

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

เสนอโดย

นางสาวพรรณพิศ โคปละสุต

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 28)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 18 ธันวาคม 2550 ถึงวันที่ 22 ธันวาคม 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.1 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน (Acute Myocardial infarction) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการที่มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการขาดเลือด โดยมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ และขนาดกลางเป็นผลให้จำกัดการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นผลให้เกิดการอุดตัน หรือการไหลเวียนลดลงอย่างรุนแรงใน coronary artery นั้น จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้ และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือจบลงด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546) โดยมีลักษณะทางคลินิกเป็น

1. Unstable angina
2. Non Q – wave Myocardial infarction
3. Q – wave Myocardial infarction

1. อาการเจ็บหน้าอก มีลักษณะดังนี้

1.1 เจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้นชัดเจน เจ็บถี่มากขึ้น โดยมีอาการเจ็บปวด จุกแน่นที่กลางหน้าอกร้าวไปคอ กราม หรือแขน

1.2 เจ็บหน้าอกติดต่อกันนาน มากกว่า 30 นาที ถึงแม้จะอมยาใต้ลิ้น ไป 3 เม็ดในเวลา 10 นาทีแล้วยังไม่ทุเลา

1.3 เคยเจ็บหน้าอกมาก่อนขณะออกกำลังกาย แต่ครั้งนี้เป็นการเจ็บครั้งแรกขณะพักมีประมาณ ร้อยละ 15 – 20 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2541)

1.4 อาการเจ็บหน้าอกในเพศหญิงมักมีอาการไม่ชัดเจนเหมือนเพศชาย บางครั้งอาจบรรยายอาการเจ็บหน้าอกว่าเป็นแสบร้อน รู้สึกเหมือนเข็มแทง หรืออาจมีแต่อาการหายใจไม่สะดวก อ่อนเปลี้ยหมดแรง หรือซึมลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ (กฤษณา ศาสตราวหา, 2550)

2. อาการไม่จำเพาะ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ หายใจไม่ค่อยสะดวก กระสับกระส่าย มีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ เป็นต้น

3. อาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น

3.1 หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นอาการแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมมากที่สุด มักจะพบภายใน 12 ชั่วโมงแรก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้ระบบการนำไฟฟ้าเสียไป รบกวนการส่งคลื่นไฟฟ้าในหัวใจ ซึ่งพบได้ เช่น หัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลา หรือหัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลาติด ๆ กันมากกว่า 3 ครั้งต่อนาที หัวใจห้องล่างเต้นเร็วพรีว หรือพบว่ากระบวนการนำไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวาง (heart block)

3.2 หัวใจล้มเหลว จากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะลดประสิทธิภาพในการบีบตัว หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น อาการที่พบได้ เช่น อ่อนเพลีย บวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น บีบตัวแรงขึ้น เป็นต้น

3.3 ซ็อกจากหัวใจ มักพบในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมาก ลักษณะเฉพาะของอาการซ็อกคือ ผิวหนังเย็นชื้น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ปัสสาวะออกน้อยและความดันโลหิตต่ำ

3.4 ก้อนลิ่มโลหิตอุดตัน เกิดจากลิ่มโลหิตที่เกาะรวมตัวเป็นก้อนหลุดลอยไปตามกระแสโลหิตอุดตันบริเวณอวัยวะต่าง ๆ เช่น อุดตันบริเวณขา จะคลำชีพจรส่วนปลายได้เบาลง หรือไม่ได้เลย ปลายขาเขียวคล้ำ ปวดขา เป็นต้น

การรักษา

การรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย

1. ให้ออกซิเจน ขนาด 3-4 ลิตรต่อนาที
2. ให้อา Nitroglycerine ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกโดยเป็นชนิดพ่น หรือชนิดให้ทางหลอดเลือดดำ
3. ให้อาแก้ปวด ในกรณีที่ผู้ป่วยเจ็บแน่นมาก หรือมีอาการกระสับกระส่าย โดยให้ Morphine 2-4 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 5-15 นาที
4. ให้อา Aspirin ขนาด 325 มิลลิกรัม chewทันที

และเปิดทางให้โลหิตไหลเวียนได้เร็วที่สุดในตำแหน่งที่หลอดเลือดมีการอุดตันเพื่อ (Porth, 1998) เพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนได้เพียงพอกับเซลล์ที่ต้องการ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและพยายามป้องกันและรักษากล้ามเนื้อส่วนที่ดีไว้ให้มากที่สุด เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย

การพยาบาล

1. ด้านร่างกาย

1.1 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งคกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น

1.2 ดูแลให้ออกซิเจน พร้อมทั้งวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในโลหิตทุก 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง

- 1.3 วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีการเปลี่ยนแปลง
 - 1.4 ติดตามเส้นกราฟการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด และบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด
 - 1.5 สังเกต สอบถาม ลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาและปัจจัยที่ส่งเสริมอาการเจ็บหน้าอก บันทึกและรายงานแพทย์
 - 1.6 ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาละลายลิ่มโลหิต ยาต้านเกล็ดโลหิต ยาต้านการแข็งตัวของโลหิต ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนโลหิต ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด
 - 1.7 เตรียมยา และอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้ทันที เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ
 - 1.8 สังเกตอาการ อาการแสดง ของภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างทันที่ทั้งที่บันทึกและรายงานแพทย์
 - 1.9 ดูแลให้ได้สารน้ำและสารอาหารตามความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และสถานะของโรค พร้อมทั้งบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายตามแผนการรักษา
 - 1.10 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระปกติ โดยให้รับประทานผักผลไม้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา
 - 1.11 ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบมีอากาศถ่ายเทสะดวก
 - 1.12 เฝ้าระวังโลหิตส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น ตรวจเอนไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ ตรวจค่าการแข็งตัวของโลหิต ตรวจเคมีคลินิก เป็นต้น
2. ด้านจิตใจ
 - 2.1 ให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติด้วยความเป็นกันเอง ความเป็นมิตร และมีความสม่ำเสมอในปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยและญาติ
 - 2.2 ให้ความเคารพ และยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง
 - 2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง ก่อนให้การรักษาพยาบาล
 - 2.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ และยอมรับสภาพความเจ็บป่วย
 - 2.5 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และตอบสนองตามความเหมาะสม
 3. ด้านสังคม
 - 3.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสพูดคุย และเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมตามเวลา และยืดหยุ่นเวลาที่เข้าเยี่ยมตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

3.2 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้เกิดความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ

3.3 เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อสอบถามอาการเปลี่ยนแปลง และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้ง ในช่วงเวลาที่ญาติยังไม่มาเยี่ยม

4. ด้านจิตวิญญาณ

4.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือลัทธิความเชื่อ เช่น ไหว้พระ สวดมนต์ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

4.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาล

3.2 ความรู้ทางเภสัชวิทยา(ยาและสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ)

แอสไพริน (aspirin) เป็นยาบรรเทาอาการปวด ลดไข้ บรรเทาอาการอักเสบ และใช้เป็นยาป้องกันการรวมตัวของเกล็ดโลหิต

ไดอาซีแพม (Diazepam) ลดความวิตกกังวล นอนไม่หลับที่มีสาเหตุจากความวิตกกังวล ระวังอาการชัก และใช้รักษาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาโรคจิตประสาท

ไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) เป็นยาในกลุ่มยาขับปัสสาวะ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง และลดอาการบวมที่เกิดจากการของสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ

เอ็นาริล (Enaril) เป็นยาลดความดันโลหิตและลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ช่วยให้ปริมาณโลหิตออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น

ไอซอร์ดีล (Isordil) เป็นยายขยายหลอดเลือด ทำให้ผนังกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว เป็นผลให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ลดปริมาณโลหิตที่ไหลกลับสู่หัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจใช้ออกซิเจนลดลง ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน

มอร์ฟีน (Morphine) เป็นยาแก้ปวด ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และอาการกระสับกระส่าย โดยระวังการกดการหายใจและภาวะความดันโลหิตต่ำ

สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเฉียบพลัน เป็นภาวะความเจ็บป่วยขั้นวิกฤตและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากรชาวไทย (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) โดยมีปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมหลายอย่าง คือ มีไขมันในโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อ้วน กรรมพันธุ์ อายุ เพศ บุคลิกภาพที่มีความเครียดทางอารมณ์สูง และขาดการออกกำลังกาย โดยรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2550 ถึงวันที่ 22 ธันวาคม 2550 HN 16230/46 AN 3724/50 ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บหน้าอกร้าวไปที่แขนซ้าย หายใจไม่สะดวก เหงื่อแตก 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ให้การพยาบาลโดย ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และประเมินอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น อาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น หรือมีอาการ

เหนื่อยมากขึ้น ติดตามการทำงานของหัวใจโดยติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น ผลจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้ และแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 59 ปี สถานภาพหม้าย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพแม่บ้าน มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกร้าวไปที่แขนซ้าย ระดับ 7-8 (Pain scale) มีอาการหายใจไม่สะดวก มีอาการอ่อนเพลีย แขนขาทั้งสองเคลื่อนไหวได้ดี ปลายมือปลายเท้าเย็นและซีด รู้สึกตัวดี วัดอุณหภูมิร่างกายได้ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 77 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 191/105 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ ได้ออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหล 3 ลิตร ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า ST ยกสูงขึ้น ในลีด II III และ aVF ผลการส่งตรวจระดับค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อหัวใจ พบว่าระดับ Troponin - T มีค่าปกติคือ มีค่าเป็นผลลบ (negative) ระดับค่า CK - MB มีค่าเท่ากับ 10 u/l ซึ่งค่าปกติอยู่ระหว่าง 0-25 u/l แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Unstable Angina ของผนังด้านล่าง โดยให้การรักษาทันทีด้วยยาแอสไพริน ขนาด 3 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ และแอสไพริน ขนาด 325 มิลลิกรัม เคี้ยวกลืนทันที ยาไอซอร์ดีล ขนาด 20 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร 30 นาที ยาอินาริล ขนาด 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ยาไดอะซีแพมรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ยาแอสไพริน รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ยาไฮโดรคโลโรไทอาไซด์ รับประทานครั้งละ 1/2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที เปิดหลอดเลือดดำคาไว้ฉีดยาด้วย Heparin Lock และย้ายผู้ป่วยเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2550 วันที่รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2550 เวลา 21.40 น. ปัญหาทางการพยาบาลคือผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากปริมาณโลหิตออกจากหัวใจลดลง ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น แขนขาทั้งสองข้างไม่ค่อยมีแรง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้คือ ดูแลให้ผู้ป่วย Absolute bed rest โดยให้ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง ให้ออกซิเจนโดยให้ชนิด Canula 3 ลิตรต่อนาที ประเมินการหายใจ และการขาดออกซิเจน โดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ บันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร้อมออกซิเจนผลผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย ปลายมือปลายเท้าเย็น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดยังคง 100 ปัญหาผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ระดับ 7-8 (pain scale) การพยาบาลที่ให้คือ ประเมิน บันทึก และรายงานอาการ เจ็บหน้าอกของผู้ป่วยให้แพทย์รับทราบ จัดให้นอนพักบนเตียง งดกิจกรรมที่ทำให้เจ็บหน้าอก ให้การช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่า การมีกิจกรรมขยับถ่าย เพื่อการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ลดการทำงานของหัวใจ ให้ออกซิเจนชนิด Canula 3 ลิตรต่อนาทีเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กล้ามเนื้อหัวใจ ให้ยาแก้ปวดมอร์ฟีน ขนาด 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อบำบัดอาการปวดและลดอาการวิตกกังวล ให้ยาแอสไพริน ขนาด 325 มิลลิกรัม เคี้ยวกลืนทันที สังเกตผลและอาการข้างเคียงของยา วัดสัญญาณชีพระหว่างมีอาการเจ็บหน้าอกทุก 15-30 นาทีและประเมินอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเสี่ยงต่อภาวะโลหิตออก เนื่องจากได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของโลหิต ผู้ป่วยได้รับยาแอสไพริน ขนาด 325 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง มีจ้ำเลือดสีม่วงบริเวณรอยแทงเข็มข้อพับแขนข้างขวา การพยาบาลที่ให้คือ ตรวจสอบจ้ำเลือดและก้อนเลือด บริเวณผิวหนัง ตามตัว เย็บตุ่มต่าง ๆ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยความระมัดระวัง สังเกตอาการอ่อนเพลีย อาเจียน มีเลือดปน หรือถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ผลผู้ป่วยมีจ้ำเลือดบริเวณรอยแทงเข็มข้อพับแขนข้างขวามีสีม่วงจางลง ไม่มีถ่ายอุจจาระปนเลือด ไม่มีอาเจียนปนเลือด ปัญหาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการหายใจไม่สะดวก เจ็บแน่นหน้าอก และต้องนอนพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การพยาบาลที่ให้คือ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย พร้อมแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเพื่อลดวิตกกังวล ผลผู้ป่วยและญาติบอกสบายใจขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ปัญหาเสี่ยงต่อการการกำซาบเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีระดับ Systolic BP = 191 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic BP=105 มิลลิเมตรปรอท การพยาบาลที่ให้คือ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที และประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนได้แต่เริ่มแรก ประเมินระดับรูสติ อาการปวดศีรษะ รุมนานตา อาการอ่อนแรง ชาของแขนขา รายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอนพบว่า มีแบบแผนที่ผิดปกติ 8 แบบแผนดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ : ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้มีสุขภาพไม่แข็งแรง เนื่องจากมีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และปฏิเสธการแพ้สารเคมี อาหาร หรือยาใด ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บในอดีต : มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว : บิดาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอด มารดาเสียชีวิตด้วย

โรคหอบ ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 1 มีพี่น้อง 10 คน

การตรวจร่างกายพบว่า รู้สึกตัวดี หายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 77 ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 191/105 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ มีอาการอ่อนเพลีย แขนขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวได้ดี ปลายมือปลายเท้าเย็นและซีด ที่แขนข้างซ้ายเปิดหลอดเลือดดำคาเข็มไว้ชนิดยา ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ไม่มั่นใจว่าจะรักษาหายหรือไม่ กลัวเสียชีวิต

2. โภชนาการและการเผาผลาญ : ในภาวะปกติรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารทุกชนิด งดเค็ม ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำวันละ 7-8 แก้ว ขณะนี้แพทย์ให้รับประทานอาหารรสชาดอ่อนจืด

3. การขับถ่าย : ก่อนเจ็บป่วยถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้งตอนเช้า ไม่มีอาการท้องผูก เคยรับประทานยาระบายเป็นบางครั้ง ปัสสาวะปกติ ไม่แสบขัด

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย : ก่อนเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ เคลื่อนไหวได้ดี อ่อนเพลีย เจ็บแน่นหน้าอก และมีอาการหอบเหนื่อย

5. การพักผ่อนนอนหลับ : ปกตินอนวันละ 6 ชั่วโมง ตั้งแต่ 23.00 น. - 05.00 น. หลังเข้ารับการรักษานอนไม่ค่อยหลับเพราะไม่สบาย เจ็บหน้าอก กลางคืนนอนหลับได้ประมาณ 3-4 ชั่วโมง กลางวันหลับ ๆ ตื่น ๆ

6. ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ : รู้สึกตัวดี ตอบโต้ได้ตามปกติ รู้สึกเจ็บบริเวณหน้าอกในระดับ 7-8 (scale 0-10) อ่อนเพลีย แขนและขาไม่ค่อยมีแรงเวลาเจ็บหน้าอก ผิวหนังขึ้น ปลายมือปลายเท้าเย็นและซีด

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ : รู้สึกว่าตนเองสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้คนเดียว กลัวว่าจะเกิดอันตราย หัวใจหยุดเต้นจนเสียชีวิต

8. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด : เป็นคนที่เคารพรักของบุคคลรอบตัว เวลามีปัญหาจะนั่งสมาธิทำจิตใจให้สงบ หลังจากเจ็บป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล สับสนและท้อแท้ไม่มั่นใจว่าจะรักษาหายหรือไม่ กลัวเสียชีวิต

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตาม และประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน และได้เยี่ยมติดตามอาการหลังย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ครั้ง พบว่ามีปัญหาทั้งหมด 4 ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมด โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จนไม่มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่มีอยู่เดิม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวทั้งในขณะที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยก็สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ตอบข้อซักถาม และมีความตระหนักในการดูแลตนเอง และพยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขอรับบริการจากแหล่งประโยชน์อื่นที่อยู่ใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยประสานงานกับกลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อทำการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพิ่มคุณภาพให้บริการทางการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดีขึ้นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและประทับใจในการได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ความยุ่งยากของการให้การพยาบาล คือ จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าสาเหตุของความเจ็บป่วย เนื่องมาจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในโรคหัวใจขาดเลือดไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมให้ความรู้และศึกษาในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การลดอาหารไขมัน การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น และต้องมีการส่งเสริมให้ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและหัวใจอย่างต่อเนื่องภายหลังเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อจำกัดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไม่ให้ขยายกว้างออก โดยให้โลหิตมาไหลเวียนในหลอดเลือดที่อุดตันได้ใหม่ หรือมีโลหิตกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด ปัญหาสำคัญรองลงมาคือผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อโรคหัวใจขาดเลือดให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยต้องอาศัยความร่วมมือ การควบคุมและการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ มีการประสานงานด้านการให้ความรู้ แก่ญาติบุคคลในครอบครัว ส่งต่อผู้ป่วยให้กลุ่มงานอนามัยชุมชนเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่อง จัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้ และแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอยู่เสมอเพื่อพัฒนาให้การพยาบาลป้องกัน ดูแล รักษา และลดภาวะแทรกซ้อน จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือที่เร่งด่วน

10. ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อผู้ป่วยที่น่าสงสัยว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มาที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วยและการจัดการผู้ป่วย ควรเริ่มอย่างรวดเร็วภายใน 10 นาที และไม่ควรถอนเกิน 20 นาที เพื่อให้โลหิตไหลเวียนผ่านตำแหน่งที่อุดตันในหลอดเลือดอย่างรวดเร็วที่สุด ซึ่งจะลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้
2. กระตุ้นให้บุคลากรทีมสุขภาพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทบทวนกิจกรรม การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้ C3THER อย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (clinical nursing practice guideline : CNPG) เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติการในคลินิก (clinical practice guideline: CPG) ให้มีความต่อเนื่องและทันสมัย
4. มีการประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมให้ประชาชนในเขตลาดกระบัง ได้ตระหนักและมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ของตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... *สินัด ไตรรัตน์*

(นางสาวพรรณพิศ โทปาละสุด)

ผู้ขอรับการประเมิน

[- 2 ต.ค. 2551]


ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางนงนุช ศรีสมุทร)

ตำแหน่ง ขณะดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

๕ 2 ก.พ. 2552

ลงชื่อ..... 

(นายสมชาย จีมีโชค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง.....

๕ 2 ก.พ. 2552

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา ศาสตราวหา. (2550). กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ : สยามการพิมพ์
- กอบกุล บุญปราศรัย. (2546). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2543). คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บพิศการพิมพ์.
- นิธิ มหานนท์ และสรณ บุญไชยพยกุล. (2543). Medical management in acute coronary syndrome. ใน สูติรัตน์ คงเสรีพงศ์ และสุชัย เจริญรัตนกุล. (บรรณาธิการ), เวชบำบัดวิกฤต 2000. กรุงเทพฯ: สั้วน้ำพรีนติ้ง.
- ปิยะมิตร ศรีธรา. (2549). โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดโลหิต. ใน การประชุมวิชาการ เกษศาตร์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: นิเวไทยมิตรการพิมพ์ (1996).
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา
- พิกุล ดันดิธรรม. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภากการพิมพ์.
- เพ็ญศิริ สันตโยภาส และ พวงผกา กรีทอง. (2544). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน วิจิตรรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2546). การรับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด และแรงจูงใจของพยาบาลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2541). ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ (บรรณาธิการ), หนังสือ คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.
- อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ลิฟวิ่งทรานส์มีเดีย.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวพรรณพิศ โขปาละสุต**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 28) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์
เรื่อง การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

หลักการและเหตุผล

ยาที่มีความเสี่ยงสูง (high-alert drugs) หมายถึง ยาที่ต้องระวังเป็นพิเศษ ที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงกับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญหรือทำให้เสียชีวิตหากมีการใช้อย่างคลาดเคลื่อน ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับยาเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นบ่อยหรือไม่บ่อยนัก หากแต่ผลที่เกิดขึ้น จะก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก (มังกร ประพันธ์วิวัฒน์, 2550 : 293) ซึ่งห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (Emergency Room) เป็นหน่วยงานสำคัญหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล และเป็นด่านแรกที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต รวมถึงการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง การดำเนินการจัดการกับยาที่มีความเสี่ยงสูงแต่ละชนิดหรือแต่ละขนานต้องดำเนินการตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับข้อมูลอุบัติการณ์ และมีมาตรการจำกัดการเข้าถึงยา โดยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีจำนวนยาที่มีความเสี่ยงสูงอยู่ 8 ชนิด ยกตัวอย่างเช่น Epinephrin , Dopamine และ Digoxin เป็นต้น ซึ่งยา Adrenaline เป็นยาที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ใช้บ่อย จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงคลาดเคลื่อน จำนวน 1 ราย เมื่อเดือนมิถุนายน 2551 โดยแพทย์มีคำสั่งการรักษา ให้ยา Adrenaline ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ แต่พยาบาลให้ยาทางหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยมีโอดาสเกิด Cardiopulmonary arrest หลังจากได้รับยา Adrenaline จากอุบัติการณ์ดังกล่าว เพื่อให้สามารถบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และมีความปลอดภัยจึงจัดทำแนวทางปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ สิ่งที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง คือความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ และความร่วมมือของ สหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเรียนรู้จากอุบัติการณ์หรือจากการปฏิบัติงาน และมีแนวทางปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา และแนวทางแก้ไข ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์ และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ พยาบาลสามารถนำแนวทางปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ไปใช้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

เป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและปลอดภัย

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กิจกรรมการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานครตามแนวทางปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง มีดังต่อไปนี้

1. ศึกษาค้นคว้ายาที่มีความเสี่ยงสูงที่มีอยู่ในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินแต่ละตัวแยกเป็นกลุ่มที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันที ผลข้างเคียง ข้อบ่งชี้และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงของหน่วยงานรวมทั้งยาที่ใช้ ด้านพิษเมื่อเกิดการให้ยาผิดพลาดโดยเฉพาะยาที่ใช้บ่อยในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เช่น Adrenaline, Insulin, Dopamine และ Potassium chloride เป็นต้น

2. ทบทวนความรู้ในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหน่วยงานห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งให้เห็นความสำคัญของการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในหน่วยงาน รวมทั้งรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงผิดพลาดในแต่ละเดือน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงการปฏิบัติงาน ตลอดจนรวบรวมปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อวางแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงและคำนวณอัตราการการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงผิดพลาดในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แต่ละเดือน เพื่อแจ้งในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน

3. ปรึกษาเภสัชกร และทีมสหสาขาวิชาชีพในการหาแนวทางปฏิบัติของการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รวมทั้ง ผลกระทบของยาแต่ละตัว ภาวะแทรกซ้อน และยาด้านพิษเมื่อเกิดข้อผิดพลาดในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

4. นำแนวทางปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง มาทดลองใช้ในหน่วยงานห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

5. ประเมินความยากง่ายของแนวทางปฏิบัติการการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งเน้นการตรวจสอบซ้ำในบุคลากร ก่อนการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

6. จัดให้มีการประชุมของหน่วยงานห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของหน่วยงานห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินผลข้างเคียงของยาที่มีความเสี่ยงสูง และสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างถูกต้อง

2. พัฒนาคู่มือการให้การพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

3. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

4. มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของหน่วยงานห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงผิดพลาดในระดับ C-I เท่ากับ 0 %

ลงชื่อ..... วิมล โดสมิต

(นางสาวพรรณพิศ โดปาละสุด)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒ / ก.พ. 2552

เอกสารอ้างอิง

มังกร ประพันธ์วัฒนะ (2550). การจัดการยาที่ต้องระวังเป็นพิเศษ (High- Alert Medication Management). คู่มือการใช้ยาสำหรับบุคลากรสาธารณสุข, 293-307.