

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการให้สุขศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน

เสนอโดย

นางทิวา สารีเพ็ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 242)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินการที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (25 กุมภาพันธ์ 2551 – 29 กุมภาพันธ์ 2551)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction หรือ MI) หมายถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอันเนื่องมาจากการขาดเลือดไปเลี้ยง จากการตีบตันหรืออุดตัน (occlusion) ของหลอดเลือดแดงโคโรนารี

สาเหตุ

1. สาเหตุหลัก ได้แก่ เกิดจากภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis)
2. สาเหตุส่งเสริม ทำให้หลอดเลือดตีบแข็งเร็วขึ้น ได้แก่ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factors) เช่น ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความเครียด และการขาดการออกกำลังกาย ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (non-modifiable factors) เช่น อายุและเพศ

พยาธิวิทยา

พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (atherosclerotic) ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลง สืบเนื่องมาจากไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด หรือหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็ง หรือมีลิ้ม หรือการรวมตัวของไขมันไปอุดตัน แต่พบมากที่สุดคือ ไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็ง พยาธิสภาพที่พบเรียกว่า atheromatus plaque ซึ่งประกอบด้วยไขมันประเภทคอเลสเตอรอล ฟอสโฟลิปิด และสารประกอบต่าง ๆ จากเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดรวมทั้งไฟบริน นอกจากนี้ยังมี fibrous tissue และแคลเซียมรวมอยู่มากหรือน้อยแล้วแต่อายุของ atheromatus plaque ในหลอดเลือดแดง atheromatus plaque นั้นจะอยู่แทนที่ endothelium ซึ่งจะสูญหายไป และช่องภายในของหลอดเลือดจะตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและขาดออกซิเจน การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจ ถูกขัดขวางจากการขาดเลือดและทำให้เกิดการบาดเจ็บ (injury) และเซลล์ตาย กล้ามเนื้อหัวใจจะตายได้เมื่อขาดเลือดไปเลี้ยงประมาณ 3 ชั่วโมง และเนื้อเยื่อที่ตายจะไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้อีก

อาการและอาการแสดง เจ็บหน้าอก ปวดแน่น ๆ เหมือนถูกบีบรัด เหมือนมีของหนักมากกดทับ อาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ หายใจเร็ว เหงื่อออก ตัวเย็น ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติและการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก (chest pain) ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเจ็บแน่นอึดอัด เหมือนมีอะไรมาทับหรือมาบีบหัวใจ ตำแหน่งที่เจ็บ

อาจจะเป็นบริเวณกลางทรวงอก ลึนปี่ หน้าอกข้างซ้าย อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่หัวไหล่ซ้าย-ขวา ข้อศอก แขนซ้ายถึงนิ้วก้อย หรือร้าวไปที่คอ คาง ขากรรไกรล่าง เจ็บครั้งหนึ่ง ๆ ไม่เกิน 15 นาที เรียกว่า angina pectoris ในระยะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (coronary insufficiency) เจ็บไม่เกิน 30 นาที แต่ถ้าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) จะเจ็บนานกว่า 30 นาที

ปัจจัยชักนำที่ทำให้เจ็บหน้าอก (precipitating cause) ได้แก่ การออกกำลังกาย รับประทานอาหาร อิ่มใหม่ ๆ หรืออิ่มเกินไป อากาศเย็น การสูบบุหรี่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด วิตกกังวล

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อทำการวินิจฉัยแยกแยะระหว่างการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ควรทำภายใน 10 นาที เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก โดยสามารถแบ่งความผิดปกติได้ ดังนี้

2.1 กลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โดยกล้ามเนื้อที่ตายจะเป็นบริเวณกว้างและลึกถึงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจชั้นใน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะแสดงถึง ST segment ยกสูงขึ้น (ST elevation) และอาจพบ Q หรือ QS wave ในรายที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นจำนวนมาก เรียกว่า ST elevated myocardial infarction (STEMI)

2.2 กลุ่มที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน เป็นบริเวณกล้ามเนื้อชั้นนอก (epidural muscle) ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะแสดง ST segment ลดต่ำลง (ST segment depression) หรือ พบ T wave หัวกลับ (T inversion) เรียกว่า non-ST elevated myocardial infarction (NSTEMI)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจหาค่าเอ็นไซม์ที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย (cardiac enzymes หรือ cardiac markers) เพื่อการวินิจฉัยแยกแยะระหว่างกล้ามเนื้อหัวใจตายและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจุบัน ครีเอตินไมโอโกลบิน(CK-MB) ยังเป็นเอ็นไซม์ที่ถือเป็นมาตรฐานสูงสุดในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (gold standard biomarker) ในทางปฏิบัติ มีการส่งตรวจทั้งโทรโปนินที(troponin T.) ครีเอติน ไมโอโกลบิน (creatine kinase CK- myoglobin MB) และ ครีเอตินฟอสโฟไคเนส (creatine phosphokinase CPK) ควบคู่กันไป เนื่องจากการตรวจ troponin T. จะให้ผลเร็วกว่า หากผลการตรวจครั้งแรกปกติ ควรตรวจซ้ำในอีก 4-6 ชั่วโมงต่อมา แต่หากผลโทรโปนินทีและโทรโปนินไอ(troponin T, troponin I) (cTn) ครั้งแรกบ่งชี้ว่า มีกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว คือค่าสูงขึ้น ไม่จำเป็นต้องตรวจซ้ำ เนื่องจากระดับ cTn จะคงผิดปกติต่อไปอีกหลายวัน แต่ควรติดตามผลของระดับ CK-MB เพื่อติดตามการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำระหว่างการรักษาต่อไป

การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

ได้แก่ 1) การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย 2) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง 3) การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ 4) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า 5) การสวนและการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ

การรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแน่ชัดว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ ST elevated myocardial infarction (STEMI) การรักษา มุ่งที่การละลายลิ่มเลือดที่อุดตันออก เพื่อเปิดให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนปลาย โดยมีทางเลือก 2 ทาง ได้แก่

1. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) เช่น Streptokinase เป็นต้น โดยให้ภายใน 12 ชั่วโมง หลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก ถ้าสามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันได้ผล อาการเจ็บหน้าอกจะทุเลา คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST segment ที่ยกสูงขึ้นจะลดลง ค่า CPK จะลดลง

2. การสวนหัวใจ (cardiac catheterization) หรือการตรวจเพื่อการวินิจฉัยร่วมกับการรักษา เรียกว่า primary percutaneous coronary intervention (PCI) ได้แก่ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty; PTCA) หรือใส่ขดลวด (stent) ในรายที่หลอดเลือดมีแคลเซียมเกาะหนา และไม่สามารถขยายด้วยบอลลูน แพทย์อาจต้องใช้เครื่องมือหรือเลเซอร์ตัดสิ่งอุดตันออก (rotablator atherectomy) เพื่อทำลายลิ่มเลือดในหลอดเลือดทันที ซึ่งจะทำในรายที่มีการช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) ภาวะน้ำท่วมปอดอย่างรุนแรง หรือมีความเสี่ยงในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น ภาวะเลือดออก ในสมอง เป็นต้น

ความรู้ทางเภสัชวิทยา

Streptokinase ออกฤทธิ์ละลายลิ่มเลือด ใช้รักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลข้างเคียง ภาวะเลือดออก อาจเกิดอาการแพ้ยาได้แก่ ผื่นขึ้น มีไข้ หน้าแดง คลื่นไส้ อาเจียน หลอดเลือดดำอักเสบ

Aspirin เป็นยาป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด ผลข้างเคียง ระคายเคืองกระเพาะอาหาร มีเลือดกำเดาออก เลือดแข็งตัวช้า หูอื้อ เวียนศีรษะ ถ้าแพ้จะมีอาการบวม ผื่นคัน ผิวน้ำลอก

Plavix เป็นยาด้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ผลข้างเคียง การมีเลือดออกในทางเดินอาหาร สมอ อาจเกิดเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ต่ำมาก

Clexane เป็นยาป้องกันการเกิดโรคลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ผลข้างเคียง มีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ ผื่นที่ผิวหนัง

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกได้ 4 ประเภทคือ

1. homodynamic disorders เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระบบการไหลเวียน ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระดับความรุนแรงจะแปรเปลี่ยนตามขนาดและตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย

2. inflammatory disorders ที่พบได้บ่อย คือ ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis)
3. embolic disorders การมีลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งมักพบในรายที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง
4. rhythm disorders ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การพยาบาล

1. ประเมิน บันทึก และรายงานแพทย์เกี่ยวกับลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ทั้งตำแหน่ง ความรุนแรง การเจ็บร้าว ระยะเวลาที่เป็น ปัจจัยที่ทำให้เกิด และอาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ เหงื่อแตก ตัวเย็น
2. ประเมินความดันโลหิต ลักษณะการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 lead เมื่อแรกรับผู้ป่วย ภายใน 10 นาที และทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา ติดตามการตอบสนองต่อยา และผลข้างเคียง
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน โดยเฉพาะในระยะ 6 ชั่วโมงแรก และควรให้ต่อหากมี arterial oxygen saturation ต่ำกว่าร้อยละ 90 ให้พักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (absolute bed rest) งดกิจกรรมทุกชนิดใน 24 ชั่วโมงแรก ที่มีอาการเจ็บหน้าอก ช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ทำบรรยากาศให้เงียบ วางแผนการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติในเวลาเดียวกันเพื่อรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด
4. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย หลังการได้ยาละลายลิ่มเลือด สังเกต จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หลีกเลียงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลาใน lead II เพื่อติดตามการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา หรือจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในรายที่ได้รับยา Streptokinase อาจเกิดแพ้ยาได้
5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ให้ผู้ป่วยหลีกเลียงการเบ่งถ่ายอุจจาระ มีอาการท้องผูกวัดและบันทึกจำนวนน้ำเข้า น้ำออกจากร่างกาย
6. จำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทั้งระยะเวลา และจำนวนคน อาจอนุญาตให้เข้าเยี่ยมเฉพาะบุคคลในครอบครัวเท่านั้น ใช้คำพูดที่นุ่มนวล ท่าทางสุภาพในขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล
7. อธิบายเรื่องการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยต่าง ๆ อาการของโรค ลักษณะ การเจ็บหน้าอก สาเหตุของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยหายสงสัยและร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียดในอารมณ์ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การนำกระบวนการพยาบาล มาเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ซึ่งกระบวนการพยาบาลมี 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การพยาบาล การให้การพยาบาลหรือการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (myocardial infarction) หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาหล่อเลี้ยง เป็นเหตุให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นตาย (necrosis) ซึ่งเกิดขึ้นจากระบบไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารีเกิดอุดตันอย่างทันทีทันใด ตรงจุดใดจุดหนึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทันที โดยมีอาการปวด เจ็บหรือแน่นหน้าอกและร้าวไปที่กราม แขนและไหล่ นาน 30 นาที และอาจหน้ามืดเป็นลมจนถึงหมดสติและเสียชีวิตได้ การรักษาจึงมุ่งเน้นเพื่อจำกัดขนาดของบริเวณที่ขาดเลือด ช่วยให้เลือดไหลผ่านได้สะดวก ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ในปัจจุบันนิยมใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) โดยต้องให้ยาภายใน 6 ชั่วโมงภายหลังเกิดอาการจึงจะได้ผลดี ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงต้องให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล รวดเร็วและทันทั่วถึงที่สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือการได้ยาละลายลิ่มเลือด ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ มาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอกด้านซ้ายประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551 เวลา 19.10 นาฬิกา ได้รับการรักษาตามอาการของโรค มีภาวะแทรกซ้อนโดยมีอาการหน้ามืด ใจสั่น คลื่นไส้ ความดันโลหิตสูง จากการได้รับยาแอสเทรีปโตไลเนส หลังได้รับยา 3 นาที ได้รับการแก้ไขจนภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นและสามารถได้รับยาจนหมด ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลจนอาการของผู้ป่วยทุเลาลง สามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปนอนพักรักษาตัวและสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยชายสามัญ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษา และรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากตำราเอกสารทางวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา

2. เลือกรกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรค ซึ่งพบได้ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กรณีศึกษาเป็นเพศชายรับเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551 ดูแลตั้งแต่วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551 ถึงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2551 เลขที่ผู้ป่วยนอก 2833/50 เลขที่ผู้ป่วยใน 2406/51 ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด และยาป้องกันการรวมตัวของเกร็ดเลือด รวมอยู่โรงพยาบาล 5 วัน พบปัญหาทางการพยาบาล 5 ปัญหา และปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข

3. รวบรวม ข้อมูลทั้งหมด มาเรียบเรียงเป็นเอกสาร นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบ ทบทวนความถูกต้อง และความเหมาะสมของผลงาน

4. ตรวจสอบ ก่อนพิมพ์ หลังพิมพ์ และนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี) ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีประวัติเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551 เวลา 19.10 นาฬิกา อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยกำลังนั่งทำงาน มีอาการแน่นหน้าอกด้านซ้าย เหงื่อแตก หายใจไม่สะดวก อมยาใต้ลิ้น 1 เม็ด อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ที่ห้องปฐมพยาบาล เวลา 18.45 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย หายใจเหนื่อย เหงื่อแตกอัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหลังตายเฉียบพลัน (ST elevated at lead III , aVF.) แพทย์สั่งการรักษาให้ยาแอสไพริน (Aspirin) 300 มิลลิกรัม 1 เม็ดเคี้ยวก่อนกลืน พลาวิค (plavix) 75 มิลลิกรัม 4 เม็ดรับประทานทันที ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เวลา 19.10 นาฬิกา แรกผู้ป่วยถูกส่งตัวด้วยเปลนอน รู้สึกตัวสื่อสารเข้าใจ สามารถทำตามบอกได้ ช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเล็กน้อย ให้ออกซิเจนแคนนูลา อัตราการไหล 4 ลิตรต่อนาที วัดสัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/101 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหลังตาย (ST elevated at lead III , aVF.) ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ troponin T 0.10 ng/ml (ค่าปกติ 0 ng / ml) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ

ยาสเตรปโตไคเนส (Streptokinase) 1 มิลลิกรัม และยาไฮโดรคอร์ติโซน (Hydrocortisone) 100 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำ เวลา 19.27 นาฬิกา จึงให้ยาสเตรปโตไคเนส 1.5 ล้านยูนิต ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากได้ยาสเตรปโตไคเนสประมาณ 3 นาที ผู้ป่วยมีอาการ หน้ามืด ใจสั่น คลื่นไส้ ความดันโลหิตสูง 192/121 มิลลิเมตรปรอท จึงหยุดยาและรายงานให้แพทย์ทันที ได้ยาอะติแวน (ativan) 1 เม็ดรับประทานทางปาก และยาไนโตรกริเซอริน (nitroglycerine) 20 มิลลิกรัม ผสมในสารน้ำ 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 19.30 นาฬิกา หลังได้ยาประมาณ 30 นาที อาการต่าง ๆ ทุเลลง ความดันโลหิต 123/83 มิลลิเมตรปรอท เริ่มให้ยาสเตรปโตไคเนสใหม่ ขณะได้ยาผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นอีก สามารถได้ขานหมด คลื่นไฟฟ้าหัวใจจากจอมอนิเตอร์พบว่าปกติ สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 70-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/55 – 134/83 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ troponin T negative แพทย์หยุดการให้ยาไนโตรกริเซอริน นอกจากนี้อาจพบปัญหา ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที มีอาการเจ็บหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevate at lead III,aVF ผลการตรวจเลือด troponin T 0.10 ng/ml ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน 95% จัดให้นอนท่าศีรษะสูง 45 องศา ให้ออกซิเจนแคนนูลา อัตราการไหล 4 ลิตรต่อนาที ประเมินระดับความรู้สึกรู้สึกตัว สังเกตอาการกระสับกระส่าย สับสน ติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนและติดตามสัญญาณชีพจากมอนิเตอร์ตลอดเวลาพบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราความอิ่มตัวของออกซิเจน 95 – 99% และปัญหาผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผลการตรวจตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevate at lead III,aVF ผลการตรวจเลือด troponin T 0.10 ng/ml ผลการตรวจ ซีพีเค(CPK) 230 U/L ติดตามมอนิเตอร์สัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ประเมินอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยทุก 15 - 30 นาที ให้เบสตาติน (bestatin) 40 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานวันละ 1 ครั้งก่อนนอน อินาริล (enaril) 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทาน วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า พลาวิก 75 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า แอสไพริน 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า ไอซอร์ดิล (isordil) 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ให้ออนพัทบนเตียงอย่างสมบูรณ์ งดกิจกรรมต่าง ๆ ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ วางแผนการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติในเวลาเดียวกันเพื่อรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด ให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียง ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2551 จัดอาหารอ่อนที่มีกากแนะนำให้เบ่งถ่ายอุจจาระ ให้ยาซีโนกอต(senokot) 2 เม็ดรับประทานก่อนนอน ตรวจคลื่นไฟฟ้า

หัวใจ 12 lead จำนวน 3 ครั้ง เวลา 20.00 นาฬิกา 23.00 นาฬิกา 02.00 นาฬิกา วัดปริมาณสารน้ำเข้า น้ำออกจากร่างกาย (I/O) ทุก 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 70 – 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/55 – 134/83 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณสารน้ำเข้าเฉลี่ย 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปริมาณสารน้ำออกเฉลี่ย 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevate at lead III ,aVF ผลการตรวจเลือด troponin T 0.10 ng/ml ประเมิน ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้าย เจ็บแน่น ๆ คล้ายถูกกด นานประมาณ 1 – 2 นาที ไม่มีร้าวไป ตำแหน่งอื่น ระยะความห่างของการเจ็บหน้าอกประมาณทุก 1-2 ชั่วโมง ได้ยาในโทรกลีเซอริน 5 มิลลิกรัม อนุมัติแล้ว เวลา 22.00 นาฬิกา ให้ออกซิเจนแคนนูลา 4 ลิตรต่อนาที จัดให้พักผ่อนบนเตียง อย่างสมบูรณ์ ทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยทั้งหมดบนเตียง วางแผนการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติในเวลาเดียวกันเพื่อรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด อธิบายให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งละ 2 คนนาน 10 นาที กั้นม่าน ปิดไฟ ลดเสียงของมอนิเตอร์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน หลังอมยาในโทรกลีเซอริน 5 มิลลิกรัม ได้ลื่นนาน 5 นาที อาการเจ็บหน้าอกหายไป ผู้ป่วยนอนหลับได้ประมาณ 8 – 9 ชั่วโมง ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ภาวะที่เป็นอยู่ แผนการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการรักษา อาการของโรค และการปฏิบัติตัวทั้งขณะอยู่ระหว่างการรักษา และ อธิบายวิธีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีกาก การรับประทานยา อาการผิดปกติได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกหลังอมยาได้ลื่นติดต่อกัน 3 ครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้น สามารถรับยาได้จาก สถานพยาบาลใกล้บ้าน การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ใน โรงพยาบาลและกลับบ้านได้ถูกต้อง นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจนอาการทุเลาลง แพทย์พิจารณาย้ายผู้ป่วยไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย(20/14) ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2551 เวลา 15.45 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัว ช่วยเหลือตนเองได้ดี หายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 – 24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 เวลา 18.00 นาฬิกา รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ให้การดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551 เวลา 19.10 นาฬิกา ได้รับการรักษาตามอาการของโรค ในระหว่างที่อยู่ในความดูแลพบปัญหาทางการพยาบาล 5 ข้อ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ ภาวะช็อก เนื่องจากการ บีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ 3) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยา

Streptokinase 4) ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดไปเลี้ยง

5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรค สถานะที่เป็นอยู่ แผนการรักษาและการดูแลตนเอง

เมื่อกลับบ้าน ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล จนอาการทุเลาลง สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้ โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน รวม 3 วัน ย้ายผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยชายสามัญ เพื่อรับการรักษาต่ออีก 2 วัน แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 รวมเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน แพทย์นัดตรวจติดตามที่ห้องตรวจอายุรกรรม วันที่ 14 มีนาคม 2551 เวลา 09.00 นาฬิกา

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางปฏิบัติ การพัฒนาทักษะความรู้ของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เป็นแนวทางปฏิบัติ ในการให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติ ได้ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเนื่องจาก เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางหัวใจที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการตายอย่างกะทันหัน โดยเฉพาะ 12-24 ชั่วโมงแรกมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำ และเกิดภาวะช็อกจากการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการติดตามและเฝ้าระวังผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากมอนิเตอร์ที่ผิดปกติ เพื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead เวลา 19.10 นาฬิกา รายงานแพทย์ให้ยาสเตร็ปโตไคนาส 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารน้ำ 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง โดยให้ยาซีพีเอ็ม(CPM) 1 cc./mg. และยาไฮโดรคอร์ติซอล(Hydrocortisone) 100 mg./cc. ฉีดทางหลอดเลือดดำ เวลา 19.27 นาฬิกา ก่อนให้ยาสเตร็ปโตไคนาส หลังได้ยาสเตร็ปโตไคนาส 3 นาที ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด ใจสั่น คลื่นไส้ ความดันโลหิตสูง 192/121 มิลลิเมตรปรอท จึงหยุดยาและรายงานแพทย์ทันทีได้ยาอะติแวน (ativan) 1 เม็ด รับประทานทางปาก และยาไนโตรกรีเซอริน (nitroglycerine) 20 มิลลิกรัม ผสมในสารน้ำ 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 20.00 นาฬิกา หลังได้ยาประมาณ 30 นาที อาการต่างๆ ทุเลาลง ความดันโลหิต 123/83 มิลลิเมตรปรอท เริ่มให้ยาสเตร็ปโตไคนาสใหม่ ขณะให้ยาผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นอีก สามารถได้ยาจนหมดภายใน 1 ชั่วโมง

10. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีการพัฒนา ทักษะ และความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมีแบบแผนที่แตกต่างกันออกไป อาจทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการพยาบาล ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยนั้น ๆ และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

2. หน่วยงานควรจัดให้มีการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การกู้ฟื้นคืนชีพ เพื่อให้เกิดทักษะ มีความชำนาญในการใช้เครื่องมืออย่างมีประสิทธิภาพ



3. การให้ความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย พยาบาลควรมีการประเมินก่อนให้ความรู้ เพื่อที่จะได้ทราบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านใด และประเมินหลังให้ความรู้ เพื่อที่จะได้ทราบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องที่แนะนำไปมากน้อยเพียงใด และใช้ในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำต่อไป

4. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อการติดตาม และตรวจเยี่ยมผู้ป่วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... ทิวา สารีเพ็ง
(นางทิวา สารีเพ็ง)
ผู้ขอรับการประเมิน
(วันที่)..... 20 ก.ค. 2553

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  (ลงชื่อ)..... 
(นางสาวสมปอง กล่อมชาว) (นางกันธิมา รัชยาวุฒิ)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล (ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลกลาง รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง
(วันที่)..... 20 ก.ค. 2553 (วันที่)..... 20 ก.ค. 2553

ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปหนึ่งระดับที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานในช่วงเวลาดังกล่าวคือ นายสามารถ ตันอริยกุล ปัจจุบันได้รับการแต่งตั้งไปดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางทิวา สารีเพ็ง**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 242) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์
เรื่อง แนวทางการให้สุขศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

หลักการและเหตุผล

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นความเจ็บป่วยที่พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ๆ ในประเทศไทยเสียชีวิต 7 ราย ทุก 60 นาที จัดเป็น 1 ใน 5 ของกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเข้ารักษามากที่สุดของโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา จัดเป็นภาวะฉุกเฉิน ทางอายุรกรรมที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและรวดเร็ว สถิติของโรงพยาบาลกลางพบ 18 ราย ในปี 2552 เป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่มีการกลับเข้ารับการรักษามากที่สุด เกิดความพิการเรื้อรัง นำไปสู่การใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาที่สูง จะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่ต้องเผชิญกับการแข่งขันเร่งรีบ พบมากในประเทศที่พัฒนาแล้ว

สำหรับชีวิตในสังคมไทยในปัจจุบันมักอาศัยทำงานในเมือง ต้องดำรงชีวิตภายใต้การแข่งขัน มุ่งสู่ความเป็นเลิศในเกือบทุกด้าน และกำลังเข้าสู่ความเจริญด้านเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันด้านการค้า ทำให้ต้องเร่งรีบเหมือนมีเวลาในการทำงานสั้นลง นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งเสริมการเกิดโรคได้ เช่น การรับประทานอาหารจานด่วนที่มีไขมันสูง นิยมบริโภคเครื่องดื่มหลายชนิด ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรค เช่น สุรา กาแฟ น้ำอัดลม การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดเรื้อรัง ซึ่งการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องนี้ถือเป็นสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอาการรุนแรงขึ้นจนอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่ออาการของผู้ป่วยทุเลาลง พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เรียนรู้วิธีการจัดการควบคุมการเกิดโรคซ้ำ ปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้มีอาการของโรครุนแรงขึ้น การแก้ไขปัญหาคือความเจ็บป่วยขณะที่อยู่บ้าน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร วิธีการรับประทานยา ตลอดจนอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับและทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างจริงจัง

และมีคุณค่าในตนเอง ทั้งยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวเผชิญ และปรับตัวกับการเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้สามารถลดระดับความรุนแรงของโรค และอัตราการตายในระยะเฉียบพลันได้

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติ มีความรู้ในการดูแลตนเอง เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต้องเผชิญกับความรู้สึกล้มเหลว สูญเสีย ซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง เป็นโรคเรื้อรังต้องสามารถปฏิบัติการ ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม กล่าวไว้ว่า บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเมื่อสมาชิกในครอบครัว ไม่สามารถช่วยเหลือได้พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยกระทำแทน หรือช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรือการสนับสนุนให้ความรู้ การสอน การชี้แนะ ซึ่งพยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและให้อยู่อย่างปกติสุข ช่วยลดการเกิดเป็นโรคเรื้อรัง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การปรับตัวหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ การกลับไปทำงาน จึงได้จัดทำแนวทางให้สุขศึกษาการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน ได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้น แนวทางการให้สุขศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้การฟื้นฟูสภาพของร่างกาย โดยการยอมรับว่าตนเองมีข้อจำกัด ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองใหม่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1. มีการประชุมปรึกษาหารือในหน่วยงาน
2. ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน
3. ศึกษา ค้นคว้า ข้อมูลทางด้านวิชาการเกี่ยวกับแนวทางการให้สุขศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากตำราในห้องสมุดโรงพยาบาล สื่อวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพ และวารสารทางการแพทย์และพยาบาล
4. นำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ วางแผน สร้างแนวทางในการให้สุขศึกษา
5. นำข้อมูลที่ได้ มาจัดทำแนวทางการให้สุขศึกษา นำเสนอผู้มีคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้มีคุณวุฒิ
6. นำแนวทางการให้สุขศึกษา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย

7. ติดตาม ประเมินผล จากแบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย ก่อน และหลังการสอน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางปฏิบัติการพัฒนาความรู้ ในการให้คำแนะนำการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและสามารถปฏิบัติ ตัวได้อย่างถูกต้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ภายหลังได้รับการสอน $\geq 80\%$

ลงชื่อ..... ทิศา สาริเพ็ง

(นางทิวา สาริเพ็ง)

ผู้ขอรับการประเมิน

20 / ก.ค. 2553