบแผนสุขภาพ

3.2 ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน

#### 4 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4.1 ความหมาย

4.2 สาเหตุ

4.3 พยาธิสภาพ

4.4 อาการและอาการแสดง

- 4.5 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- 4.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามแบบแผนสุขภาพ
- 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. การพยาบาล

### 1.1 ความหมายของการพยาบาล

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการพยาบาลว่าเป็นการใช้ศิลป์และวิทยาศาสตร์ ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ โดยยึดหลักการให้ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยที่ดีต่อประชาชน และสังคมโดยไม่คำนึงถึงเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ ตลอดจนหลักการเมือง ทั้งนี้ต้องได้รับการอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาล (สุปราณี วาคินอมร, 2531)

ในปี 1980 สมาคมพยาบาลสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association) ได้ให้ความหมายการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำซึ่งเป็นการให้บริการขั้นวิชาชีพ ที่ต้องใช้สาระความรู้เกี่ยวกับชีววิทยา สรีรวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา สังคมวิทยา และ ทฤษฎีการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการ พยาบาล และการประเมินผล ในการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพ และการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยบาดเจ็บหรือผลภาพ และดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะหรือช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้ตายอย่างสงบและมีเกียรติ การปฏิบัติการพยาบาลรวมถึง การบริหาร การสอน หรือให้คำปรึกษา นิเทศ และการประเมินผลการปฏิบัติ การจัดการเกี่ยวกับการให้ยาและการรักษาตามแผนคำสั่งการรักษาของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบต่อผู้รับบริการเพื่อแสดงถึงคุณภาพของการพยาบาล (Joos, Nelson, and Lyness, 1985)

เวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน (Virginia Henderson) ได้ให้ความหมายการพยาบาลว่าเป็นหน้าที่โดยเอกภาพของพยาบาล ซึ่งต้องช่วยเหลือบุคคลทั้งเจ็บป่วยหรือปกติให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพหรือหายจากความเจ็บป่วย (หรือตายอย่างสงบ) ซึ่งโดยปกติบุคคลสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้เมื่อมีความเข้มแข็ง มีความตั้งใจและมีความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นการเพิ่มความสามารถความรู้ให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้เร็วที่สุด (Marriner, 1986)

โกเว่น (Gowan อ้างในพวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2522) ได้อธิบายว่าการพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในรูปศิลปะและวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งบุคคล โดยส่งเสริมปรับปรุงสภาพด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีและให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ให้การดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้เจ็บป่วย ตลอดจนให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ครอบครัวและชุมชน

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ซึ่งครอบคลุมถึงบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อผดุงหรือสร้างเสริมความมีสุขภาพดีของผู้รับบริการ สนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานในภาวะปกติ ภาวะเจ็บป่วย หรือแม้กระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการจะมีบทบาทที่เกี่ยวกับการสังเกต การสนับสนุน ประคับประคอง สื่อสาร จัดการ และดูแลซึ่งจะทำอย่างมีระเบียบภายใต้ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล การประเมินผู้รับบริการเป็นหลัก (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533)

ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนักนั้น สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา (American Association Critical Care Nurse) ได้กล่าวว่าเป็นการใช้ความรู้พิเศษ และทักษะความชำนาญทางการพยาบาล เพื่อปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ขอบเขตของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตินั้นหมายถึง การปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องระหว่างพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ และสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการของผู้ป่วยในระยะวิกฤตินั้น เน้นที่การสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยทั้งสิทธิในการปฏิเสธการรักษาหรือความตาย (Halloway, 1988)

## 1.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาล

มิสฟลอเรนซ์ไนติงเกิล (Florence Nightingale) กล่าวว่าบทบาทของพยาบาลคือการป้องกันกระบวนการทำลายซึ่งขัดขวางการดำรงชีวิตของบุคคล โดยการจัดสภาพทั่วไปให้มีประโยชน์ พยาบาลจะทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น อากาศบริสุทธิ์ แสงสว่าง น้ำสะอาด และอาหารที่เพียงพอ พยาบาลต้องใช้สามมัญญะในการจัดสิ่งดังกล่าวควบคู่ไปกับการรู้เดิม การสังเกต และความฉลาดข้างคิด (Marriner, 1986)

บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลแบ่งได้ 3 ประการใหญ่ด้วยกันคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2524)

1. Care การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นพื้นฐานการพยาบาล คือการทำให้ผู้ป่วยสุขสบายในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง การบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ การป้องกันโรคแทรกซ้อน

2. Curative nursing มีความสามารถความชำนาญในด้านการให้การรักษาดำเนินการรักษารักษาของแพทย์ การให้ยาตลอดจนการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

3. Counselling การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ทราบถึงโรคที่กำลังเผชิญวิธีปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ และการป้องกันการเกิดโรค

สุปราณี วังนอมร (2531) กล่าวว่าพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญอยู่ 3 บทบาท คือ

1. บทบาทของการรักษา (Therapeutic role) พยาบาลจะมีบทบาทด้านนี้มาก โดยเฉพาะ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผู้ป่วยวิกฤติ เช่น หน่วยงานบำบัดพิเศษ (Intensive Care Unit) พยาบาลมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์โรค และวางแผนการรักษาเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด สามารถสังเกตอาการเริ่มแรกของผู้ป่วย อาการที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากได้รับการรักษา และต้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดำเนินที่แพทย์ได้วางแผนไว้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่

2. บทบาทด้านการดูแล จุดมุ่งหมายของบทบาทนี้เพื่อการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้ป่วยโดยพยายามช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติได้มากที่สุด ดูแลให้ได้รับความสุขสบายปลอดภัยจากอันตราย และให้กลับคืนสู่สภาพที่ดีที่สุด และบทบาทในด้านนี้รวมถึงการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสตัดสินใจ และวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเองด้วย

3. บทบาทด้านสังคม ผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลต้องพลัดพรากจากครอบครัวและ ไม่ได้ปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ บางครั้งผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากเรื่องความเจ็บป่วยของตน และพยาบาลจะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล โดยการให้ข้อมูลหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและญาติ

เลสนิคและแอนเดอร์สัน (Lesnik and Anderson อ้างถึงในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2520) ได้แบ่งขอบเขตของการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกประการเป็นงานอิสระ (Independent area) และอีกหนึ่งประการเป็นงานไม่เป็นอิสระ (dependent area) คืองานที่เป็นอิสระ (Independent area) ได้แก่

1. การเอาใจใส่ดูแลให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลถูกต้อง ตรงกับความ ต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และปัญหาของผู้ป่วย

2. การสังเกตเกี่ยวกับอาการแสดงและปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจและความต้องการทุกชนิดเพื่อเป็นการประเมินความต้องการ และหาวิธีตอบสนองความต้องการนั้น ๆ ให้แก่ผู้ป่วย
3. การบันทึกรายงานที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
4. การนิเทศงานบุคลากรในระดับต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
5. การให้การพยาบาลที่ถูกต้องตามเทคนิคแก่ผู้ป่วย
6. การให้คำแนะนำชี้แจง และให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจแก่บุคคลทั่วไป
7. การให้การรักษาผู้ป่วย คือการให้ยา และการรักษาบางชนิดที่จะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นงานที่ไม่เป็นอิสระ

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักต้องปฏิบัติหน้าที่ที่เป็นอิสระ ไม่เป็นอิสระ และกึ่งอิสระ การปฏิบัติงานที่เป็นอิสระ คือการให้การพยาบาลภายในขอบเขตของพยาบาลรวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม การสอน การให้คำปรึกษา และการจัดระบบส่งต่อ การปฏิบัติงานที่ไม่เป็นอิสระ ได้แก่การปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้ยา และการปฏิบัติงานที่กึ่งอิสระ ได้แก่ การประสานงาน การพิจารณา ร่วมกับกับสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย (Halloway, 1988)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การพยาบาลเป็นการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือ ดูแลบุคคลทั้งที่มีสุขภาพดีจนถึงบุคคลที่เจ็บป่วย โดยใช้ศิลปะและความรู้ทางวิทยาศาสตร์รวมทั้งศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมุ่งเน้นที่การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ คงความสมคณย์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป้าหมายของการพยาบาลนั้นคือการที่บุคคลดำรงภาวะสุขภาพช่วยเหลือตนเองได้เร็วที่สุด หลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วยหรือดำรงชีวิตในระยะสุดท้าย ได้อย่างสงบสุข ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลนั้นต้องให้การช่วยเหลือบุคคลครอบคลุมทุกสภาวะ การที่บรรลุเป้าหมายการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น พยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลซึ่งแสดงถึงความเป็นวิชาชีพ และความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน แม้ว่าจะมีผู้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหลายด้านแตกต่างกัน แต่โดยสรุปแล้วพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญและเด่น

ชัดคือ บทบาทในการดูแล ซึ่งเป็นการดูแลให้ความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย และการช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและญาติ และการจัดสิ่งแวดล้อม บทบาทด้านสังคมได้แก่การให้คำแนะนำการสอนให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และบทบาทในการรักษา เช่นการให้ยาและการนำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัติ ตลอดจนการ ประเมินอาการของผู้ป่วยหลัง ได้รับการรักษา การที่พยาบาลจะใช้บทบาทใดมากนั้นขึ้นอยู่กับภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ ในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตนั้นพยาบาลจะต้องใช้บทบาททั้ง 3 บทบาทนี้ควบคู่กันไปเสมอ และต้องมีหลักทฤษฎีเป็นพื้นฐานร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล เป็นกลวิธีที่จะช่วยให้การพยาบาลบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

### 1.3 กระบวนการพยาบาล

ยูราและวอลซ์ (Yura & Walsh, 1978) ได้ให้ความหมายกระบวนการพยาบาลว่าเป็นวิธีการอย่างเป็นระบบในการรวบรวมข้อมูล และวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ วางแผนแก้ไขปัญหานำแผนการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ

เพ็ญศรี ระเบียบ (2528) กล่าวว่ากระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญในการให้บริการแก่บุคคลครอบครัว และชุมชน โดยนำวิธีแก้ปัญหามาใช้ในการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพอนามัย

กระบวนการพยาบาล เป็นการนำวิธีการแก้ปัญหาโดยทางวิทยาศาสตร์หรือการใช้ระเบียบวิธี การตัดสินใจในการพยาบาล โดยกระทำอย่างมีขั้นตอนและตามแบบของระบบมีกลไกเป็นวงจร (Dynamic Cycle Process) ต่อเนื่องกัน กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล 2) ให้ข้อวินิจฉัย 3) การสั่งการปฏิบัติ 4) การปฏิบัติ 5) การประเมินผล (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2522)

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการในทุกภาวะสุขภาพทั้งเป็นบุคคลครอบครัว และชุมชน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นระบบโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีที่สุด (ศิริพร ชัมภลลิขิต, วิมลรัตน์

กู่ระวุฒิดานิช และธีรณช ห้านิรัศย์, 2533)

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลนั้นจำแนกแตกต่างกันไป เช่น รอยด์ แบ่งกระบวนการพยาบาลเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินพฤติกรรมของผู้รับบริการ 2) การประเมินพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว 3) การระบุปัญหา 4) การกำหนดเป้าหมาย 5) การปฏิบัติการพยาบาล 6) การประเมินผล ส่วนการใช้กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีของ โอเรมนั้น แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัย การออกแบบและวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแบ่งขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลนั้นขึ้นอยู่กับการใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดใด ในที่นี้จะกล่าวถึงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่ใช้เป็นแนวปฏิบัติทั่วไป ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Shirley, Beth C, and Judith, 1986; Halloway, 1988; สัจจิรา เหลืองอมรเลิศ, สัจจิรา ล้อมอำนาจลาภ, และวิพร เสนารักษ์, 2533)

1. การประเมินผู้รับบริการ (Assessment) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ซึ่งต้องอาศัยความสามารถ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย การเก็บข้อมูลจำเป็นต้องมีกรอบแนวคิด และมีเครื่องมือเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้และสรุปสภาพปัญหา หรือระบุภาวะสุขภาพของผู้รับบริการว่าปกติหรือผิดปกติอย่างไร ขอบเขตของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลควรเป็นภาวะที่พยาบาลสามารถแก้ไขได้โดยอิสระ
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดไว้ การวางแผนจะเริ่มต้นโดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนการนำแผนไปปฏิบัติการ ดำเนินการ ในขั้นตอนนี้อาศัยความรู้ และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาล และศิลปะของการปฏิบัติการพยาบาล
5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ โดยพิจารณาว่าการปฏิบัติการพยาบาลนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ตามเกณฑ์ที่กำหนด ถ้าผลลัพธ์การพยาบาลนั้นบรรลุวัตถุประสงค์การปฏิบัติการพยาบาลก็ยุติ ในกรณีที่ไม่มีบรรลุวัตถุประสงค์พยาบาลจำเป็นต้องย้อนกลับมาประเมินใน

ทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลว่ามีข้อบกพร่องใด และปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่จนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์

ในปัจจุบันนี้การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับกรอบแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ นั้นเป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง เพราะช่วยให้การรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการเป็นระบบมากขึ้น กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญในวิชาชีพและสำคัญต่อผู้รับบริการ กล่าวคือจะช่วยให้ผู้รับบริการ ได้รับการตอบสนองความต้องการเฉพาะราย และส่งเสริมให้ผู้รับบริการ ได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ร่วมวางแผนกับพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและ เป็นการกระตุ้นให้พยาบาลได้แสดงบทบาทอิสระ ในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น การยอมรับการพยาบาลในฐานะวิชาชีพจะมีมากขึ้น (ศิริพร ชัมภลชิต และคณะ, 2533)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ ซึ่งมีการปฏิบัติอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนและเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกัน การใช้กระบวนการพยาบาลนั้น พยาบาลต้องใช้กรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับความต้องการหรือทฤษฎี หรือ มโนทัศน์ของบุคคลมาใช้ในการประเมินผู้รับบริการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และได้รับการตอบสนองความต้องการเฉพาะราย และเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลได้แสดงบทบาทอิสระ ให้เด่นชัดขึ้น

## 2. ความต้องการและทฤษฎีความต้องการ

ความต้องการมีความหมายได้หลายอย่างดังนี้ (Webster, 1971)

1. เป็นความจำเป็น บังคับหรือการขาดความสำคัญ
2. เป็นความปรารถนาเรียกร้องหรือใฝ่หาสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่ขาดไป เพื่อให้ได้มาเป็นของตน
3. เป็นความต้องการหาสิ่งที่เป็นประโยชน์มาทดแทนสิ่งที่ขาดไป
4. เป็นสภาวะการณ์ที่ขาดแคลน ซึ่งต้องการความช่วยเหลือ บรรเทา หรือจัดหามาให้หรือเป็นสภาวะที่ยากจนและมีความต้องการอย่างมาก



ความต้องการเป็นความปรารถนามีประโยชน์ และเป็นสิ่งจำเป็น (Kozier, and Glenora, 1988)

ความต้องการคือ ความพยายามของผู้ป่วยที่จะลดความไม่สบายต่าง ๆ และปรับปรุงสภาพความต้องการของคนให้เกิดความรู้สึกพอดี (Orlando อ้างในพาร์ดา อิบราฮิม, 2525)

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการเพื่อการดำรงชีวิตการพัฒนาการและการเจริญเติบโตวิธีการตอบสนองความต้องการให้สมบูรณ์นั้นอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลแต่ละโอกาสพยาบาลต้องวิเคราะห์สิ่งที่บุคคลยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองความต้องการ และวางแผนตอบสนองความต้องการให้บุคคลได้รับในระดับที่พึงพอใจ การปฏิบัติดังกล่าวนี้พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งมีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล พอจะสรุปได้ดังนี้

## 2.1 ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์

ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Abraham Maslow) ได้แสดงให้เห็นว่ามนุษย์มีความต้องการเพื่อการพัฒนาการตลอดชีวิต ความต้องการพื้นฐานเป็นความต้องการขั้นแรกของบุคคลเพื่อการอยู่รอดของชีวิต และเมื่อความต้องการขั้นนี้บรรลุแล้ว บุคคลจะแสวงหาความต้องการขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ ทฤษฎีนี้เรียกอีกอย่างว่าทฤษฎีพลังคน (Theory of human motivation) ซึ่งประกอบไปด้วย ความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมี 5 ขั้นตอน (Ellis, and Nowlis, 1985; Kozier, and Glenora, 1988; สุปราณี วตินอมร, 2531)

2.1.1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs or basic needs) เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิต และคงไว้ซึ่งดุลยภาพของสรีระ ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายและการขับถ่ายของเสีย และรวมไปถึงความต้องการทางเพศ ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นนี้เพียงพอแล้ว ก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ แต่ถ้าความต้องการขั้นนี้ได้รับการตอบสนองต่ำกว่าระดับที่ต้องการ บุคคลก็จะเกิดเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้

2.1.2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) ความต้องการความปลอดภัยนี้ เป็นความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลมีความต้องการความปลอดภัยทางร่างกายและต้องการความรู้สึกปลอดภัยที่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นต้องการอยู่ในภาวะ เบียบ การที่จะมี

ความรู้สึกปลอดภัยด้านจิตใจได้นั้น บุคคลจะต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ซึ่งอาจจะเริ่มจากครอบครัวต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยความจริงใจ และรู้จักความคาดหวังของสังคม ภาวะ เียบเพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของคนและผู้อื่น

2.1.3 ความต้องการความรัก และต้องการที่จะเป็นเจ้าของ (Love and belonging needs) บุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองจากการตอบสนองของผู้อื่น เช่นเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใดที่ผู้อื่นยอมรับก็จะแสดงพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับนั้น การเรียนรู้ช่วยให้บุคคลมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ และมีการแลกเปลี่ยนยอมรับซึ่งกันและกัน บุคคลทุกคนต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมต้องการความรักจากผู้อื่น และต้องการเป็นเจ้าของ

2.1.4 ความต้องการที่เป็นที่ยอมรับและยกย่อง (Esteem needs) หรือต้องการความภูมิใจ บุคคลทุกคนต้องการเป็นคนมีคุณค่าในสายตาของผู้อื่น ต้องการการยอมรับยกย่องจากสังคม ดังนั้นบุคคลจึงพยายามทำงานให้เต็มความสามารถด้วยความขยัน อดทน และปฏิบัติตนให้เหมาะสมเพื่อที่จะได้เป็นคนดี เป็นที่ยอมรับของสังคม

2.1.5 ความต้องการตระหนักในคุณค่าของตนเอง (The needs of self actualization) เป็นการพัฒนาความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ บุคคลต้องการรู้จักตนเอง เข้าใจ ความสามารถ ความถนัด ความสนใจ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเลือกทำในสิ่งที่ตนต้องการอย่างแท้จริงด้วยความพึงพอใจ

นอกจากนี้ยังมีลำดับชั้นความต้องการที่สูงขึ้น คือ ความต้องการความรู้และความเข้าใจ (The needs of know and understand) เป็นความต้องการที่บุคคลพยายามค้นหาคำตอบ และนำไปสู่ความรู้ที่ก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และความต้องการขั้นสุดท้าย คือความต้องการความสวยงาม เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นในบุคคลที่สนใจทางศิลปะสร้างงานที่เป็นสิ่งสวยงามพึงพอใจของผู้อื่น (Ellis, and Nowlis, 1985)

จากลำดับชั้นความต้องการของ Maslow นั้นคาริส (Kalish, 1977) ได้ปรับลำดับชั้นความต้องการโดยแบ่งลำดับความต้องการระหว่างความต้องการด้านร่างกายและความต้องการมั่นคงปลอดภัยเพิ่มขึ้น ลำดับชั้นที่คาริส (Kalish) ได้เสนอนี้ ได้แก่ ความต้องการทางเพศ การออกกำลัง การสำรวจและการค้นหาความแปลกใหม่ในเด็กความต้องการสำรวจและการจัดกระทำ (Manipulate) เป็นความต้องการที่จะนำไปสู่การพัฒนาและการเจริญเติบโต และในผู้ใหญ่ ความต้องการความแปลกใหม่เป็น ความต้องการประสบการณ์ ก่อนถึงความต้องการมั่นคงปลอดภัย (Kalish, 1977 quoted in Kozier, and Glenora, 1988)

## 2.2 แนวคิดความต้องการของแฮนเดอร์สัน

แฮนเดอร์สัน ให้ความหมายความต้องการของมนุษย์ว่าเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อสุขภาพหรือการหายของโรคหรือตายอย่างสงบ ความต้องการพื้นฐานเป็นความต้องการโดยทั่วไปของบุคคลทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรม เพศ อายุ แต่วิธีการตอบสนองความต้องการให้สมบูรณ์นั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลแต่ละโอกาส ความต้องการของผู้ป่วย 14 ประการซึ่งพยาบาลต้องประเมินได้แก่ (Henderson quoted in Luckmann and Sorensen, 1980: Marriner, 1986)

- 1) ความต้องการการหายใจเป็นปกติ
- 2) ความต้องการอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ
- 3) ความต้องการขยับถ่ายของเสีย
- 4) ความต้องการการเคลื่อนไหว และคงไว้ซึ่งรูปร่าง เช่น การเดิน นั่งและการเปลี่ยนท่า
- 5) ความต้องการนอนหลับและพักผ่อน
- 6) ความต้องการเสื้อผ้า
- 7) ความต้องการรักษาระดับอุณหภูมิของร่างกายให้เป็นปกติ โดยการเลือกสวมเสื้อผ้าหรือปรับสิ่งแวดล้อม
- 8) การรักษาความสะอาดของร่างกาย
- 9) การหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อมและหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งอื่น
- 10) การติดต่อสื่อสารการแสดงความรู้สึก ความต้องการและความกลัว
- 11) การทำงานตามความเชื่อมั่นศรัทธาของตน
- 12) การทำงานให้ประสบความสำเร็จ
- 13) การเล่นหรือมีส่วนร่วมในการบันเทิงต่าง ๆ
- 14) การเรียนรู้ค้นคว้า หรือพึงพอใจในการหาความแปลกใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา และภาวะสุขภาพ

การประเมินความต้องการของผู้ป่วยทั้ง 14 ประการนี้เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติพยาบาลซึ่งพยาบาลต้องประเมินแต่ละความต้องการ และรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพปกติและความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นด้วย

## 2.3 แนวคิดความต้องการของเครเกิล

เครเกิล (Kragel quoted in Luckmann, and Sorenden, 1980) ได้แบ่งความต้องการออกเป็นหมวดใหญ่ ๆ 3 ด้าน รวม 22 รายการดังนี้

2.3.1 ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ความต้องการอากาศหายใจ การพักผ่อนนอนหลับอาหาร น้ำ การขยับถ่าย การรักษาระดับอุณหภูมิของร่างกายการมีสภาพผิวหนังที่แข็งแรงคุ้มครองความปลอดภัยของร่างกาย การได้อยู่ในที่เงียบสงบ การเคลื่อนไหวความปลอดภัยจากความเจ็บปวด และความสบาย และการได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า

2.3.2 ความต้องการด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ ความมีเอกลักษณ์ในการเลือกและการควบคุมตนเองมีโอกาสและความสำเร็จ มีความมั่นคงและมีความรู้ซึ่งแสดงถึงการรับรู้สุขภาพ การสื่อสาร มีความเป็นบุคคลโดยสมบูรณ์ ได้รับการยอมรับเคารพนับถือ ในด้านสถานภาพ ความสำเร็จ ความนับถือในตนเอง ศักดิ์ศรี และความเป็นบุคคล ได้รับการปฏิบัติจากคนอื่นด้วยดีได้รับการเคารพในสิ่งที่ไม่ควรเปิดเผยทั้งด้านร่างกายและข้อมูลที่เป็นความลับส่วนตัว

2.3.3 ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความต้องการเชื่อมั่น ความไม่ซับซ้อน เป็นสามัคคีความยืดหยุ่น ความมีค่าทั้งในด้านฐานะ เศรษฐกิจและสังคม และความปลอดภัยจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

#### 2.4 แนวคิดความต้องการของเอลลิสและนอร์ส

เอลลิสและนอร์ส (Ellis, and Nowlis, 1985) กล่าวว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานของงานและการปฏิบัติพยาบาล ดังนั้น ความต้องการแต่ละชนิดของผู้ป่วยมีความต้องการความปลอดภัยเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วย และแบ่งความต้องการของบุคคลดังนี้

2.4.1 ความต้องการความปลอดภัย เป็นความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แสดงความรู้สึกความเป็นอยู่ที่ดี การตอบสนองความต้องการในด้านนี้ได้แก่ การเฝ้าระวังดูแลสิ่งแวดล้อมในการบริการด้านสุขภาพ และความห่วงใยในความปลอดภัยทางด้านร่างกายของผู้ป่วย จำเป็นต้องดูแลให้เครื่องมือทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการคิดพิจารณาเกี่ยวกับการให้ยา ความต้องการความปลอดภัยด้านจิตใจนั้นเน้นที่ประเด็นด้านจริยธรรม การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจังจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล

2.4.2 ความต้องการด้านจิตใจ หมายถึง ความต้องการรู้จักตนเองการมีสุขภาพจิตที่ดีมีความสำนึกในคุณค่าและความเชื่อ ความต้องการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นความต้องการอย่างมากของผู้ป่วยเพื่อที่จะเข้าใจว่าอะไรเกิดขึ้น การอธิบายเหตุผลเป็นสิ่งสำคัญมากเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความต้องการการพัฒนาด้านเต็มทีตลอดวงจรชีวิต ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม วัฒนธรรม และจริยธรรมของตน ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของความต้องการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์และความรู้สึกควบคุมจิตใจตนเองได้ เป็นความรู้สึกสำนึกคุณค่าของตนเองความต้องการพิจารณาถึงคุณค่า และความเชื่อของตน รวมทั้งความต้องการรู้จักตนเองเกี่ยวกับเพศ

2.4.3 ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการทางเพศ การออกกำลังกาย ความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ต้องการนอนหลับและพักผ่อน ต้องการได้รับอาหารอย่างเพียงพอ การขับของเสียออกจากร่างกายมีการไหลเวียนเลือดเป็นปกติ มีความต้องการน้ำและ อิเล็กโทรไลต์และความต้องการควบคุมและรับความรู้สึก

2.4.4 ความต้องการอื่น ๆ ได้แก่ ความปลอดภัยจากความเจ็บปวด การเผชิญกับการสูญเสียหรือความตาย

## 2.5 แนวคิดความต้องการของลักแมนและโซเรนเสน

ลักแมนและโซเรนเสน (Luckmann, and Sorensen, 1980) ได้สรุปความต้องการไว้เป็น 4 ด้าน คือ

2.5.1 ความต้องการด้านร่างกาย ประกอบด้วยกระบวนการทางร่างกายทั้งหมดของการดำรงชีวิต เช่น การหายใจ การขับถ่ายของเสีย ระบบหัวใจและการไหลเวียน การเคลื่อนไหว

2.5.2 ความต้องการทางสังคมเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันของบุคคลกับผู้อื่น เช่น การติดต่อสื่อสาร ความรู้สึกเป็นเจ้าของและต้องการเป็นที่รักของคนอื่น

2.5.3 ความต้องการทางอารมณ์เป็นความรู้สึกซึ่งบุคคลแสดงออก เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล สนุกสนานร่าเริง ความสุขและความว่าเหว่

2.5.4 ความต้องการทางความคิดสติปัญญาเป็นความต้องการคิดและมีเหตุผล เช่น การเรียนรู้ การใช้เหตุผล การแก้ไขปัญหา เป็นต้น

สิ่งที่ส่งผล กระทบต่อความต้องการพื้นฐานของคนอาจเกี่ยวข้องกับสถานะการณ์ของบุคคลนั้น การพัฒนาการ วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และอาจเกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ ซึ่งแตกต่างกันไปสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างย่อมทำให้คนมีความต้องการแตกต่างกัน โครงสร้างทางสังคม เช่น บุคคลที่มาจากครอบครัวที่อบอุ่น หรือครอบครัวที่แตกแยกย่อมมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่างกัน และมีความต้องการต่างกัน ในด้านอัตมโนทัศน์ บุคคลที่มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง ย่อมตระหนักถึงความต้องการของตนและพยายามตอบสนองความต้องการของตน และประการสุดท้ายคือความเจ็บป่วยจะ เป็นอุปสรรคที่ขัดขวางความสามารถในการตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525; Kozier, and Glenora, 1988)

จากแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น แม้จะแบ่งความต้องการแตกต่างกันออกไป แต่เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วพอสรุปได้ว่าความต้องการของบุคคลประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ความต้องการ น้ำ อาหาร อากาศ การขับถ่ายของเสีย ระบบหัวใจ และการไหลเวียน ความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และความต้องการด้านสังคม ซึ่งรวมถึงความต้องการความรัก การยอมรับนับถือทั้ง 3 ส่วนนี้เป็นส่วนประกอบของบุคคล คือ กายจิต และสังคม บุคคลทุกคนมีความต้องการเหมือนกันไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันในด้านเพศ วัฒนธรรม หรือฐานะ เศรษฐกิจ แต่จะแตกต่างกันในวิธีการตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล เมื่อความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีความสมดุลย์มั่นคงในการดำรงชีวิต ถ้าความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ได้รับการตอบสนองก็จะก่อให้เกิดปัญหาซึ่งเกิดอันตรายต่อสุขภาพ เกิดโรค หรือเจ็บป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจะเป็นบุคคลที่ช่วยสนับสนุน จัดหาและดูแล ส่งเสริมให้บุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับที่พึงปรารถนา

### 3. แบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) แนวคิดนี้ เมย์เจอร์ กอร์ดอน (Majory Gordon) ได้พัฒนาขึ้นจากความเชื่อว่า บุคคลมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความปกติ (Function) หรือความผิดปกติ (Dysfunction) ของแบบแผนสุขภาพ

กอร์ดอน (Gordon) ได้ให้ความหมายของแบบแผนว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ต่อเนื่องกัน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ส่วนแบบแผนสุขภาพ หมายถึงแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ (Gordon, 1987)

#### 3.1 คุณลักษณะของแบบแผนสุขภาพ

3.1.1 แบบแผนสุขภาพ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมทุกประเภท ในแต่ละแบบแผนจะแสดงออกถึงพฤติกรรมทางด้านกาย จิต สังคม หรือทั้งบุคคล รวมทั้งพัฒนาการ ในแต่ละแบบแผน เช่น การรับประทานอาหารของคนนั้น คนจะมีนิสัยการรับประทานอาหารอย่างไรขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม

3.1.2 แบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน จะมีความเกี่ยวข้องเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน ความผิดปกติของแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากสาเหตุในแบบแผนอื่นได้ เช่นคนที่มีความเครียดสูง

ซึ่งความผิดปกติในแบบแผนความเครียดและการเผชิญต่อความเครียด แต่อาจเป็นผลทำให้เกิดการนอนไม่หลับ หรือเบื่ออาหาร ซึ่งหมายถึงแบบแผนการนอนหลับพักผ่อน และแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารผิดปกติ

3.1.3 แบบแผนที่ผิดปกติ ที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติจะ เกิดจากโรคและความเจ็บป่วย แบบแผนที่ผิดปกติจะทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยได้ ซึ่งมีความเป็นเหตุและผลระหว่างแบบแผนสุขภาพ เช่น เมื่อรับประทานอาหารไม่สะอาดทำให้เกิดอาการท้องร่วง และเมื่อเกิดโรคแล้วจะมีผลต่อการดูดซึมของสารอาหารและน้ำ ซึ่งมีผลกระทบต่อแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญอาหาร

3.1.4 การพิจารณาคัดลึนว่าแบบแผนสุขภาพผิดปกติหรือไม่ มีแนวทางพิจารณาเปรียบเทียบจากการประเมินสภาพ กับบัทสถาน (norm) ซึ่งประกอบด้วย 1) บัทสถานของแต่ละบุคคล 2) บัทสถานตามกลุ่มอายุ 3) บัทสถานของสังคม วัฒนธรรม ศาสนา เช่น บัทสถานของวัฒนธรรม ศาสนา สังคม จะมีผลในการตัดสินพิจารณาความผิดปกติในด้านพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกทางจิต สังคม เช่น แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ คุณค่าและความเชื่อ และบัทสถานของบุคคล และกลุ่มอายุจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมภายในในบางแบบแผน เช่น ค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในร่างกาย

3.1.5 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะกำหนดทั้งในแบบแผนที่ปกติ อาจผิดปกติ และแบบแผนที่ผิดปกติ

3.1.6 พยาบาลมีหน้าที่ในการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในแบบแผนแต่ละแบบแผน และส่งเสริมให้แต่ละแบบแผนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น บทบาทของพยาบาลครอบคลุม 4 บทบาทหลัก ได้แก่ บทบาทของการดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ บทบาทป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

### 3.2 ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน

แนวคิดและองค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนนั้น ในแต่ละแบบแผนมีขอบเขต และถูกพัฒนาขยายขอบเขตดังนี้ (Gordon, 1982, 1987; สัจจิรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2533; ศิริพร ชัมภลลิขิต และคณะ, 2533)

3.2.1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health Management) หมายถึง การรับรู้และความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ขอบเขตของการดูแลสุขภาพนี้ครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ทั้งในภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะที่เจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพและจิต และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงที่พบในแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การขาดความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายและความไม่ร่วมมือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือ หรือความบกพร่องในการดูแลตนเอง อาจเกิดจากสาเหตุของความจำเสื่อม ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัจจัยทางการรักษา ความยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติตน ขาดการติดตามนิเทศ และไม่ได้รับการช่วยสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน การเปลี่ยนแปลงบทบาท เช่น ออกจากงาน (Thompson, et al., 1986, Carpenito, 1987)

3.2.2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (Nutritional and Metabolic) หมายถึง แบบแผนการรับประทาอาหารและน้ำของบุคคลที่เหมาะสมกับความต้องการการเผาผลาญ หรือนิสัยบริโภค เช่น จำนวนมื้อที่รับประทาน ชนิดและคุณภาพของอาหารที่รับประทาน กระบวนการเผาผลาญของร่างกาย การควบคุมสารน้ำและอิเล็กโทรลิต์ในร่างกาย การเจริญเติบโต ภูมิคุ้มกันของร่างกาย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และ อุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทาอาหาร การเผาผลาญ และการใช้สารอาหารและน้ำ การประเมินร่างกายของแบบแผนนี้ รวมถึงการดูลักษณะผิวหนัง การเกิดบาดแผล และการหายของแผล การวัดส่วนสูงและชั่งน้ำหนัก (Gordon, 1982, 1987)

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ ได้แก่ ความผิดปกติของการเผาผลาญ ปัญหาการดูดซึมอาหารผิดปกติ การรักษาบางอย่าง เช่น การรักษาด้วยรังสี การผ่าตัด และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึมเศร้า และการขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ เป็นต้น (Carpenito, 1987)

3.2.3 แบบแผนการขับถ่าย (Elimination) คือแบบแผนในการขับถ่ายของเสียของร่างกายทางลำไส้ ทางกระเพาะปัสสาวะและทางผิวหนัง รวมทั้งการรับรู้ของบุคคลต่อ



การขยับถ่ายของเสียที่ปกติ การใช้ยาระบายเป็นประจำ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการขยับถ่ายในเรื่องเวลา ปริมาณ เช่น ท้องผูก ท้องเดิน บัสสาวะค้าง กลั้นบัสสาวะไม่ได้ (Gordon, 1982, 1987; สัจจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2533) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเปลี่ยนแปลงแบบแผนนี้ได้แก่ ปัจจัยด้านพยาธิสภาพที่ทำให้ประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวและประสาทรับความรู้สึกบกพร่อง โรคเกี่ยวกับการเผาผลาญและต่อมไร้ท่อ ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางชนิด และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและบุคคล ได้แก่ การขาดการเคลื่อนไหว ขาดการออกกำลังกาย ได้รับน้ำและอาหารไม่เพียงพอ มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Carpenito, 1987)

3.2.4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity-Exercise) หมายถึง แบบแผนการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมในงานอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ แบบแผนการออกกำลังกาย กระบวนการทำงานของร่างกาย ที่ส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การพัฒนาการและการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียน บัณฑิตส่งเสริมและปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย จิตใจอารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงแบบแผนกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย เกิดจากสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านพยาธิสรีรภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงการขนส่งออกซิเจน เนื่องจากการทำงานของหัวใจผิดปกติ ความผิดปกติของระบบหายใจและการทำงานของต่อมไร้ท่อ ภาวะโภชนาการและการติดเชื้อ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การผ่าตัด การได้รับยาบางอย่าง ต้องนอนพักรักษาเป็นเวลานานและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ซึมเศร้า แบบแผนชีวิตเปลี่ยนแปลง ความเครียด หรือการเหนื่อยล้าจากการได้รับสิ่งกระตุ้นเพิ่มมากขึ้นหรือลดน้อยลง (Thompson, et al., 1986; Carpenito, 1987)

3.2.5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (Sleep-Rest) หมายถึง แบบแผนการนอนและกระบวนการนอนหลับและการผ่อนคลายของบุคคล ความต้องการการนอนหลับมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุ เวลาทั้งหมดในการนอนหลับจะมากที่สุดของเด็กแรกเกิดและเวลาจะลดน้อยลง เมื่ออายุมากขึ้น และจำนวนครั้งของการตื่นในเวลากลางคืนจะเพิ่มมากขึ้นในอายุ 40 ปี โดยปกติบุคคลในวัยผู้ใหญ่ใช้ระยะเวลาในการนอนหลับ 6-9 ชั่วโมง ความต้องการการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของชีวิต เมื่อสภาวะร่างกายเปลี่ยนแปลง ไปจะมี

ผลกระทบต่อความต้องการนอนหลับด้วย บุคคลที่ได้นอนหลับไม่เพียงพอจะมีความยากลำบากในการทำงานเต็ม มีความตั้งใจช่วงสั้นลงและบางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางจิต บุคคลที่นอนไม่เพียงพอจะแสดงอาการเหนื่อยล้า ง่วง ต้องการนอนมากขึ้น และบางทีมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การรบกวนการนอนอาจเกิดจากสาเหตุทั้งภายนอกและภายใน เช่น เสียงดัง แสงสว่าง เสียงเค็กร้อง หรือนอนเตียงไม่สุขสบาย คนจำนวนมากมีความรู้สึกไวต่อการเปลี่ยนแปลงสถานที่นอนทำให้หลับยาก เช่น การเข้าโรงพยาบาล นอกจากนี้ความเจ็บปวด ความหิว ใจหายใจเหนื่อยหอบ หรือการดื่มชา กาแฟ แอลกอฮอล์ หรือยานอนหลับ มีผลกระทบต่อความต้องการนอนหลับ (Thompson, et al., 1986) ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลแบบแผนการนอนหลับต้องประเมินเวลาเข้านอน ตื่นนอน สิ่งที่ทำให้หลับยาก อาการที่แสดงถึงปัญหาของการนอนหลับไม่เพียงพอ เช่น เหนื่อยล้า อ่อนเพลียเมื่อดื่นนอน หลับ ๆ ตื่น ๆ (Gordon, 1982, 1987; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2533)

3.2.6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-Perceptual) หมายถึงแบบแผนที่เกี่ยวกับความสามารถของบุคคล ในการรับรู้สิ่งเร้า การตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับรู้ความรู้สึกสัมผัส ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับความรู้สึกสัมผัส ความสามารถและการพัฒนาการทางสติปัญญา เช่น ความจำ ความคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา การประเมินปัญหาในด้านนี้ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเขา ความสามารถของผู้ป่วยในการตอบคำถามหรือปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ระดับของสติปัญญา และการพัฒนาการด้านจิตใจรวมทั้งความบกพร่องของอวัยวะรับความรู้สึก ตา หู สัมผัส และการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับความคิด เช่น การไหลเวียนของเลือด การหายใจและการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด ความรุนแรงของความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด (Gordon, 1982, 1987) การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ความรู้สึก มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงจากความผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก การได้รับการรักษาบางอย่าง เช่น ถูกตัดอวัยวะบางส่วน การได้รับยานอนหลับ การผ่าตัด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและบุคคล เช่น ถูกแยกจากสังคม ความเจ็บปวด ความเครียด และสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งเร้ามากขึ้นหรือลดน้อยลง (Carpenito, 1987)

3.2.7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-Perception) หมายถึงความคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อตนเองในภาพรวม และในแต่ละคุณลักษณะ เช่นความสวยงาม

ความภูมิใจในตนเอง ชอบเขตของแบบแผนนี้ ได้แก่ ภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ความภาคภูมิใจในตนเอง (Gordon, 1987) สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ตนเอง ได้แก่ คุณลักษณะทางร่างกายจิตใจที่แสดงออกตั้งแต่เกิด ครอบครัว และองค์ประกอบอื่นในสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ที่ได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม วัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเองและภาพลักษณ์ เกิดจากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงดังนี้คือ ปัจจัยด้านพยาธิสภาพเช่น ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียอวัยวะ ปัจจัยด้านการรักษา เช่น การเข้ารักษาในโรงพยาบาลในระยะสุดท้ายหรือด้วยความเจ็บป่วยเรื้อรัง การผ่าตัดปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น การหย่าร้าง การแยกหรือสูญเสียบุคคลสำคัญ ความเจ็บปวดถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรืออวัยวะบางส่วนสูญเสียหน้าที่และการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการและการเจริญเติบโต เช่น วัยกลางคนเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เข้าสู่วัยชราและระดับฮอร์โมนลดลง บุคคลที่มีแบบแผนการรับรู้ตนเอง ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจะมีลักษณะการแสดงออกไม่เฉพาะเจาะจง ลักษณะการตอบสนอง เช่น ปฏิเสธที่จะสัมผัสหรือมองตนเอง ไม่สนใจที่จะพูดถึงข้อจำกัด หรือรูปร่างความผิดปกติของตน ปฏิเสธที่จะรับการฟื้นฟูสภาพ มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีอารมณ์เศร้าโศก โกรธ ไม่สนใจดูแลตนเอง มีพฤติกรรมทำร้าย แยกตัวออกจากสังคมและความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง การแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกที่พบได้บ่อยคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง สูญเสียอำนาจ กลัว และวิตกกังวล (Thompson et al., 1986; Carpenito, 1987)

3.2.8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role-relationship) หมายถึงแบบแผนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว สังคม รวมถึงในสถานที่ทำงาน ความพึงพอใจในบทบาทและสัมพันธ์ภาพที่เป็นอยู่ (Gordon, 1987) การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนบทบาท และสัมพันธ์ภาพจะประเมินจากความสามารถในการติดต่อสื่อสาร กระบวนการของครอบครัว การปฏิบัติบทบาทของบิดามารดา ความสูญเสีย สัมพันธภาพทางสังคม สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถ ในการติดต่อสื่อสารอาจเกิดจากความผิดปกติทางสมองและระบบประสาท การได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหลอดเลือด กล้องเสียง หรือการใส่ท่อช่วยหายใจ ความเจ็บปวด หรือความแตกต่างในการใช้ภาษาและมีความบกพร่องด้านจิตใจ ส่วนการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการครอบครัวอาจมีสาเหตุจาก ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีผลกระทบต่ออารมณ์ของบุคคลในครอบครัว และการดำเนินแบบแผนชีวิต ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยน

แปลงในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงจาก ความจำกัดทางร่างกาย ความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะหรือสูญเสียอวัยวะบางส่วน การได้รับการรักษาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าสังคม และสาเหตุจากสภาวะแวดล้อมและบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึมเศร้า วิตกกังวล ความคิดผัดบดกิด หย่าร้างหรือคู่ชีวิตถึงแก่กรรมหรือถูกแยกจากสังคม (Carpenito, 1987)

3.2.9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive) หมายถึง แบบแผนที่เกี่ยวกับความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ การหมดประจำเดือน และที่ผู้รับบริการเห็นว่าเป็นปัญหา (Gordon, 1987; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2533) ความผัดบดกิดของการทำหน้าที่แบบแผนเพศสัมพันธ์อาจเริ่มจากภาวะจิตใจ ร่างกายหรือผลจากความเจ็บป่วย ความเครียด (Thompson et al., 1986) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์เปลี่ยนแปลง ได้แก่ ปัจจัยทางพยาธิสภาพ เช่น โรคทางต่อมไร้ท่อ อวัยวะเพศ โรคระบบประสาทและกระดูก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ยาบางชนิด การรักษาด้วยรังสี การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง และปัจจัยด้านบุคคล และสิ่งแวดล้อม เช่น การแยก การหย่าร้าง ความไม่คุ้นเคยสถานที่ ขาดความเป็นส่วนตัว การอยู่โรงพยาบาล และความเครียด อาการเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ

3.2.10 แบบแผนการเผชิญความเครียด และความทนต่อความเครียด (Coping-Stress Tolerance) หมายถึง แบบแผนการเผชิญความเครียดที่ใช้โดยทั่วไป และประสิทธิภาพของวิธีที่ใช้ถูกต้องเหมาะสมต่อเหตุการณ์ และช่วยให้มีความทนต่อความเครียดเพิ่มขึ้น ความสามารถและแหล่งสนับสนุนของผู้รับบริการในการเผชิญความเครียด กอร์ดอน ได้อธิบายรายละเอียดของแบบแผนนี้ว่า ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งที่ทำลายหรือคุกคามต่อชีวิตของบุคคล สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) ทำให้เกิดการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ และทำให้เกิดการเจริญเติบโต การพัฒนาการหรือเกิดความผัดบดกิดที่นำไปสู่ความวิตกกังวล ความกลัว ซึมเศร้าและการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ตนเอง หรือ บทบาทสัมพันธภาพ แบบแผนการเผชิญความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลตอบสนองตามปกติต่อสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดและแบบแผนความทนต่อความเครียด หมายถึง ประสิทธิภาพของบุคคลที่สามารถควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Gordon, 1987) สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแบบแผนการเผชิญ

ความเครียดและความทนต่อความเครียดเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ บั๊จจัยทางพยาธิสภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากชีวเคมีผิดปกติ ความผิดปกติทางสมอง และบั๊จจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความไม่เพียงพอในการสนับสนุนทางสังคม สภาวะทางอารมณ์ถูกทำลาย เช่น การตาย การแยกหย่าร้าง การได้รับสิ่งเร้าความรู้สึกเพิ่มมากขึ้น และแหล่งสนับสนุนด้านจิตใจไม่เพียงพอ ความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ มีความเชื่อเกี่ยวกับตนเองในด้านลบ ขาดแรงจูงใจและช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ (Carpenito, 1987)

3.2.11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม (Value-belief) หมายถึงแบบแผนเกี่ยวกับค่านิยม จุดมุ่งหมายชีวิต ความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางวิญญาณที่นำไปสู่ความเชื่อ การตัดสินใจ รวมถึงการยอมรับว่ามีความสำคัญต่อชีวิตและสิ่งที่ขัดแย้งกับความเชื่อ ค่านิยมหรือความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Gordon, 1987; สัจจิรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2533) ขอบเขตของความเชื่อ และค่านิยม ในแบบแผนนี้อาจเป็นความขัดแย้งของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างความเชื่อทางศาสนา หรือทางวิญญาณกับข้อปฏิบัติด้านสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ ความทุกข์ทรมานหรือความตาย ความแตกต่างของวัฒนธรรมกับข้อปฏิบัติด้านสุขภาพ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวเสียชีวิต (Barry, 1989) ในการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 5 ได้ให้ความหมายของความบกพร่องหรือความผิดปกติด้านวิญญาณว่าหมายถึง การแยกจากศาสนา หรือจากสิ่งยึดเหนี่ยวทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ขัดแย้งความเชื่อและค่านิยม ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติตามคุณธรรมจริยธรรมของการรักษาหรือเป็นผลจากความทุกข์ทรมานที่เพิ่มมากขึ้น หรือเป็นผลจากความเจ็บป่วย มากกว่าที่จะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย (Thompson, et al., 1986) สาเหตุและบั๊จจัยที่ทำให้รบกวนต่อความเชื่อ ได้แก่ บั๊จจัยด้านพยาธิสภาพ เช่น การสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกายความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ความเจ็บปวด บั๊จจัยที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น การทำแท้งการผ่าตัด การแยกตัว การจำกัดอาหาร การให้เลือด ยา บั๊จจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมเช่นความตาย หรือความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด การขัดขวางต่อการปฏิบัติพิธีทางศาสนา อุปสรรคขณะอยู่โรงพยาบาลต่อการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา เช่น การอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ขาดความเป็นส่วนตัว ขาดอาหารเฉพาะตามความเชื่อ หรือการมีความเชื่อที่ขัดแย้งกับครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Carpenito, 1987)

แบบแผนสุขภาพจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น พันธุกรรม การพัฒนาการของบุคคล ความรู้ เจตคติ ระบบสนับสนุน ทรัพยากร และ ระบบบริการสาธารณสุข ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปกติ หรือเป็นอุปสรรคให้พฤติกรรมสุขภาพเบี่ยงเบนจากปกติก็เป็นได้ การใช้กระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพนั้น พยาบาลจะต้องประเมินสภาพของผู้รับบริการทั้ง 11 แบบแผน และนำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งเน้นทั้งภาวะที่ปกติและผิดปกติของแต่ละแบบแผน และวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนตามที่กำหนดตลอดจนปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งการแก้ไข ป้องกัน และส่งเสริมพฤติกรรมในแต่ละแบบแผน และในขั้นสุดท้ายคือการประเมินผล ซึ่งจะประเมินผลในแบบแผนที่ผิดปกติ หลังจากได้รับการพยาบาลแล้วว่าเป็นปกติหรือไม่ ถ้ายังมีความผิดปกติต้องได้รับการวางแผนการพยาบาลใหม่ เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไป

ศิริพร ชัมภลชิต และคณะ (2533) ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับจุดดีจุดอ่อนของแบบแผนสุขภาพดังนี้คือ

### 1. จุดดี

1.1 เป็นกรอบแนวคิดที่สอดคล้องกับธรรมชาติของการปฏิบัติการพยาบาล เพราะการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ และมุ่งให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมภายนอกที่ถูกต้อง การใช้กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ จะช่วยให้ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลเด่นชัด โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการมีศักยภาพในการช่วยตนเองให้มากที่สุด

1.2 เป็นแนวคิดที่กว้างสามารถพัฒนาผสมผสานกับรูปแบบทางการพยาบาลอื่น ๆ

1.3 มีความยืดหยุ่นในการใช้สูง ทำให้นำไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการในทุกภาวะสุขภาพ ทั้งที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน บุคคลที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย

1.4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพนี้ เป็นที่ยอมรับของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา เหนือ ซึ่ง เป็นข้อดีและเป็นแนวทางที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละข้อวินิจฉัยต่อไป

1.5 เป็นแนวคิดที่ยอมรับและมีการนำไปใช้เป็นกรอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการพยาบาลบุคคลทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในด้านจิตสังคม และการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ

1.6 ง่ายต่อความเข้าใจ และไม่แตกต่างจากความเชื่อพื้นฐานเดิมเกี่ยวกับคน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

## 2. จุดอ่อน

2.1 ยังเป็นแนวคิดเพียงพื้นฐานของการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการแพทย์ และไม่ได้ให้ความหมายชัดเจนของการพยาบาลในการแก้ไข้ปัญหา

2.2 แบบแผนแต่ละแบบแผนมีความเกี่ยวข้องกัน ยังจำเป็นที่จะต้องนำไปทดลองใช้ และกำหนดขอบเขตของแต่ละแบบแผนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.3 แต่ละแบบแผนมีความซับซ้อน และขนาดต่างกัน บางแบบแผนมีความเกี่ยวพัน และซับซ้อนมากกว่าแบบแผนอื่น ๆ

การใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon เป็นแนวทางในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยนั้น ในปัจจุบันนี้เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง เพราะสามารถใช้ประเมินได้กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในทุกภาวะสุขภาพ ทั้งที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะวิกฤต และในทุกกลุ่มอายุ ทั้งในรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเมื่อพิจารณาแบบแผนสุขภาพแบบแผนนั้นจะเห็นได้ว่า ประกอบ ด้วยพฤติกรรมสุขภาพด้านกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของบุคคล และเมื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาล มีความเด่นชัดมากขึ้นในลักษณะของการพยาบาลแบบองค์รวม

## 4. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction)

### 4.1 ความหมาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยง ไม่เพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่ได้ ทำให้เมตดาบอลิซึมของเซลล์หยุดลงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและออกซิเจน เกิดการตายเฉียบพลันของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524; สมจิต หนูเจริญกุล, 2529)

### 4.2 สาเหตุ

4.2.1 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจาก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2529)

- 1) มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง

(atherosclerosis)

2) Coronary artery spasm

3) หลอดเลือดโคโรนารีอักเสบ

4) มีการไหลเวียนของเลือดผิดปกติ เช่น shock ความดัน diastolic ลดลงภาวะการไหลเวียนล้มเหลวอย่างรุนแรงทำให้เลือดไหลเวียนไปยังหลอดเลือดโคโรนารีลดลงอย่างมากทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

4.2.2 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค หลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ เพศ โรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเส้นเลือด ความอ้วน การสูบบุหรี่ แบบแผนการทำงานที่ต้องนั่งตลอดเวลาไม่ได้ออกกำลังกายและองค์ประกอบด้านจิตใจ (Thompson, et al., 1986)

1) อายุและเพศ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุ การตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ พบในผู้ชายเป็น 5 เท่าของผู้หญิง ในกลุ่มอายุ 35-40 ปีและอายุ 60 ปี หรือมากกว่า 60 ปี พบในผู้ชายได้ 2-3 เท่า อย่างไรก็ตามสัดส่วนนี้อาจเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในคนอายุต่ำกว่า 30 ปีมีความสัมพันธ์กับการเกิด Hyperlipidemia Hypertension และผู้สูบบุหรี่

2) ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถ้าความดัน Systolic สูงกว่า 160 มม.ปรอท และความดัน Diastolic สูงกว่า 95 มม.ปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนอายุน้อย

3) ระดับไขมัน ระดับของไขมัน Lipoprotein cholesterol และ Triglyceride มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน Lipoprotein มี 2 ชนิดคือ Low density lipid ซึ่งจะมีระดับ Cholesterol ใน Plasma สูง ถ้ามีระดับสูงจะเกิดหลอดเลือดตีบได้ ในทางตรงข้าม High density lipid จะเกิด Protein และมี Cholesterol ต่ำ ซึ่งจะช่วยลดไขมันจาก Cell โดยการเผาผลาญที่ตับ จากการศึกษาพบว่า ถ้าสัดส่วนของ High density lipoprotein ต่อ Low density lipoprotein ต่ำ จะพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและสัดส่วนที่สูงของ High density lipoprotein ลดการเกิด Vascular disease การสร้าง high density lipoprotein จะถูกกระตุ้นโดยการออกกำลังกาย ควบคุมอาหารไขมันและ Estrogens



- 4) ความอ้วน ความอ้วนมีความสัมพันธ์กับระดับ Low density lipoprotien ที่สูงขึ้นและคนอ้วนมีแนวโน้มเป็นความดันโลหิตสูง การใช้ Glucose ไม่ดี
- 5) การสูบบุหรี่ เกิดจากการกระตุ้น Adrenalin นิโคตินทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน (Hemodynamic) ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและความดันสูงขึ้น นิโคตินทำให้หลอดเลือดตีบและการไหลเวียนลดลงทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง นอกจากนี้การสูบบุหรี่ ทำให้ความทนต่อการเกิดหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติ (Ventricular Fibrillation) ลดลง ชัดขวางการจับ Oxygen กับ Haemoglobin เกิดการขาด Oxygen กระจายใน Mitochondia
- 6) แบบแผนการทำงานที่นิ่งตลอดวันขาดการออกกำลังกาย (Sedentary lifestyle) ทำให้เกิด High density lipoprotien ลดลง การออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ทำให้ลดการเกิดโรคหัวใจ
- 7) องค์ประกอบด้านจิตใจ บุคคลที่มีบุคลิกภาพ Type A เกิดเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก ลักษณะของบุคคลเหล่านี้ได้แก่ ก้าวร้าว ย้ำคิด ใช้เวลารีบเร่ง มุ่งความสำเร็จ บุคลิกภาพ Type A ร่วมกับ อายุ ไช้มันในเลือดสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก
- 8) องค์ประกอบอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน กรรมพันธุ์ พบว่าเกิดร่วมกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

#### 4.3 พยาธิสภาพ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การทำงานของระบบต่างๆได้กล่าวคือ

4.3.1 การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เริ่มมีการขาดเลือดในระยะเวลา 20-60 นาที โดยเริ่มจากบริเวณ Subendocardium เรียกว่า Subendocardium infarction หรือ nontransmural M.I. ถ้าเกิดทั้งชั้นกล้ามเนื้อ เรียกว่า Transmural infarction ในระยะเวลา 12 ชั่วโมงถึง 2 สัปดาห์ บริเวณกล้ามเนื้อที่ตายจะถูกดูดซึมบางส่วนและเกิดไฟโบรซิส

4.3.2 การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายนี้ทำให้กล้ามเนื้อส่วนที่ดีเหลือน้อยลง การทำงานของกล้ามเนื้อเสียไป เป็นผลให้การบีบตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออก

จากหัวใจ (Stroke Volume) ลดลงด้วยและนอกจากนี้ยังเป็นผลให้มีปริมาตรเลือดใน เวนต์เซลล์มากขึ้น (pulmonary venous hypertention) และมีภาวะเลือดคั่งในปอด (pulmonary congestion)

4.3.3 การทำงานของปอดเปลี่ยนไป เนื่องมาจากภาวะเลือดคั่งในปอดเป็นเหตุให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมลดลง เกิดภาวะเลือดพร่องออกซิเจน (Hypoxemia)

4.3.4 การทำงานของไตเปลี่ยนไปเกิด Pre-renal azotemia เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง

4.3.5 การทำงานต่อมไร้ท่ออาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีกรดในไขสันหลังสูงขึ้นมีการหลั่ง Catecholamine มากเกิน ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด tachyarrhythmia ได้

4.3.6 การทำงานของระบบประสาท ระบบประสาท Sympathetic ออกฤทธิ์เพิ่มขึ้นซึ่งกระตุ้นให้หลั่ง Catecholamine มากขึ้น และนอกจากนี้ อาจเกิดการกระตุ้น Bezoldnerich ซึ่งมี Chemoreceptor ที่กล้ามเนื้อหัวใจและเยื่อหุ้มหัวใจเป็นผลให้เกิดอัตราการเต้นของหัวใจช้าลง หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว และความดันเลือดต่ำ

4.3.7 การส่งผ่านกระแสไฟฟ้าและกำเนิดสัญญาณเปลี่ยนไป จะพบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งเป็นผลของการคั่งของ Lactate และ เมตาบอลิต์และความผิดปกติของ อิเล็กโทรลัยต์ในและนอกเซลล์

4.4 อาการและอาการแสดงที่สำคัญในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีดังนี้ (Halloway, 1988)

4.4.1 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักมีอาการนำเกิดขึ้นในระยะ 4 สัปดาห์ เช่น อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) ซึ่งจะมีอาการรุนแรงมากในระยะเฉียบพลัน อาการเจ็บบริเวณกลางหน้าอกเจ็บแน่นเหมือนมีอะไรมาบีบรัดร้าวไปด้านในของแขนซ้าย คาง คอและขากรรไกร มีเหงื่อออกตัวเย็น อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย อาการเจ็บหน้าอกจะเป็นอยู่นานเกิน 3 นาที เมื่อมโนโทรกรีเซอรินแล้วจะไม่ทุเลาหรือทุเลาเพียงเล็กน้อย บางรายความเจ็บปวดเกิดร่วมกับภาวะ Shock เนื่องจากการเต้นของหัวใจผิดปกติ Cardiac output ลดลง ความดันโลหิตต่ำลง เลือดไปเลี้ยงอวัยวะ

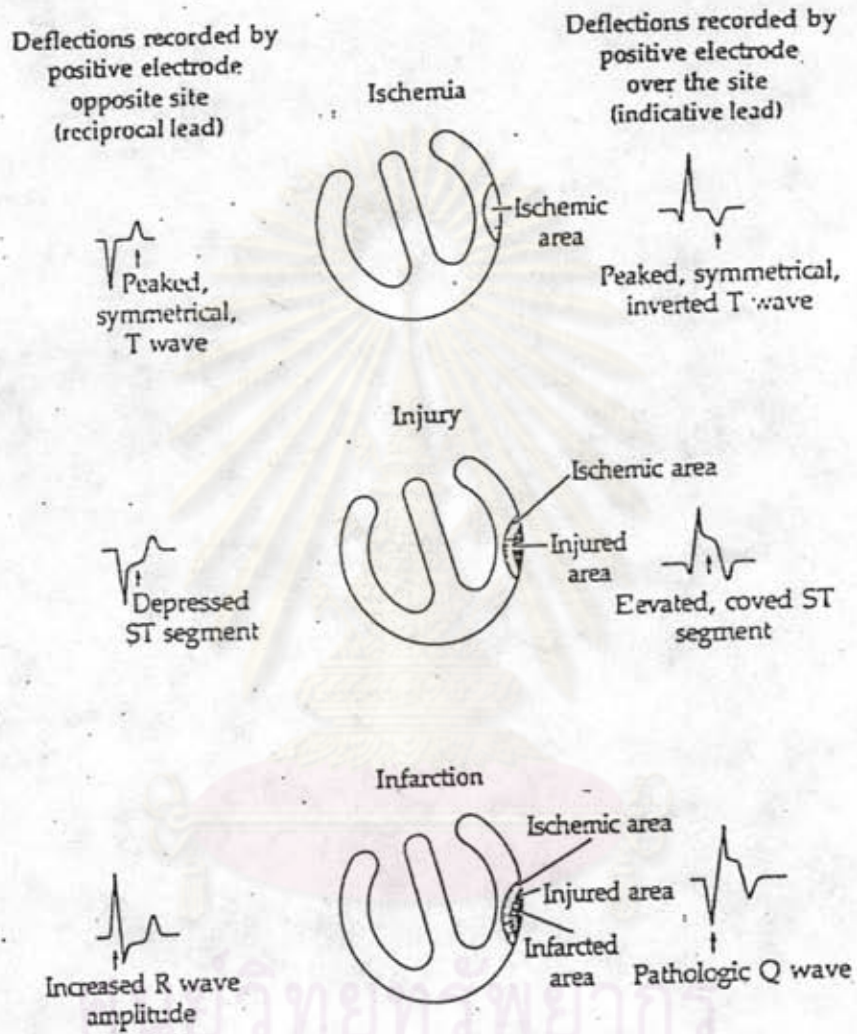
ต่างลดลง และอาจมีอาการของภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว เหนื่อยหอบ ไอ เนื่องจากหัวใจซีกซ้ายบีบตัวไม่ดีและมีภาวะเลือดคั่งในปอด

4.4.2 การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะช่วยบอกให้ทราบถึงตำแหน่งที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemia) บาดเจ็บ (Injury) หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Infarction) โดยการเปลี่ยนแปลงของ E.C.G. จะปรากฏให้เห็นบริเวณตำแหน่งที่วางขั้วบวกไว้ตรงที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemia) เซลล์กล้ามเนื้อจะขาดออกซิเจนทำให้การบีบตัวและคลายตัวผิดปกติ ซึ่งจะพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจในขณะที่ยังคลายตัว (Repolarization) ดังนั้น คลื่น T wave จะมีลักษณะหัวกลับ (T inversion) ใน lead ที่วางขั้วบวกอยู่ตรงข้ามกับบริเวณนั้นจะปรากฏคลื่น T wave หัวตั้ง

ในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (Injury) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะขาดออกซิเจนปานกลาง ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะมีการเปลี่ยนแปลง S T segment โดย lead ที่วางขั้วบวกตรงตำแหน่งที่กล้ามเนื้อหัวใจมี injury จะพบ S T ยกสูงขึ้น (ST elevation) และ lead ที่วางขั้วบวกไว้ตรงข้ามกับตำแหน่งที่มี injury จะพบมี S T ลดต่ำลง (ST depression)

บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย (infarction) จะเป็นบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างสมบูรณ์ เซลล์บริเวณนั้นจะ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของศักย์ไฟฟ้าจึง ไม่มีคลื่น Depolarization E.C.G. lead ที่วางขั้วบวกตรงบริเวณนั้นจึง เหมือนเป็น Electrical window คือ ขั้วบวกที่วางตรงบริเวณนั้นจะแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้านตรงข้าม จึงปรากฏเห็นเป็น Q wave ลึกกว่าปกติ (Negative deflection) ลักษณะของ Q wave กว้างมากกว่า 0.04 วินาที หรือสูงกว่า 1/3 ของ QRS comple



ภาพที่ 1. แสดงลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง  
 ได้รับความเจ็บ และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (จาก Halloway, N.M., 1988)

การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจ E.C.G. จะสามารถบอกถึงความรุนแรงหรือการเปลี่ยนแปลงที่ตื้นของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ การเปลี่ยนแปลงของ E.C.G. จะเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับ ในระยะชั่วโมงแรกๆ ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Hyperacute phase) E.C.G. จะมีลักษณะ ST elevation และเริ่มมี T wave หัวกลับ (T inversion) ใน 8-24 ชั่วโมง หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2-3 สัปดาห์ ST segment ค่อย ๆ ลดลงสู่ระดับปกติ (Isoelectrical) และหลังจากนั้น 2-3 เดือน แม้ว่า ST และ T wave จะมีลักษณะปกติแล้วก็ตาม แต่ E.C.G. ยังคงแสดงให้เห็นถึงการตายเก่าของกล้ามเนื้อหัวใจอยู่ คือมี Q wave และไม่มี R wave อยู่เช่นเดิม การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจดังกล่าว ไม่ได้แสดงให้เห็นว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่านั้น ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของ ST segment T wave QRS complex อาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้ เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจหอบ ความผิดปกติทางสมอง ความไม่สมดุลของ electrolyte เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ มีอาการอุดตันที่ปอด (Pulmonary embolism) และการได้รับยา Digitalis การเปลี่ยนแปลงของ QRS complex เช่น left ventricular hypertrophy pulmonary embolism และหัวใจพิการแต่กำเนิด ดังนั้นสิ่งสำคัญในการประเมิน E.C.G. จะต้องควบคู่ไปกับการรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ ของผู้ป่วยด้วย

4.4.3 การเปลี่ยนแปลงของ Enzyme ในกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระดับ Enzyme จะสูงขึ้น ดังนี้

1) ระดับ SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) จะสูงขึ้นใน 8-12 ชั่วโมง และสูงสุดใน 24-36 ชั่วโมง และกลับสู่ปกติในวันที่ 4-6

2) ระดับ CPK (Creatinine Phosphokinase) จะสูงขึ้นใน 6-12 ชั่วโมงจะสูงขึ้น 5-12 เท่าของค่าปกติหรือสูงกว่าและจะสูงอยู่นาน 24 ชั่วโมง และสูงสุด 3-6 วัน และจะกลับสู่ปกติใน 3-4 วัน การตรวจค่า CPK-MP (Heart isoenzyme) จะสูงขึ้นใน 4 ชั่วโมง หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจะสูงสุดใน 24 ชั่วโมง

3) ระดับ LDH (Lactic Dehydrogenase) จะสูงขึ้นเวลาใกล้เคียงกับ SGOT และจะสูงอยู่นาน 24-48 ชั่วโมง และสูงสุด 3-6 วัน และจะกลับสู่ปกติในวันที่ 7-14

4.4.4 การตรวจนับเม็ดเลือดขาวในวันที่ 2 กล้ามเนื้อหัวใจตายพบเม็ดเลือดขาวมากกว่าปกติ 10,000-20,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

4.4.5 การตรวจทางรังสีภาพ X-RAY ปอดและหัวใจโตในรายที่มีหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย (ยศจีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524)

#### 4.5 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก เพราะความเจ็บป่วยนี้มีผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้อง เผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม อารมณ์ ที่ตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ (Scalzi and Burke, 1982; Underhill, 1982; Lambert and Lambert, 1985)

4.5.1 ความรู้สึกสูญเสียเป็นความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและคู่ชีวิต ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียภาวะสุขภาพ สูญเสียรายได้ ความสูญเสียจะนำไปสู่อารมณ์ความรู้สึกตอบสนองต่อความเครียด โศก พฤติกรรมการปรับตัวที่ตอบสนองต่อระยะสูญเสียคือ

1) ช็อคและไม่เชื่อ (Shock and disbelief) เป็นระยะที่เกิดขึ้นทันที หลังจากเกิดอาการ ผู้ป่วยจะรู้สึกงุนงงต่ออาการที่เกิดขึ้นอย่างทันที และตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความวิตกกังวลและปฏิเสธ ระยะนี้จะคงอยู่ประมาณ 24-48 ชั่วโมง

2) ปรึกรับรู้ (Developing awareness) เป็นระยะที่ 2 หลังจาก 48 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางร่างกาย ระบบไหลเวียนคงที่ แนวโน้มที่จะเสียชีวิตลดลง ในระยะนี้ความจริงที่เกิดขึ้นเริ่มทำให้ผู้ป่วยรับรู้มากขึ้น ผู้ป่วยจะถามตัวเองว่าทำไมต้องเกิดขึ้นกับเขาด้วย บางทีความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและความรู้สึกโดดเดี่ยว ความคับข้องใจจะนำไปสู่การตอบสนองด้วยอารมณ์โกรธและซึมเศร้า

3) ระยะแก้ไขปัญหา (Resolution) ระยะนี้เริ่มเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล หรืออย่างน้อย 3 เดือน ผู้ป่วยจะเริ่มเผชิญกับความจริงและข้อจำกัดของตนเอง ในระยะพักฟื้นผู้ป่วยจะเริ่มลดความต้องการพึ่งพาผู้อื่นที่มีในระยะแรก และมองว่าเขามีทางเลือกทางใดบ้างที่จะกระทำได้ เช่น การลดปัจจัยเสี่ยง ในขณะที่ผ่านกระบวนการในระยะนี้ ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จ

4) ระยะจัดการใหม่ (Reorganization) เกิดประมาณ 2-6 เดือน หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นจากภาวะที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางอารมณ์ และเริ่มจัดการกับแบบแผนชีวิตของตนเองใหม่เกี่ยวกับ อาหาร การออกกำลังกาย และอื่น ๆ เพื่อตามความจำกัดของโรค

5) ระยะที่เข้าใจตนเอง (Identity) เป็นระยะสุดท้ายซึ่งเริ่มเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จผ่านกระบวนการปรับตัวมาได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยจะยอมรับความสูญเสีย และสามารถที่จะแสดงตัวกับคนอื่นว่าเขาเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การตอบสนองของพฤติกรรมในระยะต่าง ๆ นั้น ความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์หรือต่อความสำคัญของโรคนั้น และการปรับตัวในแต่ละระยะจะไม่แยกจากกัน มันอาจเกิดขึ้นเหลื่อมซ้ำซ้อนกัน ซึ่งพยาบาลต้องใช้เวลากับผู้ป่วยในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและชี้แนะการปรับตัวให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวผ่านกระบวนการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (Scalzi and Burke, 1982)

4.5.2 ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นต่อสิ่งที่คุกคามความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล หรือความมั่นคงปลอดภัย ความวิตกกังวลเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นรูปแบบพื้นฐานของพฤติกรรมตอบสนองของบุคคล เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจรับรู้ว่าเป็นโรคนี้อาจคุกคามต่อการดำเนินชีวิตหน้าที่การงาน และภาพลักษณ์ของตนก็จะเกิดความวิตกกังวลขึ้น การเผชิญหรือการตอบสนองต่อความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไป บางคนจะปฏิเสธ โกรธ แยกตัวเอง หรือซึมเศร้า พุดมากขึ้นขาดสมาธิ หัวใจเต้นเร็ว ครอบครัวยุติชีวิตและลูกอาจตกอยู่ในความรู้สึกเช่นเดียวกันกับผู้ป่วย

4.5.3 การปฏิเสธ (denial) เป็นกลไกการป้องกันทางจิตที่ใช้จัดความวิตกกังวล โดยลดการรับรู้ต่อสิ่งที่คุกคามเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการไม่ยอมรับความจริง บุคคลที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะไม่ได้เตรียมตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์มาก่อน ดังนั้นพฤติกรรมการปฏิเสธจึงเกิดขึ้นซึ่งจะเกิดในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก และจะยังคงมีพฤติกรรมนี้อยู่ในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างอายุ 30-40 ปี ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่เชื่อว่าตนเองเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและแสดงอาการง่วงหลับสน หลีกเลี้ยงที่จะพูดถึงความเจ็บป่วย หรือถามคำถามเดียวกันกับเจ้าหน้าที่หลาย ๆ คน เพื่อหาคำตอบที่ตนพอใจ บางครั้งการใช้กลไกการป้องกันแบบปฏิเสธก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย (Underhill, 1982)

4.5.4 อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) หลังจาก 2-3 วันที่ผู้ป่วยอยู่ใน C.C.U. อาการผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ความคิดของผู้ป่วยเริ่มกังวลว่าความเจ็บป่วยของตนจะมีผลต่อการทำงานต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้ความจริงเริ่มเกิดขึ้นและผู้ป่วยจะตอบสนองด้วยอารมณ์ ซึมเศร้า หรือ โกรธ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่อายุ 50-60 ปี บางครั้งผู้ป่วยอาจรู้สึกผิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

ของตัวเองในอดีต เช่น การสูบบุหรี่ ความรู้สึกซึมเศร้านี้อาจแสดงพฤติกรรมในลักษณะ ไม่สามารถพูดถึงความรู้สึกออกมาได้ มีความรู้สึกสิ้นหวัง เบื่ออาหาร ร้องไห้ การเคลื่อนไหวหรือคำพูดเชื่องช้า แยกตัวหรือไม่สนใจในแผนการดูแล ความรู้สึกซึมเศร้านี้เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้เช่นกัน (Underhill, 1982; Lambert and Lambert, 1985)

4.5.5 ความโกรธ (Anger) ความโกรธเป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวล และบุคคลรู้สึกว้าวุ่นที่คุกคามนั้นทำให้ตนสูญเสียอำนาจหรือกำลังใจที่จะเผชิญกับสิ่งนั้น ผู้ป่วยเมื่อเข้ารับรักษาใน C.C.U. จะรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนคุกคามต่อความล้าเนิ่นคุณค่าแห่งตนของเขา คุกคามเป้าหมายของเขา บทบาทความสัมพันธ์ในครอบครัวและบทบาททางสังคม ผู้ป่วยอาจแสดง ความโกรธออกมา 3 ลักษณะคือ 1) แสดงออกมาโดยไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น 2) เก็บไว้ภายใน 3) หรืออาจแสดงออกอย่างเปิดเผยผู้ป่วยอาจแสดง ความโกรธออกมาต่อบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น หรือปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือ ล้มข้อปฏิบัติที่เป็นข้อห้าม (Underhill, 1982)

4.5.6 ความรู้สึกผิด (Guilt) ผู้ป่วยคิดว่าการปฏิบัติตนของเขาที่ผ่านมาทำให้ครอบครัวหรือผู้อื่นต้องประสบความยากลำบาก เช่นการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยพยายามจะลบล้างความคิดและความเชื่อนี้ โดยแสดงพฤติกรรมในลักษณะการเจรจาต่อรอง (Negotiation) หรือพูดถึงความผิดของตน พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างถูกต้อง โดยใช้หลักการอธิบายเหตุผลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกผิดนั้น (Lambert and Lambert, 1985)

4.5.7 พฤติกรรมก้าวร้าวทางเพศ (Aggressive Sexual Behavior) โรเซนและไบบริง (Rosen and Bibring quoted in Underhill, 1982) รายงานว่า พฤติกรรมนี้จะเกิดขึ้นได้เสมอในผู้ชายอายุ 30 ปี ที่เป็นโรคหัวใจ และมีรายงานว่าพบได้ในผู้ชายอายุ 50-60 ปีเช่นกัน การแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมเกิดจากความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลจากโรคที่คุกคามภาพลักษณ์ของเขาและกลัวว่าจะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Bilodeau, 1981; Underhill, 1982)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนี้ จะแสดงพฤติกรรม เพื่อเผชิญความเครียดแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสนใจเข้าใจ และยอมรับให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับความเครียดและช่วยเหลือระดับประคองให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและแสดงพฤติกรรม เพื่อเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม



ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือหน่วยโรคหัวใจ ในระยะเวลาหนึ่งซึ่งจะนานเท่าไรขึ้นอยู่กับอาการความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยทั่วไปแพทย์จะพิจารณาให้อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือหน่วยโรคหัวใจ 3-5 วัน (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524) ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักนั้น นอกจากจะต้องเผชิญกับความเครียดจากอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงและการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์แล้วนั้น การเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักก็เป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และความรู้สึกได้เช่นกัน ผลกระทบจากสิ่งเหล่านี้ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และด้านสังคมของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสนใจและวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตอบสนองความต้องการ และได้รับการแก้ปัญหาครอบคลุมทุกด้านแนวคิดหนึ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมนั้น คือการใช้แนวคิดของแบบแผนสุขภาพเป็นกรอบในการประเมินปัญหา และวางแผนการพยาบาล ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักตามแบบแผนสุขภาพ และการวางแผนการพยาบาลในแต่ละแบบแผนเป็นลำดับ

#### 4.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตามแบบแผนสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อมีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางร่างกาย และจิตใจนั้น ทำให้แบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปด้วย การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักนั้น ผู้วิจัยศึกษาจากแนวคิดของผู้รู้หลายท่านและรวบรวมไว้ดังนี้

4.6.1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception Health Management) ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวล กลัวความเจ็บปวด และมีความรู้สึกสูญเสียความสามารถโดยเฉพาะเมื่อเข้ามารักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น แบบแผนการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนไปผู้ป่วยจะปรับพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความรู้สึกกลัวและความสูญเสียโดยการแสดงพฤติกรรมปฏิเสธ (Denial) (Lambert and Lambert, 1985) การปฏิเสธเป็นกลไกการป้องกันทางจิตอย่างหนึ่ง ซึ่งบุคคลใช้ต่อต้านกับความวิตกกังวลที่ไม่สามารถควบคุมได้ การปฏิเสธทำให้เกิดพฤติกรรมไม่ร่วมมือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคนี้

จะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง บางครั้งจะทนต่ออาการเจ็บหน้าอกอยู่นานโดยไม่ไปรับการรักษา และขณะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะไม่ร่วมมือในการจำกัดกิจกรรม ผู้ป่วยพยายามควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยตัวเอง แสดงพฤติกรรมไม่ต้องการพึ่งพา ไม่ต้องการความช่วยเหลือและปฏิเสธที่จะรู้ข้อจำกัดของตนเป็นการปรับตัวแบบไม่ต้องการพึ่งพา (Independence) ซึ่งเป็น การปรับตัวระยะแรกของผู้ป่วย (Lawrence Lawrence, 1987/1988) จากการศึกษาของ คาสเสนและเฮคเคท (Cassen and Hackett quoted in Hudak et al., 1986) ที่ ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับรักษาในหน่วยโรคหัวใจ (Coronary Care Unit) จำนวน 441 คน พบว่า 32.7% ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่ต้องส่งปรึกษาจิตแพทย์ คือมีความวิตกกังวล ซึมเศร้าและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ การปฏิเสธการรักษา มีความคิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ และความขัดแย้งเกี่ยวกับระเบียบ ของโรงพยาบาล และการรักษา ดังนั้นการให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง เป็น ระยะ จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองได้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามแบบแผนการรับรู้สุขภาพ และการดูแล สุขภาพในขณะที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักนี้ ควรปฏิบัติดังนี้คือ (Caine, and Bufalino, 1988, Halloway, 1988)

1) ในระยะแรกต้องประเมินอาการภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูล เบื้องต้น และค้นหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2) ในระยะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและอาการความเจ็บป่วยรุนแรงนี้ ผู้ป่วยอาจมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับภาวะดังกล่าว โดยการแสดงพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาล เช่น จะพยายามช่วยเหลือตัวเอง ดังนั้นในระยะนี้พยาบาลจะต้องให้ข้อมูล บอกรักษาการให้ผู้ป่วยรับรู้เป็นระยะ อธิบายหรือบอกเหตุผลของการรักษาพยาบาลก่อนที่จะให้ การพยาบาลทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยถึงประสบการณ์ครั้งก่อนเกี่ยวกับการอยู่โรงพยาบาล และการแนะนำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวของเขา อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องใช้ เครื่องมือต่าง ๆ เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3) ในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มอาการดีขึ้นก่อนย้ายไปพักฟื้น ควรอธิบายให้ผู้ป่วยมีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอยู่ ให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคการ

รับประทานยา การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรครุนแรง เช่น การสูบบุหรี่ เป็นต้น (Caine, and Bufalino, 1988; Halloway, 1988)

4.6.2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (Nutritional Metabolic) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียดซึ่งเกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและจากอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติและการที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน อาหารอ่อนจึงทำให้การรับสารอาหารแตกต่างไปจากเดิม สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับอาหาร และน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายได้ (Thompson et. al., 1986; Carpenito, 1987)

การพยาบาลต้องประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เช่น อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก หรือมีความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า คลื่นไส้ อาเจียน กำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย รับประทานอาหารได้น้อย เช่น ให้อาหารแก้ปวด หรือลดอาการเจ็บหน้าอกก่อนถึงมืออาหาร ให้ผู้ป่วย ได้พูดคุยถึงความรู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจ สนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ ปฏิบัติตามแบบแผนการรับประทานอาหารเดิม เช่น เคยรับประทานอาหารร่วมกับญาติอาจอนุญาตให้ ญาติอยู่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกชนิดอาหารที่ชอบ และ ให้อาหารจัดมาให้ตามคำแนะนำของพยาบาล ทำความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทาน อาหาร เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานอาหารเช้า ๆ (Carpenito, 1987) โดยปกติในระยะ 3 วันแรกให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร 1000 แคลอรี/วัน จำกัดเกลือไม่เกิน 2 กรัม/วัน หลีกเลี่ยงชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และอาหาร หรือเครื่องดื่มที่เย็นจัด จัด สิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศน่านรับประทาน สะอาด ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับ โรค เช่น หลีกเลี่ยงอาหารที่มี Cholesterol สูง อาหารประเภท ไขมันสัตว์ ไข่ เนย ชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในกรณีผู้ป่วยยังต้องดื่มน้ำและอาหาร พยาบาลต้องดูแลให้ ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำหรือทำความสะอาดปากและฟันให้บ่อย ๆ เพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นและลดการติดเชื้อ และจัดบันทึกจำนวนน้ำและอาหารที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้อง (Thompson et.al., 1986)

4.6.3 แบบแผนการขับถ่าย (Elimination) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่าย ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือปัญหาท้องผูก ใน 2-3 วันแรก ผู้ป่วยจะไม่ค่อยถ่าย อุจจาระ แต่หลังจากนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาอุจจาระแข็ง การเบ่งถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะมี

อันตรายเพราะหัวใจอาจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้นหรืออาจเกิดหัวใจวายได้ (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524; พ็ชรา อินทรสุข, 2527) นอกจากปัญหาท้องผูกแล้ว อาจพบว่าผู้ป่วยมีปัญหากลืนอาหารได้ไม่ดี ไม่สะดวกร่วมด้วย ซึ่งปัญหาทั้งสองเกิดจากการไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย รับประทานอาหารได้น้อย ขาดความเป็นส่วนตัว เพราะสิ่งแวดล้อมในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักทำให้ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับการถ่าย อุจจาระบนเตียง หรือเกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือกลัวว่าจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ

การพยาบาลประ เณินสาเหตุที่ทำให้เกิดหรือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก เช่น ความเครียด ขาดการเคลื่อนไหว และรวบรวมข้อมูลที่เป็นแบบแผนการถ่ายตามปกติของผู้ป่วย ประกอบการพิจารณาวางแผนการพยาบาล ส่ง เสริมให้ผู้ป่วย ได้ขับถ่ายตามแบบแผนการขับถ่ายตาม ปกติ โดยจัดหาล้างที่กระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้ดื่ม น้ำและรับประทานผักผลไม้ อย่าง เพียงพอ เหมาะสมกับ สภาพอาการของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว กันม่านหรือห่อแสงสว่างขณะถ่าย ให้ผู้ป่วย ได้นั่งถ่ายอุจจาระบนเก้าอี้ (Commode) หรือ Bed pan ตามสภาพอาการของผู้ป่วย จัดหากรัง ไว้ใกล้ตัว เพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลขณะผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือ เมื่อต้องการถ่ายอุจจาระ บัสนวาระ ให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาระบายอ่อน ๆ ตามแผนการรักษาหรือรายงานแพทย์ทันที เมื่อ ผู้ป่วยมีปัญหา เรื่องการขับถ่าย อยู่ใกล้ผู้ป่วยและประ เณินการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจขณะ ผู้ป่วยถ่ายหรือหลังจากการถ่ายอุจจาระบัสนวาระ เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ และลด ความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Thompson, et.al., 1986; Carpenito, 1987; Halloway, 1988)

#### 4.6.4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity-Exercise)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขณะที่เข้ารับการรักษาในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักจำเป็นต้อง ได้รับ การพักผ่อนอย่างมากใน 1-2 วันแรก เพื่อลดความต้องการออกซิเจนและการทำงานของหัวใจ การทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายต้องอยู่ในขอบเขตจำกัด ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นในแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายคือ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยล้าหรือหายใจ เหนื่อยหอบ เมื่อออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมบางอย่าง หัวใจเต้นเร็ว หรืออาจเกิดหัวใจเต้นผิด จังหวะ ได้ ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการทำงานของหัวใจลดลง และมีความต้องการใช้ ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (Halloway, 1988) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยตนเอง และนอกจากนี้การได้รับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยส่ง เสริมอีกอย่าง

หนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การได้รับการกระตุ้นบ่อยครั้งจากการปฏิบัติ การรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ และเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Carpenito, 1987) การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตและ บทบาทของตนเป็นแหล่งความเครียดที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ผู้ป่วยบางคนที่ไม่สามารถเผชิญกับ ภาวะวิกฤตได้จะประสบปัญหาในการยอมรับภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนแปลง และทำให้เกิดพฤติกรรม ถดถอยกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ยอมช่วยเหลือตัวเอง (Lambert and Lambert, 1985)

การพยาบาลที่สำคัญในระยะแรก คือ การประเมินอาการและการทำงานของหัวใจโดย ตรวจวัดสัญญาณชีพ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา ตรวจสอบการ ไหลเวียนของเลือดบริเวณปลายมือและเท้า ให้ออกซิเจนทางจมูกอย่างต่อเนื่อง 3-4 ลิตร/นาที ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุด ในระยะ 1-2 วันแรก โดยการให้นอนพักบนเตียง ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกาย และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน เพื่อลดการทำงานของหัวใจและลด การใช้ออกซิเจน กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตัวเอง ในระยะที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักคือ การรับประทานอาหารด้วยตนเอง เช็ดหน้า ล้างมือ ทั้งนี้การให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้น พยาบาลต้องคอยสังเกตอาการเหนื่อยล้า หอบหรือเจ็บหน้าอกมากขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลง คลื่นไฟฟ้าหัวใจมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือหัวใจเต้นผิดปกติควรเพิ่มกิจกรรมให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันตามหลอดเลือดส่วนปลาย โดยวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้เพิ่มการออกกำลังกายและ การทำงานที่ละน้อย โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและข้อขณะนอนพักบนเตียง กระดกปลายเท้าขึ้นลงทุกชั่วโมงขณะตื่น และเพิ่มกิจกรรมมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง โดยให้นั่งบนเตียงรับประทานอาหารด้วยตนเอง ลงมานั่งข้างเตียงวันละ 15 นาที อนุญาตให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการทำกิจกรรม เลือกกำหนดเวลาทำกิจวัตร ประจำวันด้วยตัวเอง เช่น การอาบน้ำตอนเช้า การรับประทานอาหารเช้า เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย ได้ตัดสินใจ และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าความสามารถในการควบคุมตนเองมากขึ้น จัดสิ่งแวดล้อม ให้เงียบสงบให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่หลังมีกิจกรรมต่าง ๆ จัดระเบียบเวลาการปฏิบัติ การพยาบาลให้ผู้ป่วยได้พักโดยถูกรบกวนน้อยที่สุด หลังเวลาอาบน้ำรับประทานอาหารเช้า การทำงานของหัวใจ วัดสัญญาณชีพ และติดตามประเมินการเต้นของหัวใจ ในขณะที่ผู้ป่วยเริ่มทำ

กิจกรรมหรือออกกำลังกาย สอนให้ผู้ป่วยประเมินตนเองหลังการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย โดยจับชีพจร นับอัตราการหายใจ และสังเกตอาการผิดปกติเช่นเจ็บหน้าอก หน้ามืดเป็นลม แนะนำการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้พูดระบายหรือซักถามปัญหาการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล (Underhill, 1982; Halloway, 1988)

4.6.5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (Sleep-Rest) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก คือ การนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากได้รับสิ่งกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึกมากกว่าปกติ เช่น แสงสว่างที่เปิดตลอดเวลา เสียงการทำงานของเครื่องตรวจหัวใจและเสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เสียงเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเสียงเหล่านี้ดังกว่าเสียงปกติ การปฏิบัติการพยาบาลบ่อยครั้งที่รบกวนช่วงเวลาอนหลับของผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงสถานที่ ทำให้แบบแผนการนอนของผู้ป่วยเปลี่ยนไป การนอนหลับไม่เพียงพอ (Sleep deprivation) หมายถึง การถูกรบกวนวงจรการนอนหลับก่อนที่จะครบ 90 นาที แต่ครั้งที่ผู้ป่วยถูกรบกวนทำให้ต้องเริ่มวงจรใหม่ จึงต้องใช้เวลาในการเริ่มต้นหลับมากขึ้นและเวลาในการหลับสนิทลดน้อยลง ซึ่งระยะเวลาของการนอนหลับที่ถูกรบกวนมีทั้ง Non REM และ REM เมื่อระยะเวลาอนหลับในช่วง Non-REM ลดลง ทำให้ร่างกายเกิดอาการเหนื่อยล้า และระยะเวลาอนหลับช่วง REM ไม่เพียงพอทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตได้ (Underhill, 1982,) ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลดลง ความไวต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น เมื่อการนอนหลับระยะ REM ถูกรบกวนเป็นเวลานาน ร่างกายก็ใช้เวลาอนหลับในช่วง REM มากขึ้น โดยไม่ยอมตอบสนองต่อการรบกวนการนอนช่วย REM เป็นเวลานานเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และพบได้บ่อยผู้ป่วยโรคหัวใจมีอาการเจ็บหน้าอกและเกิดหัวใจล้มเหลวได้มากในช่วงเวลา 4.00 น. - 6.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาดียวกับการนอนหลับในระยะ REM (Roberts, 1986) ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าในช่วง REM sleep เป็นช่วงที่ร่างกายมีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น การเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้นมีการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารมากขึ้น และระดับ Catecholamine สูงขึ้น

การพยาบาลต้องประเมินแบบแผนการนอนตามปกติของผู้ป่วยเช่นเวลานอน สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ง่ายจำนวนครั้งที่ตื่นและเหตุผล เพื่อใช้ในการวางแผนการจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้นอนหลับปกติเพียงพอ

แบบแผนเดิมให้มากที่สุด ลดแสงสว่าง เสียง และปรับอุณหภูมิให้เหมาะสมกับการนอนหลับที่นุ่มนวล ปิดหรือลดเสียงสัญญาณของ เครื่องมือ จัดช่วงเวลาปฏิบัติการพยาบาลให้รบกวนเวลานอนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุดให้ผู้ป่วยได้หลับสนิทอย่างน้อย 90 นาที - 2 ชั่วโมง ให้ความสุขสบายเพื่อส่งเสริมให้หลับได้ง่ายขึ้น เช่นการจัดผ้าปูที่นอนหมอนให้เรียบตึง อนุญาตและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่เคยปฏิบัติก่อนนอนเป็นประจำ เช่น ค้มเครื่องค้มอ่อนๆ ก่อนนอน สวดมนต์ ฟังเพลงเบาๆ หรืออนุญาตให้ผู้ป่วยได้ใช้ของส่วนตัว เช่น หมอน ผ้าห่ม ให้นอนหลับตามแผนการรักษาและติดตามประเมินอาการข้างเคียงของยา จัดความเจ็บปวดที่เป็นสาเหตุของการรบกวนการนอนและสอนให้ผู้ป่วยใช้วิธีผ่อนคลาย (Relaxation) (Underhill, 1982; Roberts, 1985; Carpenito, 1987)

4.6.6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-Perceptual) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนนี้เกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ ความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวด การได้รับสิ่งกระตุ้นความรู้สึกมากขึ้นหรือน้อยกว่าปกติและการขาดความรู้ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากเดิมมาก ผู้ป่วยจะได้รับสิ่งเร้าที่กระตุ้นความรู้สึกลดน้อยลงทั้งในด้านปริมาณและความหมาย (Sensory Deprivation) เช่น การที่ผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียงนาน 2-3 วัน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ต้องติดเครื่องตรวจต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวถูกแยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวและญาติ ทำให้ผู้ป่วยขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดรวมทั้งได้รับสิ่งเร้าที่มีความหมายลดลง ไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ไม่เข้าใจความหมายของเสียงจากเครื่องมือต่างๆ และจากการหุดคุดของเจ้าหน้าที่ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็ได้รับสิ่งเร้าที่กระตุ้นความรู้สึกเพิ่มมากขึ้นด้วย เช่น การตรวจวัดและประเมินอาการบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยได้รับสัมผัสที่ไม่มีความหมายและรบกวนเวลาพักผ่อน เสียงเครื่องมือที่ดังตลอดเวลา เสียงหุดคุดของเจ้าหน้าที่ แสงไฟที่เปิดสว่างตลอดเวลา พยาบาลที่ผลัดเปลี่ยนเข้ามาปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการรักษาพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยข้างเคียงและความเจ็บปวด สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นตลอดเวลาและเปลี่ยนแปลงไปมาในสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งทำให้กระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยถูกรบกวนและเกิดความคิดสับสน มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกวิตกกังวลสูง อารมณ์ไม่คงที่ โกรธ ซึมเศร้า หวาดระแวง และมีความสำคัญคุณค่าตนเองต่ำ (Roberts, 1985) อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงนี้มีผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้วิธีปฏิบัติตนและขาดความรู้เกี่ยวกับโรค (Thompson et al., 1986)

การพยาบาลมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้และมีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม มีการรับรู้และกระบวนการคิดที่ถูกต้อง พยาบาลต้องประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ เช่น ความเจ็บปวดหรือการได้รับสิ่งกระตุ้นความรู้สึกเพิ่มมากขึ้นหรือลดน้อยลง และวางแผนการพยาบาลขจัดสาเหตุนั้น ถ้าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรง พยาบาลต้องพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา การให้ยาแก้ปวดควรคำนึงถึงระยะเวลาของฤทธิ์ยาแต่ละชนิด บางครั้งอาจจำเป็นต้องให้ยาก่อนที่ความเจ็บปวดรุนแรงจะเกิดขึ้น พยาบาลจึงควรสอบถามความเจ็บปวดบ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่าพยาบาลเอาใจใส่สนใจเรื่องความเจ็บปวดของเขา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีและอาจยั้งระยะเวลาต้องการยาระงับปวดได้นานขึ้น นอกจากนี้ควรให้ผู้ป่วยได้ร่วมวางแผนกิจกรรมที่ช่วยลดความเจ็บปวด (Clark, 1987)

การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับการรับรู้ความรู้สึกได้ถูกต้องนั้น พยาบาลต้องให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งเร้าที่มีความหมายตลอดเวลาโดยการแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยบอกความหมาย และวิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายทุกครั้งที่จะปฏิบัติการพยาบาลไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้ตัวหรือสับสน หรือไม่รู้สึกตัวก็ตามบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่า เวลา สถานที่ และบุคคลอย่างสม่ำเสมอ จัดหาปฏิทินนาฬิกาไว้ในที่ ๆ ผู้ป่วยสามารถเห็นได้ชัดเจน อธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยม กฏระเบียบปฏิบัติทั่วไปของหอผู้ป่วยผู้ช่วยหนัก อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของเครื่องมือที่ใช้ประโยชน์ และความหมายของเสียงสัญญาณที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและไม่เกิดความวิตกกังวล หุดคุดสนทนากับผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมาย ส่งเสริมกระบวนการคิดในระดับที่สูงขึ้น เช่น การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยคิดแก้ปัญหา หรือวางแผนอนาคตของตน และช่วยสนับสนุนผู้ป่วยในการแก้ปัญหาให้ข้อเสนอแนะที่ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกทางเลือก อนุญาตให้ญาติหรือเพื่อนนำสิ่งของที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วยมาให้เช่นรูปภาพ หรือเทปบันทึกเสียง ลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป เช่น หรี่แสงสว่างในเวลากลางคืน ลดเสียงหุดคุดของเจ้าหน้าที่ใกล้เตียงผู้ป่วย จัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห่างจากผู้ป่วยที่ต้องมีกิจกรรมการพยาบาลมากหรือใช้เครื่องมือหลายชนิด ลดเสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องมือในเวลากลางคืน จัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลเป็นรายบุคคลเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจและไม่ได้รับการกระตุ้นมากเกินไป ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับสิ่งแวดล้อมภายนอก อนุญาตให้ผู้ป่วยได้พบกับญาติ เมื่อผู้ป่วยต้องการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น วิตกกังวล เห็นภาพหลอน กลัว และพยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การสัมผัสและการหุดคุดจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นความรู้สึกที่มี



ความหมายมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมแล้ว พยาบาลต้องส่งเสริมการเรียนรู้โดยการเริ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่อย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Underhill, 1982; Thompson, et al., 1986; Carpenito, 1987; Halloway, 1988)

4.6.7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-Perception) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความรู้สึกด้านจิตใจที่เกิดขึ้น คือความรู้สึกสูญเสีย สูญเสียภาวะสุขภาพ สูญเสียเกียรติและความเป็นอิสระส่วนตัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทและแบบแผนการดำเนินชีวิต การตอบสนองด้านจิตใจนี้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับตนเองเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะรู้สึกคุณค่าของตนเองต่ำลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติต้องการพึ่งพาผู้อื่น และขาดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ (Mc Glasham, 1988; Patricia, and Menke, 1988) บุคคลที่เคยมีความสามารถในการทำงานช่วยเหลือตัวเอง ได้เมื่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและบทบาทต้องเปลี่ยนไป จะทำให้บุคคลประเภทนี้รับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเอง และประสบปัญหาในการปรับตัวความสำคัญในคุณค่าของตนจะต่ำลง และสูญเสียภาพลักษณ์ (Barray, 1989)

การพยาบาลต้องประเมินพฤติกรรมการตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญที่เหมาะสม การปฏิบัติการพยาบาลแต่ละสถานการณ์นั้นแตกต่างกันไป ซึ่งต้องเลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และพฤติกรรมของผู้ป่วย หลักทั่ว ๆ ไปในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองอย่างถูกต้อง คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดแสดงความรู้สึกความคิด และการมองตนเองให้ผู้ป่วยถามคำถามเกี่ยวกับสุขภาพการรักษา ความก้าวหน้าของโรคให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริง แก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับตนเองหรือการดูแลตนเอง หรือเกี่ยวกับผู้ดูแล หลีกเลี่ยงการวิจารณ์ทางลบ จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเป็นส่วนตัว ส่งเสริมให้ปฏิสัมพันธ์กับสังคมโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หลีกเลี่ยงการปกป้องช่วยเหลือผู้ป่วยมากเกินไป และจำกัดความต้องการของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้

ในผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสำคัญในคุณค่าตนเองต่ำ พยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ความไว้วางใจจะช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผู้ป่วยจะรู้ว่าพยาบาลสนใจในความต้องการของเขา พยาบาลต้องพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความจริงใจแสดงความรู้สึกและความอบอุ่นเป็นกันเองทั้งคำพูดและท่าทาง สร้างความหวัง โดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนด

เป้าหมายการดูแลซึ่ง เป็นเป้าหมายทั้งที่ง่ายและยาก ล่ง เสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้ กำหนดทาง เลือกและการตัดสินใจ เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง (Mc Glasham, 1988)

4.6.8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relationship) การเปลี่ยนแปลงใน แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย หนักคือ การเปลี่ยนบทบาทในการทำงานและการเข้าสังคม และการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการของ ครอบครัว เพราะการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักนั้น ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวและบุคคล ใกล้ชิด ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติ จากการศึกษาของทิตเลอร์และโคเฮน (Titler and Cohen, 1988) เกี่ยวกับปัญหาในการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักตามการรับรู้ของ ผู้ป่วย คู่ชีวิต บุตรและพยาบาล พบว่าปัญหาสำคัญอันดับแรกคือ ขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิก ในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยกับคู่ชีวิตและผู้ป่วยกับบุตร ปัญหาที่สองคือ การปกป้องเด็กไม่ให้รับรู้ ข้อมูลที่จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล เพราะทั้งผู้ป่วยและคู่ชีวิตรับรู้ว่าคุณ ๆ ของ เขายัง ไม่โตพอที่จะรับรู้ ความจริงและความรู้สึกของพ่อแม่ ปัญหาที่สามคือ ทั้งผู้ป่วยคู่ชีวิตและบุตรรับรู้ว่ามีความรู้สึกถูกคุกคาม เป็นความรู้สึกเจ็บปวดทางอารมณ์ความไม่แน่ใจและตกอยู่ในภาวะอันตราย ซึ่งปัญหาทั้ง 3 ประการนี้ ทำลายแบบแผนกิจวัตรของครอบครัวเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของครอบครัวและความขัดแย้ง ในบทบาท นอกจากนี้เบทสเวิร์ธและโมเลน (Bedsworth, and Molen, 1982) ได้จำแนกภาวะคุกคามที่คู่ชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องเผชิญคือ ความรู้สึกสูญเสียคู่ชีวิต ความรู้สึกสูญเสียภาวะสุขภาพ ที่สมบูรณ์ของคู่ชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของครอบครัว เปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วย เป้าหมายและขวัญกำลังใจเปลี่ยนไปต้องแยกจากคู่ชีวิต สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาล และกลัวอาการของโรคหัวใจกลับเป็นซ้ำอีก ความเครียด และความวิตกกังวลของครอบครัวและญาติผู้ป่วยนี้สามารถถ่ายทอด ไปสู่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความวิตก กังวลมากขึ้นได้ (Frederickson, 1989) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับปัญหาภาวะ เศรษฐกิจ ของครอบครัว การขาดรายได้ อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนงานและความรับผิดชอบ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ผู้ป่วยต้อง ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลและครอบครัวให้สามารถเผชิญและปรับตัว ได้อย่าง เหมาะสม การพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญต่อการ เปลี่ยนแปลงและ ปรับบทบาทความสัมพันธ์ของครอบครัวได้ ญาติและคู่ชีวิตของผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือสนับสนุนให้ ผู้ป่วยเผชิญต่อ ภาวะวิกฤติในระยะ เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติการพยาบาล โดย

การเข้าใจและพยายามช่วยแก้ไขความรู้สึกของญาติ พยาบาลควรแนะนำให้ญาติของผู้ป่วยได้  
 เข้าใจระเบียบของหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างสั้นๆ ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารักษา วิธีการติดต่อกับ  
 เจ้าหน้าที่ เพื่อซักถามอาการของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วย ได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย  
 หรือ ใ้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ จัดสถานที่สำหรับญาติ เพื่อให้ได้พักและติดต่อสอบถาม  
 สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยบอกผู้ป่วยว่าญาติยังคงรออยู่ข้างนอก  
 หรือให้ญาติได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น ช่วยบ้วนอาหาร เช็ดหน้า  
 หรือพุง ให้นั่ง อนุญาตให้ญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อญาติหรือผู้ป่วยต้องการอนุญาตให้ญาติผู้ป่วยได้  
 โทรศัพท์ถามอาการของผู้ป่วย ให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เมื่อออกจาก  
 หออภิบาลผู้ป่วยหนัก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยอภิปรายถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการ  
 ดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เมื่อย้ายออกจากหออภิบาล  
 ผู้ป่วยหนัก และ เมื่อกลับไปทำงาน

#### 4.6.9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality - reproductive)

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนนี้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เริ่มเกิดขึ้นในช่วงระยะอยู่ใน  
 โรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าพ้นจากอันตรายผู้ป่วยจะ เปลี่ยนความสนใจมาเอาใจใส่ในการดำรงชีวิต  
 อย่างมีคุณภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยสนใจเกี่ยวกับแบบแผนเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะ  
 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน ในวัยผู้ใหญ่โดยเฉพาะเพศชายผู้ป่วยจะมีความกลัวว่า  
 ความสามารถทางเพศจะลดลงและมีข้อสงสัยผู้ป่วยจะคัดค้านคำตอบและทดสอบความเป็นผู้ชายความ  
 เข้มแข็งและความมีอิสระของตนเอง โดยการแสดงพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น สัมผัส  
 ร่างกายของเจ้าหน้าที่ (Bilodeau, 1981; Underhill, 1982; Lambert and Lambert, 1985) ผู้ป่วยที่รับรู้  
 ว่าโรคหัวใจเป็นสิ่งที่คุกคามความสามารถทางเพศของเขาจะพยายามแสดง  
 ออกเพื่อเอาชนะความกลัวนั้น โดยการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางเพศมากกว่าแสดงพฤติกรรมทาง  
 เพศลดลง แม้ว่าการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางเพศ (Sexual aggressive) จะไม่ปรากฏใน  
 ผู้ป่วยทุกคนก็ตาม แต่ผู้ป่วยทุกคนที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลหรือ  
 กลับบ้าน ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นนี้  
 จะนำไปสู่ความเข้าใจผิดและกลัวในสิ่งที่ไม่เป็นจริงได้ (Underhill, 1982)

การพยาบาลมีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวลและหยุดแสดง  
 พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีความเข้าใจอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับแบบแผนเพศสัมพันธ์ของเขา โดยการ

ประเมินพฤติกรรมว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วย และความสามารถทางเพศหรือไม่ เสริมสร้างให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง และกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ หรือให้ข้อมูลในทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีสภาพร่างกายดีขึ้น เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วย ให้คำปรึกษากับผู้ป่วย และคูชีวิตหรือส่งปรึกษาหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation) เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และสังเกตอาการผิดปกติภายหลังมีเพศสัมพันธ์ (Underhill, 1982; Lambert and Lambert, 1985)

#### 4.6.10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและการทนต่อความเครียด

(Coping-Stress Tolerance) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยและความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทางร่างกาย (Stressor) ได้แก่ ความเจ็บปวด อาการเจ็บหน้าอก การเดินของหัวใจผิดปกติ หัวใจล้มเหลว การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจำกัดกิจกรรม สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเพิ่มมากขึ้นหรือลดน้อยลง การเข้ารับรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองความเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงที่คุกคามต่อชีวิต (Bilodeau, 1981; Malley, and Menke, 1988) ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียด พฤติกรรมเหล่านี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล พฤติกรรมที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมปรับตัวด้วยการแสดงอารมณ์โกรธ ปฏิเสธ ตลอดจนมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางเพศ (Scalzi, and Burke, 1982; Underhill, 1982; Lambert and Lambert, 1985)

การพยาบาลต้องพิจารณาการแสดงพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และวางแผนให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว เพื่อเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

การพยาบาลเพื่อตอบสนองผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ต้องวางแผนให้การพยาบาลใน 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรกที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล 2) ระยะที่ย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 3) ระยะที่จำหน่าย ดังนี้ (Underhill, 1982; Lambert and Lambert, 1985)

1. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีบุคลิกภาพที่มีความเสมอต้นเสมอปลาย คงที่ เพื่อที่จะวางแผน และเตรียมผู้ป่วยและญาติในระยะนี้ ผู้ป่วยและญาติต้องการที่จะติดต่อกับพยาบาลคนเดิม

เพื่อที่จะ เสริมสร้างความไว้วางใจ ความเข้าใจในขอบเขตของการได้รับความช่วยเหลือตามความเหมาะสม ซึ่งพยาบาลต้องร่วมมือประสานงานในการวางแผนให้การพยาบาลตามความรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล การติดต่ออย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้พยาบาลสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย และพฤติกรรมที่ตอบสนองได้ถูกต้อง และนอกจากนี้ยังช่วยให้พยาบาลประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อที่จะอธิบาย ชี้แจงเมื่อจำเป็น ความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลอยู่ที่การฟัง การสังเกต และการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ตนเองของผู้ป่วย

2. เริ่มให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ให้รู้เครื่องมือที่อยู่รอบข้างผู้ป่วย และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนปฏิบัติการพยาบาล การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งต่าง ๆ นั้น จะช่วยลดความวิตกกังวล

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความกังวล และถามข้อสงสัยเพื่อจะได้อธิบายหรือแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยเป็นการลดความวิตกกังวล

4. ขณะที่ย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะวิตกกังวลมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ดังนั้นพยาบาลควรเตรียมผู้ป่วยและญาติโดยอธิบายสั้น ๆ หลังจากเข้ารับรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักว่าการเข้ารับรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักนี้เป็นการเข้าอยู่เพียงชั่วคราว เมื่ออาการดีขึ้นก็ต้องย้ายออกไปหน่วยอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ข้อมูลในทางบวกและพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ควรไปเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อย้ายออกไปและอธิบายถึงความแตกต่างระหว่างสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยนั้นด้วย และควรย้ายผู้ป่วยขณะที่มีญาติหรือผู้ใกล้ชิดอยู่ด้วยเพื่อช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ถ้าผู้ป่วยไม่ ต้องใช้เครื่องตรวจและติดตามการทำงานหัวใจ (E.K.G. monitor) แล้ว ควรเอาเครื่องออกก่อนย้าย 2-3 ชั่วโมง และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวและมั่นใจว่าเขาจะปลอดภัย ถ้าไม่ได้ใช้เครื่องตรวจหัวใจ

ผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมปฏิเสธ การพยาบาลต้องประเมินว่าการปฏิเสธนั้นขัดขวางต่อการรักษาหรือการปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่ เพราะการปฏิเสธชั่วคราวเป็นเรื่องปกติ แต่การปฏิเสธในระยะนานนั้น ต้องได้รับการช่วยเหลือพยาบาลควรให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะด้วยคำถามปลายเปิดกับผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา หลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความจริง พยาบาลควรใช้การประเมินอาการ

อย่างใกล้ชิด เช่น สัญชาตศัพท์ การเต้นของหัวใจ และสอนให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองจากข้อมูลเหล่านี้ด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทดสอบความจริง เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมืออย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลเหล่านี้ต้องระวัง ไม่ให้ผู้ป่วยคิดว่าเป็นการลงโทษเพราะการลงโทษ ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธมากขึ้น การชักชวนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ของตนเองในสิ่งแวดล้อมขณะนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรม เช่น อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ดูแลความสะอาดร่างกายตนเอง เมื่ออาการเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับพฤติกรรมยอมรับและร่วมมือในการรักษา (Underhill, 1982; Daly, 1985; Lambert and Lambert, 1985; Halloway, 1988)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความรู้สึกซึมเศร้า พยาบาลควรบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าความรู้สึกซึมเศร้าเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างเปิดเผย ซึ่งพยาบาลจะประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยได้จากข้อมูลเหล่านี้ การให้ข้อเสนอแนะในทางบวกเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ร้องไห้หรือแสดงความรู้สึกในขณะที่พยาบาลให้การดูแลสัมผัสผู้ป่วย และจัดสิ่งแวดล้อมให้สิ่งเร้าอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน เช่น วิทยุ หรือ โทรทัศน์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกับกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ความรู้สึกซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง และผู้ป่วยมีความหวังและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น (Underhill, 1982; Daly, 1985; Lambert and Lambert, 1985; Halloway, 1988)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอารมณ์โกรธ จะต้องประเมินพฤติกรรมที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากสาเหตุใด และรับฟังผู้ป่วยแสดงอารมณ์โกรธ ไม่แสดงความรู้สึกโกรธโต้ตอบหรือพยายามให้เหตุผลในขณะนั้น ความโกรธของผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาสูญเสียความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล หรือดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันจะช่วยลดความรู้สึกโกรธลงได้ (Underhill, 1982; Lambert and Lambert, 1985)

4.6.11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม (Value and Belief) การเปลี่ยนแปลงในแบบแผนนี้คือ ความตึงเครียดเกี่ยวกับความเชื่อ (Spiritual distress) ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะขาดความเป็นส่วนตัว ทำให้ไม่สามารถประกอบพิธีทางศาสนาได้ตามปกติตามความเชื่อของตน การต้องรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้อาจขัดกับความเชื่อในการ รับประทานอาหารของผู้ป่วยหรือข้อห้ามทางศาสนา ความเจ็บป่วย

ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยและญาติอาจมีความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อของตน ดังนั้นความจำกัดของสภาวะแวดล้อม จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกขัดแย้งระหว่างระเบียบข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลกับความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม

การพยาบาลต้องประเมิณสาเหตุ และองค์ประกอบที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความขัดแย้งเกี่ยวกับความเชื่อและค่านิยมประเมิณแบบแผนความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการนับถือศาสนา การประกอบพิธีทางศาสนา ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อนุญาตให้ผู้ป่วยหรือญาตินำสิ่งของที่ผู้ป่วยนับถือตามความเชื่อและวัฒนธรรมของตนมาไว้ อนุญาตให้ญาติจัดหาอาหารตามความเชื่อหรือข้อกำหนดทางศาสนาให้กับผู้ป่วยแต่ต้องไม่ขัดกับการรักษา อนุญาตให้ผู้ป่วยได้พบพระหรือผู้นำทางศาสนาตามที่ตนนับถือ เพื่อความรู้สึกอบอุ่นด้านจิตใจ พยาบาลต้องรับฟัง และแสดงความร่วมรู้สึกกับความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Carpenito, 1987)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลให้ตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ครบถ้วน การวางแผนการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพในการประเมิณสภาพผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลนั้น เป็นแนวคิดหนึ่งที่น่าไปสู่การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งนี้ เพราะขอบเขตของแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนนั้น ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ ทุก ๆ ด้าน และการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางที่เด่นชัดขึ้น

## 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกันทั้งในประเทศและต่างประเทศมีดังนี้

พินิตา คามาพงศ์. (2519) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลต่อ กิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยศึกษาใน สุ่มตัวอย่าง 200 คน แบ่งเป็นพยาบาลและผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม ให้กับพยาบาล และผู้ป่วย สรุปผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่า หมวด การเตรียมตัวก่อนกลับบ้านมีความสำคัญเป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ หมวดการปฏิบัติตามแผน การรักษาของแพทย์ หมวดจิตใจและสังคม และหมวดร่างกายตามลำดับ และความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริวรรณ เจริญ. (2520) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการ การพยาบาลหลังคลอด โดยทำการศึกษาใจผู้ป่วยหลังคลอดปกติ คลอดผิดปกติ และผ่าตัด เอา เด็กออกทางหน้าท้อง กลุ่มละ 50 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความ ต้องการการสอน คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านจิตใจด้านวิญญาณ และ ด้านสรีรวิทยา และชีววิทยาตามลำดับ และคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยเกี่ยวกับความต้องการ การพยาบาลหลังคลอดปกติ คลอดผิดปกติ และผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง ทั้งโดยส่วนรวม และรายด้านไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ย เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลหลังคลอดของผู้ป่วยครรภ์แรก ครรภ์หลังแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ความคิดเห็นเฉลี่ยเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลหลังคลอดของ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความแตกต่างกันที่ระดับ .01 เฉพาะความคิดเห็น ด้านสรีรวิทยาและชีววิทยา

เรณูมาศ วิจิตรรัตนะ. (2520) ได้ศึกษาวิจัย เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานใน ชีวิตประจำวันของพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยทำการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน แผนกพิเศษ โรงพยาบาลของรัฐบาลจำนวน 30 คน ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในแผนกสามัญ โรงพยาบาลของรัฐจำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน



30 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลในหมวดความต้องการรับรู้สิ่งต่างๆ เป็นอันดับแรก รองลงมา คือ ความต้องการเป็นอิสระ ความต้องการพ่วงพาอาศัยของคนอื่น และความต้องการปลอดภัย ตามลำดับ ซึ่งความต้องการดังกล่าวเป็นความต้องการด้านจิตใจ ส่วนความต้องการทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการอาหารและน้ำดื่มเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ความต้องการอากาศบริสุทธิ์ อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความต้องการการพักผ่อนนอนหลับ ความต้องการ การขับถ่าย และความต้องการทางเพศ คณะแนจลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน ในชีวิตประจำวันขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน และผู้ป่วยแผนก พิเศษในโรงพยาบาลของรัฐโดยส่วนรวมและรายหมวดไม่แตกต่างกัน ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแผนกพิเศษ และผู้ป่วยแผนกสามัญของ โรงพยาบาลรัฐบาล ทั้ง โดยส่วนรวมและรายหมวด ไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ความต้องการพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพศชายกับเพศหญิง พบว่า ความคิดเห็นโดยรวม และรายหมวดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เดือนฉาย เนิยมทรัพย์ (2520) ได้ศึกษาวิจัย ความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลต่อ ความต้องการหลังผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ศัลยกรรมทรวงอกในวันที่ 3-9 จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่อความต้องการหลังผ่าตัด หมวดความต้องการด้านวิญญานสูงสุด ซึ่งเป็น ความต้องการในระดับมากรองลงมาคือความต้องการด้านจิตใจและสรีรวิทยา ซึ่งเป็น ความต้องการในระดับปานกลาง ส่วนพยาบาลมีความคิดเห็น ว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกมี ความต้องการหลังผ่าตัดในด้านสรีรวิทยาสูงสุด รองลงมาเป็นความต้องการด้านจิตใจ และ วิญญาน ซึ่งเป็นความต้องการในระดับมาก และความคิดเห็นของผู้ป่วยและของพยาบาล เกี่ยว กับความต้องการของผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายหมวด พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลและของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในหมวดความต้องการด้านสรีรวิทยา ส่วนหมวดความต้องการด้านจิตใจ และวิญญาน ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน

เครื่อวัลย์ สุวรรณรัตน์ (2528) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ขณะพักอยู่ในโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จำนวน 27 ราย และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบำบัดพิเศษ และในหอผู้ป่วยทั่วไปอย่างละ 30 ราย ผลการวิจัยพบว่าความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลรายชื่อของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ขณะพักอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ และในหอผู้ป่วยทั่วไป มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยในขณะที่พักอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลว่าเป็นโรคอะไร เช่นเดียวกับความคิดเห็นของพยาบาล เมื่อย้ายออกมาอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่ไม่เป็นอันตรายหัวใจ แต่พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลว่าเป็นโรคอะไร และ เมื่อพิจารณาความต้องการรายหมวด ขณะพักรักษาตัวในหน่วยบำบัดพิเศษ และในหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในขณะที่พักอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ ผู้ป่วยต้องการข้อมูลหมวดการวินิจฉัยเป็นอันดับแรก เช่นเดียวกับความคิดเห็นของพยาบาล ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยต้องการข้อมูลหมวดการพยากรณ์โรค ส่วนพยาบาลคิดว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูลหมวดการวินิจฉัยโรค เป็นอันดับแรก

ศิริอร สินธุ (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า อายุ ความวิตกกังวล ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับปัญหาเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนความรู้ในการปฏิบัติงานด้านเพศสัมพันธ์ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ และระยะเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาเพศสัมพันธ์

บอยคอฟฟ์ (Boykoff, 1986) ศึกษาความต้องการการเชื่อมตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจและของครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยที่รักษาในหน่วยโรคหัวใจจำนวน 20 ราย และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 11 คน ตอบแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญในเรื่องความต้องการให้พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสารระหว่างผู้ป่วยให้กับญาติ และต้องการให้พยาบาลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่าต้องการให้ญาติช่วยทำกิจกรรมบางอย่างให้ผู้ป่วยและต้องการให้พยาบาล เป็นผู้กำหนดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยมากกว่าการ

กำหนดเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และต้องการให้ยึดหยุ่นกำหนดเวลาเยี่ยม และต้องการให้พยาบาลแสดงความสนใจ พบและพูดคุยกับญาติในระหว่างเวลาเยี่ยม นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติยังมีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องความต้องการให้อนุญาตให้เพื่อนของผู้ป่วยเข้าเยี่ยมได้เท่า ๆ กับญาติ ต้องการให้อนุญาตให้ญาติของผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยได้ทางโทรศัพท์ และต้องการให้คงเวลาเยี่ยมไว้เช่นเดิม คือ 10 นาที ทุก ๆ ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 11.00น.-20.00น.

โรเบิร์ต ซินเธียร์ (Robert, Cynthia, 1982) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยกับของพยาบาล ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ 19 คน และพยาบาล 19 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นจากกลุ่มปัญหาที่เกิดขึ้นตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้ปัญหาและจำแนกปัญหาไม่ตรงกัน โดยผู้ป่วยจำแนกปัญหาในเรื่องการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการเผชิญกับครอบครัว ความเศร้าโศก การดูแลตัวเอง กระบวนการคิด และการขับถ่ายปัสสาวะ ส่วนปัญหาที่ผู้ป่วยจำแนกมากกว่าพยาบาลได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของน้ำในร่างกาย ลำไส้ โภชนาการ ระบบหายใจ อัมโนทัศน์ การพักผ่อนนอนหลับ และปัญหาด้านจิตวิญญาณ ส่วนพยาบาลจำแนกปัญหามากกว่าผู้ป่วยในเรื่องความไม่ร่วมมือ ปัญหาการไหลเวียนเลือด ความสุขสบาย การเคลื่อนไหว และการแยกจากสังคม และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยหาความสอดคล้องของจำนวนปัญหาที่ผู้ป่วยกับพยาบาลรับรู้ตรงกันพบว่า มีความสอดคล้อง 19.53% และพบว่าปัญหาที่จำแนกโดยผู้ป่วยกับปัญหาที่จำแนกโดยพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กัน

คาร์ลิต และ ยาร์เชสกี (Karlik, and Yarcheski, 1987) ศึกษาความต้องการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ 30 คน และพยาบาลจากหน่วยโรคหัวใจ (C.C.U.) 15 คน และพยาบาลทางการศึกษา 15 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมิณค่า 5 ระดับ มีจำนวน 43 รายการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขณะอยู่ใน C.C.U. มีความต้องการเรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ จัดอันดับความสำคัญจากมากที่สุด ดังนี้

- 1) บังคับเสียงที่ทำให้อาการของโรครุนแรง
- 2) สรีรวิทยาของหัวใจ
- 3) ยา
- 4) ระเบียบของหน่วยหัวใจ
- 5) เรื่องทั่ว ๆ ไป
- 6) การออกกำลังกาย
- 7) อาหาร
- 8) จิตใจ

ส่วนผู้ป่วยในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีความต้องการเรียนรู้เรื่องต่าง ๆ ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรครุนแรง 2) ยา 3) สรีรวิทยาของหัวใจ 4) อาหาร 5) ระเบียบของหน่วยหัวใจ 6) การออกกำลังกาย 7) เรื่องทั่ว ๆ ไป 8) จิตใจ และ เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหัวใจ และของพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการเรียนรู้ พบว่า มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน โดยพยาบาลมีความคิดเห็นว่าคุณป่วยมีความต้องการเรียนรู้ในเรื่องยาเป็นอันดับสำคัญที่สุด และความรู้เรื่องสรีรวิทยาของหัวใจเป็นอันดับน้อยที่สุดซึ่งแตกต่างจากความคิดเห็นของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

