

บทที่ 1

บทนำ



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเข้าใจความหมายคำว่า "บุคคล" เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะนำไปสู่ความเข้าใจในทัศนทางการพยาบาลบุคคลประกอบด้วยกายจิต สังคม และจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกตลอดเวลาการต่อสู้เพื่อให้ดำรงภาวะสุขภาพที่ดีนั้น บุคคลจะพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล บางครั้งบุคคลปรับตัวได้ก็จะมีร่างกายอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพดี แต่ในภาวะใดที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยนั่นคือ ร่างกายไม่อยู่ในภาวะสมดุล บีแลนด์ และ พอสเสอร์ (Beland, and Possors, 1981) กล่าวว่า "บุคคลทุกคนมีความต้องการเพื่อการดำรงชีวิต การเจริญเติบโต การพัฒนาการและคงไว้ซึ่งความสมดุลของภาวะสุขภาพในภาวะปกติ เมื่อบุคคลมีความสมดุล เขาจะมีความสามารถแสวงหาสิ่งต่างๆ มาตอบสนองความต้องการของตนเองได้ แต่ในภาวะเจ็บป่วยบุคคลจะไม่สามารถแสวงหาสิ่งต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง" การที่ผู้ป่วยมีความต้องการและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้นั้น จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล ดังนั้นการให้พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และต้องคำนึงเสมอว่าผู้ป่วยไม่ใช่วัตถุแต่เป็นสิ่งที่มีความรู้สึกนึกคิดใจอารมณ์ความรู้สึกและมีความต้องการเฉพาะตน พยาบาลจะต้องมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือผู้ที่มีสุขภาพดี หรือบุคคลที่ทุพพลภาพ โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงความต้องการสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งวางแผนให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับที่พึงพอใจ (Luckmann and Sorensen, 1980)

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมนั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอนามัยของประชาชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชน โรคที่เกิดจากความมั่งคั่งความสมบูรณ์และมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาโรคหนึ่ง คือ

โรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2530 พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจสูงเป็นอันดับ 1 ของสาเหตุการตายทั่วประเทศโดยมีอัตราการตาย 42.7 ในจำนวนประชากร 100,000 คน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2532) และในปี 2531 อัตราตายของผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจสูงถึง 44.5 ในจำนวนประชากร 100,000 คน ซึ่งอัตราการตายนี้ยังคงอยู่ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการตายด้วยโรคสำคัญ 10 โรค และโรคหัวใจซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญคือ โรคหัวใจขาดเลือด อัตราป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของประชาชนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยจากปี 2530 มีผู้ป่วยจำนวน 2516 ราย และในปี 2532 เพิ่มขึ้นเป็น 3297 ราย ต่อประชากร 100,000 คน (กองสถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2533)

การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบในระยะเวลาที่บุคคลเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นช่วงของวัยที่มีหน้าที่การงาน บางคนอาจมีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความมั่นคงทางสังคม และเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ชุมชนและสังคม เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัว ปรับพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้มาก (Lawrence and Lawrence, 1987/1988) และหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพื่อรับการดูแล และมีการติดตามประเมินการทำงานของหัวใจอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัว (Barry, 1989) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านการรับรู้เวลา และความไม่คุ้นเคยกับบุคลากร รวมทั้งไม่ทราบเหตุผลในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นได้ (อัฒชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2533-2534) จากการศึกษาของเมอร์เรย์ (Murray, 1975) พบว่าสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ได้แก่การเห็นแพทย์และพยาบาลช่วยชีวิตผู้อื่น การต้องแยกจากครอบครัว ตลอดจนได้รับสิ่งเร้ามาก (Sensory overload) และการขาดสิ่งเร้าที่กระตุ้นประสาทรับความรู้สึก (Sensory deprivation) สิ่งเร้าที่กระตุ้นประสาทรับความรู้สึกมากเกินไป เช่น แสงสว่างที่มากกว่าปกติ เสียงกิจกรรมที่รบกวนการพักผ่อน และการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตประจำวันของบุคคล สิ่งเร้าที่ทำให้ประสาทรับความรู้สึกได้รับการกระตุ้นน้อย (Sensory deprivation) เช่นการถูกแยกจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยขาดการได้รับสัมผัสไม่รู้เวลากลางวัน กลางคืน ถ้าบุคคลได้รับสิ่งเร้าที่กระตุ้นประสาทรับความรู้สึกมากหรือน้อยกว่าปกติ

เป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดปัญหาด้านความจำ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงคือไม่สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล มีความคิดสับสน อารมณ์ไม่คงที่ สูญเสียสมาธิ วิตกกังวล กระสับกระส่าย และถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นนาน ๆ จะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เช่น หวาดระแวง ซึมเศร้า ก้าวร้าว พฤติกรรมถดถอยเกิดอาการจิตประสาทหลอนได้ (Gorman, Salton and Luna, 1989) เช่นเดียวกับการศึกษาของนารี ยัมยิ (2529) ได้ศึกษาปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดการกระตุ้นประสาทความรู้สึก ในผู้ป่วยโรคกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการดิงรั้งพบว่า ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การขาดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง คือ มีความวิตกกังวลร่วมกับซึมเศร้า สูญเสียความจำ ประสาทหลอน และอารมณ์ไม่คงที่

ความเครียดหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดจากความเจ็บป่วย และจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักนั้น นอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมแล้ว ยังทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงด้วย กล่าวคือ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นระบบประสาทซิมพาเทติก จะถูกกระตุ้นให้มีการหลั่ง Catecholamine สูงขึ้นเป็นผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดปกติได้ (Greenspan, 1979) จากการศึกษาการตอบสนองทางร่างกายของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รักษาในหน่วยโรคหัวใจขณะเห็นการทำหัตถการกับผู้ป่วยอื่น เช่น การใส่ Swan Ganz การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker) และการกระตุ้นหัวใจ (Defibrillation) พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยที่มีลักษณะ เบ็ด มีอัตราการเต้นของชีพจรสูงกว่าปกติ ในระยะเริ่มแรกของการเห็นการทำหัตถการ และอัตราการเต้นของชีพจรจะค่อย ๆ ลดลงสู่ระดับปกติภายใน 2 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยที่มีลักษณะ บิด แยกเป็นห้องเดี่ยวๆ เมื่อเห็นการทำหัตถการกับผู้ป่วยอื่น อัตราการเต้นของชีพจรยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง จากผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า การที่ผู้ป่วยมองเห็นพร้อมกับได้ยินเสียง การทำหัตถการกับผู้ป่วยอื่น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นทันทีทันใด จะทำให้เกิดหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติ (Ventricular fibrillation) ซึ่งเป็นอาการนำที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดก่อนที่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวถึงแก่กรรม (Engel, 1978 quoted in Barry, 1989) และนอกจากนี้ การได้รับการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาด้านจิตใจ ของผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติ (Ventricular fibrillation) และ (Ventricular Tachycardia) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา

จะมีความเครียดด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดขึ้น ได้แก่ความรู้สึกไม่สุขสบายทางร่างกาย ย้ำคิดย้ำทำ ซึมเศร้า วิตกกังวล และกลัว (Dunnington, Frinkelmier, and Kehoe, 1988) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความเครียดเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้นั้นจะเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยว ลึกลับมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ถ้าความต้องการนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยปรับตัวไม่ได้เป็นเวลานาน ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) จะถูกกระตุ้นมากขึ้นเป็นผลให้หัวใจเต้นช้าลงจนกระทั่งหยุดเต้น และทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้เช่นกัน (Lawrence and Lawrence, 1987/1988)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะต้องเผชิญกับปัญหาทั้งความเจ็บปวดด้านร่างกาย และความเครียดจากการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักตลอดจนการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตประจำวัน ซึ่งการตอบสนองต่อความเครียดนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม และมีความสัมพันธ์กับการเกิดหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติ Ventricular fibrillation ซึ่งเป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรงต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายลุกลามมากขึ้นด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2529; Halloway, 1988) จากผลกระทบดังกล่าวนี้ว่าเป็นอันตรายรุนแรงที่มีผลต่อการหาย การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสนใจในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกายควบคู่ไปกับความต้องการด้านจิตใจเสมอ เพื่อให้การวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมตอบสนองความต้องการทุก ๆ ด้าน

การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญซึ่งนอกจากจะต้องมีทักษะสูง มีความรู้ด้านการแพทย์และพยาธิสรีรภาพแล้ว พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องความต้องการของมนุษย์ ความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาลที่ดีควรเริ่มที่ความสนใจต่อความต้องการหรือปัญหาผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2524) จากการศึกษาวิจัยของพนิดา คามาพงศ์ (2519) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาลต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยและ

พยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่า หมวดการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความสำคัญเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ หมวดการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หมวดจิตใจ และสังคม และหมวดร่างกาย เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ศิริวรรณ เจริญ (2520) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการพยาบาลหลังคลอด พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการการสอน คำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นอันดับแรก รองลงมาคือความต้องการด้านจิตใจ ด้านวิญญาณ และด้านสรีรวิทยาตามลำดับ และนอกจากนี้ เรณูมาศ วิจิตรรัตนะ (2522) ศึกษาความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับหมวดการรับรู้เป็นอันดับแรก รองลงมาคือความต้องการเป็นอิสระ ความต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น และความต้องการความปลอดภัย ซึ่งความต้องการดังกล่าวเป็นความต้องการด้านจิตใจ และอันดับต่อมาคือความต้องการด้านร่างกาย ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วย และของพยาบาลต่อความต้องการหลังผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า ผู้ป่วยคิดเห็นว่ามีความต้องการหลังผ่าตัดด้านวิญญาณสูงสุด รองลงมาคือความต้องการด้านจิตใจ และสรีรวิทยา ส่วนพยาบาลคิดเห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านสรีรวิทยาสูงสุด รองลงมาคือความต้องการด้านจิตใจและวิญญาณ (เดือนฉาย เนียมทรัพย์, 2520) จากผลการวิจัยตั้งแต่ปี 2519 ถึง ปี 2522 พอสรุปได้ว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความต้องการด้านจิตใจ วิญญาณ และความต้องการการสอน คำแนะนำก่อนกลับบ้านมากกว่าความต้องการด้านร่างกายส่วนความคิดเห็นของพยาบาลกับความคิดเห็นของผู้ป่วยพบว่ายังมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติการพยาบาลไม่สามารถตอบสนอง ได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

จากการศึกษาพฤติกรรมพยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมพยาบาลแบบมุ่งดูแลคน และมีพฤติกรรมพยาบาลขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รู้สึกดี และ ไม่รู้สึกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาลักษณะพฤติกรรมพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามพฤติกรรมด้านต่างๆพบว่า พฤติกรรมด้านกริยาท่าทางที่แสดงความเอาใจใส่ ด้านกริยาท่าทางที่แสดงการยอมรับผู้ป่วย การแสดงออกสีหน้า สายตา ด้านระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยขณะให้การพยาบาลมีจำนวนพยาบาลที่มีพฤติกรรมพยาบาลมุ่งดูแลคน มากกว่าจำนวนพยาบาลที่มีพฤติกรรมพยาบาลแบบมุ่งงาน ส่วนพฤติกรรมด้านการพูดที่แสดงถึงความเคารพในความเป็นบุคคล ด้านการพูดเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย และด้านการสัมผัสมีจำนวนพยาบาลที่มีพฤติกรรมพยาบาลที่มุ่งดูแลคน

น้อยกว่าจำนวนพยาบาลที่มีพฤติกรรมที่มุ่งงาน (นงมล บทมารักษ์, 2528) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์ (Brown quoted in Cronin and Harrison, 1988) ที่ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่ายามีพฤติกรรมพยาบาลที่มุ่งเน้นความสุขสบายทางด้านร่างกายของผู้ป่วย และนอกจากนี้ประไพ วัชยากุล (2529) ได้ศึกษากิจกรรมการพยาบาลตามมโนทัศน์ของ ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ของพยาบาลวิชาชีพภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การลดความเชื่อหน่ายของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวนาน ๆ

ผลการวิจัยดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติส่วนใหญ่มุ่งที่การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายมากกว่าความต้องการด้านจิตใจ ดังที่ พวงรัตน์ บุญญาณรงค์ (2522) กล่าวว่า ข้อบกพร่องหนึ่งในการพยาบาลคือ การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลเป็นการดูแลด้านร่างกายและคำนึงถึงสภาพอารมณ์เป็นลำน้อย เช่นการอาบน้ำ ให้อาหาร นำการรักษาที่กำหนดโดยแพทย์ไปปฏิบัติ เป็นลำดับ ซึ่งแสดงถึงการดูแลในรูปรายบุคคลน้อย

พยาบาลยังมีความคุ้นเคยต่อการแบ่งงานตามหน้าที่มากกว่าการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก จึงทำให้ความสนใจด้านจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องการและมีความสำคัญในการให้การพยาบาลบุคคลทุกคน ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร (ทัศนาศู บุญทอง, 2531) ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นบุคคลนั้น แม้ว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการรักษาจะช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามประเมินอาการผู้ป่วยได้สะดวกเร็วขึ้นก็ตาม แต่การใช้เทคโนโลยีอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการดูแลแบบไม่ใช่บุคคล (Depersonalized patient care) เนื่องจากการนำอุปกรณ์มาใช้เป็นการช่วยพยุงชีวิตคนเป็นส่วน ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสัมผัสจากพยาบาลน้อยลง (อรสา พันธุ์ภักดี, 2534) การดูแลในฐานะบุคคล ซึ่งต้องการการสัมผัสนั้น พยาบาลเท่านั้นที่จะเป็นผู้ให้การดูแลเช่นนี้กับผู้ป่วยได้ (White, 1989) และการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นบุคคล พยาบาลต้องใช้กรอบโครงสร้างทฤษฎีและมีโมเดลทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2527) และการประเมินผู้รับบริการเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องพิจารณาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบอกถึงความต้องการ

ของตนเอง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจแสดงบทบาทในการดูแลตนเองมากขึ้น (Joes, Nelson, and Lyness, 1985) การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน มาร์เจอร์รี กอร์ดอน ได้ริเริ่มแนวคิดนี้ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนนี้เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง และสามารถชี้ประ เหม็นปัญหาความต้องการของผู้ป่วยได้ทุกวัย ทุกประเภท รวมทั้งครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียหายต่อการหายของโรค การฟื้นฟูสภาพ และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้นั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระหว่างเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อจัดการดูแลให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว เพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และสามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคได้ การที่จะศึกษาความต้องการของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ครอบคลุมทุกด้านนั้น ผู้วิจัยนำแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของ Gordon เป็นพื้นฐานในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้เพราะแบบแผนสุขภาพนี้เป็นแนวคิดที่สำคัญที่เน้นการพยาบาลแบบองค์รวมซึ่งมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังจากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ซึ่งต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพของตน ดังนั้น การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักตามแบบแผนสุขภาพนี้ จะช่วยให้ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการวางแผนการพยาบาล และจัดการบริการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน ตลอดจนการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การพยาบาลที่ศึกษาจัดกลุ่มตามแบบแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) ครอบคลุมแบบแผน 11 ด้าน คือ 1) การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร 3) การขับถ่ายของเสีย 4) กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย 5) การนอนหลับพักผ่อน 6) สติปัญญาและการรับรู้ 7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) บทบาทและสัมพันธภาพ 9) เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ 10) การเผชิญความเครียดและการทนต่อความเครียด 11) ความเชื่อและค่านิยม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำแนกตามเพศ อายุ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โดยศึกษาผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 50 คน ศัลยกรรม 50 คน พบว่า ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีความเครียดโดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในด้านบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและด้านบุคลากร ยกเว้นความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจสังคม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2521) จากการศึกษาความเครียดในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว แม้พบว่า ความเครียดโดยส่วนรวมของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในเรื่องการต้องให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกาย ความรู้สึกเกรงใจเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การตรวจรักษาต่าง ๆ ที่ไม่มีขีดจำกัดทำให้เกิดความอับอาย และถูกบลุกขณะนอนหลับพักผ่อนเพื่อทำการพยาบาล (วิภา เพ็ญเสงี่ยม, 2524) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศหญิงมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อการฟื้นฟูสภาพมากกว่าเพศชาย และเพศหญิงมีความวิตกกังวล และซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Underhill, 1982)



ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของอวัยวะรับความรู้สึก และมีโอกาสเสี่ยงสูงในการเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับความรู้สึก บุคคลที่มีอายุมากขึ้นต้องใช้เวลามากในการตอบสนองต่อคำสั่ง เพราะการตอบสนองของอวัยวะควบคุมจะช้าลงตามอายุที่มากขึ้น (Hudak, Gallo, and Lohr, 1986) จากการศึกษาของกอร์แมน (Gorman, 1988) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดสับสนในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยขั้นวิกฤต จำนวน 71 คน พบว่า ร้อยละ 38 เกิดความคิดสับสนภายใน 6 วันของการอยู่ในโรงพยาบาลและร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจำนวนนี้เริ่มความคิดสับสนในวันที่ 2 และร้อยละ 85 สับสนในวันที่ 4 ผู้ป่วยที่เกิดความสับสนพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และนอร์แมน (Norman, 1988) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ โดยผู้ป่วยที่มีช่วงอายุวัยเริ่มระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ บุศรา กาญจนบัตร (2525) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ศิริอร สันตุ, 2526) นอกจากนี้ ประคอง อินทรสมบัติ (2521) ศึกษาความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุต่างกันมีความเครียดเนื่องจากด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ด้านความเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 การศึกษาความเครียดของผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เปรียบเทียบระยะเวลาการจำกัดการเคลื่อนไหว ในระยะเวลาที่ต่างกัน คือระยะเวลา 1-15 วัน และ 16-30 วัน เมื่อพิจารณาโดยส่วนรวมและรายด้านแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวที่มีระยะเวลาต่างกันมีความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (วิภา เพ็งเสงี่ยม, 2524) และ การศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการหลังผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 3-5 วัน และ 6-9 วัน พบว่าความต้องการโดยส่วนรวมและความต้องการรายด้าน คือด้านสรีระ ด้านจิตใจ และความต้องการด้านวิญญาณ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เดือนฉาย เนียมทรัพย์, 2521)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือคิดว่าเป็นโรคนี้ ซึ่ง ไม่มีภาวะน้ำท่วมปอดหรือช็อคจากหัวใจ ซึ่งรับไว้รักษาใน C.C.U. ของมหาวิทยาลัยคุด จำนวน 16 รายเป็นชาย 6

ราย หญิง 10 ราย อายุ 34-68 ปี อายุเฉลี่ย 59 ปี ผู้ป่วย 8 ราย เคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเคยเข้ารับการรักษาใน C.C.U. แล้ว ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงที่รับไว้รักษาใน C.C.U. และศึกษาพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยอีกครั้ง เมื่อจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว 8 เดือน โดยศึกษาจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รับไว้ใน C.C.U. ครั้งแรกด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความวิตกกังวลน้อยกว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน (Gentry, and Henry, 1975) ระดับความวิตกกังวลที่มากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ลดลงและทำให้การรับรู้ตนเองของผู้ป่วยลดลงด้วย (Lambert and Lambert, 1985) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งนับว่าเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความจำกัดในการทำงาน ต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียภาวะสุขภาพ สูญเสียภาพลักษณ์และความสำนึกคุณค่าของตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง (Barry, 1989) ครอนิน (Cronin, 1988) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งจะมีความตึงเครียดทางอารมณ์สูง ผู้ป่วยต้องการระบายความรู้สึกของตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักหลายครั้งอาจมีความต้องการการพยาบาลด้านแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์มากกว่า และอีกประการหนึ่งผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมานาน ย่อมมีความรู้ในการปฏิบัติตน และระเบียบการเข้ารับบริการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักดีกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักครั้งแรก

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพศชาย และเพศหญิง และระดับอายุที่ต่างกัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่างกันมีระดับความต้องการการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ที่มีระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่างกันมีความต้องการการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน

### ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือหน่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลของรัฐ 5 สังกัด ในกรุงเทพมหานคร ขนาด 600 เตียงขึ้นไป ได้แก่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี วชิระพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลตำรวจ

2. ความต้องการการพยาบาลเป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งความต้องการนั้นเป็นความต้องการตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของ มาร์เจอร์รี่ กอร์ดอน

### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ตัวอย่างประชากรตอบแบบสัมภาษณ์ตามความต้องการที่ตนเองรับรู้
2. โรงพยาบาลของรัฐ 5 สังกัดในกรุงเทพมหานครที่มีขนาด 600 เตียงขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี วชิระพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลตำรวจ เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับใกล้เคียงกัน มีนโยบายในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคที่ซับซ้อน และรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อรับไว้ให้การรักษาพยาบาล และมีการจัดบริการพยาบาลของหออภิบาลผู้ป่วยหนักใกล้เคียงกัน

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความต้องการการพยาบาลหมายถึง กิจกรรมการพยาบาลหรือการปฏิบัติของพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก รายงานว่าเป็นความต้องการ ซึ่งผู้ป่วยสมควรได้รับในระหว่างเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และความต้องการการพยาบาลนี้ ผู้ป่วยรายงานโดย ไม่คำนึงถึงว่าตนเคยได้รับหรือไม่เคยได้รับ

กิจกรรมการพยาบาลนั้นมาก่อน ความต้องการการพยาบาลนี้จำแนกตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ได้แก่

1.1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพได้แก่ ความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของตน การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ

1.2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารได้แก่ ความต้องการดูแลให้ได้รับสารอาหาร และน้ำสมดุลงานกับความตองการของร่างกาย การได้รับคำแนะนำในการจัดหาอาหาร และปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค

1.3 การขยับถ่ายของเสียได้แก่ ความต้องการการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเรื่องการขยับถ่ายอุจจาระ, บัสสาวะ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ขยับถ่ายตามแบบแผนปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขยับถ่าย

1.4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกายได้แก่ ความต้องการการดูแลจากพยาบาลเพื่อช่วยลดการทำงานของหัวใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อระบบไหลเวียนโลหิต ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนกิจกรรมประจำวัน และการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรค

1.5 การนอนหลับพักผ่อนได้แก่ ความต้องการได้รับการดูแลจัดสิ่งแวดล้อม และจัดหาลังสนับสนุนให้นอนหลับได้อย่างเพียงพอ การแก้ไขปัญหารบกวนการนอนหลับรวมทั้งจัดหาลังสนับสนุนที่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้พักผ่อน

1.6 สติปัญญาและการรับรู้ได้แก่ ความต้องการได้รับการพยาบาลด้านการจัดลึงแวดล้อม และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับสภาวะแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีลึงเร้าที่กระตุ้นประสาทรบความรู้สึกมากเกินไปเกินปกติหรือน้อยกว่าปกติ การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้กระบวนการคิด และการตัดสินใจของตนเอง

1.7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ได้แก่ ความต้องการการพยาบาลเพื่อลึงเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสำนึกในคุณค่าแห่งตน และยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ตลอดจนการช่วยเหลือให้สามารถปรับตัว เพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตได้

1.8 บทบาทและสัมพันธภาพได้แก่ ความต้องการการพยาบาลเพื่อลึงเสริม

สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวขณะ เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการปรับตัว เพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม

1.9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ได้แก่ ความต้องการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การประเมินความรู้ความเข้าใจ และการแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนเพศสัมพันธ์

1.10 การเผชิญความเครียดและการทนต่อความเครียดได้แก่ ความต้องการการพยาบาลเพื่อลดความเครียดความวิตกกังวล กลัว ท้อแท้ การส่งเสริมให้สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยระยะวิกฤตได้

1.11 ความเชื่อและค่านิยมได้แก่ ความต้องการได้รับการส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม การสนับสนุนให้ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการยอมรับให้ปฏิบัติตามความเชื่อด้านสุขภาพ

2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้อง เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและมีระดับความรู้สึกตัวดีตลอดระยะเวลาที่รักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักของ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี วชิรพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และ โรงพยาบาลตำรวจ

3. หออภิบาลผู้ป่วยหนักหมายถึง หอผู้ป่วยที่มีลักษณะการให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในขั้นวิกฤตทุกประเภท หรือให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการวิกฤตมีการจัดบริการให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลสังกัดต่าง ๆ ดังนี้คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี วชิรพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และ โรงพยาบาลตำรวจ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ในด้านบริการ สามารถนำข้อมูลความต้องการการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล ไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมความต้องการการ

พยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจะเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการนิเทศการปฏิบัติ การพยาบาล การพัฒนาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ตลอดจนการปรับปรุงการจัดบริการในหอ อภิบาลผู้ป่วยหนักให้สอดคล้องกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนต่อไป

2. ฝ่ายการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทาง ในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษา พยาบาลมีความรู้และตระหนักถึงความต้องการการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อ ใจตาย ที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งของการพยาบาลแบบ องค์กรวม

3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความต้องการ การพยาบาลตามแบบแผน สุขภาพของผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย