

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

กรรมการตรวจแล้ว

ผ่าน ☒

แก้ไขเพิ่มเติม ☐

กรรมการ.....

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน (น.ร.ทองพร โต๊ะชาด)

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางาน หรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง แนวทางการพัฒนากล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการ

เสนอโดย

นางสาวรัตติญา แซ่ฮ่อง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 419)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางาน หรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการพัฒนากล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการ

เสนอโดย

นางสาวรัตติญา แซ่อ่อง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 419)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (วันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ดำเนินการ

ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน มีลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือด ส่งผลให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก หน้ามืดเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

สาเหตุ เกิดจากการแตกของคราบไขมัน (atherosclerosis) อุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบมากกว่า 90% โดยสิ่งที่กระตุ้นให้คราบไขมันแตก แบ่งออกเป็นปัจจัยภายในและภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ ลักษณะของคราบไขมัน เช่น ขนาด ความคงรูปของคราบไขมัน และความหนาของเยื่อหุ้มไฟบรัส (fibrous cap) คราบไขมันไม่อยู่ตัวหรือคราบไขมันที่แตกง่าย ปัจจัยภายนอก เช่น ออกกำลังกายอย่างหักโหม การมีความเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง การสูบบุหรี่ หลังมีเพศสัมพันธ์ การอยู่ในที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด จะเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

พยาธิสรีรวิทยา หลอดเลือดแดงแข็งเกิดจากมีไขมันเกาะตัวที่ผนังหลอดเลือดและมีพลาครอทัม ทำให้ทางไหลของเลือดแคบลง หากพลาครอทัมแตกออก จะกระตุ้นให้เกิดลิ้มเลือดมาเกาะกลุ่มกันและกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด เกิดก้อนลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือด เลือดไหลผ่านไม่ได้ ทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หากขาดเลือดนาน 20 นาที กล้ามเนื้อหัวใจจะตาย ส่งผลให้เจ็บหน้าอกภายใน 8-10 วินาที บริเวณของหัวใจที่มีการตายมากที่สุด คือ ผนังด้านหน้าของหัวใจ ห้องล่างซ้ายใกล้เคียงยอดหัวใจ สามารถตรวจพบเอนไซม์ CK-MB ได้ตั้งแต่ 3-15 ชั่วโมง โดยมีระดับสูงสุด 12-24 ชั่วโมง Troponin-T ถูกหลั่งออกมาเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายใน 2 ชั่วโมง และกลับสู่ภาวะปกติภายใน 4 ชั่วโมง CPK สูงขึ้นได้ภายใน 4-8 ชั่วโมง และมักลดระดับลงเป็นปกติภายใน 48-72 ชั่วโมง (ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2555)

อาการและอาการแสดง อาการที่พบ ได้แก่ (ดวงกมล วัตราคุลย์ และปัทมา พิระพันธุ์, 2558)

1. เจ็บหน้าอก เจ็บแน่นๆ คล้ายมีอะไรมากดทับ และอาจปวดร้าวไปที่ไหล่หรือบริเวณต้นแขน ระยะเวลาเจ็บ เป็นช่วงสั้นๆ แต่ไม่เกิน 20 นาที มีอาการเขียวคล้ำ เย็นตามปลายมือปลายเท้า
2. หายใจลำบาก หายใจไม่โล่ง ไม่เต็มปอด อาจเกิดขึ้นขณะออกกำลังกายหรือขณะอยู่เฉยๆ ก็ได้
3. ความดันโลหิตต่ำหรือช็อก มีอาการเขียวคล้ำ เย็นตามปลายมือปลายเท้า

4. อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียสเนื่องจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

5. คลื่นไส้ อาเจียนจากการบีบตัวของหัวใจเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลง

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ อาการทางคลินิก เช่น เจ็บหน้าอก มีอาการแน่นๆ คล้ายมีอะไรมากดทับ และอาจมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่หรือบริเวณต้นแขน การตรวจร่างกาย การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ทันทีภายใน 10 นาที จะพบความผิดปกติของ ST segment ยกขึ้น (ST elevation)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย Troponin, Creatinine Kinase, CK-MB

4. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหัวใจ การทดสอบสมรรถภาพหัวใจโดยการออกกำลังกายด้วยการเดินสายพาน ภาพถ่ายรังสีทรวงอก การสวนหัวใจและการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (ไฟบูลย์ โซนินพรีดิกชัน, สุนันทา ครอบงูทร และวิจิตรากุสุมภ์, 2556)

การรักษา จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ ทำให้อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและป้องกันการเกิดการเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคหัวใจ แนวทางการรักษามี 3 ทางดังนี้ (เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552)

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacologic therapy) แบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ

1.1 Anti-ischemic drugs ประกอบด้วย nitrates เช่น Isosorbide dinitrate, Nitroglycerine ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดอาการปวดจากการขาดเลือด Beta-blocker เช่น Atenolol, Propranolol ทำให้หัวใจเต้นช้าลง หลอดเลือดขยายตัว ลดความต้องการใช้ออกซิเจน ควรให้ทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม Calcium-blockers เช่น Amlodipine, Nifedipine, Diltiazem, Verapamil ฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ให้ในรายที่มีข้อห้ามในการใช้ยาในกลุ่ม Beta-blocker เช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืด

1.2 Antiplatelets ได้แก่ Aspirin, Ticlopidine, Clopidogrel เป็นยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด

1.3 Anticoagulant ได้แก่ Unfractionated heparin, Low-molecular weight Heparin

2. การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention :PCI) โดยการใช้สายสวนหัวใจชนิดพิเศษ เป็นหัตถการที่กระทำเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบโดยการใช้บอลลูน เรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) และอาจต้องใส่ขดลวด (Stent) เข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือด เรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Intervention

3. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft : CABG)

การพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (เกรียงไกร เสงร์ศรี และกนกพร แจ่มสมบุญ, 2555) แบ่งเป็น

1. การพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน

- 1.1 ชักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญของผู้ป่วย อาการเจ็บหน้าอก
- 1.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ
- 1.3 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ทันที และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง
- 1.4 ให้ผู้ป่วยนอนพักและให้ออกซิเจนทางจมูก 2-4 ลิตรต่อนาที ถ้าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วต่ำกว่า 95 %
- 1.5 เปิดเส้นเลือดดำและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความผิดปกติของสาร Cardiac enzyme ได้แก่ CPK และ Troponin-T
- 1.6 ให้ยาตามแผนการรักษาและระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ASA, Isordil และ Clopidogrel กรณีที่ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ยาอื่นๆ เช่น Morphine 1-2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก

2. การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ

- 2.1 ประเมิน บันทึก และรายงานแพทย์เกี่ยวกับลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ทั้งตำแหน่ง ความรุนแรง อาการเจ็บร้าว ระยะเวลาที่เป็น ปัจจัยที่ทำให้เกิดและอาการร่วมอื่นๆ เช่น เหงื่อแตก ตัวเย็น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ภายใน 10 นาที และทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก
- 2.2 กรณีได้รับการสวนหัวใจ หรือขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty : PTCA) พยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ การส่งต่อข้อมูลให้กับทีมแพทย์ พยาบาลห้องสวนหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องสวนหัวใจ มีการประเมินและเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 กรณีได้รับยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytics) พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก EKG monitoring สังเกตและประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติ และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกระยะ
- 2.4 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ Morphine และ NTG ทางหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งติดตามการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads และการตรวจ cardiac enzyme ซ้ำ ตามแผนการรักษา
- 2.5 เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด cardiac arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อแตก ตัวเย็น ชีตเขียว ปัสสาวะออกน้อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
- 2.6 เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยชีวิตให้มีความพร้อม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่
- 2.7 ประเมินการไหลเวียนเลือดและติดตามผลการออกฤทธิ์ของยาลดการทำงานของหัวใจและเพิ่ม cardiac output รวมทั้งยากระตุ้นหัวใจเพื่อประเมินผลของยาและการบีบตัวของหัวใจ

2.8 ประเมินปริมาณปัสสาวะควรมากกว่า 0.5 ml/kg/hr หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr. แสดงถึงเลือดมาเลี้ยงที่ไตน้อยลงจากการลดลงของ cardiac output

2.9 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน (absolute bed rest) ใน 24 ชั่วโมงแรก ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย วางแผนรวมกิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยในคราวเดียวกัน

2.10 การดูแลด้านจิตใจ อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับโรคและการรักษา การตรวจพิเศษต่างๆ

3. การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของระบบไหลเวียนโลหิตและสัญญาณชีพคงที่ แพทย์จะพิจารณาย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤติได้ พยาบาลจะส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ การรักษาหรือหัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาที่ต้องการดูแลต่อ วางแผนการจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

4. การพยาบาลในระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้ (ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, 2555)

4.1 Medication ความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ได้แก่ ชื่อยา การออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังการใช้ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

4.2 Environment/Exercise การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น นอนชั้นล่าง อยู่ใกล้ห้องน้ำ ออกกำลังกายเท่าที่ร่างกายสามารถจะทนได้ คือ ขณะออกแรงไม่มีอาการหายใจลำบาก ใจสั่น เหงื่อออกมาก

4.3 Treatment เป็นการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจในแผนการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการเจ็บหน้าอก

4.4 Health ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมให้เข้าใจถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพ

4.5 Occupational/Referral เป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลาและสถานที่ และทราบว่าในกรณีฉุกเฉินควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง

4.6 Diet เป็นการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

4.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ควรเริ่มต้นให้เร็วที่สุดโดยไม่เกิดอันตราย เช่น 24 ชั่วโมงแรก บริหารการหายใจและแขนขาที่เตียง วันที่ 1 ลูกนั่ง ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง วันที่ 2-3 นั่งเก้าอี้ บริหารโดยการเคลื่อนไหวขาและเดินรอบๆ เตียง วันที่ 4-5 นั่งบนเตียงห้อยขาโดยมีเก้าอี้รองเท้าทั้ง 2 ข้างไว้ วันที่ 5-6 เดินระยะสั้น วันที่ 6-7 เดินในระยะทาง 8-10 เมตร

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรในประเทศไทย สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะแวดล้อมที่รีบเร่ง ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจของคนไทยเพิ่มสูงขึ้น สถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่รับไว้รักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลศิรินคร ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มจากร้อยละ 5.45 เป็น 6.29 และ 6.78 ตามลำดับ (โรงพยาบาลศิรินคร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2557-2559) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับโรคและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากหนังสือการพยาบาล เอกสารทางวิชาการ ทางระบบสารสนเทศ

4.2.2. เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 75 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รับไว้รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ระหว่างวันที่ 13-17 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 เลขที่ภายนอก 39011/59 เลขที่ภายใน 14616/59

4.2.3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน อดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4.2.4. วินิจฉัยการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้

4.2.5. ประเมินผลการพยาบาลและปรับแผนการพยาบาลใหม่ตามปัญหาที่พบ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4.2.6. สรุปผลการรักษาและการพยาบาล และลงบันทึกในเวชระเบียน

4.2.7. จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 ดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 75 ปี สถานภาพสมรสหม้าย นับถือศาสนาพุทธ ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปไหล่ซ้าย หายใจหอบเหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ที่ห้องอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิรินคร เวลา 10.05 น. ผู้ป่วยเหนื่อยมาก กระสับกระส่าย แพทย์จึงใส่ท่อหลอดลมคอ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบปอดบวมน้ำ ฟังปอดมีเสียงกร๊อบแกร็บทั้ง 2 ข้าง ตรวจร่างกายพบเส้นเลือดดำที่คอโป่ง แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจวาย จึงให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะและสายให้อาหารผ่านรูจมูก สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง

ก่อนที่อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/103 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads พบ ST elevated Lead V₂₋₃ ผลการตรวจ CPK 255 mmol/dl, CK-MB 22 mmol/dl, Trop-T positive ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง (Echocardiogram) พบ LVEF 25% วินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รักษาโดยให้ยาแอสไพริน 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ยาพลาวิกซ์ 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด ยาแคลเซียม 0.6 มิลลิกรัมฉีดใต้ผิวหนัง และย้ายมาโรงพยาบาลสิรินธรตามสิทธิ์ รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เวลา 13.20 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย สีหน้าไม่สุขสบาย เหนื่อยเล็กน้อย รับรู้วัน เวลา สถานที่ สื่อสารและทำตามสั่งได้ถูกต้อง อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 153/136 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ ใส่เครื่องช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน แพทย์ให้การรักษาด้วยยา Enoxaparin 0.6 มิลลิกรัม เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด ให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ผล CBC : WBC 11.10×10^3 /ul, neutrophil 80.0%, lymphocyte 15.1%

วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลง pain scale 2 รู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย พักแล้วดีขึ้น ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST elevated V_{2-V₃} อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/48 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ เสมหะขาวปน ปริมาณน้ำเข้า 1,550 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 1,000 มิลลิลิตร เริ่มการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผลอิเล็กโทรไลต์ Sodium 137.7 mmol/L, Potassium 3.2 mmol/L, Chloride 98 mmol/L, CO₂ 26.6 mmol/L ผล CBC : WBC 13.65×10^3 /ul, neutrophil 80.5 %, lymphocyte 13.1 % ยังคงสาวยสวนปัสสาวะ สายให้อาหารผ่านรูจมูก

วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ทำตามสั่งได้ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ อายุรแพทย์โรคหัวใจทำหัตถการ Echocardiogram พบ LVEF 35% global wall hypokinesia, mild MR, Trace TR, no pericardial effusion แนะนำเรื่องการสวนหัวใจ ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อหลอดลมคอเวลา 13.00 น. ให้ออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ผ่านหน้ากาก ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

วันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ให้อาหารตามสั่งได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ ถอดสายให้อาหารออก รับประทานอาหารได้ดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/56 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ให้ออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที

ทางท่อนอก ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน อายุรแพทย์โรคหัวใจตรวจเยี่ยมผู้ป่วย วางแผนการไปสวนหลอดเลือดหัวใจหลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือดครบ 5 วัน ผู้ป่วยยังใส่สายสวนปัสสาวะ ปริมาณน้ำเข้า 1,300 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 2,100 มิลลิลิตร แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายได้

วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรืออ่อนเพลีย ไม่ต้องสูดดมออกซิเจน ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะเองได้ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยไปสวนหัวใจตามนัด การรับประทานยาละลายลิ่มเลือด การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันนี้ รวมระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา 5 วัน และนัดติดตามผลการรักษาในวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 เวลา 08.00 น. ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ระหว่างที่อยู่ในความดูแลพบปัญหา ดังนี้

ปัญหาที่ 1 การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากการทำงานของปอดมีประสิทธิภาพลดลงจากภาวะปอดบวมน้ำ เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล ให้ออกซิเจนทางท่อหลอดลมคอผ่านเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรและความดัน ด้วยโหมดที่เครื่องช่วยหายใจทดแทนทั้งหมด ฟังปอดประเมินการหายใจ ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากอาการเจ็บหน้าอก

กิจกรรมการพยาบาล จัดให้ผู้ป่วยนอนพักอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) เฝ้าระวังและบันทึกลักษณะของการเจ็บหน้าอก ตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ ติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ สังเกตอาการเลือดออกผิดปกติ

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากการใส่ท่อหลอดลมคอ

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อจากการใส่ท่อหลอดลมคอ

กิจกรรมการพยาบาล ล้างมือทุกครั้ง ก่อน-หลังให้การพยาบาล ดูแลเสมหะด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะ Bionam 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ติดตามสัญญาณชีพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกจากภาวะแทรกซ้อนของยาละลายลิ่มเลือด

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังเลือดออกจากยาละลายลิ่มเลือด

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัวเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง สังเกตอาการและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด ให้ยา Losec 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามการรักษา เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต และรถฉุกเฉินให้พร้อมใช้

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากการカサสวนปัสสาวะ

เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล ล้างมือแบบ hygienic hand washing ก่อนและหลังสัมผัสสายสวนปัสสาวะ วดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง สังเกตสีและลักษณะของปัสสาวะ ตรวจสอบสายสวนให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา จัดสายสวนปัสสาวะไม่ให้ตกรื้อข้าง ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและสบู่เข้า-เย็น และหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินภาวะการขาดสารน้ำและอาหาร ตรวจสอบชนิดและปริมาณของอาหารให้ตรงตามการรักษา ตรวจสอบสายยางให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ตรวจสอบอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทุกครั้ง จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศาเพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่ปอด บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกร่างกายทุก 8 ชม.

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคและแผนการรักษา

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความวิตกกังวลพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อคลายความสงสัย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แจ้งอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบเป็นระยะๆ ให้การดูแลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และพร้อมจะให้การช่วยเหลือตลอดเวลา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ล้าสั่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ติดตาม

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Elixer KCL 30 มิลลิลิตร ทางสายให้อาหารตามแผนการรักษา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2559

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หย่าเครื่องช่วยหายใจโดยให้ผู้ป่วยหายใจเองร่วมกับการให้ออกซิเจนทาง T-piece 10 ลิตรต่อนาที นาน 30 นาที ประเมินความสามารถในการหายใจ เฝ้าระวังติดตามและประเมินสัญญาณชีพหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจทุก 30 นาที

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2559

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการสวนหัวใจ

เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสวนหัวใจ

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความรู้ความเข้าใจ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวัตถุประสงค์ของการสวนหัวใจ การเตรียมตัวเพื่อสวนหัวใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ปัญหาที่ 11 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การใส่ยา การรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้อง แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หรือเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์หมายเลข 1646 และการประสานศูนย์สาธารณสุขส่งต่อเยี่ยมบ้าน

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2559

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบปัญหาทางการพยาบาล 11 ปัญหา ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้รับการแก้ไข สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว การเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการสวนหัวใจ การมาตรวจและรักษาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยสามารถตอบคำถาม และฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพ

2. เป็นแนวทางในการศึกษาเรียนรู้และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงคนในครอบครัว และมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายด้วยโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ กระบวนการคิด การจดจำ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เกิดภาวะการพึ่งพิงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการดูแลในระยะยาว มีโอกาสที่จะไม่สามารถดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องได้

10. ข้อเสนอแนะ

1. แจ้งญาติให้มารับทราบแผนการรักษา และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
2. ควรมีการโทรศัพท์หรือมีการแจ้งเตือนเมื่อใกล้ถึงวันนัด เพื่อให้ผู้ป่วยมารับทราบและเตรียมตัว

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) รัตติญา แซ่ฮ่อง

(นางสาวรัตติญา แซ่ฮ่อง)

ผู้ขอรับการประเมิน
๒๐ พ.ค. ๒๕๖๓

(วันที่)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 21

(นางสาวบรรจง นิธิปริษานนท์)

(ตำแหน่ง)

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่) ๒๐ พ.ค. ๒๕๖๓

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแล

การปฏิบัติงานของผู้ขอรับการประเมินโดยตรง

ในช่วงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2559 - วันที่ 17

พฤศจิกายน 2559 คือ นางอมรา รังสิกุล

ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

(ลงชื่อ) ๒๒

(นางคัชรินทร์ เขียมศรีพงษ์)

(ตำแหน่ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่) ๒๐ พ.ค. ๒๕๖๓

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ

ในช่วงตั้งแต่วันที่ 13 พฤศจิกายน 2559 - วันที่ 17

พฤศจิกายน 2559 คือ นางสาวสุภาพร กรลักษณ์

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงไกร เสงี่ยมศรี และกนกพร แจ่มสมบูรณ์ (บ.ก.). (2555). **มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.
- ดวงกมล วัตราคุลย์ และปัทมา พิระพันธุ์. (2558). **โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ**. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราคุลย์ และกนกพร แจ่มสมบูรณ์(บ.ก.), **การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ**. (น.1-29). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด**. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ไพบูลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ และวิจิตรา กุสุมภ์. (2556). **กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บ.ก.), **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ : แบบองค์รวม**. (น. 250-270). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2557-2559). **รายงานประจำปี 2557-2559**. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เข้าถึงได้จาก http://www.sirindhornhosp.go.th/forms/annual_report.php
- ศรีนรัตน์ ศรีประสงศ์. (2555). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. ใน ปราณี ทุ์ไพเราะ และคณะ(บ.ก.). **การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1**. (น.35-58). กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส.
- เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน**. กรุงเทพฯ : งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวรัตติยา แซ่อ่อง**

เพื่อประกอบการประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพส. 419)
สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์
เรื่อง แนวทางการพัฒนากล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการ

หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลสิรินธรเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูงขนาด 243 เตียง โดยหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
อายุรกรรมของโรงพยาบาลสิรินธร มีเตียงให้บริการจำนวน 8 เตียง พบว่าในปี พ.ศ. 2557 , 2558 และ 2559
มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 345, 323 และ 536 ราย ตามลำดับ
(โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2557-2559) ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติด้าน
อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม ที่มีความซับซ้อนของโรคร่วมหลายอย่างรวมกัน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่
ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือติดตามสัญญาณชีพที่มีความละเอียดตลอดเวลา ผู้ป่วยมีอาการ
ค่อนข้างรุนแรง มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายพร้อมๆ กัน เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบ
หัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจะต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอาการต่างๆ อย่างใกล้ชิด
การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤติที่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการพิเศษ เช่น การใส่ central line, ICD, Arterial
line, Lumbar puncture เป็นต้น ซึ่งเป็นการทำหัตถการที่เร่งด่วน พยาบาลมีระยะเวลาในการจัดเตรียม
อุปกรณ์ค่อนข้างจำกัด ทำให้เกิดความสับสน ผิดพลาด ไม่ครบถ้วน ไม่ตรงกับประเภทหัตถการ รวมทั้งมี
บุคลากรใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ในการช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการและการเตรียมอุปกรณ์
เครื่องมือพิเศษ

จากสถิติหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมของโรงพยาบาลสิรินธร มีสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการทำ
หัตถการจำนวน 236, 319, 351 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร,
2557-2559) ในสถานการณ์ที่เร่งด่วน อาจทำให้พยาบาลมีความสับสน จัดเตรียมอุปกรณ์ไม่ถูกต้อง
เตรียมไม่ครบ และเกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะเป็นบุคลากรของหออภิบาล
ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จึงมีแนวคิดในการจัดทำกล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการ อันนำไปสู่การ
พัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วย ให้เป็นระบบ มีมาตรฐาน เพิ่มความสะดวก
รวดเร็วในการทำหัตถการ สามารถปฏิบัติได้จริงและง่ายต่อการนำไปใช้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในภาวะเร่งด่วนใน 5 นาที
2. เพื่อลดความผิดพลาดในการหยิบใช้อุปกรณ์ผิดชนิด
3. เพื่อความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องสำหรับการทำหัตถการ

เป้าหมาย

หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีกล่องสำหรับใส่อุปกรณ์การทำหัตถการ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

1. ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบภาวะคุกคามต่อชีวิต และมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ของร่างกายทุกระบบ หรือมีพยาธิสภาพของโรคอย่างรุนแรง มีการทำหน้าที่ของอวัยวะบกพร่องหรือล้มเหลวระบบเดียวหรือหลายระบบ มีความต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วน ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและความพิการ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาก และชวนพิศ ทำนอง, 2551)

2. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ หมายถึง การดูแลบุคคลที่มีปัญหาต่อการถูกคุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการรักษา การดูแลประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่จะเกิดแก่ชีวิตของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2558)

3. นวัตกรรม หมายถึง การทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีการใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงทางความคิด การผลิตกระบวนการ หรือองค์กร ไม่ว่าการเปลี่ยนนั้นจะเกิดขึ้นจากการพัฒนาต่อยอด การเปลี่ยนแปลงการประยุกต์หรือกระบวนการ และในหลายสาขาเชื่อกันว่าการที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งจะเป็นนวัตกรรมได้นั้นจะต้องมีความใหม่อย่างเห็นได้ชัด และความใหม่นั้นจะต้องเพิ่มมูลค่าสิ่งต่างๆ ได้อีกด้วย โดยเป้าหมายของนวัตกรรม คือการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก เพื่อให้สิ่งต่างๆ เกิดเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น นวัตกรรมก่อให้เกิดผลิตผลเพิ่มขึ้น และเป็นที่มาสำคัญของความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของชาติ (เศรษฐชัย สนิท, 2553) นวัตกรรมมีองค์ประกอบอยู่ 3 ประการคือ 1.) ความใหม่ (Newness) คือ เป็นสิ่งใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้น ซึ่งอาจเป็นตัวผลิตภัณฑ์ บริการ หรือกระบวนการ โดยจะเป็นการปรับปรุงจากของเดิมหรือพัฒนาขึ้นใหม่ ก็ได้ 2.) ประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจ (Economic Benefits) หรือการสร้างความสำเร็จในเชิงพาณิชย์ กล่าวคือ นวัตกรรม จะต้องสามารถทำให้เกิดมูลค่าเพิ่มขึ้นได้จากการพัฒนาสิ่งใหม่นั้นๆ ซึ่งผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นอาจจะวัดได้เป็นตัวเงินโดยตรง หรือไม่เป็นตัวเงินโดยตรงก็ได้ 3.) การใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์ (Knowledge and Creativity Idea) สิ่งที่จะเป็นนวัตกรรมได้นั้นต้องเกิดจากการใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์เป็นฐานของการพัฒนาให้เกิดซ้ำใหม่ ไม่ใช่เกิดจากการลอกเลียนแบบการทำซ้ำ เป็นต้น (สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์, พัทธ์พวง วัฒนสินธุ์, อัจฉรา จันทร์ฉาย และประกอบ คุปรัตน์, 2553)

4. แนวคิดการจัดการคุณภาพหรือ TQM (Total Quality Management) ของ Dr. William Edwards Deming, PhD. ค.ศ. 1950 ได้กล่าวถึงวงจร PDCA คือ วงจรการบริหารงานคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย

4.1 P = Plan คือ การวางแผนงานจากวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ได้กำหนด

4.2 D = Do คือ การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงานที่ได้เขียนไว้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง

4.3 C = Check คือ การตรวจสอบผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของแผนงานว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้นจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนงานในขั้นตอนใด

4.4 A = Action คือ การปรับปรุงแก้ไขส่วนที่มีปัญหา หรือถ้าไม่มีปัญหาใดๆ ก็ยอมรับแนวทางการปฏิบัติตามแผนงานที่ได้ผลสำเร็จเพื่อนำไปใช้ในการทำงานครั้งต่อไป (กิดานันท์ มลิทอง, 2543)

จากแนวคิดดังกล่าวจึงนำมาพัฒนาคุณภาพงานในการจัดทำวัตรมกล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำหัตถการ โดยนำวงจร PDCA มาใช้ เริ่มต้นโดยการสำรวจปัญหาในการปฏิบัติงาน ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา วางแผนการแก้ไขปัญหาที่พบ และทดลองปฏิบัติ นำผลการปฏิบัติที่ได้มาวิเคราะห์ และปรับปรุงงานที่กระทำอยู่ พร้อมทั้งกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการเตรียมอุปกรณ์ทำหัตถการ และสร้างความพึงพอใจแก่พยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เสนอแนวคิดการจัดทำกล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม ต่อหัวหน้าหน่วยงาน

2. วางแผนและออกแบบการจัดทำกล่องอุปกรณ์ โดยศึกษารวบรวมข้อมูล ความรู้ และอุปกรณ์ในการทำหัตถการแต่ละประเภท โดยจัดแยกอุปกรณ์ให้มีขนาดเหมาะสมสำหรับหัตถการแต่ละชนิด

3. จัดทำกล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการแต่ละประเภท โดยใช้แถบสีเป็นตัวกำกับ

4. จัดทำใบรายการตรวจสอบอุปกรณ์สำหรับทำหัตถการแต่ละประเภท

5. นำอุปกรณ์ตามจำนวนในใบรายการตรวจสอบอุปกรณ์ จัดใส่กล่องเครื่องมือประจำกล่อง โดยใช้ภาพประกอบพร้อมทั้งระบุจำนวน เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบรายการอุปกรณ์ในกล่อง และสามารถนำมาเติมให้พร้อมใช้สำหรับการทำหัตถการในครั้งต่อไป

6. นำเสนอการใช้กล่องอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการในที่ประชุมหน่วยงานเพื่อนำไปใช้

7. นำกล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการไปทดลองใช้ และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา

3 เดือน

8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ประเมินผลการใช้งาน และแก้ไข ปรับปรุงกล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำหัตถการ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการใช้งานครั้งต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้รับการช่วยเหลือในการทำหัตถการได้อย่างรวดเร็ว
2. โรงพยาบาลประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่ใช้อุปกรณ์เกินความจำเป็น
3. บุคลากรพยาบาลเกิดความสะดวกในการใช้งาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีกล่องเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำหัตถการ ใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ภายในปี พ.ศ.2562
2. เตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการได้ภายใน 5 นาที ร้อยละ 100
3. บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก อย่างน้อยร้อยละ 90
4. ความผิดพลาดในการใช้อุปกรณ์ผิดชนิดเท่ากับ 0

(ลงชื่อ).....รัตติญา แซ่อ่อง.....

(นางสาวรัตติญา แซ่อ่อง)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....๒๐ พ.ค. ๒๕๖๓.....

เอกสารอ้างอิง

- กิดานันท์ มลิทอง. (2543). **เทคโนโลยีการศึกษานวัตกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2557-2559). **รายงานประจำปี 2557-2559**.
[ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เข้าถึงได้จาก
http://www.sirindhornhosp.go.th/forms/annual_report.php
- ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. (2558). **ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤติต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้อาสาและอัตราการเสียชีวิต ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม**
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)
- เสริมรัฐชัย ชัยสนิท. (2553). **นวัตกรรมและเทคโนโลยี**. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2563.
เข้าถึงได้จาก http://www.elfms.ssru.ac.th/pisit_po/file.php/1/2-2560/GES010/14.pdf.
- สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธุ์, พัตรผจง วัฒนสินธุ์, อัจฉรา จันทร์ฉาย และประกอบ คุปรัตน์. (2553).
นวัตกรรม : ความหมาย ประเภท และความสำคัญต่อการเป็นผู้ประกอบการ.
วารสารบริหารธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 33(128), 49-61.
- สุจิตรา ลิ่มอานวยลาภ และชวนพิศทำนอง. (2551). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ**.
ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.