

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ใช้กระบวนการดูแล  
เอื้ออาทรต่อการปฏิบัติกรดูแลตนเองและการรับรู้พฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล  
ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง  
ครอบคลุมหัวข้อซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน
2. การปฏิบัติกรดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน
3. แนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร
4. พฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล
5. แนวคิดการรับรู้พฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทร
6. แบบประเมินการรับรู้พฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทร
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน (Myocardial infarction)

##### 1.1 ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  
เป็นเวลานานจนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหาย (Injury) จากการขาดออกซิเจน  
ถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือจบลงด้วย  
การเสียชีวิตของผู้ป่วย (Sabatine, O'Gara & Lilly, 1998)

สาเหตุของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันมีดังนี้(สมจิต หนูเจริญกุล,  
2539; สรณ บุญใบ ชัยพฤกษ์, 2541; อภิชาติ สุคนธสรพร, 2533)

1) การตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Coronary  
atherosclerosis) ซึ่งจะทำให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือดลงอย่างสมบูรณ์ ทำให้เกิดเซลล์กล้ามเนื้อ  
หัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้เมตาบอลิซึมของเซลล์ต้องหยุดลง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ  
ต้องตายไป ซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ สูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งจะทำให้  
หลอดเลือดแข็งทำให้เกิดหลอดเลือดตีบลงได้

2) การอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery embolism) พบว่ามี  
Thrombus อุดอยู่ซึ่งเกิดจากปริมาณเลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือดหัวใจช้าลงเป็นผลมาจากการตีบ  
แคบของหลอดเลือด ทำให้เลือดบริเวณนั้นแข็งตัวได้ง่าย กลายเป็น Embolism และไปอุดตันที่  
หลอดเลือดหัวใจ พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

3) กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Myocardial Oxygen demand – Supply disproportion) เนื่องจากมี fibrin ในหัวใจและเกิดความไม่สมดุลกันของออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกับความต้องการของออกซิเจน จึงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันได้ เช่น ผู้ป่วย Aortic stenosis, Aortic insufficiency, Thyrotoxicosis

## 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง สภาพหรือลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สามารถจำแนกออกเป็น 2 ชนิด คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในกระแสเลือดสูง การขาดการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน บุคลิกภาพแบบเอ และความเครียด และภาวะที่มีระดับของโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค มีหลายประการ สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ชนิด ดังนี้

### 1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ซึ่งมีดังนี้

1) อายุ โรคหลอดเลือดหัวใจมักพบได้ในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) จากการศึกษาพบว่าเมื่อคนมีอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด โดยมีความเสื่อมสภาพตามวัย ผนังหลอดเลือดมีความเปราะและแข็ง (Martinez & House – Fancher, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยกลางคนและสูงอายุ และมีความชุกของโรคสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (เสก ปัญญาสังข์และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) การเกิดโรคจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ในช่วงอายุ 40 – 60 ปี อุบัติการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 5 เท่า (Schoen & Cotran, 1999)

2) เพศ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมากกว่าเพศหญิง (Keresztes & Dan, 1992) โดยเชื่อว่าฮอร์โมนเพศหญิง คือ ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีฤทธิ์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Van & Korevaar, 1993) โดยเชื่อว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนมีฤทธิ์ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง ส่งผลให้ระดับไขมันใน เส้นเลือดเพิ่มขึ้นโดยพบว่าระดับไขมันโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ไขมันไลเดนซิติ์ ไลโปโปรตีน (LDL) สูงขึ้น ร้อยละ 14, 12 และ 27 ตามลำดับและไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) ลดลง ร้อยละ 7 (Farmer & Gotto, 1997) และพบว่าหญิงวัยหมดประจำเดือนจะมีโอกาสเกิดโรคและมีอัตราการตายสูง (American Heart Association, 1999) ดังนั้นในช่วงอายุ 60 – 70 ปี อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงเท่ากันทั้งสองเพศ (Schoen & Cotran, 1999)

3) กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติเป็นโรคนี้ในครอบครัว (Woods, Froelicher Halpeny & Motzer, 1995) หรือบุคคลที่มีมารดา บิดาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง

ซึ่งเป็นแบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ตั้งแต่อายุยังน้อย (Martinez & House - Fancher, 2000)

### 1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ มีดังนี้

1) ระดับไขมันในเส้นเลือด (Hyperlipidemia) ในผู้ป่วยที่มีระดับคลอเลสเตอรอลสูง คือ มากกว่า 250 - 300 โดยปกติไม่ควรเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 ลิตร หรือมีระดับ Low Density Lipoprotein (LDL) มากกว่าเกิน 100 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 ลิตร มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น 2-3 เท่า (WHO, 1992) ถ้ามีปริมาณของคลอเลสเตอรอล และไลโปโปรตีน (HDL) ในเลือดสูงจะทำให้มีตะกอนของไขมันไปเกาะอยู่ตามผนังของหลอดเลือดแคบลงมีลักษณะแข็งตัวและเปราะ ประสิทธิภาพในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ง่าย (พรณี เสถียรโชค, 2536) ความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเพศชายที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 260 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร มีโอกาสเกิดโรคถึง 5 เท่า ของผู้ที่มีระดับคลอเลสเตอรอลต่ำกว่า 180 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

2) การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเนื่องจากสารทาร์และนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นระบบซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamines) มากขึ้นทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเพิ่มมากขึ้นขณะเดียวกันคาร์บอนมอนนอกไซด์ในควันบุหรี่จะขัดขวางกระบวนการแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ปอด (Farmer & Gotto, 1997) จะเป็นตัวขัดขวางกระบวนการพาออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจได้ (Baxendal, 1992)

3) ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 140 mmHg หรือ Diastolic สูงกว่า 90 mmHg ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าคนปกติ 3 - 4 เท่า เนื่องจากผลของความดันสูงส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นหัวใจจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและแรงดันเลือดสูงจะเป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือดเกิดรอยโรคที่ส่งเสริมให้สารจำพวกไขมันไปเกาะติดผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น จึงทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง (Newton & Froelicher, 1995)

4) โรคเบาหวาน เมื่อมีอาการเรื้อรังนาน ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็ก ทำให้แข็งและเปราะ ซึ่งทำให้ผนังหลอดเลือดมีการฉีกขาดได้ง่ายเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดตามมา หากเกิดกับหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (พงศอมร บุญนาค, 2545) นอกจากนี้ร่างกายจะเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้คงที่ได้ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงน้ำตาลให้เป็นไกลโคเจนและไขมันสูงขึ้น ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าการกลับเป็นซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจตายและอัตราตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน (Chyun, 2001)

5) โรคอ้วน ผู้ป่วยที่อ้วนหรือมีน้ำหนักมากกว่าปกติ โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อภิชาติ สุคนธสรพร, 2533) มีสถิติการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ป่วยที่น้ำหนักปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ้วนและมีภาวะไขมันในเลือดสูงและมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เนื่องจากผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่าปกติ จะมีระดับโคเลสเตอรอลสูงในกระแสเลือด โดยเฉพาะไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ ซึ่งไปเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบแคบลงได้ (Newton & Froelicher, 1995)

6) ความเครียดและบุคลิกภาพ ภาวะเครียดจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น และจะมีความดันโลหิตสูงขึ้น (Schnall, 1990) ในขณะที่เดียวกันร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อเตรียมพร้อม ทำให้น้ำตาล ไขมันในเลือดและสารที่ช่วยการแข็งตัวของเลือดมีระดับเพิ่มขึ้น ถ้ามีความเครียดเกิดขึ้นเสมอ ๆ จะทำให้เกิดไขมันในเลือดสูงอย่างถาวร เป็นผลทำให้มีสารไขมันมาเกาะตามผนังหลอดเลือดมากขึ้นและหลอดเลือดแข็งตัวได้ ปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดความเครียดที่สำคัญ คือ บุคลิกภาพของแต่ละบุคคลและแบบแผนในการดำเนินชีวิต คนที่มีบุคลิกภาพชอบแข่งขัน อารมณ์ รุนแรง ใจร้อนและเข้มงวดตลอดเวลา (บุคลิกภาพ type A) จะมีแนวโน้มให้เกิดโรคหัวใจมากกว่าคนเฉื่อยชา (จันทนา รณฤทธิ์ชัย, 2536) ผู้ที่มีบุคลิกภาพเอ คือ มีลักษณะเอาจริงเอาจังมีความทะเยอทะยาน เชื้อมั่นในตัวเองสูงและชอบการแข่งขันเอาชนะ มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้มากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพบี ซึ่งมีลักษณะตรงกันข้ามกับแบบเอ 4 เท่า และมากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพ ซี ซึ่งมีลักษณะกึ่งกลางระหว่างเอและบี 2 เท่า (สมพันธ์ หิณูชีระพันธ์, 2541) ซึ่งต้องสอดคล้องกับการศึกษาของเจอร์ตีและคณะ (Gerrity et al, 1990) พบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพ type A มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

7) ภาวะที่มีระดับของโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง โฮโมซิสเตอีนเป็นกรดอะมิโนที่เกิดขึ้นจากการสลายตัวของอาหารจำพวกโปรตีน โดยปกติในกระแสเลือดจะมีระดับของโฮโมซิสเตอีนอยู่ระหว่าง 4 -17 มิลลิโมลต่อลิตร (Aronow & Ahn, 1997) เพศชายจะมีปริมาณโฮโมซิสเตอีนสูงกว่าเพศหญิง เพราะระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงทำให้โฮโมซิสเตอีน ลดลง ระดับของโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูงนั้นเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งถึงร้อยละ 31 ถึงแม้จะยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดนัก แต่นักวิจัยเชื่อว่าระดับของโฮโมซิสเตอีนมีผลทำให้ระดับไขมันในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น และนอกจากนี้โฮโมซิสเตอีนยังทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดเกิดการฉีกขาด เมื่อเกิดการฉีกขาดจะเพิ่มการสร้างลิ่มเลือดมาเกาะบริเวณชั้นในของหลอดเลือดทำให้เกิดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น (Reeder, Magdic, Rodger & Hoffman, 2000)

8) การไม่ออกกำลังกาย การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความสัมพันธ์กับการ ไม่ออกกำลังกายและภาวะอ้วน พบว่า ผู้ที่ทำงานอยู่กับที่ไม่มีเวลาออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่านักกีฬาหรือผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (สมพันธ์ หิณูชีระพันธ์, 2541) การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดและหัวใจแข็งแรงหัวใจมีการ

สูบเลือดในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการไหลผ่านของเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้นลดการจับตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือด ป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือดแดง ผู้ป่วยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอพบว่ามีอันตรายจากโรคหัวใจขาดเลือดน้อยลง เป็นเพราะว่าการออกกำลังกายทำให้ไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูงเพิ่มขึ้น และการเกาะตัวของเกร็ดเลือดลดลง (พรรณี เสถียรโชค, 2536)

### 1.3 อาการและอาการแสดง

อาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันจะเกิดขึ้นในขณะใดก็ได้ เช่น ขณะนอน พักหรือทำกิจกรรมอยู่ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงทันทีทันใดคล้ายถูกบีบรัดหน้าอกไว้ หายใจไม่สะดวก เจ็บบริเวณใต้กระดูกหน้าอกหรืออาจแผ่กระจายหรือเจ็บร้าวไปที่แขนซ้าย คอ ขากรรไกร ไหล่ หลัง หรือบริเวณอื่น ๆ ที่หน้าอกคล้ายกับอาการเจ็บหน้าอกแบบ angina pectoris แต่รุนแรงกว่า ใช้เวลานานกว่า 20 นาที และอาการเจ็บหน้าอกจะไม่บรรเทาโดยการนอนหรืออมยาไนโตรกลีเซอริน (Porth, 1998) อาการอาจจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค นอกจากนี้จะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ซึ่งเกิดจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงและมักพบว่าผู้ป่วยจะมีไข้ โดยอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง ภายหลังจากมีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก อึดอัด หายใจลำบาก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงกับอาการช็อกด้วย อาการแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบได้บ่อยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ ภาวะหัวใจวาย ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะช็อก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด (Wenger, 1997)

### 1.4 แนวทางการรักษา

เมื่อเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน จุดประสงค์หลักในการรักษา คือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้มากที่สุด และป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้น การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันมีดังนี้ (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2537; สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2541; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2541; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543; Dracup, 1994; Jenson, 1995)

1) การรักษาความสมดุลของระบบไหลเวียนเพื่อให้หัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนอย่างเพียงพอและการทำให้หัวใจทำงานน้อยที่สุด โดยไม่ทำให้เกิดภาวะล้มเหลวโดยการลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และคงไว้ซึ่งความสมดุลของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที

2) การแก้ไขและป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การแก้ไขความผิดปกติของการเต้นของหัวใจมักจะรักษาโดยการให้ยาต้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ส่วนใหญ่มักจะพบการ

ต้นของหัวใจผิดจังหวะที่มีจุดกำเนิดจากหัวใจห้องล่าง (Ventricular arrhythmia) ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน

3) การจำกัดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันน้อยที่สุด การจำกัดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนี้

3.1) การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Trombolytic agent) การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน การใช้ยาโดยทั่วไปให้ด้วยวิธีการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และการฉีดเข้าทางหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยผ่านทางสายสวนหัวใจ สารละลายที่ฉีดเข้าไปละลายลิ่มเลือดที่อยู่บริเวณที่มีการหนาและแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้มีการไหลเวียนเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจอีกครั้ง โดยพบว่าจะสามารถลดขนาดของบริเวณที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน ลดความผิดปกติจากการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายและสามารถลดอัตราการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้กันอยู่ทั่วไปในหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น Streptokinase, Urokinase, Tissue Plasminogen Activator

3.2) การขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการตีบหรืออุดตันด้วยบอลลูน Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty : PTCA) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้เร็วโดยอาศัยหลักการของการสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) แล้วใช้ลูกบอลลูนดันให้ผนังหลอดเลือดขยายออกใช้ความดันในลูกโป่งเบียดกระแทกให้ลิ่มเลือดแตกเป็นชิ้นเล็ก ๆ ง่ายต่อการสลายของลิ่มเลือดเองตามธรรมชาติหรือเปลี่ยนโครงสร้างของคราบไขมันมีผลให้เส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดขยายเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ไม่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือด อัตราการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำ พบได้ร้อยละ 16 - 34

3.3) การใส่โครงตาข่าย (Coronary stents) เป็นการใส่โครงตาข่ายเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ วิธีการทำคล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนต่างกัน เพียงแต่มีการฝังโครงตาข่ายอยู่ในหลอดเลือดแดง และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการจับตัวของเกร็ดเลือดร่วมด้วย ปัจจุบันได้มีการศึกษาและพัฒนาประสิทธิภาพของโครงตาข่ายที่ทำด้วยทาลัม ซึ่งมีคุณสมบัติที่สามารถมองเห็นได้จากภาพถ่ายรังสี ปอดยึดขยายตัวแล้วไม่หดตัวและยับยั้งการเกิดลิ่มเลือดในโครงตาข่าย อัตราการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำ พบได้ร้อยละ 4-26

3.4) การทำผ่าตัดเบี่ยงเบนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft : CABG) วิธีนี้เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในการรักษาหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน เป็นวิธีการที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพดังเดิมในผู้ป่วยเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบของหัวใจ 3 เส้นอย่างรุนแรง ผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดเบี่ยงเบนหลอดเลือด

เลือดหัวใจจะมีอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปีแรก สูงถึงร้อยละ 90 และร้อยละ 80 พบว่าจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลยในระยะ 7 -10 ปี แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

### 1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง ทั้งในด้านการส่งหรือการนำไฟฟ้าและด้านการสูบน้ำโลหิต (Electrical and mechanical complicati) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539; สรณ บุญใบ ชัยพฤกษ์, 2541; อภิชาติ สุคนธสรพร, 2533)

1) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) ที่พบบ่อยคือ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่าง ได้แก่ เวนทริเคิลก่อนกำหนด [Premature ventricular contraction (PVC)], เวนทริเคิลเต้นพลิ้ว, เวนทริเคิลเต้นเร็ว, หัวใจเต้นช้า (bradycardia) และภาวะ complete heart block ซึ่งมักพบใน 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะใน 4 ชั่วโมงแรกที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2) ภาวะหัวใจล้มเหลว (cardiac failure) ภาวะหัวใจล้มเหลวพบได้ร้อยละ 30 - 40 ส่วนใหญ่เป็นหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว เกิดจากการบีบตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนที่ขาดเลือด ร้อยละ 5 - 10 เป็นภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว เกิดจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา ผู้ป่วยมักมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก

3) ภาวะช็อก (Cardiogenic shock) พบในผู้ป่วยที่มีปริมาณของกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างล้มเหลวซึ่งมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 90 (นพรัตน์ ธนะชัยขันธุ์, 2547) มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการมือเย็น เท้าเย็น ซึมลง ปริมาณปัสสาวะลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

4) การฉีกขาดของกล้ามเนื้อแปปิลลารี (Papillary muscle rupture) พบได้ในอัตราร้อยละ 1 ของผู้ที่มีการตายเฉียบพลันของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณด้านล่าง (Acute inferior wall infarction) และมีการตายของบริเวณ Posteromedial papillary muscle เกิดจากการฉีกขาดของกล้ามเนื้อแปปิลลารี (Papillary muscle) ทำให้เกิดลิ้นไมตรัลรั่วเฉียบพลัน และมีภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema) ร่วมด้วย

5) ผนังกั้นห้องหัวใจทะลุเฉียบพลัน (Acute interventricular septal rupture) พบในอัตราร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งด้านหน้าและด้านหลัง (anterior and inferior infarction) ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะช็อกและความดันโลหิตต่ำ

6) ภาวะผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายทะลุ (Left ventricular wall rupture) มักพบภายใน 5 วันภายหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างกะทันหันภายใน 5 -10 นาทีและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ร่วมกับภาวะความดันโลหิตลดต่ำลง

อาการหมดสติและเกิดภาวะหัวใจบีบรัด (Cardiac tamponade) ภาวะนี้มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 24 ชั่วโมงเป็นส่วนใหญ่และมีอัตราการตายสูงจากการได้รับยา

7) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาตาย (right ventricular infarction) ผู้ป่วยที่มีภาวะผนังกันหัวใจด้านล่างตาย (inferior wall infarction) ร้อยละ 20 จะมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาตาย (right ventricular infarction) ร่วมกับความดันโลหิตต่ำ แต่ไม่พบภาวะน้ำคั่งในปอด

8) ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) เป็นการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจซึ่งมีภาวะแทรกซ้อน 2 ลักษณะ คือ

8.1) การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจเฉียบพลันระยะแรก (early acute pericarditis) ซึ่งเป็นการอักเสบเฉพาะที่ของเยื่อหุ้มบริเวณที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยพบร้อยละ 6 -11 มักเกิดขึ้นภายใน 2 -4 วันหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นอยู่นานไม่เกิน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกของแหลมทิ่ม (sharp pain) ในขณะหายใจเข้าแรง ๆ หรือเวลานอนหงาย อาจมีไข้ต่ำ ๆ ร่วมกับฟังได้ pericardial friction rub

8.2) การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจในระยะหลัง (post - infarction pericarditis) พบได้ร้อยละ 1 -3 และเกิดในสัปดาห์ที่ 2 -11 หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากกระบวนการของระบบภูมิคุ้มกัน (immunologic process) ผู้ป่วยมักมีไข้และมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ร่วมกับปอดบวมตามข้อและอาการเจ็บหน้าอก

9) การเกิดลิ่มเลือด (embolism) พบได้ทั้งการอุดตันของลิ่มเลือดในปอดและในระบบไหลเวียนในส่วนของลิ่มเลือดที่อุดตันในระบบไหลเวียนที่เกิดจาก mural thrombus มักก่อตัวขึ้นในหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณที่มีการตายจะเกิดในระยะ 3 วันแรก และอาจหลุดไปที่สมอง ไต เส้นเลือดในช่องท้องที่ขาและที่อื่น ๆ ทั่วร่างกาย ซึ่งพบได้ในอัตราร้อยละ 0.6-6.4 ช่วงเวลาเฉลี่ยของการเกิด systemic emboli คือ 14 วันหลังจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

10) การโป่งพองของผนังหัวใจห้องล่าง (Ventricular aneurysm) พบร้อยละ 3 -15 เกิดจากการหดตัวไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายกับส่วนที่ยังดีอยู่ และมักพบบริเวณผนังด้านหน้าของหัวใจห้องล่างซ้าย (anterior, anteroapical หรือ apical ของ left ventricle) และเป็น trueaneurysm

11) ภาวะลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลัน (acute mitral regurgitation) เป็นภาวะที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อแปปิลลารี (papillary muscle) จากกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งทำให้ลิ้นหัวใจไมตรัล (mitral valve) ปิดไม่สนิทส่งผลให้หลอดเลือดไหลย้อนกลับไปในห้องบนซ้าย ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงและการฉีกขาดมักเกิดระหว่างวันที่ 2 ถึง สิ้นสัปดาห์แรก

## 2. การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสิ่งที่คุกคามต่อร่างกายและจิตใจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความสามารถในการทำงานลดลงจากการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยบางรายสามารถทำกิจกรรมได้ดังเดิมแต่ไม่กล้าทำเนื่องจากกลัวเกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการรับรู้ว่าคุณภาพร่างกายไม่แข็งแรงและการคุกคามของโรคทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ (อุม่า จันทรวิเศษ, 2539) หลังออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยบางรายมีการทำกิจกรรมและปฏิบัติในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันซ้ำ จะพบหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียง 6 สัปดาห์ และอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการเจ็บหน้าอกคิดเป็นร้อยละ 40 (ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์, 2543) และผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกร้อยละ 21.90 มีภาวะหัวใจวายร้อยละ 14

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด ซึ่งจุดประสงค์ของการดูแลตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม คือ การป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้นป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน และช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ควรที่จะมีการปฏิบัติการดูแลตนเองดังนี้

### 2.1 การรับประทานอาหาร

อาหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะสามารถช่วยป้องกันและรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับประทานผัก ผลไม้ร่วมกับการบริโภคอาหารไขมันต่ำจะลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 50 (Gaziano, 1994) ดังนั้นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันจึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ดังนี้

1) ควรลดอาหารจำพวกไขมัน โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันหรือคอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ สมอสัตว์ หนังไก่หนังเป็ด เนื้อติดมัน หอยนางรม ไข่ปลา (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538) รวมทั้งอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันที่ได้จากสัตว์และมะพร้าว ควรใช้ไขมันจากพืชแทน และควรรับประทานอาหารพอรอิ่ม รับประทานอาหารซ้ำ ๆ ไม่ควรรับประทานอาหารด้วยความเร่งรีบ และไม่ควรรับประทานอาหารจนอิ่มเกินไป หรืออาจรับประทานน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง จัดเวลาพักผ่อนหลังอาหาร 1/2 - 1 ชั่วโมงทุกมื้อ เพราะหลังการรับประทานอาหารหลอดเลือดภายในระบบทางเดินอาหารจะขยายตัว ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยง ถ้าผู้ป่วยทำงานหรือออกกำลังกายทันที อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนมีอาการเจ็บหน้าอกได้ (Farmer & Gotto, 1997)

2) ผู้ป่วยควรปรับปริมาณน้ำดื่ม ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว เครื่องดื่มที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันควรงดหรือจำกัด คือ เครื่องดื่มที่มีผลต่อ

การกระตุ้นการทำงานของหัวใจ เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง แอลกอฮอล์ โดยเชื่อว่า แอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เพราะทำให้มีอิเล็กโตรลัยท์และเอนไซม์ต่าง ๆ เช่น โปแตสเซียม ฟอสฟอรัส และ Serum Glutamic Oxaloacetic Tranminase (SGOT) ถูกขับออกมาในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น ชาทำให้เกิดอาการท้องผูก และยังมีสารคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่นเดียวกับกาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งสารคาเฟอีนนี้จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น และจะกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (Packenpugh & Poleman, 1999)

3) ควรจำกัดอาหารที่มีรสเค็ม จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม ในอาหารที่มีรสเค็มจะมีปริมาณโซเดียมสูงซึ่งโซเดียมจะดึงน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ปริมาตรของของเหลวในร่างกายสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ควรจำกัดโซเดียมที่รับประทานน้อยกว่า 100 มิลลิโมล (5.8 กรัม) ต่อวัน หรือเกลือ (NaCl) 6 กรัมต่อวัน (Lauber & Sheard, 2001) ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป อาหารถนอมบางชนิดที่ใส่เกลือ เช่น ผักกาดดองเค็ม ไข่ปลา ปลาเค็ม กุ้งแห้ง ผลไม้ดองและแช่อิ่มต่าง ๆ นอกจากนี้ไม่ควรจำกัดโซเดียมที่รับประทานให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมล (0.5 กรัม) ต่อวัน หรือเกลือ 6 กรัม/วัน (วิชัย ตันไพจิตร, 2534)

4) รับประทานผักและผลไม้ โดยควรรับประทานผักใบเขียว 1/2 - 1 ถ้วย ผักต้มสุก 1/2 ถ้วยต่อวัน ผักผลไม้จะให้วิตามินและเกลือแร่ กากเส้นใยอาหารจะช่วยให้รู้สึกอิ่มเร็วขึ้น และช่วยลดระดับน้ำตาล สามารถลดระดับน้ำตาลและโคเลสเตอรอลได้ ผักผลไม้ยังช่วยในการขับถ่ายให้เป็นปกติ นอกจากนี้ผักและผลไม้มีสาร antioxidant สูง ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 60 (Gaziano, 1994) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันไม่ควรแบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะการแบ่งถ่ายอุจจาระจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและเกิดการตอบสนองของร่างกายโดยมีผลต่อการเพิ่มแรงดันในช่องอกลดปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจ เมื่อผู้ป่วยหยุดแบ่งเลือดปริมาณมากจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจ หัวใจต้องออกแรงทำงานหนักขึ้นทันที ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติและเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยควรฝึกการขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวันและไม่ควรออกแรงเบ่ง รับประทานอาหารที่มีกากใย รวมทั้งอาหารที่ช่วยระบายจำพวกผักและผลไม้รสอมเปรี้ยวและดื่มน้ำให้เพียงพอในแต่ละวัน

5) ควรงดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารทาร์และนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นระบบซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamines) มากขึ้น ทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเพิ่มมากขึ้นและไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดทำให้แคลงเกิดการไหลเวียนไม่สะดวกหัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น และขณะเดียวกันคาร์บอนมอนนอกไซด์ในควันบุหรี่จะขัดขวางกระบวนการเปลี่ยนแปลงออกซิเจนที่ปอดด้วย (Farmer & Gotto, 1997)

## 2.2 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายสิ่งที่สำคัญ เพราะถ้าขาดการออกกำลังกายจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพ บุคคลควรมีการออกกำลังกายที่ถูกวิธีและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักคิดว่าเมื่อป่วยด้วยโรคหัวใจจะทำให้ไม่สามารถทำงานหรือออกกำลังกายได้ซึ่งเป็นการเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยตรวจชีพจรตัวเองก่อนออกกำลังกาย ชีพจรขณะพักต้องไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที และขณะออกกำลังกายชีพจรไม่ควรเพิ่มขึ้นเกิน 20 ครั้ง/นาที และไม่ควรออกกำลังกายหลังการรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ หรือภายใน 1 ชั่วโมงหลังอาหาร หรือเวลารู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538) ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที ควรเริ่มด้วยการปรับสภาพร่างกายให้การอบอุ่นประมาณ 5 - 10 นาที ควรผ่อนคลายความตึงของกล้ามเนื้อ รวมทั้งปรับการทำงานของหัวใจให้อยู่ในสภาวะของการเต้นอย่างปกติก่อนหยุดการออกกำลังกายประมาณ 5 - 10 นาที โดยค่อย ๆ ลดความหนักและความแรงในการออกกำลังกายให้ถูกวิธี ได้แก่ การยกแขนขา การทำกายบริหาร การเดิน ระยะเริ่มต้นควรออกกำลังกายที่ละน้อย ๆ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ไม่ควรทำแบบหักโหมหรือออกกำลังกายชนิดที่เป็นอันตรายต่อหัวใจ และควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อน หรือน้ำเย็นทันที ก่อนและหลังการออกกำลังกายเพราะการอาบน้ำเย็นจะทำให้หลอดเลือดหัวใจหดเกร็ง อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ และการอาบน้ำร้อนจะทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำลง (Gerand and Ringel, 1991) สำหรับการกลับไปทำงานตามเดิมนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของงานและความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปผู้ป่วยจะกลับไปทำงานได้หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันแล้ว 4 - 12 สัปดาห์ (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538) ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักอย่างทันทีทันใด งานที่ถูกละหุกระเร่งรีบ งานที่ต้องใช้แรงงาน หรืองานที่ต้องใช้ความตั้งใจ ในการทำงานสูงและทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ในผู้หญิงที่ทำงานบ้านอาจต้องลดงานลง เช่น ใช้เครื่องช่วยผ่อนแรง หรือทำและพักเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายบางรายอาจจะไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้

## 2.3 การพักผ่อน

การพักผ่อนที่เพียงพอจะส่งเสริมกระบวนการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพราะหลังจากเกิดอาการของโรคแล้ว เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ ในการซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลาย ซึ่งแล้วแต่ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2538) การพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ การจดจำ และมีผลต่อการทำงานด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย (นำพิชญ์ ธรรมทิเวศน์, 2539) ผู้ป่วยควรมีการปรับรูปแบบการนอนหลับของตนเองให้เหมาะสม โดยเข้านอนให้เป็นเวลา ไม่ควรออกกำลังกายก่อนเข้านอนหรือทำกิจกรรมที่เร้าทางอารมณ์ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีการกระตุ้นสมอง เพราะจะทำให้นอนไม่หลับ ผู้ป่วยควรพักผ่อนเพื่อมิให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป โดยผู้ป่วยควรจัดเวลาพักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอและ

หารูปแบบการนอนหลับที่เหมาะสมกับตนเอง (Mornhinweg, 1991) ควรมีการนอนหลับคืนละ 8 - 9 ชั่วโมง และนอนตอนกลางวันอย่างน้อย 1 ชั่วโมง (Eliopoulos, 1997) โดยเฉพาะใน ระยะที่มีการเจ็บหน้าอกอย่างมาก เพื่อป้องกันมิให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ควรหาเวลาว่างพักผ่อน ในขณะที่ทำงานหรือกิจกรรมในแต่ละวันในช่วงกลางวัน อย่าง น้อย 30 นาที หรือ 1 ชั่วโมง เพื่อเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด ถ้าช่วงกลางคืนผู้ป่วยนอนไม่ หลับหลังจากที่เข้านอนแล้ว 10 - 15 นาที ยังไม่สามารถนอนหลับได้ ไม่ควรที่จะนอนต่อ ควรลุก ไปจากเตียงเพื่อทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ลุกไปนั่งอ่านหนังสือ เมื่อรู้สึกง่วงนอน จึงกลับเข้านอนใหม่ หรือหากิจกรรมผ่อนคลายที่ช่วยให้นอนหลับง่ายขึ้น เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ และการฟังเพลงเบา ๆ ควรจัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอนให้เหมาะสม มีอากาศถ่ายเทสะดวก ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาจากการนอนไม่หลับติดต่อกันหลายคืน ไม่ควรซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง เพราะยาบางชนิดอาจจะมีผลเสียต่อหัวใจได้ ควรมีการปรึกษาแพทย์เพื่อที่จะได้รับการช่วยเหลือที่ เหมาะสม (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544)

#### 2.4 การรับประทานยา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันเป็นโรคที่เรื้อรัง ดังนั้นการปฏิบัติด้านการ รักษาจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนควบคู่ไปกับพฤติกรรมด้านอื่น ๆ เพื่อที่จะ จัดการอาการและควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยควรรับประทานยาให้ถูกต้องตามขนาด และตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการ ควบคุมโรคและควรทราบเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา คุณสมบัติของยา ผลข้างเคียงของการใช้ยา เพื่อที่จะสังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น และหลีกเลี่ยงในการซื้อยารับประทานเอง เพราะยา บางอย่างอาจจะเกิดการขัดขวางการออกฤทธิ์ หรือเสริมฤทธิ์ของยาที่ได้รับ และไม่ควรที่จะปรับ ปริมาณยาเอง ผู้ป่วยควรมีการประเมินลักษณะอาการเจ็บหน้าอกจากการใช้รักษาอาการของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน มีดังนี้

1) ยาในกลุ่มไนเตรท (nitrate drug) ยากลุ่มนี้เป็นการรักษาขั้นแรกถือเป็น มาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก จะออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ลดการไหลเวียนกลับมาสู่หัวใจห้องบนขวา ลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจและเพิ่ม ออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ เช่น Nitroglycerine, Isosorbide dinitrate เป็นต้น ซึ่งยาแต่ละชนิด จะมีระยะเวลาการออกฤทธิ์แตกต่างกัน ยาชนิดอมใต้ลิ้น สามารถออกฤทธิ์เร็วภายใน 2-3 วินาที ขณะอมยาไว้ใต้ลิ้น ถ้ายาออกฤทธิ์ได้ดีจะมีความรู้สึกซ่า ๆ ที่ใต้ลิ้น อมยาไว้จนรู้สึกชาหมดไป จึง ค่อยกลืนน้ำลายหรือดื่มน้ำและหลังพ่นยาควรนั่งพักสักครู่ ยาอมใต้ลิ้นสามารถใช้ติดต่อกันได้ 1 -3 เม็ดห่างกัน ทุก 15 นาที เนื่องจากยาอาจมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตลดลง อาจมีอาการ ปวดศีรษะ หน้าแดง หรือหมดสติชั่วคราวได้ ถ้ารับประทานยาติดต่อกันเกิน 3 เม็ด แล้วมีอาการ เจ็บหน้าอกไม่ทุเลาควรไปพบแพทย์

2) ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์กระตุ้นให้พลาสมิโนเจน (Plasminogen) เปลี่ยนเป็นพลาสมา ซึ่งจะไปละลายลิ่มเลือดที่อยู่บริเวณที่มีอาการหนาและแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้มีการไหลเวียนเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากขึ้น ลดขนาดของบริเวณที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและสามารถลดอัตราการตายลงได้ ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้ได้แก่ Streptokinase, Urokinase และ tissue plasminogen activator เป็นต้น

3) ยาด้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Platelet angionists) ยานี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้าง Thromboxane A<sub>2</sub> ซึ่งเป็นสาระสำคัญที่ทำให้เกร็ดเลือดรวมตัวกันเป็นก้อน เช่น แอสไพริน เพื่อลดการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยควรมีการรับประทานยาให้ถูกต้องตามขนาด และเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค และควรทราบเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา คุณสมบัติของยา ผลข้างเคียงของการใช้ยา เพื่อที่จะสังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อที่จะได้รายงานแพทย์และหาวิธีแก้ไข หลีกเลี่ยงในการซื้อยารับประทานเอง เพราะยาอาจจะเกิดการขัดขวางการออกฤทธิ์ หรือเสริมฤทธิ์ของยาที่ได้รับ และไม่ควรที่จะปรับปริมาณในการรับประทานยาเอง

## 2.5 การมีเพศสัมพันธ์

เมื่อมีการเจ็บป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวไม่กล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ เพราะคิดว่าอาจจะทำให้เกิดอาการของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงที่จะมีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ถึงแม้ว่าสภาพร่างกายจะสามารถกระทำได้ (Stein, 2000) ดังนั้นควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของสมาคมโรคหัวใจและหลอดเลือดของสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนวทางในการปฏิบัติด้านเพศสัมพันธ์สำหรับผู้ป่วยดังนี้ (Jackson, 2000)

1) การมีเพศสัมพันธ์ควรที่จะมีการประเมินความพร้อมของร่างกายผู้ป่วย เพราะการใช้พลังงานของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เท่ากัน การมีเพศสัมพันธ์จะทำให้หัวใจเต้นเร็ว โดยเฉลี่ยประมาณ 117 ครั้ง/นาที (115 - 120 ครั้ง/นาที) (เดือนฉาย ชยานนท์, 2538)

2) โดยทั่วไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้หลังการพักฟื้นภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 6 - 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่ต้องผ่านการทดสอบความทนทานของร่างกายด้วยการขึ้นบันได 20 ชั้น ภายในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเหนื่อยหอบ เพราะการขึ้นบันได 20 ภายใน 10 นาที และการมีเพศสัมพันธ์จะใช้พลังงานใกล้เคียงกัน (Seidl, 1991)

3) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายควรมีเพศสัมพันธ์ภายหลังจากการพักผ่อนเต็มที่แล้ว หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ร่างกายและอารมณ์ตึงเครียด เพราะภาวะเครียดจะเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น (Boykoff, 1989)

4) หลีกเลี้ยงมีเพศสัมพันธ์หลังการรับประทานอาหารใหม่ ๆ (ควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 3 ชั่วโมง) และควรหลีกเลี้ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ ก่อนมีเพศสัมพันธ์

5) ควรเลือกมีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยาของตนเองในสถานที่คุ้นเคย บรรยากาศที่สบายและเงียบสงบ ห้องไม่ควรร้อนจัด ชื้น หรือหนาวจนเกินไป คู่ครองผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายควรที่จะแสดงความรักโดยแสดงให้เห็นว่าเขายังมีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดี (Briggs, 1994) และควรใช้ท่าที่คุ้นเคยในการมีเพศสัมพันธ์ ควรเป็นท่าที่สบาย ๆ และผ่อนคลายไม่ใช่ท่าที่ทำให้เกิดการหายใจลำบาก

6) สังเกตอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์ หากมีอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หรืออ่อนเพลียมาก ควรหยุดกิจกรรม รับประทานยาได้ลิ้นและพักผ่อนทันที

## 2.6 การจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียดเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยลดความตึงเครียด ผ่อนคลายอารมณ์และให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความตึงเครียดทั้งในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และการมีพยาธิสภาพที่ต้องใช้เวลารักษานาน (จริยา ตันติธรรม, 2540) นอกจากนี้บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ ที่มีลักษณะชอบแข่งขันจริงจังกับงาน เข้มงวด ขาดความอดทน มีความพยายามที่จะผลักดันตนเองให้ไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ มีความทะเยอทะยานสูง รู้สึกเร่งรีบกับเวลา หาโอกาสผ่อนคลายยาก บุคคลที่มีลักษณะแบบนี้จะก่อให้เกิดภาวะเครียดเรื้อรัง (จันทนา รณฤทธิ์ชัย, 2536) ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเธติก กระตุ้นการหลั่งของแคททีโคลามีน ทำให้อัตราการเต้นและการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น หลอดเลือดที่เลี้ยงผิวหนังและระบบทางเดินอาหารหดตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นมีการเกาะกันของเกร็ดเลือดมากขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง และทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ผู้ป่วยควรมีการหลีกเลี้ยงไม่ให้เกิดความตึงเครียดต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การตกใจ ตื่นเต้น ดีใจ เสียใจ หรือกิจกรรมใด ๆ ที่ทำด้วยความรีบร้อน เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงกว่าปกติ หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น วิธีการจัดการกับความเครียดสามารถทำได้ 3 ด้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ซึ่งมีดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิต เช่น รู้จักการบริหารเวลา การออกกำลังกาย รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ รู้จักการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

2) การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น การยืนยันความคิดที่ถูกต้อง รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง โดยไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น บุคลิกภาพที่เอาจริงเอาจังเกินไป

3) การเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น วิธีการผ่อนคลาย (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกหายใจ และการควบคุมร่างกายให้ผ่อนคลาย (Autogenic training) ซึ่งเป็นการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่งสำหรับการผ่อนคลายความเครียด

## 2.7 การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด

ผู้ป่วยควรรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และควรวิเคราะห์ภาวะเจ็บหน้าอกของตนเองได้อย่างถูกต้องถึงอาการและสาเหตุกระตุ้น เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกควรหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ นิ่งพักและควรอมยาไนโตรกลีเซอรินให้เร็วที่สุด อมยาใต้ลิ้นไว้สักครู่เมื่อรู้สึกชาจากยาหมดแล้ว จึงค่อยกลืนน้ำลาย ควรนั่งพักภายหลังการอมยาใต้ลิ้น เพราะยาจะมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำลง เมื่ออมยาดิตต่อกัน 3 เม็ด ห่างกันทุก 15 นาทีแล้ว อาการปวดยังไม่ทุเลาลงควรรีบไปพบแพทย์ เพราะอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ป่วยควรควบคุมอารมณ์ ไม่ควรตกใจหรือหวาดกลัวเกินไป ควรนำยาไนโตรกลีเซอรินไปด้วยตลอดเวลา และควรมีการตรวจอัตราการเต้นของหัวใจ โดยการนับชีพจรในเวลาพัก ขณะออกกำลังกาย หลังออกกำลังกาย และหลังการทำงาน ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ควรพักผ่อน ไม่ควรทำงานหรือออกกำลังกาย เพราะจะเป็นการเพิ่มการทำงานของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ถ้าอัตราการเต้นของชีพจรไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยหอบมาก นอนราบไม่ได้ ควรไปพบแพทย์ก่อนการนัดปกติ เพื่อให้แพทย์รักษาได้ทันที่ การไปตรวจตามนัดนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบ เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดอาการของโรคลง และถ้ามีอาการผิดปกติก่อนมาถึงวันนัดก็ให้รีบมาตรวจรักษาทันทีเพราะปัญหาของโรคอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ และเป็นอันตรายต่อชีวิต การมาตรวจตามนัดถือเป็นการติดตามดูความก้าวหน้าของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางใด มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ตลอดจนการได้ประเมินปัญหาต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แต่ถ้ามีอาการผิดปกติก่อนถึงวันนัดก็ให้รีบมาตรวจรักษาได้ทันที

การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน ที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญกับผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่าผู้ป่วยจะรับรู้อาการของโรคว่าเป็นการเจ็บป่วยที่หนักมาก และเป็นอาการที่รักษาไม่หายขาด (วิจิตรองนาทองคำ, 2543) ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ทนทุกข์ทรมานคุณภาพชีวิตลดลงและมีความรู้สึกว่าการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเป็นเรื่องที่ยากลำบากไม่สามารถกระทำได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้และล้มเลิกความพยายามที่จะกระทำการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง (จริยา ตันติธรรม, 2536) พยาบาลจะต้องยอมรับและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยมีความรู้สึกเอื้ออาทร ห่วงใยและมีความเข้าใจถูกต้อง แสดงความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การช่วยแก้ปัญหาหรือเสนอวิธีปฏิบัติ การช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเป็นจริงและ

กำหนดเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้ การเห็นความสำคัญของผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Larson, 1986 อ้างใน ยี่สุน ใจดี, 2540) การแสดงออกของพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้หรือรู้สึกได้ว่าได้รับความเอื้ออาทรในระหว่างการเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดกำลังใจ อบอุ่นใจและมีพลังใจในการต่อสู้กับชีวิตต่อไป ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นหายของโรค (Clark & Wheeler, 1992)

### 3. แนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร

การดูแลแบบเอื้ออาทร ได้เกิดขึ้นพร้อมกับวิชาชีพการพยาบาล โดยดั้งเดิมได้ถูกมองว่าเป็นบทบาทหรือหน้าที่ของผู้หญิง โดยพิจารณาจากลักษณะของความเป็นแม่ที่เอาใจใส่ลูก ได้สร้างรากฐานการพยาบาลโดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบเอื้ออาทรมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลคือ กฎของสุขภาพ (Law of health) ที่ว่าด้วยกิจกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ให้บริสุทธิ์ อาหารดี ส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ และสนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย โดยเน้นว่าการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการป้องกัน คงไว้ และ/หรือการฟื้นฟูภาวะสุขภาพจากการเจ็บป่วยให้เข้าสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด และมองว่าการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นงานของพระเจ้า เป็นการทำความดีที่แสดงออกด้วยจิตใจ มีความเอื้อเพื่อผู้อื่น ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความซื่อสัตย์ จริงใจ เชื่อถือได้ ปรารถนาดี มีระเบียบวินัยและคิดถึงผู้อื่นมากกว่าตนเอง (Nightingale, 1860 cited in Leininger, 1988b) ในเวลาต่อมาได้มีนักทฤษฎีและนักการศึกษาหลายท่านที่ได้ศึกษาแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรและได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบเอื้ออาทรไว้มีดังนี้

วัตสัน (Watson, 1988) กล่าวว่า การพยาบาลตามอุดมคติหรือตามคุณธรรมที่มุ่งปกป้องและดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการตอบสนองความต้องการภายในของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของคนต่อสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ในกระบวนการดูแลของพยาบาล การรู้จักตนเอง การรู้จักผู้อื่นและขอบเขตของการกระทำต่าง ๆ ต่อมาในปี 1999 วัตสัน ได้มีการพัฒนาทฤษฎีและให้ความหมายของการดูแลแบบเอื้ออาทรเพิ่มจากเดิมคือการดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นศาสตร์และศิลปะในการกระทำและแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างจริงใจระหว่างบุคคล ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างก็มีศักยภาพและได้รับผลประโยชน์ร่วมกันในกระบวนการดูแลแบบเอื้ออาทร ซึ่งนักการศึกษาในต่างประเทศได้พัฒนาทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรโดยให้คำจำกัดความของการดูแลแบบเอื้ออาทร หมายถึง ประสบการณ์ของชีวิตที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ซึ่งมีความหมายลึกซึ้งมากกว่าปฏิบัติการเพื่อการรักษาเยียวยา ทักษะการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยี อันเป็นปฏิบัติการคล้ายกับการกระทำต่อวัตถุสิ่งของ แต่ประเด็นที่สำคัญยิ่งของการดูแลแบบเอื้ออาทร คือ ความสามารถของพยาบาลที่จะตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล (Paterson & Zrard, 1979 อ้างใน ยี่สุน ใจดี, 2540) และมุ่งเน้นในความสัมพันธ์ตามธรรมชาติของมนุษย์ ความสัมพันธ์นี้จะทำให้มนุษย์

ทุกคนรู้สึกว่าเป็นคนพิเศษด้วยการเป็นที่รู้จักของบุคคลอื่น มีความเชื่อมั่น ความหวัง ความซื่อสัตย์และได้การเคารพนับถือในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Guat 1984 cite in Nail and Watts, 1991) ซึ่งจะช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการและแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกัน ซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือกันด้วยความไว้วางใจกัน และมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน การดูแลอย่างเอื้ออาทรจะช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น (Mayeroff 1971 cite in Wolf 1986) และสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของเคิร์กและวิลเลอร์ (Clark & Wheeler, 1992) ที่ได้ศึกษาหาคำจำกัดความของการดูแลอย่างเอื้ออาทร ด้วยการสัมภาษณ์พยาบาล 6 คน ใช้เทคนิควิจัยเชิงคุณภาพเพื่อตอบคำถามว่าอะไรคือบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแลอย่างเอื้ออาทรและในฐานะพยาบาล การพยาบาลที่เป็นการดูแลอย่างเอื้ออาทรคืออะไร ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลให้ความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทรในกิจกรรมการพยาบาลว่าเกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลมากกว่ากิจกรรมการพยาบาลทั่วไปที่ปฏิบัติในกระบวนการรักษา และระบุว่าปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต้องใช้พลังความสามารถอย่างสูงที่จะให้การพยาบาล นอกจากนี้การดูแลอย่างเอื้ออาทรยังเป็นกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมพยาบาลที่เป็นการดูแลมี 4 คุณลักษณะดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงออกถึงความเอื้ออาทร (ที่สามารถแสดงออกได้) ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การแสดงออกถึงความตระหนักในคุณค่าของบุคคล การอุทิศตนให้กับงาน และการเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงความมั่นคงทางอารมณ์
2. การปฏิบัติการพยาบาลที่มีการสื่อสารที่ดี ซึ่งแสดงออกถึงการพูดคุย การให้ข้อมูล การรับฟัง การจับต้องสัมผัสและการอยู่เป็นเพื่อน
3. การปฏิบัติการพยาบาลที่มีแรงกดดันแก่ผู้ปฏิบัติ แรงกดดันเป็นความรู้สึกของพยาบาลที่ต้องการจะให้การพยาบาลที่ครบถ้วนและครอบคลุมความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วย (Holistic) และแรงกดดันนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงาน นำไปสู่ความสับสนในตนเองของพยาบาลว่าในขณะที่พยาบาลเองต้องอุทิศทุกสิ่งทุกอย่างในหน้าที่การงาน แต่กลับไม่มีใครใส่ใจหรือแสดงความเข้าใจผู้เป็นพยาบาลเลย หรือการที่พยาบาลจะต้องเผชิญกับปัญหาซ้ำซากที่ไม่มีที่สิ้นสุด เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง นำไปสู่ความท้อถอยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ให้สัมฤทธิ์ผลได้ เป็นต้น
4. การปฏิบัติการพยาบาลที่มีทักษะการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลที่ติดมาแต่กำเนิดและเกิดขึ้นใหม่จากประสบการณ์ส่วนบุคคล โดยเฉพาะประสบการณ์การดูแลอย่างเอื้ออาทรที่เคยได้รับมาก่อน นอกจากนี้การเรียนรู้และการฝึกฝนจะช่วยให้พยาบาลพัฒนาทักษะการดูแลอย่างเอื้ออาทรได้เช่นเดียวกัน การช่วยเหลือจากกลุ่มเพื่อนร่วมงานจะช่วย

ลดแรงกดดันในการปฏิบัติงานทำให้เกิดบรรยากาศของการปฏิบัติงานที่เป็นการดูแลอย่างเอื้ออาทร

นักการศึกษาของประเทศไทยได้พัฒนาแนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร โดยให้ความหมายของการดูแลแบบเอื้ออาทรคือ การแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคลระหว่างบุคคลต่อสัตว์ และระหว่างบุคคลต่อสรรพสิ่งต่าง ๆ โดยมีพื้นฐานความรู้สึกนึกคิดของความเมตตา กรุณา ความสนใจและการเอาใจใส่ (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ในลักษณะที่เป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้ใช้บริการในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการใช้เครื่องมือและใช้เทคนิคอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการกระทำที่แฝงไปด้วยความรู้สึกนึกคิดทางด้านอารมณ์และเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคล และเป็นการป้องกันระแวงระวังเพื่อให้มีการกระทำที่ถูกต้อง ตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมความหมายของการดูแลแบบเอื้ออาทร ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring) หมายถึง การกระทำที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ของบุคคลเกิดขึ้นเป็นกระบวนการระหว่างการให้ความช่วยเหลือกันทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งพยาบาลมีพื้นฐานความนึกคิดของความเมตตา กรุณา ความสนใจ เอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความหวังและได้รับการเคารพนับถือในฐานะบุคคลหนึ่ง ซึ่งการดูแลแบบเอื้ออาทรนี้ผู้ดูแลจะต้องมีความรัก ความเอื้ออาทร และจริงใจต่อผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยจะมีความชื่นชมต่อการได้รับการปฏิบัติเยี่ยงบุคคลที่มีศักดิ์ศรี จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การเยียวยาตนเอง ส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การดูแลแบบเอื้ออาทร เป็นกระบวนการที่พยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยเน้นความสำคัญของมิติจิตวิญญาณ และความเอื้ออาทรของมนุษย์ (Human Care) จากแนวคิดมนุษยนิยมเชื่อว่าความรักและความเอื้ออาทรเป็นคุณสมบัติที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน บุคคลต้องการความรักและความเอื้ออาทรในการดำรงอยู่ของชีวิต การช่วยเหลือที่มาจากความตั้งใจ ความรัก จะสะท้อนการปฏิบัติที่อ่อนโยน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน การพยาบาลกระบวนการดูแลอย่างเอื้ออาทรมุ่งหวังให้บุคคลเกิดความกลมกลืนทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มีการเรียนรู้ มองเห็นคุณค่าของตนเองและมีการเยียวยาตนเองการดูแลระหว่างบุคคล (Transpersonal Caring) มีลักษณะเป็นพลวัตซึ่งประกอบด้วย (Watson, 1988)

**บุคคล (person)** หมายถึง พยาบาลและผู้ป่วยที่เป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยแต่ละบุคคลต่างมีภูมิหลังหรือประสบการณ์ชีวิตที่มีลักษณะของตนที่เรียกว่า สนามปรากฏการณ์ของชีวิต บุคคลตามแนวคิดนี้มีตัวตนทั้งที่เป็นอยู่จริง (Self as it is) และตัวตนในอุดมคติที่บุคคลอยากจะเป็น (Ideal self) รวมทั้งตัวตนสูงสุด คือ จิตวิญญาณ (Spiritual

self) ซึ่งเป็นแหล่งที่เกิดความตระหนักในตนเอง ความรู้สึกสำนึกขั้นสูงเป็นพลังภายในที่ทำให้บุคคลมีการเจริญเติบโตและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สนามปรากฏการณ์ (phenomenal field) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ในขณะที่มีการดูแลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการให้ความหมายของสิ่งต่าง ๆ ทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคตตามการรับรู้และประสบการณ์ของตน

ขณะที่เกิดการดูแลขึ้นจริง (actual caring occasion) เป็นช่วงเวลาที่พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลและผู้ป่วยในฐานะผู้รับการดูแล เกิดการรับรู้ที่ตรงกันหรือเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต มีโอกาสการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกันในสถานการณ์นั้น ทั้งสองฝ่ายเลือกปฏิบัติหรือกระทำสิ่งที่ดีที่สุดที่สุดหรือเหมาะสมในสถานการณ์นั้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเยียวยาตนเองและการเรียนรู้ความหมายของสภาวะที่เกิดขึ้นในชีวิต

การดูแลที่เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน (intersubjectivity) เป็นการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต นั่นคือในระหว่างที่เกิดเหตุการณ์ขึ้นนั้นเป็นช่วงเวลาขณะที่ผู้รับการดูแลและผู้ให้การดูแลสามารถเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน จิตวิญญาณของทั้งสองฝ่ายหล่อหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียว พยาบาลจะเข้าไปสู่สนามปรากฏการณ์ของผู้ป่วย และผู้ป่วยก็เข้ามาอยู่ในสนามปรากฏการณ์ของพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันขึ้น

ซึ่งกระบวนการดูแลอย่างเอื้ออาทรจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจนเกิดความไว้วางใจ ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วยต่างก็เป็นบุคคลที่เป็นองค์รวมของด้านร่างกาย จิตใจและวิญญาณ ที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นสนามปรากฏการณ์ของแต่ละคน การดูแลแบบเอื้ออาทรจะเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะทำให้บุคคลทั้งสองฝ่ายสามารถเข้าถึงจิตใจกันและกัน (intersubjectivity) มีการรับรู้ที่ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายให้บุคคลเกิดความกลมกลืน ของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่า และการเยียวยาตนเองโดยกระบวนการดูแลแบบเอื้ออาทรที่จะทำให้พยาบาลและผู้ป่วยเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกันได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ (carative factors) ซึ่งมีดังนี้

### 1. การสร้างระบบการเห็นคุณค่า การเห็นประโยชน์ และคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (The formation of humanistic-altruistic system of values)

เป็นปัจจัยพื้นฐานที่เน้นความพึงพอใจในการเป็นผู้ให้บุคคลอื่นมากกว่าเป็นผู้รับการดูแล เป็นการให้ความเมตตา ความห่วงใย ความรักสำหรับบุคคลอื่น ผู้ที่มีจิตใจเมตตากรุณาจะต้องเห็นแก่ประโยชน์ของบุคคลอื่น โดยธรรมชาติของการพัฒนาจิตใจที่เมตตากรุณาจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อได้ง่ายขึ้น ประสบการณ์ที่ผ่านมาจะช่วยให้มีการเห็นคุณค่าและการใช้ค่านิยมไปสู่การกำหนดปรัชญาของชีวิต เกิดการซึมซาบระดับของความรู้สึก

ความคิดส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ ความพึงพอใจและความมั่นคงของการปฏิบัติที่มีค่านิยมในการปฏิบัติ การเห็นแก่ประโยชน์ของบุคคลอื่น การดูแลจะเป็นพื้นฐานทำให้บุคคลเข้าใจและยอมรับในความเป็นปัจเจกบุคคลของมนุษย์ แสดงออกโดยความเข้าใจและการยอมรับบุคคลอื่นตามทัศนะของเขา การเคารพความเป็นบุคคลเป็นการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

## 2. การสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาและความหวัง (Instillation of faith-hope)

การสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาและความหวังมีความสำคัญต่อการนำไปสู่ความช่วยเหลือให้อาการของผู้ป่วยให้มีอาการทุเลาลง ความศรัทธาและความหวังเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดพลังใจในตนเอง โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่าจะมีผลต่อการหายและการเจ็บป่วย การปฏิบัติทางการแพทย์ในศาสตร์ของการดูแล พยาบาลจะต้องฟื้นฟูความหมายและความสำคัญของบุคคล โดยสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกศรัทธาและความหวังในความสามารถของพยาบาลและการรักษาดูแลที่ได้รับ คงไว้ซึ่งความเชื่อในสิ่งที่อยู่เหนืออำนาจของผู้ป่วย เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง เกิดการยอมรับข้อมูล ซึ่งจะมีผลต่อการส่งเสริมและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ พยาบาลจะแสดงออกในท่าทีที่เชื่อมั่น ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีความรู้และทักษะ สามารถให้ข้อมูล คำแนะนำและเป็นທີ່ปรึกษาที่ดีของผู้รับบริการ พยาบาลต้องชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเอง

## 3. การเสริมสร้างความไวต่อความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่น (The cultivation of sensitivity to one's self and others)

การมีความไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่นจะช่วยเกิดความเอาใจใส่ พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยจะสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและเข้าใจ ซึ่งการที่พยาบาลจะสามารถเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลจะต้องมีการเรียนรู้ถึงความรู้สึกของตนเองก่อนว่าเป็นเช่นไร ทั้งนี้เพื่อเกิดการยอมรับ และมีการพัฒนาตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยและยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานอย่างเต็มความสามารถ พยาบาลจะต้องมีการจัดการความรู้สึกขัดแย้งที่แอบแฝงอยู่ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความตื่นตัวตลอดเวลาในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะการรับรู้ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เช่น ความเบื่อหน่าย ความไม่ชอบ ฯลฯ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้สามารถถ่ายทอดไปสู่ผู้อื่นได้ การรับรู้ความรู้สึกของตนเองจะพัฒนาไปสู่ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นและนำไปสู่การเข้าใจ การยอมรับความแตกต่างในบุคคล ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ภาษาและความเชื่อ

## 4. การพัฒนาที่ช่วยให้เกิดความไว้วางใจในการสร้างสัมพันธภาพของบุคคล (Development to a helping-trusting, human caring relationship)

การสร้างสัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและเป็นพื้นฐานสำคัญของการทำความรู้จักซึ่งกันและกันของบุคคล สัมพันธภาพจะเกิดเมื่อพยาบาลมองผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้สึกนึกคิดเป็นของตนเอง ที่อาจจะไม่เหมือนกับพยาบาล และพยาบาลจะต้องมีความจริงใจ มีความเห็นอกเห็นใจ มีการ

โอนอ่อนผ่อนตาม ตลอดจนการรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประกอบด้วย

4.1 การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ (Mode of effective communication) การสื่อสาร ที่ดีจะเป็นเครื่องมือในการบำบัดเยียวยาที่สำคัญ การบอกกล่าวที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกขัดแย้งและทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจในตัวพยาบาล พยาบาลควรให้ข้อมูลที่เป็นจริงอย่างเหมาะสม การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม มีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล

4.2 ความเข้ากันได้ (Congruence) การที่พยาบาลจะสามารถเข้ากับผู้ป่วยได้ ย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะของพยาบาลที่เป็นอยู่ในขณะนั้น (Nurse's being) พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและกล้าเปิดเผยความรู้สึกนั้นออกมา จะยิ่งกระชับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยทำให้รู้จักกันและปรับตัวเข้าหากันได้มากยิ่งขึ้น แต่ถ้าพยาบาลแอบซ่อนหรืออำพรางความรู้สึกไว้ภายใน โดยเฉพาะความรู้สึกเบื่อหน่ายหรือความรู้สึกทางด้านลบอื่น ๆ จะกลับยิ่งเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพราะพยาบาลจะถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นออกมาในรูปแบบ เช่น ต้องการให้ผู้ป่วยนอนพักเพื่อหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้พยาบาลจะเป็นผู้ทำลายสัมพันธภาพเสียเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อด้านลบต่อการดูแล

4.3 ความเห็นอกเห็นใจเป็น การร่วมรู้สึก (empathy) รู้จักเอาใจผู้ป่วยมาใส่ใจตน เพื่อจะได้รับรู้ว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรเมื่อมีการเจ็บป่วย จะได้เข้าใจและตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้วยคำพูด กิริยาท่าทาง และการแสดงออกทางพฤติกรรมอื่น ๆ ด้วย

4.4 ความรู้สึกอบอุ่นใจ (Warmth) การมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะช่วยสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นได้โดยแสดงออกทางวาจาและกิริยาท่าทาง เช่น การสนทนา การพูดในระดับเสียงที่เหมาะสม ท่าทีที่เป็นมิตร เคารพและให้เกียรติ รวมทั้งต้องจัดสิ่งแวดล้อมและสร้างบรรยากาศให้เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว

การติดต่อสื่อสารที่ดี ความเข้ากันได้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ความเห็นอกเห็นใจ และความอบอุ่นใจเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. การส่งเสริมและการยอมรับการระบายความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและลบ (The promotion and acceptance of the expression of positive and negative feeling)

ปัจจัยนี้เน้นความสำคัญของการแสดงความรู้สึกทั้งสองด้านของผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นศูนย์กลางของบทบาทในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ มีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและลบ โดยการ

สอบถามความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและความรู้ที่ได้รับ ในสถานการณ์ปัจจุบันพยาบาลมักมีพฤติกรรมที่ปกป้องความรู้สึกของตนเองเพื่อรักษาภาพพจน์ แต่พฤติกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดความขัดแย้งของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพราะพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงออกไม่ใช่ความจริงขาดความจริงใจ ซึ่งพยาบาลจะต้องรับรู้และยอมรับความรู้สึกที่แท้จริงทั้งตนเองและผู้ป่วย เปิดใจยอมรับความรู้สึกทั้งทางด้านลบและบวก พยาบาลจะค่อย ๆ พัฒนาการรู้จักตนเองและยอมรับตนเองตามที่เป็นจริง พยาบาลที่สามารถยอมรับตนเองได้ทั้งทางบวกและทางลบจะมีใจเปิดกว้างในการยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งทางบวกและลบได้เช่นกัน ซึ่งพฤติกรรมของพยาบาลที่ควรแสดงออกได้แก่ การยอมรับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ตำหนิตีติชนหรือตัดสินใจแทน ให้เวลาและให้โอกาสแก่ผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ ไม่ดีหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว

6. การใช้กระบวนการดูแลในการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์และเป็นระบบ  
(The systematic use of scientific problem-solving method for decision making)

เป็นการนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหาคือเป็นเรื่องสำคัญ ปัจจุบันพบว่ากระบวนการพยาบาลเป็นองค์ประกอบหลักของการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งทุกขั้นตอนต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์ เจตคติ และจริยธรรม มาช่วยในการตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย จึงจะทำให้การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

7. การส่งเสริมการสอนและการเรียนรู้ระหว่างบุคคล (The promotion of interpersonal teaching-learning)

ในการปฏิบัติการพยาบาลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสม จะเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ แต่การเรียนรู้ยังมีอะไรที่มากกว่าการสอนหรือการให้ข้อมูลข่าวสาร พยาบาลจะต้องรับบทบาทเป็นทั้งผู้เรียนและผู้สอน แสดงบทบาทผู้เรียนและผู้สอนโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้าไปมีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้ป่วย ต้องทราบปัญหาของผู้ป่วยโดยการสังเกตเพียงอย่างเดียวไม่ได้ ต้องอาศัยการเรียนรู้จากผู้ป่วย และในระหว่างการสอนควรมีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันทั้งพยาบาลและผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติได้

8. การสนับสนุน ปกป้อง และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ จิต สังคม และจิตวิญญาณ (The provision for supportive, protective and /or corrective mental, physical, sociocultural and spiritual environment)

ปัจจัยนี้มุ่งไปที่สถานการณ์ภายนอก รอบตัวผู้รับบริการ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความสุขสบาย ความเป็นส่วนตัว สภาพแวดล้อม เป้าหมายของปัจจัยการดูแลนี้คือการเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง และอัตมโนทัศน์ที่ดี ให้ความสำคัญกับองค์รวมของบุคคลทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลต่อความผาสุกของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองยังมีอัตมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเองจากการเอาใจใส่ระดับประคองดูแลของพยาบาล สิ่งพยาบาลควรปฏิบัติได้แก่

8.1 ลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น ลดเสียงหรือกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์

8.2 บรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การให้ยาบรรเทาปวด ฟังดนตรี

8.3 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นสัดส่วน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี ได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น

8.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและสวยงามอยู่เสมอ มีสีสันทันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

9. ความพึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ (assistance with the gratification of human needs)

ปัจจัยนี้จะเน้นบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วย ตลอดจนการส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการ ซึ่งความต้องการของมนุษย์เป็นแรงผลักดันทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่พยายามให้บรรลุถึงความต้องการนั้น เป็นความต้องการเพื่อการมีชีวิต (survival need) ความต้องการการทำหน้าที่ (functional need) ความต้องการเชิงบูรณาการ (integrative need) และความต้องการการแสวงหาความเจริญเติบโต (the growth-seeking need) ซึ่งครอบคลุมความต้องการภายในบุคคล ระหว่างบุคคล การพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนการเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งความต้องการสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกัน บุคคลแต่ละคนมีความต้องการแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้การดูแลที่แตกต่างกันเพื่อตอบสนองความต้องการและต้องถือว่าความต้องการของผู้ป่วยมีค่าเท่าเทียมกัน เนื่องจากการดูแลมุ่งเน้นภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโตและความกลมกลืน ซึ่งสิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยดังนี้

9.1 การตอบสนองความต้องการทางด้านชีวภาพเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีพอยู่ได้ (survival or biological needs) ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ การออกกำลังกาย ความสะอาดของร่างกาย

9.2 การตอบสนองความต้องการทางด้านจิต-สรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย (functional or psychophysical needs) ได้แก่ การช่วยเหลือและให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ การพักผ่อน การผ่อนคลายด้วยการปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบ

9.3 การตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม (intergrated or psychosocial needs) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดความวิตกกังวล ความเครียด

9.4 การตอบสนองความต้องการภายในบุคคลและระหว่างบุคคล (growth-seeking or intrapersonal-interpersonal needs) เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพลังภายในตน ได้แก่ การตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ เช่น บุคคลที่รัก ญาติ วัตถุ สิ่งของ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนับถือ

10. การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ จิตวิญญาณ และโลกทัศน์ของแต่ละบุคคล (allowance for existential-phenomenological-spiritual forces)

ผู้ป่วยอาจจะมี ความสับสน วิตกกังวลต่อสภาพชีวิตที่ไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยไขว่คว้าที่จะค้นหาความหมายของชีวิต พยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายในชีวิตของเขา โดยวิเคราะห์จากปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบ เป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อภาวะความเจ็บป่วย ทั้งนี้พยาบาลต้องเรียนรู้ที่จะค้นหาความหมายของตนเองเสียก่อน โดยค้นหาจากประสบการณ์ชีวิตของตนในแต่ละวัน มีความเข้าใจในชีวิตและความเป็นไปของโลก มีพลังสติปัญญาและพลังกายที่ได้จากความเชื่อ วัฒนธรรม การศึกษา และประสบการณ์ชีวิตของพยาบาล เพื่อถ่ายทอดพลังให้กับผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ การช่วยผู้ป่วยให้ค้นพบคุณค่าในตนเองจากประสบการณ์ของตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญาและสิ่งที่ตั้งถาม แนะนำและให้โอกาสผู้ป่วยแสดงออกซึ่งความเชื่อในศาสนา แสดงความรักและมีสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือบุคคลที่เป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจ เพื่อรักษาความกลมกลืนทั้งภายในและภายนอกตน

การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรมหรือเป็นอุดมคติที่ต้องยึดถือในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลตามแนวคิดนี้มุ่งเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับที่เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเพื่อเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยค้นพบการเรียนรู้และการดูแลตนเองให้เกิดความกลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (Watson, 1988) ซึ่งการดูแลแบบเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการพลวัตของการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในการให้การช่วยเหลือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยประจักษ์ถึงการให้และการได้รับการดูแลที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพทำให้มีกำลังใจ มีความพึงพอใจและชื่นชมต่อการช่วยเหลือของพยาบาลและพยาบาล

ประจักษ์รู้ในคุณค่าของการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัด (therapeutic use of self) (Euswas, 1993)

การดูแลแบบเอื้ออาทรนี้พยาบาลต้องมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่สื่อถึงผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทั้งสองฝ่ายส่งเสริมให้มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เป้าหมายของสัมพันธภาพ คือการคงไว้ซึ่งความมั่นคง ความเป็นบุคคลและความกลมกลืนโดยผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและการดูแลตนเองได้ (Watson, 1999)

#### 4. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล

พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร (caring behaviors) หมายถึงการกระทำ คำพูด น้ำเสียง กิริยาท่าทาง สายตาและการสัมผัส เป็นต้น กล่าวคือการแสดงออกของพยาบาลขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยผสมผสานความรู้สึกที่แสดงออกถึงความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย ผู้ป่วยในเชิงวิชาชีพเข้ากับการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (สุภาพร ดาวดี, 2537; อิชยา สุวรรณกุล, 2546) เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่ (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539) พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรจึงเป็นการช่วยให้บุคคลได้เจริญเติบโตและบรรลุถึงความสำเร็จของตนเอง ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลพัฒนาขึ้น เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันและเปลี่ยนเป็นสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งขึ้น (Mayeroff cite in Madeleine, 1988) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือและไว้วางใจในตัวพยาบาล สิ่งเหล่านี้เป็นสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic relationship) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Davies & Janosik, 1991) พยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัด (therapeutic use of self) เครื่องมือบำบัดในตัวพยาบาลประกอบด้วยความรัก (love) ความเข้าใจ (understanding) ความเห็นใจ (empathy) การดูแล เอาใจใส่ (concern) และความเอื้ออาทร (caring) แสดงออกได้โดยพยาบาลให้ความยอมรับนับถือในความเป็นบุคคล ให้คุณค่า ให้ความสนใจเมตตา ให้ความอบอุ่นและความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ความเอื้ออาทรจึงเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ความเข้าใจในธรรมชาติของกันและกัน มีความเป็นมิตร ความเชื่อถือไว้วางใจ และถ่ายทอดความรู้สึกนี้ต่อกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการให้พยาบาล การแสดงความรู้สึกเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยยังเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ใช้ตัวพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย (อวยพร ตันมุขกุล, 2534) ลาสัน (Lason, 1986 อ่างในยี่สุน ใจดี, 2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมพยาบาลที่ระบุว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรตามความคิดเห็นของผู้ป่วยหลายกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าการดูแลอย่างเอื้ออาทรต้องมีการแสดงออกของพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้หรือรู้สึกได้ว่าได้รับความเอื้ออาทร ซึ่งหมายความว่า

ว่าผู้ป่วยได้รับความผาสุก(well being) และความปลอดภัย(safeness) พฤติกรรมการพยาบาลที่แสดงออกถึงการดูแลอย่างเอื้ออาทร ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 6 หมวดดังนี้

1. ความสามารถในการเข้าถึงผู้ป่วย (accessible) พยาบาลมีความพร้อมที่จะให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ การสอบถามความต้องการของผู้ป่วย การเสนอตัวให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามเมื่อมีปัญหา และการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2. การแนะนำ การสอน และการอำนวยความสะดวก (explain and facilitates) พยาบาลสามารถแนะนำ สอน และให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน มีพฤติกรรมที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริม และสามารถเป็นปากเป็นเสียงแทนผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การบอกอาการตามความเป็นจริงและแหล่งประโยชน์ต่างๆที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้

3. การสร้างความสุขสบาย (comforts) พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสุขสบายตามความเหมาะสม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งได้แก่ การช่วยเหลือด้านความสะดวกสบายระหว่างเข้ารับการรักษา การให้กำลังใจ การสัมผัสการให้เวลาและแสดงความเต็มใจในการรับฟังปัญหาของผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความทุกข์ใจ

4. การพยากรณ์เหตุการณ์ (anticipates) พยาบาลสามารถคาดการณ์และรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันก่อนที่จะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้น รวมทั้งเลือกเวลาที่จะอธิบาย ให้ข้อมูลหรือชี้แนะผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย และการช่วยเหลือโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้เรียกร้อง

5. สัมพันธภาพเชิงไว้วางใจ (trusting relationship) พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีความรู้สึก เอื้ออาทร ห่วงใยและมีความเข้าใจผู้อื่นอย่างถูกต้องแสดงความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ช่วยแก้ปัญหาหรือเสนอวิธีปฏิบัติให้ผู้ป่วยเลือก ช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อกับความเป็นจริงและกำหนดเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้ การเห็นความสำคัญของผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น ยอมรับว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉพาะของตนเอง

6. การเฝ้าระวังและการควบคุมการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ (monitor and follow through) พยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงสมรรถนะทางวิชาชีพ และประกันได้ว่าการปฏิบัติอย่างถูกต้องและอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลทั้งหมด ได้แก่ การแสดงตนว่าเป็นพยาบาล โดยสวมเครื่องแบบหรือมีบัตรแสดงว่าเป็นพยาบาลมีบุคลิกภาพที่สุ่ม การช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าจะได้รับการตรวจรักษาที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นตามสถานะของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการแสดงออกของความเอื้ออาทรจากพยาบาลนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลและทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แต่ก่อนที่พยาบาลจะแสดงความเอื้ออาทรได้นั้นพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาตนเองที่ดีก่อน ซึ่งจากการศึกษาของเมเยอร์รอฟฟ์ (Mayeroff, 1971 cited in Euswas,

1991) พบว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่บุคคลเกิดความพึงพอใจหรือเกิดความสำเร็จแห่งตน (actualization) เป็นกระบวนการที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองและบุคคลอื่นในการอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่าโดยมีองค์ประกอบของการดูแล 8 ประการ ดังนี้

1. ความรู้ (knowledge) พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคล ความต้องการและวิธีการตอบสนองความต้องการของบุคคลเพื่อให้เกิดการพัฒนา ที่จะให้การดูแล
2. ความจริงใจ (honesty) พยาบาลต้องมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตน โดยทั้งคำพูดและการกระทำอย่างตรงไปตรงมา และเข้าใจในตัวบุคคลเพื่อให้เกิดความรู้สึกต่อกันอย่างแท้จริง
3. ความไว้วางใจ (trust) พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดี ให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น มีความไว้วางใจเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีในการพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม
4. ความอดทน (patience) พยาบาลต้องมีความอดทนในการดูแล เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดได้ตัดสินใจด้วยตนเอง และได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
5. ความหวัง (hope) พยาบาลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนร่วมพัฒนาผู้ป่วย ความหวังนี้ต้องมีความเหมาะสมกับเหตุการณ์ปัจจุบัน มีพลังตามความเป็นจริง มีความเป็นไปได้
6. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (humility) พยาบาลต้องมีความอ่อนน้อมถ่อมตน จะช่วยให้พยาบาลสามารถเรียนรู้และเข้าใจสถานการณ์การดูแล ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตนทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเปิดเผยและความเต็มใจ แต่ต้องคำนึงถึงความ เป็นบุคคลของผู้ป่วย
7. ความกล้าหาญ (courage) เป็นการปฏิบัติของพยาบาลบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล โดยพยาบาลต้องรู้สึกยินดีที่จะเดินทางกับความไม่รู้ในอนาคตของผู้ป่วย ความกล้านี้ขึ้นอยู่กับความหวังที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน รวมทั้งพลังกาย พลังใจที่จะนำไปสู่อนาคต
8. การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (alternative rhythms) พยาบาลต้องมองปัญหาจากหลายแนวทาง มีการประเมินการดูแลและปรับปรุงพร้อมทั้งเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

นักการศึกษาพยาบาลได้ระบุถึงพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนการปฏิสัมพันธ์การดูแล ประกอบด้วย (Euswas, 1993)

1. การอยู่กับผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปอยู่กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือ
2. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือและไว้วางใจกัน พยาบาลให้ความเป็นมิตรและยินดีให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

3. การร่วมมือกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการ พยาบาลให้อำนาจแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาทางสุขภาพ โดยทั้งพยาบาลและผู้ป่วยใช้ความรู้จากประสบการณ์อย่างมีเหตุผล

4. การสื่อสารต่อผู้ป่วยด้วยความเมตตา เอื้ออาทร พยาบาลสื่อสารทั้งทางคำพูดและกริยาท่าทางที่กลมกลืนกัน ซึ่งแสดงถึงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การสบสายตาดด้วยความอ่อนโยน การสัมผัสกาย เป็นต้น

5. การมีสติสัมปชัญญะ พยาบาลตระหนักในบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมีความระลึกรู้ทุกขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

6. การคงสมดุลการใช้ความรู้ พลังงานและเวลา พยาบาลผสมผสานความรู้ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ และเลือกใช้องค์ความรู้ที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ละบุคคลในแต่ละสถานการณ์ โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ เพื่อใช้พลังกายของตนเองช่วยเหลือผู้ป่วยและให้เวลาอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทร ผู้วิจัยได้สรุปพฤติกรรมกรดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลคือ เป็นการแสดงออกของพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้หรือรู้สึกได้ว่าได้รับความเอื้ออาทร ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัด เช่น ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล ทำให้เกิดการเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

การดูแลแบบเอื้ออาทรจึงนับว่ามีความสำคัญที่สอดแทรกอยู่ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลซึ่งเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ จริงใจ ด้วยความรักและความปรารถนาดีกับผู้ป่วย การได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรในระหว่างการเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดกำลังใจ อบอุ่นใจ และมีพลังใจในการต่อสู้กับชีวิตต่อไป ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นตัวและหายจากโรค (Clarke & Wheeler, 1992) คุณภาพของการพยาบาลคือ การที่พยาบาลสามารถปฏิบัติกรพยาบาลตอบสนองตรงความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละสถานการณ์จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรจากพยาบาล (perception of caring) อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจ (satisfaction) และเป็นกรรับรู้ที่ดีต่อบริการพยาบาล สำหรับการให้ดูแลแบบเอื้ออาทรพยาบาล ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับแนวทางในการเสริมสร้างคุณลักษณะของการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลต้องมีการพัฒนาตนเองต่อเนื่องให้ยึดมั่นในปรัชญา คุณธรรม และค่านิยม การดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์ให้มีความรู้ที่จำเป็นในการดูแลบุคคลดังกล่าว และมีการพัฒนาตัวตนภายในด้านจิตวิญญาณมีดังนี้ (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2543)

1. ฝึกความตระหนักรู้ (awareness) หรือการฝึกให้มีสติ (Consciousness) ให้รู้เท่าทันความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองในปัจจุบัน เช่น การฝึกการหายใจอย่างมีสติ การฝึกการรวมจิต (centering) การฝึกโยคะ เป็นต้น การฝึกเช่นนี้จะทำให้มีความสงบเกิดขึ้นในใจ ซึ่งจะช่วยขจัดความรู้สึกด้านลบออกไปจากจิตใจ

2. ฝึกการสร้างความปิติและความเมตตาให้เกิดขึ้นในใจ โดยการระลึกถึงความรู้สึกที่เคยประสบมา เช่น ความรู้สึกเป็นสุขเมื่อได้ทำบุญให้ทาน การช่วยเหลือบุคคลอื่น เป็นต้น และควรได้ฝึกการทำเมตตาสมาธิ โดยการกำหนดความรู้สึกที่เป็นความปรารถนาดี ส่งไปให้แก่บุคคลสรรพสัตว์ การฝึกเหล่านี้ต้องทำอย่างสม่ำเสมอ

3. ฝึกพิจารณาการกระทำของตนเองในแต่ละวัน ทั้งความรู้สึก ความคิด การพูด การกระทำ พยายามปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

4. เรียนรู้หลักคำสอนทางศาสนานำมาพิจารณาและปฏิบัติในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจกับสัจธรรมของชีวิต

5. แสวงหาความรู้เชิงวิชาการ รวมทั้งศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

6. การร่วมทำกิจกรรมการบำเพ็ญประโยชน์กับกลุ่มบุคคลที่ตนเองสนใจ

7. ส่งเสริมสุขภาพทางกายและใจ เช่น ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การร่วมสังสรรค์ในกิจกรรมต่าง ๆ กับกลุ่มบุคคลและสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้การให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรพยาบาลควรจะเริ่มจากการเอื้ออาทรตนเองก่อน เพราะเป็นองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น (Lauterbach & Becker, 1996) การจะทำให้เกิดความเอื้ออาทรต่อตนเองได้นั้น สามารถทำได้โดยอาศัยกระบวนการของความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) ซึ่งกระบวนการของการตระหนักรู้ในตนเองยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด (therapeutic relationships) พยาบาลแต่ละคนก็มีแรงจูงใจ ค่านิยม ความเชื่อพื้นฐานทางครอบครัวและประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลกระทบต่อ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด พยาบาลจึงจำเป็นที่จะต้องตระหนักในตนเองก่อน เพื่อลดผลกระทบที่มาจากตัวพยาบาลเอง (Jerome & Ferraro-Mc Duffic, 1992) การตระหนักในตนเองมีความสำคัญต่อการพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และได้กำหนดให้ ความตระหนักรู้ในตนเอง (genuineness) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของสัมพันธภาพเชิงบำบัด (Rawlins, 1993) การที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามกรอบทฤษฎีของวัตสันนั้น จำเป็นต้องอาศัยความตระหนักรู้ในตนเองระดับสูง ความมีสติรู้ตัวและพลังกายพลังใจที่สามารถถ่ายทอดให้กับผู้ป่วยซึ่งกำลังอยู่ในภาวะขาดความกลมกลืนให้มีพลังในการเยียวยาตนเองได้ (Fawcett, 1993; Watson in Richl-Sisca 1989) ความมีสติรู้ตัวเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติพยาบาล จึงเห็นได้ว่าความตระหนักรู้ในตนเอง นอกจากจะมีผลต่อการปรับพฤติกรรมของพยาบาลในด้านต่าง ๆ แล้วยังมีส่วนส่งเสริมอย่างมากต่อการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเยียวยาที่อาศัยตัวพยาบาลเอง

(self) เป็นเครื่องมือบำบัด (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) หากพยาบาลขาดความตระหนักในตนเอง ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะขาดการรับรู้สัมผัสถึงผลกระทบที่มีต่อตนเองและที่ผู้ป่วยมีต่อตน ทำให้พยาบาลไม่มุ่งหวังที่จะปรับพฤติกรรมของตนเอง ไม่สนใจที่จะเรียนรู้และเข้าใจตนเอง ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง พยาบาลก็จะไม่เข้าใจผู้ป่วยปิดตนเองที่จะยอมรับผู้ป่วย มองไม่เห็นความแตกต่างของตนเองกับผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลทางลบต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (George, 1981) ความตระหนักในตนเองของพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความตระหนักในตนเองกับภาวะเครียดของพยาบาล พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมักมีความเครียดสูง ความตระหนักในตนเองเปรียบเสมือนเครื่องช่วยวัดระดับความเครียดของพยาบาล มีวิธีการมากมายที่เผชิญความเครียด แต่สิ่งที่สำคัญประการแรกที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเผชิญความเครียดก็คือการสร้างหรือเพิ่มความตระหนักในตนเอง (McConnell, 1982) ถ้าวางกายและจิตใจของพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากความเครียดที่เกิดขึ้น พยาบาลจะรับสัมผัสต่อความเครียด และความเครียดนั้นจะเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้พยาบาลเกิดการตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นโอกาสที่พยาบาลได้กระทำการบางอย่างเพื่อจัดการกับความเครียดนั้น ตั้งแต่เนิ่น ๆ เมื่อกระทำให้สำเร็จแล้ว พยาบาลจะปล่อยวางและรู้สึกผ่อนคลายร่างกายและจิตใจกลับเข้าสู่ภาวะคงสมดุล (Perls, 1982 cite in Rawlinson, 1990)

2. ความตระหนักในตนเองกับการเข้าใจตนเองและผู้อื่น มนุษย์ทุกคนต่างก็มีความต้องการที่จะค้นหาและรู้จักตนเองให้มากกว่าเดิม (Watson, 1975 cite in Riehl-Sisca, 1984) พยาบาลก็มีความต้องการเช่นเดียวกันเพื่อจะได้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ ค่านิยม วัฒนธรรมและความเชื่อ เป็นต้น ถ้าพยาบาลไม่มีความตระหนักในตนเองก็จะไม่สนใจมุ่งความสนใจเข้าสู่ตนเอง ไม่เข้าใจตนเองและไม่รู้จักตนเอง จึงไม่ทราบถึงความแตกต่างระหว่างตนเองกับผู้ป่วย พยาบาลจะล่วงล้ำหรือล่วงเกินผู้ป่วย (invaded Autonomy) โดยเข้าใจว่าสิ่งที่พยาบาลคิดหรือตัดสินใจ เป็นความคิด ความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย แต่ถ้าพยาบาลที่มีความตระหนักในตนเองจะไวต่อการรับรู้ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองอย่างชัดเจน และจะไวต่อการรับรู้ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยตามความเป็นจริง และพัฒนาให้พยาบาลสามารถยอมรับตนเองได้ทั้งในด้านดีและด้านที่ต้องปรับปรุง พยาบาลจึงสามารถเข้าใจและยอมรับข้อจำกัดของผู้ป่วยตามสภาพที่เป็นจริงได้ (Burnard, 1986; Watson 1985; นงคราญ ภาสุก, 2535) ความตระหนักในตนเอง นอกจากจะทำให้พยาบาลเข้าใจตนเองกับผู้ป่วย อันนำไปสู่การยอมรับและก่อให้เกิดสัมพันธภาพต่อกันแล้ว การได้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างตนเองกับผู้ป่วยยังเป็นประโยชน์อย่างมากต่อกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะในกระบวนการประเมินปัญหาและวินิจฉัย

ไม่ถูกต้องตามที่ผู้ป่วยต้องการอย่างแท้จริง เพราะพยาบาลไม่สามารถแยกแยะปัญหาของตนเองออกจากปัญหาของผู้ป่วยได้ (Burnard, 1988)

3. ความตระหนักในตนเองกับการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด (therapeutic relationships) ความตระหนักในตนเองทำให้พยาบาลมีความเข้าใจตนเองและผู้ป่วย พยาบาลจึงรับรู้ต่อพฤติกรรมและความรู้สึกของตนในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะประเมินพฤติกรรมของตนที่อาจกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (Burnard, 1988) สำหรับความตระหนักในตนเอง พยาบาลจำเป็นต้องสร้างให้มีในตนเองก่อน จึงจะทำให้การดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดได้ เนื่องจากพยาบาลแต่ละคนต่างก็มีเอกลักษณ์เฉพาะตน ซึ่งขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ ค่านิยม ความเชื่อและพื้นฐานทางครอบครัว ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพเชิงบำบัดทั้งสิ้น (Jerome & Ferraro - McDuffie, 1992) เมื่อพยาบาลมีความตระหนักในตนเอง พยาบาลจะเข้าใจตนเอง เรียนรู้ปรัชญา ความเชื่อ ค่านิยมจากประสบการณ์ชีวิตของตนเพื่อสร้างพลังกายพลังจิตให้แข็งแกร่ง และมีดุลยภาพ พร้อมทั้งจะให้การเยียวยาบำบัดผู้ป่วย เมื่อมีสถานการณ์เฉพาะเกิดขึ้นในเวลาใดเวลาหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องการดูแล พยาบาลก็พร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยโดยการมีปฏิสัมพันธ์และการถ่ายทอดพลังกาย-พลังจิตของตนให้กับผู้ป่วยซึ่งกำลังขาดความกลมกลืนจนถึงระดับที่มีการเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกันทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างก็รับรู้และประจักษ์ถึงการให้และการได้รับเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดพลังในการเยียวยาบำบัดตนเองและพยาบาลก็เกิดความปิติในคุณค่าแห่งตน (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537)

4. ความตระหนักในตนเองกับการพัฒนาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความตระหนักในตนเอง เพื่อสะท้อนถึงปฏิกิริยา ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย โดยอาศัยกระบวนการมองเข้าสู่ตนเอง การประเมินผลตนเองและปรับปรุงพัฒนาพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องเหมาะสมกับเกณฑ์มาตรฐานหรือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ การได้มีโอกาสฝึกฝนทักษะและสะสมประสบการณ์ในการพัฒนาความตระหนักในตนเองของพยาบาล เป็นการเพิ่มโอกาสให้พยาบาลได้พัฒนาสูงขึ้น และปรับปรุงพฤติกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้นไป (Stein-Parbury, 1993)

นอกจากนั้นการสะท้อนคิดด้วยตนเอง (self-reflection) ก็เป็นองค์ประกอบที่จะทำให้พยาบาลรู้จักความเอื้ออาทรในตนเอง ซึ่งการสะท้อนคิดด้วยตนเองเป็นกระบวนการตรวจสอบภายในและค้นหาสิ่งที่ตนเองสนใจซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยจะมีการสร้างและแยกแยะความหมายของสิ่งต่างๆ ออกมาให้ชัดเจนจนเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองใหม่และแนวคิดใหม่ (Boyd & Fales, 1983) โดยอาศัยกระบวนการทางปัญญาและทัศนคติต่อการกระทำ ซึ่งแต่ละบุคคลจะค้นพบได้จากประสบการณ์เดิมของตนเองและนำไปสู่ความเข้าใจและพอใจใหม่ และการสะท้อนคิดด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องทำให้บุคคลมองประสบการณ์เดิมหรือคล้ายคลึงกันในมุมมองที่ต่างไปจากอดีต

โดยผสมผสานความรู้ใหม่ที่ได้จากการสะท้อนคิดเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ซึ่งกระบวนการนี้ต้องอาศัยการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และความเข้าใจในตนเอง (self-understanding) มาช่วยในการสะท้อนคิด ซึ่งถ้าได้มีการฝึกการสะท้อนคิดด้วยตนเองอยู่เป็นประจำ จะทำให้เกิดการพัฒนาความตระหนักรู้เกี่ยวกับความหมายของประสบการณ์ในชีวิตของเราและนำไปสู่ความเข้าใจในตนเองและเข้าใจความเป็นบุคคล (being person) เป็นกระบวนการสะท้อนความคิดเพื่อการเอื้ออาทรแก่ผู้อื่นตามมา (Lauterbach & Becker, 1996) กระบวนการสะท้อนคิดด้วยตนเองแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Atkins & Murphy, 1993)

ระยะที่ 1 การตระหนักรู้ในตนเองถึงการรับรู้ความรู้สึกและความคิดที่ไม่สุขสบาย (self-awareness of uncomfortable feeling and thoughts)

ระยะนี้เป็นการสะท้อนคิดที่เกิดจากการรับรู้ถึงความคิดที่ไม่สุขสบาย การรับรู้ด้วยตนเอง ในระยะนี้ต้องอาศัยทักษะเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในตนเองมาวิเคราะห์ว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อตนเองหรือเป็นผลที่ทำให้เกิดสถานการณ์นี้อย่างไร นอกจากนี้ยังต้องอาศัยทักษะในการจดจำระลึกถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายดังกล่าว โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่สะตูดใจและสรุปออกมาด้วยพรรณนา (descriptive) โดยออกมาเป็นคำพูดหรือเขียนเพื่อสะท้อนความคิดของตนเองให้ชัดเจน

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์ของความรู้สึกและความรู้ที่มีต่อสถานการณ์ (critical analysis of feeling and knowledge) ระยะนี้บุคคลจะวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีโครงสร้างเป็นอย่างไร และตรวจสอบความรู้สึกของตนเองที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ โดยอาจจะใช้ความรู้เดิมที่มีอยู่หรือประยุกต์ความรู้ต่าง ๆ มาอธิบายวิเคราะห์นี้จะต้องอาศัยการรวบรวมหาความสัมพันธ์และเหตุผลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยอาจนำไปสู่การตรวจสอบและสร้างความรู้ใหม่ของสถานการณ์นั้น ๆ ก็ได้

ระยะที่ 3 การพัฒนามุมมองหรือความคิดใหม่ (new perspective) ระยะนี้เป็นการพัฒนามุมมองหรือความคิดใหม่บนสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือ การเรียนรู้อันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้และทัศนคติ อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ในระยะนี้จำเป็นต้องอาศัยทักษะการสังเคราะห์ (synthesis) เพื่อผสมผสานความรู้ใหม่และความรู้เก่าเพื่อสร้างสรรค์วิธีการแก้ปัญหาและทำนายผลที่จะเกิดตามมา (Stephen, 1985) การสะท้อนคิดด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมองประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยความตระหนักของตนเองและก่อให้เกิดความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างถ่องแท้มากขึ้น จนทำให้เกิดการพัฒนามุมมองหรือแนวคิดใหม่ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในภายภาคหน้าได้ นั่นคือการแสดงออกถึงความเอื้ออาทรต่อตนเอง และเมื่อเรามีการฝึกฝนการสะท้อนคิดด้วยตนเองอยู่ตลอดเวลาจะทำให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจตนเองและนำไปสู่ความเข้าใจคนอื่นมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาความเอื้ออาทรต่อตนเองเพื่อที่จะพัฒนาความเอื้ออาทรให้เกิดขึ้นต่อผู้อื่นด้วยเช่นกัน (วัลลภา คุณทรงเกียรติ, 2543)

นอกจากพยาบาลจะมีการเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมแสดงออกของความเอื้ออาทรแล้ว พยาบาลควรที่จะคำนึงถึงการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล เพราะจะเป็นสิ่งที่ทำให้พยาบาลเพิ่มความตระหนักในการให้การดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน

##### 5. แนวคิดการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล

จากแนวคิดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่ได้กล่าวมาทั้งหมด ผู้ป่วยจะรับรู้ได้ถึงพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลที่จะสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึง การดูแลแบบเอื้ออาทรตามที่พยาบาลให้การดูแลแก่ผู้ป่วย เพราะจะแสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลที่สังคมให้การยอมรับและเชื่อถือซึ่งคุณภาพของการดูแลแบบเอื้ออาทรคือการที่พยาบาลสามารถปฏิบัติกรพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้ว่าได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทร (perception of caring) จากพยาบาลอันจะนำไปสู่ความพอใจ (satisfaction) และเป็น การรับรู้ที่ติดต่อการพยาบาลจากการศึกษาพบว่าได้มีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้

การรับรู้ หมายถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก การแปลความหมายและความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ (Kosier et al,1991) และเป็นกระบวนการที่ให้การตีความสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ได้สัมผัสและสร้างเป็นประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้ การรับรู้ในสิ่งที่คุณคนมีความแตกต่างกันไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้ที่เหมือนกับบุคคลอื่นโดยที่เดียว เพราะบุคคลที่ได้รับสิ่งเร้านั้นเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะของตนเอง (Shermerhom et al, 1982) เป็นการตีความหมายและส่งผ่านข้อมูลจากอวัยวะรับสัมผัส จดจำการให้ความหมายของเหตุการณ์แสดงออกในรูปของความจริง และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลซึ่งในการรับรู้ที่บุคคลจะต้องตระหนักและใส่ใจต่อสิ่งเร้าและจึงเลือกสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบ และสามารถระบุคุณลักษณะของสิ่งเร้าที่สัมผัสได้ ซึ่งถือว่าเป็นการให้ความหมายกับสิ่งที่สัมผัสด้วย แต่อาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้เป็นตัวแปรความหมาย (สุชา จันท์เอม, 2540)

สรุปความหมายของการรับรู้จากการทบทวนวรรณกรรมหมายถึง กระบวนการที่ได้จากการแปลความหมายจากประสบการณ์ที่ได้รับ ส่งผ่านข้อมูลจากอวัยวะรับสัมผัส โดยสามารถระบุคุณลักษณะได้ แต่การรับรู้ในสถานการณ์ที่ต่างกันทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันเพราะเป็นประสบการณ์ที่แปลความหมายเฉพาะตนเอง

ดังนั้นการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรจึงหมายถึง กระบวนการที่ผู้ป่วยแปลความหมายจากประสบการณ์ที่ได้รับการดูแลและการแสดงออกจกพฤติกรรมของพยาบาล โดยที่พยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัด ซึ่งผู้ป่วยสามารถระบุคุณลักษณะได้

การให้การดูแลแบบเอื้ออาทรกับผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันนั้น พยาบาลจะต้องตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล มีดังนี้

1. อายุ เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากขึ้น จะมีวุฒิภาวะมีความอดทนที่จะเผชิญกับสิ่งแวดล้อมสถานการณ์ต่างๆ โดยอาศัยสติปัญญา การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตมาประกอบได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า (สุชา จันทน์เอม 2540) ซึ่งอาจทำให้ผู้ที่มีการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรได้มากกว่าอายุน้อย

2. เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรได้เช่นกัน เนื่องจาก เพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายขณะหมดประจำเดือน โดยเฉพาะเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคน วัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนคือขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้หญิงวัยกลางคนบางคนมีอาการหงุดหงิด รำคาญเก่ง ตื่นเต้น ตกใจและหัวน้ไขว้ง่าย ใจน้อย เอาใจยาก และบางคนอาจจะมีอารมณ์ซึมเศร้าได้ ต้องการความสนใจเป็นพิเศษ (ทิพย์ภา เซษฐ์เชาวลิต, 2543) หากพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยน้อยกว่าที่ผู้ป่วยต้องการและมีอารมณ์ต่างๆข้างต้น อาจจะทำให้ผู้ป่วยเพศหญิงทั้งหมดประจำเดือนมีการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรลดลงได้ ส่วนการศึกษาของทัศนีย์ ธนะศาล (2541) พบว่าเพศหญิงที่มีอายุมากขึ้นมักต้องการที่จะทำอะไรด้วยตนเองมากกว่า ซึ่งเปลี่ยนจากเดิมที่มีความพึงพอใจเมื่อมีผู้อื่นทำให้ตรงกันข้ามกับเพศชายวัยสูงอายุที่ต้องการจะเป็นผู้รับการปรนนิบัติมากกว่าไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมใด ๆ ดังนั้นผู้ป่วยเพศชายวัยสูงอายุอาจคาดหวังการดูแลแบบเอื้ออาทรมากกว่าเพศหญิงวัยสูงอายุ หากความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง อาจทำให้ผู้ป่วยเพศชายวัยสูงอายุไม่พึงพอใจและอาจทำให้การรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรลดลงได้และจากการศึกษาของไรแมน (Riman, 1986 cited in wolf, Giardino, Osborne, & Ambrose, 1994) ที่ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยเพศชายมีการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทร การดูแลและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การท่วงไຍ การสนับสนุน และการยอมรับผู้ป่วย การดูแลทางด้านร่างกาย การมีทัศนคติและการกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าความเป็นมนุษย์ การไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย การใส่ใจถึงความสบายและผ่อนคลายของผู้ป่วย การพูดจาด้วยถ้อยคำสุภาพและนุ่มนวลและการกระทำต่างๆที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย ส่วนเพศชายมีการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เยี่ยมบุคคลที่มีคุณค่า การไวต่อความรู้สึก และการเข้าหาผู้ป่วยโดยไม่ต้องเรียก การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลที่เอื้ออาทรใจและมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนเพศชาย

มีการรับรู้ได้ว่าการดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลที่เอาใจใส่ โดยคำนึงถึงการให้เกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

3. ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูงมักมีโอกาสศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาสุขภาพอนามัยได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (พรนิภา ชัยโกศล, 2536) ดังนั้นบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีการคาดหวังในการดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำไปด้วย (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2538) ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความคาดหวังในการรับบริการทางด้านการดูแลสุขภาพสูงขึ้น ถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับในสิ่งที่คาดหวังไว้ อาจเกิดความไม่พึงพอใจ และมีการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรลดลงได้ (อวยพร ตันมขยกุล, 2539) ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักไม่กล้าที่จะซักถามข้อสงสัยจากพยาบาล เพราะกลัวว่าพยาบาลจะเข้าใจว่าตนโง่ หรือกลัวการตำหนิจากพยาบาล ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและคับข้องใจ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) หากพยาบาลไม่ได้ตระหนักถึงความรู้สึกของผู้ป่วยดังกล่าว อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เครียดและรับรู้การดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลเบี่ยงเบนได้

4. รายได้ ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงมีโอกาสเลือกแหล่งบริการการดูแลสุขภาพเพื่ออำนวยความสะดวกได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ และอาจมีความคาดหวังในการดูแลเอื้ออาทรในระดับสูง หากความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร ก็อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจและมีการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรลดลงได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับรุนแรง ก็จะทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยแคบลง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การดูแลได้ง่าย หากพยาบาลไม่ให้ความสนใจ อาจทำให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการพยาบาลและอาจรับรู้ได้ว่าได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลเบี่ยงเบนได้

5. ประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมักมีเจตคติและประสบการณ์ต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เคยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน อาจจะมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อเจ้าหน้าที่หรือบริการพยาบาลที่ได้รับก็ได้ ซึ่งเจตคติเหล่านี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ครั้งก่อน ๆ ที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ซึ่งอาจจะเป็นประสบการณ์ที่ได้รับจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้หรือจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ก็ได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) หากผู้ป่วยมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพยาบาลหรือสถานบริการ อาจจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะไม่ได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทรจากพยาบาล

6. ระดับสมรรถภาพของหัวใจ ระดับสมรรถภาพของหัวใจเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ถ้าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างจำกัด ความสามารถในการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต่ำกว่าผู้ที่มีสมรรถภาพของหัวใจดี ซึ่งสมาคมโรคหัวใจแคนาดา (The Canadian Cardiovascular Society Grading Scale) แบ่งความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ดังนี้ (Vaughan, 2000)

Class I ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติเช่น เดินขึ้นบันไดได้ แต่จะมีอาการเจ็บหน้าอก ถ้าทำงานหนักมาก ออกแรงเป็นเวลานาน หรือรีบเร่งมาก ๆ

Class II ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกถ้าเดินขึ้นบันไดเร็ว ๆ ขึ้นบันไดชัน ๆ การเดินขึ้นบันไดหลังรับประทานอาหารใหม่ ๆ ขึ้นบันไดตอนอากาศเย็นจัด ตอนเครียดจัด หรือตอนตื่นนอนหรือขึ้นบันไดจากชั้นที่ 1 ไปชั้นที่ 3

Class III ต้องมีการจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว อาการเจ็บหน้าอกจะปรากฏเมื่อต้องเดินในระยะไม่ถึง 200 เมตร หรือการขึ้นบันไดจากชั้นที่ 1 ไปชั้นที่ 2 ด้วยความเร็วปกติ

Class IV มีอาการรุนแรงไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือมีกิจกรรมต่างๆมีการเจ็บหน้าอก ดังนั้นพยาบาลควรที่จะตระหนักถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทรที่กล่าวมาแล้วเพื่อที่จะนำไปเป็นข้อมูลในการปฏิสัมพันธ์และการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ให้การเรียนรู้แก่ผู้ป่วยกล้าเนื้อหัวใจตายให้เหมาะสม สำหรับโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ใช้การดูแลตนเองแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยกล้าเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันจะใช้วิธีการการส่งเสริมการสอนและการเรียนรู้ระหว่างบุคคลเป็นวิธีการดูแลให้เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกันของผู้ป่วยกับพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยบางประการมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มหนึ่ง แต่ในขณะเดียวกันก็จะมีผลต่อการดูแลของผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทนั้น ๆ ดังนั้นในการให้การเรียนรู้จะต้องตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เพราะจะสามารถให้การเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

## 6. แบบประเมินการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร

ความเอื้ออาทรเป็นลักษณะที่เฉพาะของมนุษย์เชิงคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Morse et al, 1991) และมีความยากที่จะอธิบายแนวคิดนี้ แต่การดูแลแบบเอื้ออาทรมีความจำเป็นต่อพยาบาล (Watson, 1985) จึงได้มีการพัฒนาแบบประเมินต่าง ๆ เพื่อที่จะสามารถวัดพฤติกรรมดูแลของพยาบาล จากการศึกษาของเบค (Beck, 1999) ได้ทำการศึกษาแบบประเมินการดูแลแบบเอื้ออาทรเชิงปริมาณ โดยศึกษาและแบ่งประเภทของแบบประเมินการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรได้ 10 ประเภท ดังนี้

### 6.1 Care Satisfaction Questionnaire (Care-Q)

แบบประเมินนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยลาสัน (Larson, 1986) โดยแบบประเมินนี้อธิบายการรับรู้พฤติกรรมดูแลของพยาบาล ประกอบด้วยการดูแล 6 ด้านคือ ด้านความสามารถในการเข้าถึงผู้ป่วย ด้านการแนะนำ การสอนและการอำนวยความสะดวก ด้านการสร้างสุขสบาย ด้านการพยากรณ์เหตุการณ์ ด้านการสร้างสัมพันธภาพเชิงไว้วางใจและการเฝ้าระวังและการควบคุมการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ โดยแบบประเมินนี้มีข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ และได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง จำนวน 268 คน

## 6.2 Caring Behaviors Inventory (CBI)

พัฒนาโดย โวฟ (Wolf, 1986) แบบประเมินนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน โดยอธิบายถึงพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในขณะที่ให้การดูแล โดยประกอบด้วยแนวคิดการดูแล 5 ด้าน คือ การเคารพนับถือและการยอมรับความแตกต่าง การยอมรับความเป็นบุคคล การติดต่อกันเชิงบวก ความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพและการรับรู้ประสบการณ์ของบุคคลอื่นประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ โดยได้ทำการศึกษาในพยาบาลจำนวน 278 คน และผู้ป่วยจำนวน 263 คน

## 6.3 Caring Behavior Assessment tool (CBA)

พัฒนาโดย โครนินและแฮริสัน (Cronin and Harrison, 1988) ได้พัฒนามาจากแนวคิดมาจากปัจจัยการดูแล 10 ประการของวัตสัน อธิบายถึงการรับรู้พฤติกรรมดูแลของพยาบาลและผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 63 ข้อ ศึกษาในผู้ป่วยกัลมาเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยนำปัจจัยการดูแล 10 ประการ มาจัดกลุ่มได้ 7 กลุ่มดังนี้ 1) การสร้างระบบการเห็นคุณค่า การเห็นประโยชน์และคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธาและความหวังและการเสริมสร้างความไวต่อความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่น ค่าความเที่ยง = .84 2) การพัฒนาที่ช่วยให้เกิดความไว้วางใจในการสร้างสัมพันธภาพของบุคคล ค่าความเที่ยง = .76 3) การส่งเสริมและการยอมรับการระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ ค่าความเที่ยง = .67 4) การส่งเสริมการสอนและการเรียนรู้ระหว่างบุคคล ค่าความเที่ยง = .90 5) การสนับสนุน ปกป้องและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ จิต สังคมและจิตวิญญาณและการใช้กระบวนการดูแลในการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์และเป็นระบบ ค่าความเที่ยง = .79 6) ความพึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ค่าความเที่ยง = .89 7) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ จิตวิญญาณและ โลกทัศน์ของแต่ละบุคคล ค่าความเที่ยง = .66

## 6.4 Caring Behavior of Nurses Scale (CBNS)

พัฒนาโดยฮินด์ (Hinds, 1988) อธิบายการรับรู้พฤติกรรมดูแลของพยาบาลในขณะที่มีสัมพันธภาพกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ เป็นคำถามเชิง Analogue scale (VAS) ประกอบด้วยแนวคิด 3 ด้าน คือ การบรรเทาความไม่สุขสบายและการคาดการณ์ความต้องการของผู้ป่วย การนำไปสู่ความผาสุกของผู้ป่วยและความสามารถในการสื่อสารเชิงวิชาชีพกับผู้ป่วย

## 6.5 Holistic caring Intervention (HCL)

พัฒนาโดยลาทาม (Latham, 1992) เป็นการอธิบายการทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการดูแลของพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 39 ข้อ ศึกษาในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันในโรงพยาบาล จำนวน 120 คน เกี่ยวกับแนวคิดการประเมินด้าน การอธิบายการดูแลด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และการไวต่อความรู้สึก

### 6.6 Care Satisfaction Questionnaire (CARE/SAT)

พัฒนาโดยลาสันและเฟอร์คีทิจ (Larson & Ferketich, 1993) เป็นการอธิบายความพึงพอใจต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ประกอบด้วย 50 คำถาม ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง

### 6.7 The Caring Ability Interventory (CAI)

พัฒนาโดยนองโก (Hkongho, 1990) โดยพัฒนาจากทฤษฎีของ Mayeroff ประกอบด้วยแนวคิดทฤษฎีการดูแล 8 ประการคือ ความรู้ ความจริงใจ ความไว้วางใจ ความอดทน ความหวัง ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความกล้าหาญและการเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลจำนวน 462 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 75 คน

### 6.8 Caring Dimension Inventory (CDI)

พัฒนาขึ้นโดยวัตสันและลี (Watson & Lea, 1997) อธิบายถึงการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ประกอบด้วยแนวคิดด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล ทักษะจิตของพยาบาล ทักษะทางการพยาบาลและการสื่อสาร ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ

### 6.9 Caring Behaviour Checklist (CBC)

พัฒนาโดยเมคดาเนียล (Mc Daniel, 1990) ประเมินการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยประกอบด้วยพฤติกรรมที่เป็นการดูแล และพฤติกรรมที่ไม่ใช่การดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

### 6.10 Caring Attribute Scale (CAS)

พัฒนาโดยไนเบิร์ก (Nyberg's, 1990) อธิบายพฤติกรรมดูแลโดยศึกษาผลของการดูแลและความทุ่มเทในการปฏิบัติการพยาบาล ศึกษาในพยาบาลจำนวน 135 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

การประเมินการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือก Caring Behavior Assessment tool (CBA) ของโครนินและแฮริสัน (Cronin and Harrison, 1988) เนื่องจากแบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน ศึกษาถึงการรับรู้พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย โดยประกอบด้วยแนวคิดปัจจัยการดูแล 10 ประการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษา จึงได้เลือกแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินในการวิจัย

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพราะจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ในปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัย

เกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันจำนวนมาก ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ใช้กระบวนการดูแลเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติดูแลตนเองและการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอาใจใส่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน มีดังนี้

#### 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้

สุนทรา เลียงเชวงวงศ์ (2541) ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษามากกว่า 2 เดือนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วยหนังสือความรู้ด้านสุขภาพ วิดีทัศน์ตัวแบบของแบบแผนการดำเนินชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิตของเพนเตอร์ การดำเนิน การทดลองโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คนและจัดให้แต่ละกลุ่มให้รับความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการสังเกตตัวแบบจากวีดิทัศน์ร่วมกับการใช้คำพูดจูงใจ จำนวน 3 ครั้งห่างกันทุกเดือน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวม ก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตรายด้านสูงที่สุด ในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล รองลงมาคือด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ และมีระดับคะแนนแบบแผนด้านการดำเนินชีวิตรายด้านต่ำที่สุด ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย รองลงมาคือด้านการปฏิบัติทางโภชนาการ และเปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิตระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตภายหลังการทดลองสูงขึ้น และแตกต่างก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล

ชุตินา ผึ้งชัยมงคล (2544) ศึกษาผลการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมและอยู่ในช่วงวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน จำนวนผู้ป่วย 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 15 คน โดยใช้กรอบทฤษฎีของโอเรียมและทฤษฎีการเรียนรู้และการสอนมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนที่มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมและสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

พัชรพร เกาพันธ์ (2544) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความเครียดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวนผู้ป่วย 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยประกอบไปด้วย การออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวและการสนับสนุนด้านจิตใจ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและแบบประเมินความเครียด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะผู้ป่วยในมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แต่ความเครียดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะผู้ป่วยนอกมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความเครียดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจและประเมินผลคะแนนความเครียด ซึ่งพบว่ามีความเครียดลดลง แต่ไม่ได้มีการประเมินผลความรู้และการปฏิบัติตนหลังการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

นิสากร โพธิ์ชัย (2541) ได้ศึกษาถึงโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลคือเทปบันทึกประกอบภาพพลิก และคู่มือการปรับตัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้ง แต่ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยเนื้อหาในการให้ข้อมูลเหมือนกันทั้ง 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งไม่เกิน 45 นาที ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้า มีคะแนนการปรับตัวโดยรวมและคะแนนปรับตัวในรายด้านสูงกว่าบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าอย่างมีนัยสำคัญ

การ์ดิง (Garding, 1988) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันในระยะฟื้นฟูที่อยู่ที่บ้าน ทำการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน ใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนจะใช้วิธีการสอน การสาธิต และการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน หลังจากที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล 6-8 สัปดาห์ โดยอิงทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน การไต่ถาม การออกกำลังกาย การจำกัดกิจกรรมและการพักผ่อน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันมีความรู้เพิ่มมากขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทร

กุสุมา ปิยะศิริภณท์ (2545) ศึกษาถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยหนัก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับ

การศึกษา และรายได้กับการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 40 คน โดยใช้แบบวัดการดูแลเอื้ออาทรเชิงวิชาชีพของ สเวนสัน (Swanson) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง ปัจจัยทางด้านอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยทางด้านเพศ ระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2537) ศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริงในการปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากพยาบาลวิชาชีพจากจังหวัดต่างๆในประเทศไทยที่กำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาโทปีที่ 1 และการพยาบาลเฉพาะทางจำนวน 90 คน พบว่าพยาบาลมีความเห็นว่าการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพเป็นการเอาใจใส่ช่วยเหลือเพื่อเยียวยาผู้ป่วยให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยาบาลยึดปรัชญาสุขภาพองค์รวมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการใช้ความรู้และทักษะที่ได้จากการศึกษาและประสบการณ์ตรงจากพยาบาลตามแนวพุทธธรรม : จิตรู้ขณะดูแลเยียวยา มีองค์ประกอบ 4 ประการ คือ

1. เงื่อนไขการดูแล คือความพร้อมของพยาบาลที่จะให้การดูแล และต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติ

2. สถานการณ์เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลเยียวยาผู้ป่วยและญาติ คือ สภาวะเหตุการณ์ต้องการการดูแลจากพยาบาล ได้แก่ เมื่อเกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ต้องการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา การเฝ้าระวังและการได้รับตามเทคนิควิธีการพยาบาลตามแผนการรักษา

3. กระบวนการปฏิสัมพันธ์การดูแลเยียวยา คือกระบวนการในการช่วยเหลือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมี 5 ปัจจัยร่วมกันคือ การอยู่กับผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดการไว้วางใจ การสื่อสารด้วยความเมตตา เอื้ออาทรร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา การสนองความต้องการทางสุขภาพและการคงไว้ซึ่งความสมดุลของสติสัมปชัญญะ การใช้ปัญญาความรู้ให้พลังกายใจ และการให้เวลาเพื่อให้เกิดการเยียวยาผู้ป่วย

4. ผลลัพธ์ของการดูแลเยียวยา เป็นความรู้สึกที่ตรงกันทั้งผู้ป่วยและพยาบาล ในการรู้ถึงการให้และการได้รับการดูแลอย่างแท้จริงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่าการแสดงออกทางพฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมี 3 ประการ คือ การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง คำพูด และการนำเทคนิควิธีการทางการพยาบาลมาใช้เป็นวิธีการที่มีความสัมพันธ์กลมกลืนกัน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการดูแลเยียวยาผู้ป่วยมี 5 ข้อ คือ

พยาบาลไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแต่เน้นงานตามหน้าที่ การขาดแคลนบุคลากร การขาดอุปกรณ์ เครื่องใช้ และสวัสดิการและค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม และยังพบว่าการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล หรือเปรียบเสมือนเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติ

เซง (Zheng, 1996) ได้ศึกษาความต้องการการเรียนรู้ตามการรับรู้ของพยาบาล และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นการศึกษาเชิงบรรยายโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของคิง (King) และโนลล์ (Knowles) โดยศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 50 คน และพยาบาลจำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามการเรียนรู้ตามการรับรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการในการเรียนรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ให้ความสำคัญที่สุดและสำคัญเกือบทุกหัวข้อแต่การเรียงลำดับความสำคัญของการเรียนรู้หัวข้อต่างๆระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแตกต่างกัน ความต้องการการเรียนรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลที่สำคัญสูงสุดคือ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความต้องการการเรียนรู้ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่สำคัญคือ การปฏิบัติตัวหลังเกิดโรคหรือขณะอยู่บ้านหรือที่ทำงาน

สุภาพร ดาวดี (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในตนเอง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ตามปัจจัยการดูแล 10 ประการของ Watson ที่ทำให้พยาบาลปรับพฤติกรรมการดูแลของตนให้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้แบบสอบถามความตระหนักในตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ คามิลเลียน เซนต์เมรี่ และซานคามิลโล และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ราย จำนวน 149 คน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความตระหนักในตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างไปทางด้านดีแต่มีพฤติกรรมการดูแลปัจจัยการดูแลในด้านการส่งเสริมพลังจิตวิญญาณและการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอนมีค่าคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย แสดงว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลที่ค่อนข้างต่ำและยังพบว่า ความตระหนักในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แสดงว่าพยาบาลมีความตระหนักในตนเองดีและมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีด้วย

พิรุณ รัตนวิช (2545) ได้ศึกษาถึงความหมายของการดูแล พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญจากพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาโดยใช้กรอบความคิดของวัตสัน ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า ความหมายของการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยคือ การเอาใจใส่ ห่วงใย และการให้คำปรึกษา พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยรับรู้ส่วนใหญ่คือ การให้ยา การทำแผล การให้คำแนะนำ การปลอบโยน และการซักถามอาการ พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ

คือ การให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อต้องการ เรียกชื่อผู้ป่วยโดยใช้น้ำเสียงที่สุภาพ สำหรับพฤติกรรมของพยาบาลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการคือ การพูดเสียงดัง พูดไม่เพราะ ไม่เอาใจใส่ ไม่เป็นมิตร ไม่ให้เกียรติ

โครนิน และแฮริสัน Cronin and Harison (1988) ได้ศึกษาถึงความสำคัญของการรับรู้พฤติกรรมการดูแลที่ได้รับของผู้ป่วยหลังจากกล้ำเนื้อหัวใจตาย เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ (CCU) สัมภาษณ์ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายจำนวน 22 คน ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามแนวคิดทฤษฎีของวัตสัน ปัจจัย 10 ประการ ผลการวิจัยพบ พฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ การให้ความสนใจและเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ส่วนการให้ความรู้และการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลนั้นพยาบาลให้ความสำคัญน้อยมาก และยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนวันที่พักรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ (CCU)

บัลด์วูดทเทียและจอห์นดูลทเทีย (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002) ได้ศึกษาถึงการให้ความสำคัญของพฤติกรรมพยาบาลในการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน จำนวน 300 คน โดยใช้แบบประเมินตามกรอบแนวคิดของวัตสัน ปัจจัยการดูแล 10 ประการผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรม การดูแลของพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การสร้างความเชื่อมั่นและความหวัง และความไวต่อความรู้สึก มากที่สุด ส่วนในด้าน การให้คำแนะนำและการให้ความรู้จะอยู่ในระดับปานกลาง

กู๊ดดิง (Gooding et al, 1993) ศึกษาถึงการให้ความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและพยาบาล โดยใช้แบบประเมินของลาสัน (Larson) โดยเรียงลำดับความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ถึงพฤติกรรมการดูแลของบุคคล 5 อันดับแรก ได้แก่ รู้ว่าเมื่อใดจะนัดยา ให้นำเกลือ การตอบสนองโดยเร็วทันทีเมื่อผู้ป่วยเรียก ให้การรักษาตรงเวลา รู้ว่าเมื่อใดจะตามแพทย์และรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยโดยวางแผน และปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย ส่วนพยาบาลรับรู้พฤติกรรมการดูแลและให้ความสำคัญกับการรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจสูงสุด รองลงมาได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ให้การรักษา การอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเอง และพบว่าให้ความสำคัญอันดับสุดท้าย คือการรับรู้ความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

### 8.3 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ใช้กระบวนการดูแลเอื้ออาหารในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันผู้วิจัยได้นำความคิดทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson, 1988) มาเป็นแนวคิดหลักในการส่งเสริมการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาหาร

ของพยาบาลและการปฏิบัติการดูแลตนเอง จากการศึกษาที่ได้อธิบายทฤษฎีการดำเนินงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการให้ส่งเสริมการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติการดูแลตนเองได้เหมาะสมและพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญเพราะเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และให้กำลังใจ โดยแนวคิดของวัตสันได้กล่าวไว้ว่า การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นศาสตร์และศิลป์ในการกระทำและแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างจริงจังระหว่างบุคคล ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างมีศักยภาพได้รับผลประโยชน์ร่วมกันในการดูแลแบบเอื้ออาทร (Watson, 1988) เริ่มต้นที่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใยพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เข้าใจและเห็นใจในความทุกข์ ความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับ (Palsson & Norberg, 1995) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจสามารถเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย นำไปสู่การไว้วางใจซึ่งกันและกันช่วยให้พยาบาลสามารถตอบสนองต่อผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการ

การส่งเสริมการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจุบันได้มีการวิจัยที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มซึ่งจะทำให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความต้องการในการเรียนรู้ตามการรับรู้ที่แตกต่างกันทำให้การให้ความรู้ของพยาบาลอาจจะไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เซง (Zheng, 1996) ได้ศึกษาความต้องการการเรียนรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายพบว่าความต้องการในการเรียนรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายแตกต่างกัน ความต้องการการเรียนรู้ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่สำคัญคือ การปฏิบัติตัวหลังเกิดโรคหรือขณะอยู่บ้าน ส่วนพยาบาลรับรู้ว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญมากที่สุด โดยการที่พยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ความต้องการที่แตกต่างกันนั้นเกิดมาจากผู้ป่วยปฏิบัติสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลนั้นจะทำให้พยาบาลเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้การส่งเสริมการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยตรงกับความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของการ์ดดิ้ง (Garding, 1988) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันในระยะฟื้นฟูที่อยู่ที่บ้าน โดยใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนในเรื่องโรคกล่อมเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน การใช้ยา การออกกำลังกาย การจำกัดกิจกรรมและการพักผ่อน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันมีความรู้เพิ่มมากขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของโครนิน และแฮริสัน (Cronin and Harison, 1988) พบว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ การให้ความสนใจและเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ส่วนการให้ความรู้และการแนะนำเป็นรายบุคคลนั้นพยาบาลให้ความสำคัญน้อยมาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องและอาการของโรคกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยจึงสนใจโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ใช้กระบวนการดูแลเอื้ออาทร โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเพื่อเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลทั้งสองฝ่ายคือพยาบาลและผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้ที่ตรงกัน พยาบาลสามารถตอบสนองผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ป่วยมีการรับรู้พฤติกรรมของการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการให้การดูแลของพยาบาลและทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี เกิดความกลมกลืนทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ