

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ  
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ  
ที่ได้รับการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง จัดทำโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหัวใจ  
ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เสนอโดย

นางสาวนฤมล เกาะเจริญ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว(ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 936)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติที่ได้รับการใส่เครื่องช็อกหัวใจ

### ด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ

2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** : 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2549 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2549)

3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

#### ความรู้ทางวิชาการ

1. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจและหลอดเลือด
2. ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติที่ได้รับการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบ

อัตโนมัติ การรักษา การพยาบาล

3. กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม
4. หลักการทำงานของเครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ และการพยาบาล
5. ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาและการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับยา Ciprofloxacin ,

**Amiodarone, Furosemide, Allopurinol , Propranolol ,Enaril , Dopamine , diazepam , Ceftriazone,**

**ASA (80)**

#### แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวความคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของ

กอร์ดอน

2. การพยาบาลเป็นทีมเพื่อบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ

4. **สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ**

ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ พบได้เสมอในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นภาวะซึ่งมีอันตรายที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติมีหลายประเภท เช่น ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ โดยในที่นี้จะกล่าวถึงภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติซึ่งมีความรุนแรงมากกว่าภาวะหัวใจเต้นผิดปกติประเภทอื่น การพยากรณ์ของโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระยะเวลาที่เกิดอาการ พยาธิสภาพของโรค ความสามารถของหัวใจที่จะทดแทนหรือปรับชดเชยภาวะดังกล่าว ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันที่ เพื่อให้หัวใจกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ การเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถจึงมีความสำคัญมาก ถ้าไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างถูกต้องทันเวลา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

ขั้นตอนการดำเนินการ โดยศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและ  
กรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำราและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง :

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา :

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 69 ปี สถานภาพสมรส ม่าย อาชีพ แม่บ้าน มีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร

รับย้ายจากโรงพยาบาลเอกชน วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2549

รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2549

การวินิจฉัยโรค ventricular tachycardia

ได้รับการผ่าตัด ใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (automatic implantable cardioverter  
defibrillator) เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2549

#### การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอนพบว่า มี  
7 แบบแผนที่ผิดปกติ ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ :

ก่อนเข้ารับการรักษามีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ไม่เคย  
แพ้สารเคมี อาหาร หรือยาใดๆ

อาการสำคัญ 6 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกไม่ร้าวไปที่ใด มีอาการเหงื่อ  
ออกตัวเย็นญาติชื้อยาแก้เจ็บหน้าอกที่ร้านขายยามาให้ออมใต้ลิ้น 1 เม็ด อาการไม่ทุเลา จึงเข้ารับการรักษาที่  
โรงพยาบาลเอกชน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ventricular tachycardia

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว บิดา มารดา และสามี เสียชีวิตด้วยโรคชรา มีบุตรสาว 2 คน  
แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ได้ทำการช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้า ได้ยา Xylocard ทาง  
หลอดเลือดดำ และยา Cordarone ทางหลอดเลือดดำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจกลับมาเต้นปกติ หลังเข้ารับการรักษา  
1 วัน ได้ส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง ตรวจเลือดพบ CKMB 15, Trop6-T 0.85 ได้ยา  
Clexane 0.4 มิลลิกรัม ทางใต้ผิวหนังวันละครั้ง ระหว่างอยู่ใน CCU ยังพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดจังหวะ  
เป็นระยะจึงขอส่งตัวมาเพื่อใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์  
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. โภชนาการและการเผาผลาญ : ในภาวะปกติผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รสไม่จัด ต้มน้ำวันละ 7 – 8 แก้ว ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ขณะนอนโรงพยาบาลให้รับประทานอาหารได้ แต่รับประทานได้น้อยลงรอใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2549

### 3. กิจกรรมและการออกกำลังกาย :

ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยเหลือตัวเองได้ดี หลังเข้ารับการรักษามีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจได้เองในอุณหภูมิตั้ง ความดันโลหิต แรกรับไว้ 168/114 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส เปลือกตา ไม่ซีด ค่าความเข้มข้นของเลือดปกติ ฮีมาโทคริต 41.0% (ค่าปกติ 37 – 47 %)ฮีโมโกลบิน 14.9 % (ค่าปกติ 12 – 16g/dl) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดจากปลายนิ้ว 98 – 100 %

### 4.. การพักผ่อนนอนหลับ

ก่อนเข้ารับการรักษา นอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่ 21.00 – 5.30 น. หลังเข้ารับการรักษา กลางคืนนอนหลับเป็นระยะประมาณวันละ 4 – 5 ชั่วโมง ตื่นบ่อยเพราะมีเสียงรบกวน กลางวันนอนพักเป็นช่วงๆ

### 5. ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ :

รู้สึกตัวดี ตอบสนองต่อการกระตุ้นตามปกติ หลังทำการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบ

**อัตโนมัติ มีปวดแผลบ้าง มีอ่อนเพลียเล็กน้อย เวลาทำกิจวัตรประจำวันมีปวดแผลได้รับประทานยาแก้ปวดตามจำเป็น**

### 6. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ :

รู้สึกว่าตนเองอาจทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่เหมือนปกติ กลัวจะเกิดอันตรายจากการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติได้

7. บทบาทและสัมพันธภาพ : ผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน ปกติอยู่บ้านกับบุตรสาว มีหน้าที่ช่วยดูแลหลานบ้าง มีรายได้จากเงินของบุตรสาวให้ใช้เดือนละประมาณ 3,000 บาท มีเงินเก็บบ้างแต่ไม่มากนัก

พยาธิสรีรภาพของภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ หัวใจ ventricular tachycardia

ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว หมายถึง ภาวะที่หัวใจห้องล่างมีการสร้างคลื่นไฟฟ้าขึ้นเองและปล่อยออกมากระตุ้นหัวใจห้องล่างในอัตราที่เร็วมาก ซึ่งการบีบตัวของหัวใจห้องล่างไม่สัมพันธ์กับการบีบตัวของหัวใจห้องบน โดยสิ้นเชิง

## ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วที่สำคัญแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. Ventricular tachycardia ( VT ) เป็นภาวะที่หัวใจห้องล่างบีบตัวก่อนเวลา ( Premature Ventricular Contractlon ( PVC ) ) ติดต่อกันตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้า และจุดที่ปล่อยกระแสไฟฟ้าในหัวใจห้องล่างเป็นตัวควบคุมอัตราเร็วของการเต้นของหัวใจ VT อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด แต่มักจะมี PVC นำมาก่อน

2. Ventricular Fibrillation ( VF ) เป็นภาวะที่หัวใจห้องล่างมีการเต้นแบบสั่นไม่เป็นจังหวะ คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจห้องล่างมีความสับสนไม่เป็นระเบียบ เนื่องจากจุดที่ปล่อยกระแสไฟฟ้าออกมามีหลายจุด เกิดขึ้นพร้อมๆกัน และปล่อยกระแสไฟฟ้าออกมาไม่สม่ำเสมอ ทัวทั้งหัวใจห้องล่าง จะเห็นลักษณะเต้นแบบพริ้ว เบา ไม่บีบตัว ทำให้ไม่มีเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย

### การรักษา

แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดจังหวะ จึงวางแผนใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบ อัตโนมัตินในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2549 ได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบ อัตโนมัติน (Automatic implantable cardioverter defibrillator) ได้รับยา Ceftriazone 2 กรัม วันละ ครั้งทางหลอดเลือดดำ ได้ยา Cordarone (200มิลลิกรัม) , Propranolol (40มิลลิกรัม) , Enaril (20มิลลิกรัม) เพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ มีแผลปิดพลาสติกเหนียวที่บริเวณไหล่ด้านซ้ายไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง มีปัญหาความดันโลหิตต่ำหลังทำการ แพทย์หยุดให้ยา Propranolol (40มิลลิกรัม) Enaril (20มิลลิกรัม) และให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Dopamine 200 มิลลิกรัม ผสมในสารละลาย 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตราส่วน 10 มิลลิลิตร ต่อ ชั่วโมง จนระดับความดันโลหิตปกติ 121/74 มิลลิเมตรปรอทจึงหยุดยาได้วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2549 หลังใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบ อัตโนมัติน ได้ติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อัตราการเต้นหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 112/64 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการใจสั่น ปวดแผลเล็กน้อยเวลาเคลื่อนไหวร่างกาย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

### การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

## วัตถุประสงค์การพยาบาล ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มมากขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินสภาพทั่วไป บันทึกและรายงานแพทย์หากมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ
2. ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพทุก 5-15 นาทีจากเครื่อง monitor ขณะที่มีการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด และทุก 1 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปกติ
3. ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 3-5 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษา เพื่อให้เนื้อเยื่อต่างๆได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น
4. ลดความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจโดยให้นอนพักบนเตียงงดกิจกรรม

ที่ไม่จำเป็น จัดสิ่งของไว้ใกล้มือ เพื่อหยิบจับได้ง่าย ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง

5. สังเกตและบันทึกอาการแสดงถึงภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจไม่เพียงพอ เช่น เจ็บหน้าอก กระสับกระส่าย เหงื่อออก ปลายมือปลายเท้าเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เพื่อรายงาน แพทย์ทราบทันที

6. สังเกตและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ยาขยายหลอดเลือด เป็นต้น รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2549)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการรักษาที่ต้องใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุยผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตร
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งก่อนที่จะได้รับการตรวจรักษา และทำกิจกรรมการพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเท่าที่ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมได้
3. บอกข้อวินิจฉัย อาการ ความรุนแรงของโรค และแนวทางการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ หรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยกับแพทย์เจ้าของไข้

4. แนะนำอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ต้องใช้กับผู้ป่วยขณะทำ พร้อมทั้งอธิบายถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่ได้รับจากอุปกรณ์นั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัย

5. พுகุยและอธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและวางใจในศักยภาพของแพทย์และพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสภาพภายหลังการทำหัตถการ ว่าผู้ป่วยจะมีแผลบริเวณไหล่ซ้าย ปิดพลาสติกไว้ พร้อมทั้งอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องภายหลังการทำหัตถการ ได้แก่ ห้ามยกแขนด้านที่ทำหัตถการ ไม่ควรกางแขน เพื่อป้องกันสายสื่อคลื่นจากตำแหน่งที่ฝังไว้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ

ประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2549)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

**วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและอาการปวดแผลทุเลาลง**

#### **กิจกรรมการพยาบาล**

1. ดูแลช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายโดยให้ตะแคงไปทางด้านขวา หลีกเลี่ยงการกดทับ แผลทางด้านซ้าย

2. ดูแลให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆบนเตียง และวางสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆใกล้มือผู้ป่วยเพื่อให้หยิบจับได้ง่าย

3. ดูแลให้ยาแก้ปวด pethidine 50 มิลลิกรัมเจือจางทางหลอดเลือดดำเมื่อจำเป็นเวลาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. พุกุยให้กำลังใจ ซักถามและเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยเกิดข้อข้องใจ คอยให้การช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ

5. อธิบายถึงความจำเป็นที่ห้ามมิให้กางแขนหรือยกแขนซ้ายเป็นเวลา 48 ชั่วโมง เพราะหลังผ่าตัดฝังเครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติใหม่ๆ ถ้ามีการเคลื่อนไหวมากเกินไปอาจทำให้สายสื่อหรือตัวเครื่องเคลื่อนออกจากตำแหน่งได้ ทำให้เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติไม่ทำงานหรือทำงานผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือ

6. ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมรอบๆเตียงให้เงียบสงบ ไม่ให้มีเสียงรบกวน ให้อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้

7. เปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติผู้ป่วยเข้าเยี่ยม เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย

8. ติดตามและประเมินอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2549)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดออก การติดเชื้อ ภายหลังการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 – 15 นาทีจากเครื่อง monitor สังเกตและประเมินคุณภาพสม่ำเสมอของชีพจรและอัตราการเต้น ตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เก็บไว้เปรียบเทียบเมื่อเครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติทำงานผิดปกติ
2. ฝ้าสังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากจอมอนิเตอร์ เพื่อประเมินการทำงานของเครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ ว่าทำงานอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่
3. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง มือข้างที่ใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติห้ามกางแขนห้ามยกแขนสูง หรือเอื้อมมือหยิบของ เพื่อป้องกันสายสื่อเคลื่อนหลุดจากตำแหน่ง
4. สังเกตบริเวณแผลที่ใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติว่ามีเลือดหรือสารคัดหลั่งอื่นๆออกมาหรือไม่ และประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล ได้แก่ บวม แดง ร้อน หรือไม่
5. สังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก หลอดเลือดที่คอโป่ง เสียงลมเข้าปอดเบาและส่งถ้ำรังสีของปอดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อดูตำแหน่งของสายสื่อ และช่วยประเมินภาวะหัวใจวาย หรือมีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด ( pneumothorax ) ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
6. ดูแลให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง ช่วยจัดท่านอนให้สุขสบาย โดยห้ามกางแขน ห้ามยกแขนสูง หรือเอื้อมมือหยิบของ
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามความจำเป็น และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์



## ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2549)

หลังจากผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาได้รับไว้ในความดูแลติดตามเยี่ยม 4 ครั้ง พบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไขและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง รวมเวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน และนัดมาพบแพทย์อีก 2 สัปดาห์

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้ คือผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ ได้อธิบายถึงความจำเป็นในการใส่และการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการใส่เครื่องให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ โดยอธิบายให้ทราบว่าจะมีทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญร่วมรักษาพยาบาลในขณะที่ใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ และจะมีอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นเพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ หลังใส่เครื่องผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณไหล่ด้านซ้ายปิดพลาสติกเหนียวไว้โดยผู้ป่วยห้ามกางแขนซ้ายเป็นเวลา 14 วัน ถ้ามีอาการปวดแผลให้รับประทานยาแก้ปวดได้ตามความจำเป็น ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จะสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และติดตามการทำงานของหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตต่ำ แพทย์หยุดให้ยา Propranolol ,Enaril และให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Dopamine 200 มิลลิกรัม ผสมในสารละลาย 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตราส่วน 10 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง จนระดับความดันโลหิตปกติ จึงหยุดยา ความดันโลหิตหลังหยุดยา 101/72 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดมาตรวจอีก 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลานอน

โรงพยาบาล 4 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินงาน ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามผลและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน และเยี่ยมจำนวน 4 ครั้งพบว่า มีปัญหาทั้งหมด 4 ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมดพร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องจึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

การรักษาผู้ป่วยหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติที่ได้รับการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญทั้งแพทย์ พยาบาลห้องสวนหัวใจ พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ ปัญหาที่พบคือ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สายสื่อเลื่อนหลุด มีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ผ่นังหัวใจทะลุจากการใส่สายสื่อการแก้ไขและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ที่อาจเกิดขึ้นได้จากปัญหาเหล่านี้เพื่อช่วยให้การผ่าตัดใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติประสบความสำเร็จและใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการหน้ามืดเป็นลม ใจสั่น เจ็บหน้าอก รู้สึกว่ามีการช็อกหัวใจติดต่อกันหลายครั้ง ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ รวมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังใส่เครื่อง เช่น หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีการรั่วของไฟฟ้า หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีไฟฟ้าแรงสูง การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าที่มีการสั่นสะเทือนมาก เช่น สว่านไฟฟ้า และให้ความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น
2. พัฒนาคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติหวัหะที่ได้รับการใส่เครื่อง

## ช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ

3. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติหวัหะที่ได้รับการใส่เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการผ่าตัด ทั้งผู้ป่วยและญาติจึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคและการผ่าตัด จึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลแก่แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลและให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่สามารถทำได้ รวมทั้งให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ให้ความมั่นใจในการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการติดตามการทำงานของหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวทั้งขณะนอนในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยเหมาะสมกับภาวะโรค

## 10. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติหวัหะ เป็นบทบาทความรับผิดชอบร่วมกันทั้งแพทย์ พยาบาล ต้องการผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านหัวใจ จึงควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การใช้เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย เพื่อพัฒนากระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขไป  
ตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....*อบจกน*.....*1๓=1๓๖๖*.....  
(นางสาวนฤมล เกษเจริญ)  
พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)  
....05...../....08...../....2551....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*[Signature]*.....  
(นางเพ็ญพิศ ปานสว่าง)

ลงชื่อ.....*[Signature]*.....  
(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล  
วันที่ ...05.../ ...08.../..2551

ตำแหน่ง ผู้ตรวจราชการ 9  
ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัย  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร  
และวชิรพยาบาล  
วันที่.....05...../.....08...../.....2551

## เอกสารอ้างอิง

- จรรยา ตันติธรรมและคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี,2547.
- ชาญ ศรีรัตนสถาวร. **Cardiac Arrhythmia Basic Knowledge to Clinical Practice.**  
กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์,2543.
- นิตยา เดชะพรหมและคณะ . คู่มือการให้ยาสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 10,กรุงเทพฯ :  
ชนบรรณการพิมพ์,2543.
- ศุภชัย ถนอมทรัพย์. ตำราการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ. กรุงเทพฯ : สถาบันโรคหัวใจ  
โรงพยาบาลราชวิถี,2542
- สันต์ ใจยอดศิลป์. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2,กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์สวย,  
2542.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. ตำราไฟฟ้าหัวใจ. กรุงเทพฯ : วี อินเทอร์เน็ต,2545.
- อัจฉรา เดชฤทธิพิทักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ :  
ลิฟวิ่ง ทรานส์มีเดีย,2540.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวนฤมล เกาะเจริญ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 936) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักงานแพทย์

เรื่อง จัดทำโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหัวใจในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

หลักการและเหตุผล

ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น เพราะนับได้ว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประเทศไทยรวมทั้งประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำรงชีวิตของประชาชนชาวไทยที่มีพฤติกรรมดำรงชีวิตโน้มเอียงไปทางประเทศตะวันตก รวมทั้งในภาวะปัจจุบันสังคมมีความรีบเร่งมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการเกิดโรคหัวใจ โดยเฉพาะการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งนับไปถึงการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ขณะเดียวกันภาวะโรคหัวใจที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น โรคหัวใจรั่วจากโรคหัวใจรูมาติก ยังลดลงไม่มาก ขณะเดียวกันการตรวจรักษาโรคหัวใจก็ได้รับการพัฒนาอย่างมาก จึงทำให้มีผู้รอดชีวิตจากโรคหัวใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าในอดีต ซึ่งผู้รอดชีวิตจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับเข้าสู่สังคมได้ตามอัตรภาพ

สมาชิกในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล จึงมีความสำคัญในกระบวนการนี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีทั้งความรู้ในด้านวิชาชีพและการใช้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการฟื้นฟูสภาพหัวใจเพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ผู้ที่มีภาวะเจ็บหน้าอก หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในสมัยก่อนจะแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน นอนพัก ประมาณ 4 – 8 สัปดาห์ ต่อมาได้มีการศึกษาค้นคว้าโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จึงได้เริ่มแนะนำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการเคลื่อนไหวที่เร็วขึ้น เช่นการลุกนั่งบนเก้าอี้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้นโดยไม่มีผลแทรกซ้อนเกิดขึ้น จึงมีการให้ความสำคัญแก่การฟื้นฟูสภาพหัวใจในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น

## วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อฟื้นฟูสภาพหัวใจของผู้ป่วย
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ เช่น มีแผลกดทับ ข้อติดยึด เหนื่อยง่าย ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทาง
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆได้อย่างปลอดภัย
4. เพื่อลดความเครียด วิตกกังวลที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อน จะมีความวิตกกังวลว่าเวลาทำกิจกรรมต่างๆแล้วจะเจ็บหน้าอกอีก
5. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยการให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้น
6. เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่ร่วมกันดูแลรักษา
7. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล

### เป้าหมาย

1. เพื่อลดระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สภาพที่ดีที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยความ

พยายามของตนเองและสามารถดำรงชีวิตที่มีคุณค่าและมีคุณภาพ

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

เนื่องจากผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกรายต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเฉพาะทางที่มีความรู้ความสามารถทางโรคหัวใจ มีการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตลอด 24 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และจากการศึกษาค้นคว้าพบว่าการที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมโดยเร็ว ช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างเห็นได้ชัด และยังสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในการฟื้นฟูสภาพหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความมั่นใจในการที่จะกลับเข้าสู่สภาพที่ใกล้เคียงปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยที่ตัวผู้ป่วยเองมีส่วนสำคัญในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมและสามารถดำรงชีวิตที่มีคุณภาพและมีคุณค่า ขั้นตอนการดำเนินการ จัดโปรแกรมให้แก่ผู้ป่วยในหออภิบาล โดยพยาบาลคอยกระตุ้น คอบคุม เฝ้าระวังผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมด้วยความปลอดภัย เริ่มต้นจากกิจกรรมเบาๆที่ใช้พลังงานน้อย เมื่อผู้ป่วยฝึกได้ ไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งได้แก่ หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ หน้ามืด อ่อนเพลีย ใจสั่น เจ็บหน้าอก ชีพจรเต้นเร็ว เพิ่มมากกว่า 20 – 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตมากกว่า 200/100 มิลลิเมตรปรอท จึงให้ผู้ป่วยทำโปรแกรม

ในขั้นต่อไป โปรแกรมจะเริ่มจาก การฝึกหายใจเข้าออกลึกๆบนเตียง ทำกิจกรรมและออกกำลังกายบนเตียง เช่น ออกกำลังกาย ขา นั่งทำกิจกรรมบนเก้าอี้ข้างเตียง ยืนทำกิจกรรม ออกกายบริหารข้างเตียง ฝึกเดินออกกำลังกายในห้องและนอกห้อง โดยในแต่ละขั้นตอนพยาบาลผู้ฝึกต้องสังเกตอาการผิดปกติ วัดและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วย หยุดทำกิจกรรมทันทีที่พบอาการผิดปกติ เมื่อผู้ป่วยฝึกได้ทุกขั้นตอนในโปรแกรม พยาบาลควรวางแผนให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่บ้าน โดยสอนให้ผู้ผู้ป่วยสังเกตและจับชีพจรทั้งก่อนและหลังทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินอาการผิดปกติได้เองและมั่นใจในความปลอดภัย สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอาการแสดงต่างๆของภาวะหัวใจดีขึ้น
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการออกกำลังกายของผู้ป่วย และสามารถออกกำลังกายที่ถูกวิธีและเหมาะสมกับโรคที่เป็น
3. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสามารถสังเกตอาการแสดงที่ผิดปกติของโรคได้
4. บุคลากรในหน่วยงานและบุคคลที่สนใจมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย
1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากขึ้นร้อยละ 70

ลงชื่อ.....

.....อบจวน 1๓๖ 1๓๖๖

พยาบาลวิชาชีพ 6ว.(ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....5...../...ศ.ค...../...2551...

## เอกสารอ้างอิง

สันต์ ใจยอดศิลป์. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2 , บริษัทพิมพ์สวย,  
2542.

เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4 ,กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์ ,  
2543.

Goble AJ. Cardiac rehabilitation: Trends through the world. J of Jap Assc. Of Cardiac  
Rehabil. 1997.

American Association of Cardiovascular& Pulmonary rehabilitation. Guidelines for cardiac  
Rehabilitation and secondary prevention program. 3ed . Champaign: Human Kinetics;  
1999.