เอกสารแนบท้ายประกาศคกก.ประเมินบุคคลฯ
ลำดับที่ ๒ นางปราณี นามประดิษฐ์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ระยะเวลาดำเนินการ วันที่รับไว้ในความดูแล 4 พฤศจิกายน 2566 วันที่จำหน่ายจากความดูแล 7 พฤศจิกายน 2566 รวมรับไว้ในความดูแล 4 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 บทนำ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) หมายถึง เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด พบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง รวมทั้งผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก จากการสำรวจข้อมูลของ THAI-ADHERE ในยุโรปอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ 0.4-2%ของประชากรที่มีอายุเฉลี่ย 70 ปี ในอเมริกา 10 ต่อพันประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 75 % เกิดจากความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน แต่พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 5.5 และมีระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 7.5 วัน นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรงยังมีอัตราการกลับเข้ารักษาตัวซ้ำ ภายในระยะเวลา 3-6 เดือนร้อยละ 30-60 อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นตามระยะเวลาที่ป่วย(เฉลี่ย 10%ต่อปี) และมักจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยโรค ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และใช้ทรัพยากรของชาติในการดูแลรักษาสูงมาก

โรงพยาบาลสอยดาวเป็นโรงพยาบาลชุมชน ให้บริการผู้ป่วยทั่วไปทุกแผนก รับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพและส่งกลับชุมชนในรายที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ในสถานการณ์ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และมีภาวะแทรกซ้อนด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนมากขึ้น จากสถิติของโรงพยาบาลปี 2564-2566 จำนวน 190 ราย,135 ราย และ 131 ราย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ 6.31, 13.33 และ 12.21 อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ 1.57, 4.44 และ 3.05 การรักษา การเฝ้าระวัง การดูแล และการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเป็นที่ระดับโครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ระบบหลอดเลือดทั้งที่หล่อเลี้ยงร่างกายและปอด ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขนขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และ ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจ ล้มเหลว มักค่อยๆ สะสมอาการมีอาการน้อยๆ ค่อนข้างคงที่เป็นระยะเวลานาน เมื่อติดตามอาการต่อไป ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นระยะ เรียกว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute HF) ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องดูแลใกล้ชิด ความรุนแรงของอาการนั้นอาจไม่สัมพันธ์กับระดับความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง แต่ขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงด้วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)

ประเภทภาวะหัวใจล้มเหลว(รศ.นพ. สุวัจชัย พรรัตนรังสี, 2024)

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวที่หัวใจห้องซ้าย มักเกิดที่หัวใจห้องซ้าย ส่งผลให้น้ำคั่งในปอด ทำให้หายใจหอบเหนื่อย
2. ภาวะหัวใจล้มเหลวที่หัวใจห้องขวา เกิดที่หัวใจห้องขวา ส่งผลให้น้ำคั่งในช่องท้อง ขา และเท้า ทำให้เกิดอาการบวม

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. หัวใจล้มเหลวที่เกิดร่วมกับการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายล่างลดลง เกิดจากการที่หัวใจห้องซ้ายบีบตัวได้ไม่แรงพอ ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้เพียงพอกับที่ร่างกายต้องการ
4. ภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจห้องล่างซ้ายไม่คลายตัวได้ตามปกติ หัวใจห้องซ้ายไม่สามารถคลายตัวได้เต็มที่ในจังหวะคลายตัว ทำให้เลือดเข้าสู่หัวใจได้ไม่เต็มที่

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหัวใจหลายชนิด ตั้งแต่ความผิดปกติแต่กำเนิด (congenital heart disease) เช่น ผนังกั้น ห้องหัวใจรั่ว (atrial septal defect หรือ ventricular septal defect) ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) เช่น ลิ้นหัวใจ ตีบ หรือ ลิ้นหัวใจรั่ว ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial disease) เช่น หัวใจ ห้องล่างซ้ายบีบตัวลดลง (left ventricular systolic dysfunction) หรือกล้าม เนื้อหัวใจหนา (hypertrophic cardiomyopathy) ความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ เช่น เยื่อหุ้มหัวใจหนาบีบรัดหัวใจ (constrictive pericarditis) ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease)

อาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว

อาการหรืออาการแสดงที่เกิดจากการที่เลือดออกจากหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องซ้าย และปอด เรียกว่า pulmonary venous congestion ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หรือเกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องขวา ทำให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง ตับโต จุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ และบวม (ปิยภัทร ชุณห์รัศมี .และคณะ ,2560)

อาการที่พบบ่อย ได้แก่

1. อาการเหนื่อย (dyspnea) เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว โดยอาการเหนื่อยจากภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีลักษณะ

- อาการเหนื่อยขณะที่ออกแรง (dyspnea on exertion)
- อาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ (orthopnea) เนื่องจากในท่านอน ของเหลวจากบริเวณท้อง และขาทั้ง 2 ข้าง ไหลกลับเข้าในทรวงอก เพิ่มขึ้น และกระบังลมยกสูงขึ้น ทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยน แก๊สในถุงลมผิดปกติ ทำ ให้รู้สึกเหนื่อยในขณะนอนราบ บางครั้งผู้ป่วยจะไอขณะนอนราบด้วย
- อาการหายใจไม่สะดวกขณะนอนหลับและต้องตื่นขึ้นเนื่องจาก อาการหายใจไม่สะดวก (paroxysmal nocturnal dyspnea, PND) PND เป็น อาการที่ค่อนข้างจำเพาะสำหรับภาวะหัวใจล้มเหลว

2. อาการบวมในบริเวณที่เป็นระยางส่วนล่างของร่างกาย (dependent part) เช่นเท้า ขา เป็นลักษณะบวม กดบุ๋ม

3. อ่อนเพลีย (fatigue) เนื่องจากการที่มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง ทำ ให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง

4. แน่นท้อง ท้องอืด เนื่องจากตับโตจากเลือดคั่งในตับ (hepatic congestion) มีน้ำในช่องท้อง (ascites)

การวินิจฉัย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันการวินิจฉัยหัวใจล้มเหลวควรประกอบด้วยอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับการตรวจพบลักษณะที่บ่งถึงโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติโดยหลักการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน สามารถวินิจฉัยได้จาก1) โรคที่เป็นต้นเหตุ2) ปัจจัยส่งเสริม 3) อาการและอาการแสดง (ความผิดปกติที่แพทย์ตรวจพบ) และ 4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะนี้ไว้ดังนี้คือผู้ที่มีอาการ/อาการแสดงต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป (American Association of Heart Failure Nurses, 2016) สามารถให้การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวได้คือ 1. อาการเหนื่อยเฉียบพลันขณะหลับ 2. หลอดเลือดดำที่คอโป่งพองหรือออกแรงกดหน้าท้องแล้วหลอดเลือดดำที่คอโป่งออก 3. ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงผิดปกติ 4. เอกซเรย์ปอดพบน้ำในถุงลม5. เอกซเรย์ปอดพบหัวใจโต 6. ฟังเสียงหัวใจได้ยินเสียงปกติ (S-3 gallop) 7. ตรวจวัดค่าความดันของหลอดเลือดดำใหญ่ได้มากกว่า 16 เซนติเมตรน้ำ ที่มีอาการ/อาการแสดงข้างต้น 1ข้อ ร่วมกับอาการดังต่อไปนี้ 2 ข้อ สามารถให้การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ (AHA/AAC, 2016) คือ 1. ขาหรือข้อเท้าบวม 2. หอบเหนื่อยเมื่อออกแรงทำงาน 3. มีอาการตื่นมาไอกลางคืน 4. ตับโต 5. หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 120ครั้ง/ต่อนาที 6. เอกซเรย์ปอดพบน้ำในช่อง/โพรงเยื่อหุ้มปอด 7. ตรวจสมรรถภาพปอดพบมีสมรรถภาพลดลงประมาณ 3 เท่าของคนปกติ 8. น้ำหนักลดลงตั้งแต่ 4.5 กิโลกรัมภายในระยะเวลา 5 วัน ภายหลังได้ยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาอาการบวม

การรักษา

1. การเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจทำได้โดยการให้ยา ได้แก่ ดิจิตาลิส (Digitalis) โดปามีน และโดบิวทามีน (Dopamine and Dobutamine) และการให้ออกซิเจน
2. การลดการทำงานของหัวใจเกินกำลังโดย

2.1 การลดปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว โดยการให้ยาขับปัสสาวะ, การจำกัดสารน้ำ และเกลือโซเดียม, ให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง, การลดจำนวนเลือดที่มากเกินไปโดยการเจาะเลือดดำออก (Phlebotomy)

2.2 การลดแรงต้านในขณะหัวใจบีบตัว โดยการให้ยาขยายหลอดเลือด

3. การลดความต้องการออกซิเจนของร่างกายเพื่อช่วยลดการทำงานของหัวใจโดย

3.1 การให้ผู้ป่วยได้พักบนเตียง (Bedrest)

3.2 ป้องกันการออกแรงทันที หรือการเปลี่ยนแปลงอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น ตื่นเต้น ตกใจหรือการเบ่งถ่ายอุจจาระ

หลักการสำคัญของการบริหารภาวะโรคหัวใจล้มเหลว (Heart failure disease management program me) มีดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองอย่างเต็มประสิทธิภาพ
2. ประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาต่อเนื่องและต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย
3. ญาติหรือผู้ใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในทีมร่วมดูแลรักษา
4. มุ่งเน้นให้ความสำคัญและจัดกิจกรรมในการดูแลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ
5. อาศัยทีมรักษาสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) ร่วมกันวางแผน ดูแลผู้ป่วย
6. นำวิธีการดังต่อไปนี้ซึ่งได้พิสูจน์แล้วได้ผลดีมาใช้

6.1 ให้ความรู้และคำ ปรึกษาตัวต่อตัวในทุกหัวข้อที่จำเป็นแก่ตัวผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล

6.2 ปรับยาให้ได้ตามแนวทางการรักษามาตรฐาน

6.3 นัดตรวจบ่อยเพื่อติดตามอาการใกล้ชิด

6.4 มีช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อทีมแพทย์และ พยาบาลเพื่อขอปรึกษาได้โดยง่าย

7. อาศัยกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายจะกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีตัวเลือกหลากหลาย การรักษาหลายรูปแบบจำเป็นต้องทำหัตถการซับซ้อน บางอย่างก่อให้เกิดภาระต่อร่างกายของผู้ป่วยหรือส่งผลกระทบต่อวิธีการใช้ชีวิตหลังรักษาอย่างมาก ควรนำข้อมูลผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ข้อเท็จจริงและข้อดีข้อเสียเกี่ยวกับการรักษาต่อที่เป็นไปได้หารือร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อตัดสินใจร่วมกัน

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตราว 20-50% ใน 1 ปี การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจนับเป็นการรักษาที่ดีที่สุด (gold standard) อัตราการรอดชีวิตหลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจอยู่ที่ 88%, 79% และ 72% ที่ 1, 3 และ 5 ปีตามลำดับ โดยผู้ป่วยถึงครึ่งหนึ่งสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานกว่า 13 ปีหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลรักษาโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คาดการณ์เพื่อป้องกันและแก้ไขความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายจำนวนมาก การเลือกแนวทางรักษาควรพิจารณาโดยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อให้แผนการรักษานั้นตอบเป้าหมายการใช้ชีวิตของผู้ป่วย (goal of living) เป็นสำคัญ ซึ่งอาจเป็นการดำรงชีวิตอยู่ได้นาน การมีชีวิตที่มีคุณภาพดี หรือร่วมกันทั้งสองประการ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(นางสาวภาวิไล พิทักษ์วงค์, นางสาวสุลาวลัย์ หนูพุ่ม,2562)

ในระยะวิกฤติ มีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ที่สำคัญคือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้โดยลดการทำงานของหัวใจลดออกซิเจนที่ใช้ในการเผาผลาญของร่างกายให้น้อยลง

1. ลดการทำงานของหัวใจ โดยพยายามลดจำนวนออกซิเจนที่ใช้ในการเผาผลาญของร่างกายได้ลดน้อยลง ได้แก่ การพักผ่อน การให้ออกซิเจน การช่วยเหลือจำกัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ลดภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2. ลดอาการบวมของร่างกาย มีการควบคุมอาหารโดย ลดอาหารเค็ม รสจัด ลดอาหารมัน จำกัด น้ำดื่ม

3. กระตุ้นให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น ด้วยการดูแลการให้ยาดิจิตาลิส ซึ่งทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ช่วยให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้น ซึ่งการให้ยาชนิดนี้ทุกครั้ง จะต้องให้ไม่เกินขนาด ถ้าเกินขนาดจะทำให้ชีพจรช้าลง ไม่สม่ำเสมอ ก่อนให้ยาจะต้อง นับอัตราการเต้นชีพจร ถ้าต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที ควรงดให้ยาไว้ก่อนและรายงานแพทย์

4. ป้องกันการเกิดอาการท้องผูก แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ผักและผลไม้ที่มีกากเพื่อช่วยในการขับถ่าย ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกต้องออกแรงในการเบ่งขับถ่าย ทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น การพยาบาลผู้ป่วย (อนงค์ อมฤตโกมล, 2563)

ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยการ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเป้าหมายดังนี้

1) ผู้ป่วยอาการหัวใจล้มเหลวดีขึ้น (improve symptoms ,especially congestion and low output symptoms) การพยาบาล 1.1) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหัวสูงโดยจัดท่า Fowler's position เพื่อลดอาการเหนื่อยหอบ 1.2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้Bed rest โดยช่วยเหลือทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยใน ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย1.3) ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อรักษาระดับ oxygen saturation ให้ปกติ (95-98%)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1.4) ประเมินสัญญาชีพความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และ ประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจน 1.5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เฉียบพลัน และ pulmonary edema จำเป็นต้องได้รับยาขับ ปัสสาวะแบบฉีด (intravenous furosemide) 1.6) ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ serum K+, Na+ และ BUN/Cr

2) ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกิน หรือขาดน้ำ (Optimize volume status) การพยาบาล 2.1) สังเกตและประเมินภาวะน้ำเกินได้แก่ การบวม อาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้หายใจลำบาก น้ำหนักตัวไม่ลดลง และนอกจาก สังเกตภาวะน้ำเกิน พยาบาลต้องสังเกตภาวะขาดน้ำ ในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยาขับปัสสาวะปริมาณสูง ซึ่งถ้าได้รับมากไปก็อาจมีอาการขาดน้ำ ได้แก่ภาวะน้ำหนักลดลงมากเกินไป ความดันโลหิตต่ำ มีอาการหน้ามืดขณะลุกเดิน 2.2) บันทึกจำนวนน้ำดื่ม จำนวนปัสสาวะ 2.3) บันทึกน้ำหนักตัวผู้ป่วยทุกวัน พร้อมทั้งประเมินความสมดุล ถ้าผู้ป่วยรายไหนที่มีภาวะน้ำเกินมากยังมีบวมและน้ำหนักตัว ไม่ลดหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอีก ควรรายงานแพทย์ 2.4) จำกัดน้ำดื่มผู้ป่วยตามแผนการรักษาพร้อมทั้งให้คำ แนะนำถึงเหตุผลของการจำกัดน้ำ

3) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นที่เป็นสาเหตุ (Identify etiology) การพยาบาล 3.1) ติดตามแผนการตรวจวินิจฉัยโรคเบื้องต้นที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีอาการหัวใจล้มเหลว โดยผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น จำเป็นต้องมีการตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่นการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ การตรวจสวนหัวใจ พยาบาลจะเป็นผู้ติดตามผลการตรวจเพื่อร่วมกันวางแผน การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งอาจต้องทำหน้าที่ประสานงานช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามเป้าหมาย

4) ผู้ป่วยได้รับการค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำ ให้อาการกำเริบ (Identify precipitating factors) จากรายงานการศึกษาพบว่าสาเหตุปัจจัย ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีอาการรุนแรงต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นมีได้หลายประการ เช่น การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารเค็ม การรับประทานยาไม่ถูกต้อง การขาดการสนับสนุนทางสังคม การขาดการพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ ซักประวัติผู้ป่วยและญาติเพื่อประเมินค้นหาสาเหตุ ซึ่งประวัติ เหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการรักษา ตลอดจนการวางแผนให้ คำแนะนำผู้ป่วยต่อไป

5) ผู้ป่วยได้รับการปรับยาก่อนกลับบ้านอย่างเหมาะสม (Optimize chronic oral therapy) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาตามมาตรฐานอย่าง เหมาะสม เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่นผู้ป่วยที่ได้รับยา ACEI inhibitor อาจพบความดันโลหิตต่ำ ได้จะต้องมีการเฝ้า ระวังติดตามความดันโลหิตหลังการให้ยา หากพบผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามมาตรฐาน พยาบาลจะต้องปรึกษาทีมการรักษา

การวางแผนจำหน่าย

เป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่อง การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย จากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ประเมินความต้องการการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม คาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการการดูแลสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และทักษะของผู้ป่วยและ ครอบครัว เกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม สอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามการรักษาที่จำเป็น

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพแม่บ้าน สถานภาพหม้าย ไม่ได้เรียนหนังสือ สิทธิการรักษา สูงอายุ น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 28.48 พักอาศัยอยู่กับบุตร

วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 4 พฤศจิกายน 2566

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 รวมรับไว้ในโรงพยาบาล 4 วัน

วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 4 พฤศจิกายน 2566

วันที่จำหน่ายจากความดูแล วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 รวมรับไว้ในความดูแล 4 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ และเวชระเบียนโรงพยาบาลสอยดาว

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไอ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ขาทั้ง 2 ข้างเริ่มบวม ไม่มีแน่นเหนื่อย ยังนอนราบได้

1 วันก่อนมา ไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ไม่ได้นอน

4 ชั่วโมงก่อนมา เริ่มเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ ขาบวมมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว

มีประวัติเป็นเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วและภาวะหัวใจล้มเหลว รับยา Metformin HCL 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละครั้งหลังอาหารเช้า, Losartan 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดวันละครั้งหลังอาหารเช้า, Hydralazine 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดวันละ 4 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน, Carvedilol 6.25 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละครั้งหลังอาหารเช้า , Lasix 40 มิลลิกรัม 2 เม็ด หลังอาหารเช้า 1 เม็ดหลังอาหารเที่ยง , ASA 81 มิลลิกรัม 1 วันละครั้งหลังอาหารเช้า และ Simvastatin 40 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน รักษาที่รพ.ชุมชน มาตามนัดสม่ำเสมอทุกเดือน ไม่ขาดยา

อาการแรกรับที่รับไว้ดูแล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไม่มีเจ็บหน้าอก ให้ออกซิเจนทางจมูก อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์

การตรวจร่างกาย

ศีรษะ หน้า : ศีรษะปกติ ผมสีดำเทา ไม่พบรอยบาดแผลบนใบหน้าและศีรษะ บริเวณหน้าบวมเล็กน้อย

ตา : มองเห็นไม่ชัด ไม่ได้ใส่แว่น

หู คอ จมูก : หูตึง จมูกได้รูปลักษณะทั่วไปปกติ ไม่มีก้อนเนื้องอก ต่อมน้ำเหลืองที่คอ และ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ผิวหนัง : บริเวณแขนขา มีเหงื่อซึมออกผิวหนัง บริเวณปลายมือปลายเท้าเย็น ริมฝีปากแห้งซีด

กล้ามเนื้อและโครงกระดูก : กล้ามเนื้อแขนขาแข็งแรงดี ไม่มีกระดูกหักหรือผิดรูป

ทรวงอกและปอด : หายใจเร็ว 32 ครั้ง/นาที การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ฟังเสียงปอด expire Wheezing both lung และพบมี equal breath sound

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หัวใจและหลอดเลือด : engorged neck vein , หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท

แขน : แขน 2 ข้างไม่ผิดรูป มีความยาวเท่ากัน ไม่มีบาดแผล

ขา : บวมกดบุ๋ม 2+ ทั้ง 2 ข้าง

อวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก : ลักษณะปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีก้อนผิดปกติรอบรูทวารหนัก

ระบบประสาท : รู้สึกตัว ท่าทางอ่อนเพลีย ถามตอบได้ รูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีการตอบสนองต่อแสงปกติ

ระบบทางเดินอาหาร : เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ดังชัดเจน ตับ ม้าม ไม่โต

ประวัติส่วนตัว: ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ได้ทำงาน ไปวัดทำบุญบ้างตามเทศกาลใหญ่

สภาพจิตใจ : สีหน้าไม่สุขสบาย กังวล และอ่อนเพลีย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ		การแปลผล
		วันที่ 4 พ.ย. 66	วันที่ 7 พ.ย.66	
WBC	4.0-10.0 ($10^{\wedge 3}$/uL)	7480	5190	ปกติ
RBC	3.5-5.5 ($10^{\wedge 6}$/uL)	4.60	5.28	ปกติ
HGB	11.0-16.0 (gm%)	11.1	12.7	ปกติ
HCT	37.0-54.0 (%)	34	39	ปกติ
MCV	80.0-100.0 (%)	74	73.9	ปกติ
MCH	27.0-34.0 (%)	24	24	ปกติ
PLT	140-400 ($10^{\wedge 3}$/uL)	275000	333000	ปกติ
NE%	50.0-70.0 (%)	67.2	47.6	ปกติ
LY%	20.0-40.0 (%)	22.6	37.5	ปกติ
MO%	3.0-12.0 (%)	7.0	11.3	ปกติ
EO%	1.0-5.0 (%)	3.1	3.6	ปกติ
BA%	0.0-1.0 (%)	0.1	0.0	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ค่า WBC และNeutrophil ปกติ แสดงว่าไม่มีภาวะติดเชื้อของร่างกาย แต่มีภาวะซีดเล็กน้อย Hct 34%

ผลการตรวจ cardiac marker (Troponins I)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปรผล
		วันที่ 4 พ.ย.66	
Troponins I	< 0.3	0.01	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจปกติไม่พบภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจชีวเคมี (Blood Chemistry)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ			การแปลผล
		วันที่ 4 พ.ย. 66	วันที่ 5 พ.ย.66	วันที่ 7 พ.ย.66	
BUN	6-20 (mg/dl)	12	-	15	ปกติ
Creatinine	0.67-1.17 (mg/dl)	0.87	-	1.14	ปกติ
eGFR		-	-	47.82	Stage 3
Sodium	136-145 (mmol/L)	143	143	143	ปกติ
Chloride	98-107 (mmol/L)	102	104	104	ปกติ
Potassium	3.5-5.1 (mmol/L)	3.1	3.9	3.9	ปกติ
CO_2	22-29 (mmol/L)	24	26	28	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจพบว่ามีโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เป็นปัจจัยที่ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดความผิดปกติของคลื่นหัวใจและเกิดหัวใจล้มเหลวได้

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่โดยเจาะจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX)

วันที่/เวลา	ค่าปกติ	06.00 น.	11.00 น.	16.00 น.	20.00 น.	การแปลผล
4 พ.ย.66	70-100 mg/dl	-	-	-	125	สูงเล็กน้อย
5 พ.ย.66	70-100 mg/dl	126	114	105	110	สูงเล็กน้อย
6 พ.ย.66	70-100 mg/dl	104	120	111	125	สูงเล็กน้อย
7 พ.ย.66	70-100 mg/dl	122	-	-	-	สูงเล็กน้อย

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดค่อนข้างสูงเล็กน้อย เนื่องจากแพทย์งดยาเบาหวานขณะนอนโรงพยาบาล

การตรวจทางรังสี

วันที่ 4 พฤศจิกายน 2566

1. ผลเอกซเรย์ทรวงอก: หัวใจโตร่วมกับน้ำท่วมปอด (cardiomegaly with pulmonary congestion)
2. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ: มีภาวะหัวใจเต้นพลิ้วโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 90 ครั้งต่อนาที (AF rate 90 no ST segment)

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566

ผลเอกซเรย์ทรวงอก: หัวใจโตร่วมกับน้ำท่วมปอดลดลง(pulmonary congestion ลดลง)

การวินิจฉัยของแพทย์ : ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

สรุปอาการและอาการแสดงตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 – วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ.2566

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยไอแห้งๆ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ มีประวัติเดิมเป็นเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง,ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว รักษาที่รพ.ชุมชน มาตามนัดสม่ำเสมอทุกเดือน ไม่ขาดยา แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 90 เปอร์เซ็นต์ ฟังปอดพบ expire wheezing, equal breath sound mild retraction, neck vein engorged, pitting edema 2+ ที่ขาทั้ง 2 ข้าง พ่นยา Berodual 1 NB ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 lead ผล AF rate 90, R>S in V1, RBBB, TWI in V1-3 เจาะเลือดส่งตรวจ TrOp I ผล 0.01 และเอกซเรย์ปอด :cardiomegaly c pulmonary congestion ให้ Lasix 40 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ หายใจเหนื่อยลดลง อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงปอดยังมี wheezing จึงให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ และพ่นยา Berodual 1 NB prn ทุก 4 ชั่วโมง ผลโปแตสเซียมในเลือด 3.1 มิลลิโมลต่อลิตร ให้ E.KCL 30 ซีซี ทางปาก ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง โรคประจำตัวเดิมความดันโลหิตสูงเดิม ให้ hydralazine 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปาก ทุก 6 ชั่วโมง โรคเบาหวานเดิม ให้เจาะน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ให้ค่าระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 80-200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

แรกรับที่หอผู้ป่วยในหญิง รู้สึกตัวดี ยังมีหายใจเหนื่อยอยู่ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้นอนศีรษะสูง 45 องศา ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์, ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ในช่วง 90-108 ครั้งต่อนาที ไม่มี PVC ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อลดการทำกิจกรรมของผู้ป่วยและบันทึกจำนวนน้ำเข้าและปริมาณปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง ต่อมา ไอมาก ไอแห้งๆไม่มีเสมหะ หายใจเหนื่อยมากขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลงเหลือ 92 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงปอดมี wheezing ดูแลพ่นยา Berodual 1 NB หลังพ่นยาหายใจเหนื่อยลดลง อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงปอดยังมี wheezing และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 93 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วางแผนใส่ท่อช่วยหายใจแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ พูดคุยกับบุตรที่ดูแลใกล้ชิดเพื่อคุยเกี่ยวกับแผนการรักษาในภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยรายนี้เคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมาแล้ว 1 ครั้ง หลังพูดคุยเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาซ้ำผู้ป่วยและบุตรที่ดูแลปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจตามผู้ป่วย จึงดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดถุง อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดซ้ำ 96 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที บันทึกปริมาณน้ำเข้าและปัสสาวะ ทุก 4 ชั่วโมง ได้ปัสสาวะ มากกว่า 240 ซีซีต่อ4 ชม.ใน 4 ชั่วโมงแรกได้ปัสสาวะ 500 ซีซี รวมวันแรก 12 ชั่วโมง ดื่มน้ำ 400 ซีซี ปัสสาวะทั้งหมด 1,300 ซีซี ระดับน้ำตาลในเลือด 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยลดลง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ จึงเปลี่ยนเป็นการให้ออกซิเจนทางจมูก อัตราการไหลของออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ขาบวมลดลงกดบุ๋ม 1+ ทั้งสองข้าง ฟังปอดมี wheezing ให้ยา Lasix 40 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ และพ่นยา Berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง มีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ให้จิบน้ำอุ่น ยาแก้ไอมะขามป้อมและ dextromethorphan 15 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, ASA 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Omeprazole 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ดูแลจำกัดน้ำดื่มและเกลือ รับประทานอาหารเบาหวาน แนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค บันทึกปริมาณน้ำเข้าและปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง ปริมาณน้ำดื่ม เวรเช้า 300 ซีซี เวรบ่าย 300 ซีซี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เวรดึก 200 ซีซี รวม 800 ซีซีใน 24 ชั่วโมง ปริมาณปัสสาวะ เวรเช้า 600 ซีซี เวรบ่าย 700 ซีซี เวรดึก 400 ซีซี รวม 1,700 ซีซี ใน 24 ชม. ระดับน้ำตาลในเลือด 105-126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอลดลง หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ฟังเสียงปอดยังมี wheezing ให้ Lasix 40 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ และพ่นยา Berodual 1 NB เวลาหอบเหนื่อย ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย สามารถถอดออกซิเจนได้ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ หายใจไม่เหนื่อยไม่ได้พ่นยา Berodual สามารถนอนราบและพักผ่อนได้มากขึ้น ปริมาณน้ำดื่มเวรเช้า 400 ซีซี เวรบ่าย 300 ซีซี เวรดึก 200 ซีซี รวม 900 ซีซีใน 24 ชั่วโมง ปริมาณปัสสาวะ เวรเช้า 400 ซีซี เวรบ่าย 300 ซีซี เวรดึก 400 ซีซี รวม 1,100 ซีซี ใน 24 ชม.ระดับน้ำตาลในเลือด 104-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 รู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย แขนขายุบบวม สามารถเดินเข้าห้องน้ำได้โดยมีคนพยุง ไม่ต้องแวะพักระหว่างทาง มีเหนื่อยบ้างเวลาเดิน รับประทานอาหารที่จัดให้ได้ค่อนถาด ติดตามผลเอกซเรย์ปอดมีน้ำท่วมปอดลดลง ค่าโปแตสเซียมในเลือดขึ้นมาเป็น 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร, ค่าครีเอตินิน 1.14 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ 122 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ค่าไต เกลือแร่และเอกซเรย์ปอด แนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค รับประทานอาหารเบาหวานจืด การจำกัดน้ำดื่ม ชั่งน้ำหนักทุกวันตอนเช้า การหลีกเลี่ยงควันไฟ ควันบุหรี่ เดินออกกำลังกายเท่าที่ได้และค่อยๆเพิ่มเวลา แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง ASA 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Simvastatin 40 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน, Dextromethorphan 15 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Losartan 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ดหลังอาหารเช้า, Metformin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Carvedilol 6.25 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า, Hydralazine 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด 4 วัน

สรุปปัญหาทางการพยาบาล

การพยาบาลระยะวิกฤต

1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากพยาธิสภาพที่ปอด
2. มีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากความบกพร่องในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ

การพยาบาลระยะต่อเนื่องและพักฟื้น

3. มีภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็คโตรไลต์เนื่องจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลงจากภาวะหัวใจล้มเหลว
4. เหนื่อยจากกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายขาดประสิทธิภาพจากความดันโลหิตสูง
5. มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง
6. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง
7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่เข้าใจในการดำเนินของโรคและการรักษาการพยาบาลก่อนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง
8. มีโอกาสเกิดการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความตระหนักในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
9. มีโอกาสเกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพยาบาลระยะวิกฤต

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 1.มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจากพยาธิสภาพที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก " เหนื่อย นอนราบไม่ได้ "

O: ฟังเสียงปอดพบ wheezing both lung

: neck vein engorged, ขาบวมกดบุ๋ม 2+ทั้ง 2 ข้าง

: เอกเรย์ทรวงอก พบ Cardiomegaly c congestion

: อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 90 เปอร์เซ็นต์ (วันที่ 4 พฤศจิกายน 2566)

: ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง: ค่าการบีบตัวของหัวใจน้อยกว่า 40 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและสามารถหายใจได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

1. นอนราบได้ ไม่มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ปลายมือเท้า ริมฝีปากไม่เขียว บวมกดบุ๋มที่ขาลดลง
2. เอกซเรย์ปอดไม่พบน้ำท่วมปอด, ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น Crepitation/wheezing
3. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที
4. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดมากกว่า 94 เปอร์เซ็นต์
5. ปัสสาวะมากกว่า 240 ซีซีใน 4 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากากพร้อมถุง อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที พร้อมเฝ้าระวังและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด
2. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อสังเกตการเต้นของชีพจรและหัวใจ
3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา(fowler's position) และพักผ่อนอยู่บนเตียง (Absolute bed rest) เพื่อลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น
4. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ และแนะนำเรื่องการเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ เพราะอาจทำให้เกิดอาการวิงเวียนได้
5. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 1 ชั่วโมง และทุกครั้งเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ
7. ประสานโภชนากรให้จัดเตรียมอาหารจืดและจำกัดเกลือน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน ให้ผู้ป่วย
8. ควบคุมปริมาณน้ำดื่มน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน
9. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออก ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 240 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์ เมื่อพ้นระยะวิกฤติให้บันทึกทุก 8 ชั่วโมง
10. ประเมินสีผิว ค้นหาอาการเขียวคล้ำทุก 1 ชั่วโมง
11. ติดตามผลตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่นมากขึ้น ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดเย็น หรือเขียว ปัสสาวะมีปริมาณ 1300 ซีซี ใน 4 ชั่วโมงแรก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 -110 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-97 เปอร์เซ็นต์ หายใจเหนื่อยลดลง สามารถหย่าออกซิเจนได้วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 congestion ลดลง และฟังเสียงปอดไม่พบเสียง wheezing หรือ Crepitation แขนขายุบบวมกดบุ๋มลดลง

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากความบกพร่องในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก " เหนื่อย นอนราบไม่ได้ แน่น"

O: มีอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บริเวณขาบวมทั้ง 2 ข้าง กดบุ๋ม 2+

: ฟังเสียงปอดพบ equal breath sound และ Wheezing Both lung

: เอกซเรย์ทรวงอก พบหัวใจโตและน้ำท่วมปอด (cardiomegaly with pulmonary Congestion)

: อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 90 เปอร์เซ็นต์ (4 พฤศจิกายน 2566)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกิน

เกณฑ์การประเมิน

1.ไม่มีอาการหอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที หายใจปกติ 12-20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวขอออกซิเจนในเลือดมากกว่า 94 เปอร์เซ็นต์

2.ปริมาณน้ำเข้าน้ำออกสมดุล

3.เสียงปอดไม่พบเสียง wheezing, crepitation

4.อาการบวมกดบุ๋มตามแขนขาลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นในการจำกัดน้ำดื่ม และดูแลจำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษา 1000 ซีซีต่อวัน โดยเวรเช้าดูแลให้น้ำ 400 ซีซี เวรบ่าย 300 ซีซี เวรดึก 300 ซีซี
2. ดูแลให้ยา Lasix 40 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ และแนะนำสังเกตอาการข้างเคียงของยาหากมีปวดเวียนศีรษะ ให้แจ้งพยาบาล
3. ประสานงานกับโภชนากรให้จัดอาหารจำกัดเกลือ 4 กรัมต่อวัน ดูแลตรวจสอบอาหารก่อนให้ผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร
4. บันทึกปริมาตรน้ำเข้าและปริมาณปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง
5. ฟังเสียงปอดและเสียงหัวใจทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินเสียงปอด Crepitation, Wheezing
6. สังเกตอาการหายใจลำบาก หายใจเร็ว นอนราบไม่ได้ เสมหะเป็นฟอง หรือมีสีชมพู รายงานแพทย์
7. ประเมินการบวมบริเวณแขน ขา รอบกระบอกตา ทุก 8 ชั่วโมง
8. ชั่งน้ำหนักทุกวันตอนเช้า
9. ติดตามผลการถ่ายรังสีทรวงอกตามการรักษา
10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามการรักษา ได้แก่ อิเล็กโทรไลต์ ยูเรียไนโตรเจน ครีอะตินิน

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผลเอกซเรย์ทรวงอก congestion ลดลง ปริมาณน้ำออกมากกว่าเข้า มากกว่า 1000 ซีซี ต่อวัน หน้าไม่บวม แขนขายุบบวมกดบุ๋มลดลง ฟังเสียงปอดไม่พบเสียง wheezing, crepitation น้ำหนักลดลงจาก 72 กิโลกรัมเหลือ 68 กิโลกรัมในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 รับประทานอาหารได้ครึ่งถึงหนึ่งถาดต่อมื้อ ช่วยเหลือตัวเองได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-110 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-97 เปอร์เซ็นต์

ระยะต่อเนื่องและพักฟื้น

ปัญหาการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็คโตรไลต์เนื่องจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “เพลีย ไม่ค่อยมีแรง “

O: ผลโปแตสเซียมในเลือด 3.1 มิลลิโมลต่อลิตร (วันที่ 4 พฤศจิกายน 2566)

: eGFR 47.82 stage 3

: ผู้ป่วยได้รับยา Lasix 40 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ (4 – 6 พฤศจิกายน 2566)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอและอิเล็กโตรไลต์สมดุลย

เกณฑการประเมิน

1. ไม่มีอาการง่วง ซึม สับสน อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ตะคริว (โดยเฉพาะที่ขา) กล้ามเนื้ออ่อนแรง
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:
   - ค่าเกลือแร่ในเลือด โปแตสเซียม 3.5-5.0 มิลลิโมลต่อลิตร
3. ไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เต้นผิดจังหวะ เช่น PVC Short run หรือ ST segment เปลี่ยนแปลง
4. สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 16-22 ครั้งต่อนาที ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. Motor power grade 5

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็คโตรไลต์ ได้แก่ เหนื่อย คลื่นไส้ อ่อนเพลีย อาเจียน ปวดท้อง เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง
2. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อสังเกตการณ์เต้นของชีพจรและหัวใจ
3. ดูแลให้ E.Kcl 30 ซีซี ทางปาก จำนวน 2 ครั้ง โดยรับประทานยาหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำตาม ½-1 แก้ว หลีกเลี่ยงให้ยาขณะท้องว่างเพราะอาจเกิดการระคายเคืองในระบบทางเดินอาหารและสังเกตผลข้างเคียงของยาท้องอืด ถ่ายเหลว
4. ประสานโภชนากรจัดอาหารจำกัดเกลือ 4 กรัมต่อวัน ดูแลตรวจสอบอาหารก่อนให้ผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร
5. ดูแลจำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษา 1000 ซีซีต่อวัน โดยเวรเช้าดูแลให้น้ำ 400 ซีซี เวรบ่าย 300 ซีซี เวรดึก 300 ซีซี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. สังเกตและบันทึกปริมาณปัสสาวะ สี ทุก 8 ชั่วโมง
7. แนะนำและดูแลให้รับประทานผลไม้กล้วย มะละกอ ผักโขม ปลา
8. ติดตามผลเกลือแร่ในเลือด เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของอิเลคโทรไลต์

การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องไม่อืด ลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้
2. ค่าโปแตสเซียมในเลือด 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร (วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)
3. ไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เต้นผิดจังหวะ
4. สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-110 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-97 เปอร์เซ็นต์
5. Motor power grade 5

ปัญหาการพยาบาลข้อที่ 4 เหนื่อยจากกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายขาดประสิทธิภาพจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

S: เหนื่อย หายใจ 30 ครั้งต่อนาที

O: ขาบวมทั้ง 2 ข้างกดบุ๋ม 2+

: เป็นโรคความดันโลหิตสูง 6 ปี

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มปริมาตรปริมาณเลือดที่ออกหัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมพยาบาล

1. ดูแลให้นอนพักบนเตียง
2. ดูแลให้ยา hydralazine 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง
3. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน
4. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ เพื่อให้พักผ่อนได้
5. ประสานโภชนากรจัดอาหารจืด และจำกัดเกลือ 1 กรัมต่อวันและติดตามดูแลการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ

ประเมินผล

ระดับความดันโลหิต 110/60-130/80 มิลลิเมตรปรอทตลอดการรักษา

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 5 มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

O: เป็นโรคเบาหวาน รักษามา 6 ปี

: eGFR 47.82 stage 3

: ระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับวันที่ 4 พฤศจิกายน 2566 = 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

: ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แพทย์ให้หยุดยาขณะนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีสับสน กระสับกระส่าย กระหายน้ำ เหนื่อยเพลีย เหงื่อแตกและตัวเย็น
2. ผลระดับน้ำตาลในเลือดไม่น้อยกว่า 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ตามแผนการรักษาของแพทย์)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน
2. ดูแลกระตุ้นให้รับประทานอาหารเบาหวานจืด
3. เฝ้าระวังอาการผิดปกติ ภาวะน้ำตาลต่ำ (Hypoglycemia) คือ ใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น สับสน และภาวะน้ำตาลสูง (Hyperglycemia) คือ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย หอบ ซึมลง

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ ซึม สับสน หรือเหงื่อออกตัวเย็น รับประทานอาหารได้ทุกมื้อ มื้อละครึ่งถึงหนึ่งถาด
2. ผลระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในช่วง 104-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (วันที่ 4-7 พฤศจิกายน 2566)

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจากการลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

S: ผู้ป่วยบอกว่า “เดินแล้วยังเหนื่อยอยู่”

O: ผู้ป่วยอายุ 73 ปี รูปร่างท้วม ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 28.48

: ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกล้ม ได้ 15 คะแนน (Fall risk assessment tool: Morse)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและทำกิจกรรมอื่นได้ตามปกติ
2. เพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

1. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและทำกิจกรรมอื่นได้ตามปกติ
2. ไม่เกิดการพลัดตก หกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
2. อธิบายถึงความสำคัญของการจำกัดกิจกรรมและชี้แนะวิธีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสม
3. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม กิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้บนเตียง เช่น การรับประทานอาหาร
4. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงในขณะทำกิจกรรมและหลังมีกิจกรรม และค่อยๆเพิ่มกิจกรรมขึ้นไปเรื่อย ๆ
5. ให้กำลังใจและพูดชมเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมได้เองมากขึ้น
6. กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการทำกิจกรรมของผู้ป่วย
7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ก่อนและหลังทำกิจกรรมเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถเดินไปเข้าห้องน้ำได้โดยมีญาติคอยดูแล หลังกลับมามีเหนื่อยเล็กน้อย นั่งพักแล้วดีขึ้น นอนราบได้ รับประทานอาหารได้เอง หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-97 เปอร์เซ็นต์ ไม่เกิดการพลัดตกล้มขณะนอนโรงพยาบาล

ระยะพักฟื้นและเตรียมจำหน่าย

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่เข้าใจในสภาวะของโรคและการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S: บุตรสาวพูดว่า" ป่วยมานานแต่ครั้งนี้ดูเป็นมากสุด อยากให้ใส่ท่อแต่ก็ไม่อยากให้ใส่ด้วย "

: ผู้ป่วยบอกว่า" ไม่ต้องการใส่ท่อ"

O: บุตรสีหน้าเคร่งเครียด

: มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคยเหนื่อยมากและใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว 1 ครั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและตัดสินใจวางแผนการดูแลต่อได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลาย
2. ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเลือกแนวทางการรักษาได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. ประเมินระดับความวิตกกังวล โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและบุตรทราบถึงอาการ การดำเนินของโรค การรักษา
4. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจการวางแผนการรักษา การดูแลตนเอง
5. กระตุ้นให้บุตรและผู้ป่วยพูดแสดงความรู้สึกและรับฟังด้วยความตั้งใจ ยอมรับความรู้สึกที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออก สอบถามวิธีการแก้ปัญหาวิกฤตต่าง ๆ ตอบคำถามตามความเหมาะสม
6. เปิดโอกาสให้ระบายความวิตกกังวลและรับฟังอย่างตั้งใจ ยอมรับความรู้สึกที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออก
7. ประสานงานกับแพทย์ให้ข้อมูลแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ความก้าวหน้าในการรักษา ให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางที่ดี และให้คาดหวังหรือผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง
8. เคารพสิทธิผู้ป่วย บอกเหตุผลในการให้การพยาบาลทุกครั้งและสร้างความมั่นใจในการพยาบาล
9. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ใช้คำพูดที่สุภาพ ให้การพยาบาลด้วยความนิ่มนวล สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญและรับการตัดสินใจได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลายมากขึ้น รับรู้เข้าใจการดำเนินของโรค ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโดยหากมีอาการเหนื่อยมากขึ้นไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ รักษาแบบประคับประคอง และให้ความร่วมมือในการรักษา

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 8 มีโอกาสเกิดการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความตระหนักในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติสอบถามว่า "ต้องทำอย่างไรจะได้ไม่เหนื่อย"

: ญาติบอกว่าผู้ป่วยชอบกินอาหารรสเค็ม เติมซอสทุกครั้ง

: "บอกก็ไม่ฟัง บอกว่ากินจืดๆไม่อร่อย กินไม่ได้"

: บุตรบอกว่าชอบทำกับข้าวกินเอง"

O: กลางวันผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว บุตรไปทำงานในสวน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวการปฏิบัติตัวได้
2. ผู้ป่วยและญาติบอกอาการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาที่ได้รับได้
3. ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และสามารถตอบคำถามการดูแลตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทบทวนประเมินความรู้เรื่องโรคและอธิบายซ้ำให้ผู้ป่วยและญาติทราบเรื่องของโรค อาการการรักษาการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย
2. ให้คำแนะนำในเรื่องของการทำกิจกรรมต่างๆ การออกกำลังกายโดยการเดิน การพักผ่อนอย่างเพียงพอ
3. ประสานโภชนากรให้คำแนะนำในเรื่องอาหาร อาหารทดแทน งดอาหารเค็ม และการจำกัดเกลือ
4. อธิบายถึงการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยาต่างๆที่ใช้
5. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ้านหลีกเลี่ยงควันเพื่อลดภาวะการกระตุ้นของอาการ
6. แนะนำถึงอาการและอาการแสดงต่างๆที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัดเช่น บวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน 1.5 กิโลกรัมใน 2 วัน หรือมีหายใจลำบาก ปัสสาวะออกน้อยลง
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาต่างๆ
8. แนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัดใน 2 สัปดาห์
9. ส่งข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าผ่อนคลาย รับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้

ปัญหาการพยาบาลข้อที่ 9 มีโอกาสเกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณ

ข้อมูลสนับสนุน

S: บุตรสาวที่ดูแลประจำถามว่า "คนไข้จะเหนื่อยๆแบบนี้ไปเรื่อย แล้วจะเป็นบ่อยขึ้นหนักขึ้นใช่มั้ย เห็นแม่เหนื่อยแล้วไม่สบายใจเลย"

: ผู้ป่วยพูดว่า "ต่อไปจะเดินไหวมั้ย ไม่อยากเป็นภาระใคร เด่วนี้บางทีทำอะไรนิดหน่อยก็เหนื่อย ลูกหลานเค้าก็ต้องทำงานของเค้า บางคนก็อยู่ไกลนานๆมาที มาแล้วก็บอกทำอย่างโน้นดิ ทำอย่างนี้ดิ มาบ่นคนทางนี้

O: สีหน้าดูกังวลทั้งผู้ป่วยและบุตร

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกผ่อนคลาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าดูผ่อนคลาย
2.ผู้ป่วยเลือกกิจกรรมบำบัดได้ 1 กิจกรรม
3.บุตรที่ดูแลผู้ป่วยเลือกกิจกรรมบำบัดได้ 1 กิจกรรม

กิจกรรมพยาบาล

1. พูดคุยและรับฟังผู้ป่วยและครอบครัวอย่างตั้งใจ เพื่อทำความเข้าใจ ความต้องการที่แท้จริง บรรเทาความวิตกกังวล สร้างความไว้วางใจ
2. แนะนำกิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น ดนตรี เพลง บทสวด เรื่องเล่าต่างๆ
3. แนะนำการใช้ธรรมชาติบำบัด การจัดดอกไม้ จัดมุมในบ้านให้มองเห็นวิว ต้นไม้
4. แนะนำการใช้สัมผัสบำบัด จับมือ กอด หรือ การใช้กลิ่นหอมจากดอกไม้เพื่อให้รู้สึกสดชื่น
5. แนะนำการฝึกสมาธิ กำหนดลมหายใจ 4-7-8
6. พูดคุยแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญหน้าและยอมรับความจริงในการดำเนินของโรคประเมินผล

1.สีหน้าบุตรและผู้ป่วยดีขึ้นแต่ยังไม่มีรอยยิ้ม

2. ผู้ป่วยและบุตรจับมือ สวมกอดกัน ปรับที่นอนตอนกลางวันให้อยู่ตรงหน้าต่างเพื่อให้เห็นต้นไม้ข้างนอก เอากระถางกุหลาบมาวางไว้ข้างหน้าต่าง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยไอแห้งๆ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ มีประวัติเดิมเป็นเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง,ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว รักษาที่รพ.ชุมชน มาตามนัดสม่ำเสมอทุกเดือน ไม่ขาดยา แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร110ครั้งต่อนาที หายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 90 เปอร์เซ็นต์ ฟังปอดพบ expire wheezing, equal breath sound mild retraction, neck vein engorged, ขาบวมกดบุ๋มทั้ง 2 ข้าง 2+ พ่น Berodual 1 NB ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 lead ผล AF rate 90 R>S in V1, RBBB, TWI in V1-3 เจาะเลือดส่งตรวจ Tr0p I ผล 0.01 และเอกซเรย์ทรวงอก :cardiomegaly c pulmonary congestion ให้ Lasix 40 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ หายใจเหนื่อยลดลง อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงปอดยังมี wheezing จึงให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ และพ่นยา Berodual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง ผลโปแตสเซียมในเลือด 3.1 มิลลิโมลต่อลิตร ให้ E.KCL 30 ซีซี ทางปาก ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง โรคประจำตัวเดิมความดันโลหิตสูงเดิม ให้ hydralazine 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปาก ทุก 6 ชั่วโมง โรคเบาหวานเดิม ให้เจาะน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ให้ค่าระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 80-200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

แรกรับที่หอผู้ป่วยในหญิง รู้สึกตัวดี ยังมีหายใจเหนื่อยอยู่ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์, ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ในช่วง 90-108 ครั้งต่อนาที ไม่มี PVC ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง ต่อมา ไอมาก หายใจเหนื่อยมากขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลงเหลือ 92 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

130/80 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงปอดมี wheezing พ่นยา Berodual 1 NB หายใจเหนื่อยลดลง อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที แต่ฟังเสียงปอดยังมี wheezing และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 93 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วางแผนใส่ท่อช่วยหายใจแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ จึงให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดถุง อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดซ้ำ 96 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 4 ชั่วโมง ได้ปัสสาวะ มากกว่า 240 ซีซี ใน 4 ชม.แรก และปัสสาวะทั้งหมด 1,300 ซีซีใน 12 ชั่วโมงแรก, ระดับน้ำตาลในเลือด 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 รู้สึกตัวดี ยังมีหายใจเหนื่อยเวลาทำกิจกรรม ยังให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดถุง อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ เปลี่ยนเป็นการให้ออกซิเจนทางจมูก อัตราการไหลของออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ขาบวมกดบุ๋มลดลงเหลือ 1+ ทั้งสองข้าง ฟังปอดมี wheezing ให้ยา Lasix 40 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ และพ่นยา Berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง ติดตามผลโปแตสเซียมในเลือด 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร มีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ให้จิบน้ำอุ่น ยาแก้ไอมะขามป้อมและ dextromethorphan 15 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, ASA 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Omeprazole 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า จำกัดน้ำดื่มและจำกัดเกลือในอาหาร รับประทานอาหารเบาหวาน แนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค บันทึกปริมาณน้ำเข้าและปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง ปริมาณน้ำดื่ม 800 ซีซี ปัสสาวะ 1,700 ซีซี ใน 24 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลในเลือด 105-126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 รู้สึกตัวดี ไอลดลง หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 22/min ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ฟังเสียงปอดยังมี wheezing ให้ Lasix 40 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ และพ่นยา Berodual 1 NB เวลาหอบเหนื่อย ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย สามารถถอดออกซิเจนได้ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ หายใจไม่เหนื่อยไม่ได้พ่นยา Berodual สามารถนอนราบและพักผ่อนได้มากขึ้น ปริมาณน้ำดื่ม 900 ซีซี ปริมาณปัสสาวะ 1,100 ซีซี ใน 24 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลในเลือด 104-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 รู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย แขนขายุบบวม สามารถเดินเข้าห้องน้ำได้โดยมีคนพยุง ไม่ต้องแวะพักระหว่างทาง มีเหนื่อยบ้างเวลาเดิน ติดตามผลเอกซเรย์ปอด congestion ลดลง ผลเลือด โปแตสเซียม 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร, ค่าครีเอตินิน 1.14 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ 122 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ค่าไต เกลือแร่และเอกซเรย์ปอด แนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค รับประทานอาหารเบาหวานจืด การจำกัดน้ำดื่ม ชั่งน้ำหนักทุกวันตอนเช้า การหลีกเลี่ยงควันไฟ ควันบุหรี่ เดินออกกำลังกายเท่าที่ได้และค่อยๆเพิ่มเวลา แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง ASA 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Simvastatin 40 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน, Dextromethorphan 15 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Losartan 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ดหลังอาหารเช้า, Metformin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Carvedilol 6.25 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า, Hydralazine 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด 4 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่เป็นปัญหาและน่าสนใจ จำนวน 1 เรื่อง ภาวะหัวใจล้มเหลวพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นติดอันดับ TOP 5 ของผู้ป่วยใน

2. ทบทวนความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยค้นคว้าจากเอกสาร วรรณกรรม แนวทางทฤษฎี แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลโรคภาวะหัวใจล้มเหลว ตลอดจนปรึกษาแพทย์ผู้รักษา แพทย์อายุรกรรม ทีมพยาบาลในหน่วยงาน และทีมสหสาขา

3. ศึกษาข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วยจำนวน 1 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา ประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และวางแผนทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการรวบรวมข้อมูล ประเมิน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลรวมถึงการวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

5. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและบทบาทของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติและนำมาทำกรณีศึกษาภาวะหัวใจล้มเหลว

6. รวบรวมข้อมูล เรียบเรียงตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตรวจทานแก้ไข และจัดพิมพ์รูปเล่ม

7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน

8. เผยแพร่ผลงาน โดยการนำเสนอผลงานวิชาการแก่พยาบาลวิชาชีพที่สนใจ

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงาน/เชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 รวมรับไว้ในความดูแล 4 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงาน/เชิงคุณภาพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กระบวนการพยาบาล การรวบรวมข้อมูล ประเมินอาการ วางแผน ให้การดูแลในระยะวิกฤตเกี่ยวกับการมีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะ โปแตสเซียมในเลือดต่ำและมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ และการให้ความรู้เรื่องโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้ครอบครัวและผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในหอผู้ป่วย

2. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อายุ 73 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นมานาน 6 ปี และหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วได้ 3 ปี มีประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ 1 ครั้งจากภาวะหัวใจล้มเหลว การมีโรคประจำตัวหลายโรคทำให้เกิดความทับซ้อนในความสัมพันธ์ของโรคและมีความยุ่งยากในการดูแลรักษา การให้คำแนะนำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุต้องปรับทัศนคติ และใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ด้วยพฤติกรรมและโรคประจำตัวหลายโรค ประกอบกับเจ็บป่วยเรื้อรังมานานทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ในการดูแลตนเอง พยาบาลจึงได้ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลหลายคนผลัดเปลี่ยนกัน ความสามารถในการรับรู้และความเข้าใจต่างกัน ต้องประสานงานหลายครั้งเนื่องจากไม่ทราบแผนการรักษาเดียวกัน การสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การควบคุมอาหาร การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ต้องสอนและแนะนำหลายครั้ง ขณะนอนโรงพยาบาลได้มีการติดตามหลังให้คำแนะนำพบว่ามีการขัดแย้งกันจากการการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ดูแลประจำเป็นบุตรที่อยู่บ้านเดียวกัน ดูแลมานาน เกิดความกดดันจากบุตรที่อยู่ต่างบ้าน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และเบื่อหน่าย ด้านสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยเป็นบ้านไม้ อยู่ในสวนผลไม้ มีการเผากิ่งไม้บ่อยครั้ง ทำให้เกิดการกำเริบได้ง่ายต้องเข้ามารับการรักษาบ่อย ๆ ส่งผลด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวขาดรายได้

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย สามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา หรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละราย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
2. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว อาการผิดปกติ การรักษาเบื้องต้นเพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงในการกำเริบของโรค
3. บุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ดูแลควรได้รับการอบรม ฟื้นฟูความรู้วิชาการใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย
4. ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และให้มีการเยี่ยมบ้านประสานเจ้าหน้าที่ในชุมชน เช่น อบต. ผู้ใหญ่บ้าน อสม.ลงเยี่ยมบ้านร่วมด้วยเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้กำลังใจผู้ดูแล และติดตามการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง
5. จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย
6. เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ควรร่วมวางแผนการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายเพื่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและญาติ
7. ในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ควรจัดอบรมแบบ family meeting โดยทีมสหสาขาเพื่อให้ครอบครัวได้รับข้อมูลพร้อมกัน จะได้เกิดความเข้าใจแบบเดียวกัน

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ สำนักงานสาธารณสุขจันทบุรี ในวันที่ 12 มกราคม 2567

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1.นางปราณี นามประดิษฐ์ สัดส่วนผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ) .....

(นางปราณี นามประดิษฐ์) ผู้ขอประเมิน

(วันที่) ๘ / ๑๐ / ๖๙

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางปราณี นามประดิษฐ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางประภัสสร เจริญนาม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลสอยดาว

(วันที่) 10 กค. 2569

(ลงชื่อ) .....

(นายชัชวาล โภโค)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว

(วันที่) 10 กค. 2569

(ลงชื่อ) .....

(นายวรา เศลรัตนะกุล)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) 10 กค. 2569

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว(atrial fibrillation) ภาวะที่หัวใจห้องบนเต้นผิดปกติ โดยมีการเต้นที่เร็วและไม่สม่ำเสมอ ทำให้เลือดสูบฉีดได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ การทำงานของหัวใจที่ผิดจังหวะนี้ส่งผลให้มีเลือดคั่งอยู่ในห้องบน พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ในคนไทยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วพบได้ 3.6 ต่อ 1,000 คน ในผู้ใหญ่และในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความชุกประมาณ 2.8% โดยเพิ่มตามอายุ (prevalence of cardiac arrythmias in Thai community-Pubmed) และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี การที่หัวใจห้องข้างบนเต้นเร็วมาก ไม่สม่ำเสมอ และไม่พร้อมเพรียงกันส่งผลให้หัวใจห้องข้างบนนั้นนบีบตัวได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้เกิดลิ่มเลือดขนาดใหญ่เกิดขึ้นในหัวใจห้องบนได้ เพิ่มความเสี่ยงที่ลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต มีความรุนแรงสูงและมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพลภาพ นอกจากนี้หัวใจห้องบนยังบีบตัวไม่ดีส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นได้ด้วย การที่หัวใจห้องบนเต้นเร็วอาจจะส่งผลให้หัวใจห้องล่างเต้นเร็ว และไม่สม่ำเสมอซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหรือใจสั่นได้ ในบางกรณีส่งผลทำให้หัวใจห้องล่างบีบตัวได้ลดลง นอกจากนั้น AF ยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เพิ่มอาการเครียดหรือซึมเศร้า และพบภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น(ธัชพงศ์ งามอุโฆษ,2567)

สถิติของโรงพยาบาลสอยดาว ปีพ.ศ. 2566-68 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว จำนวน 116 ราย, 131 ราย และ 115 ราย ตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดการกำเริบของโรค จำนวนร้อยละ 12.06, 19.48 และ 25.21 เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนร้อยละ 23.27, 23.66 และ 20.86 เกิดภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน จำนวนร้อยละ 0.86, 9.16และ 10.43 อัตราการกลับมารักษาซ้ำ 14.28, 15.38 และ 17.24 ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสอยดาว, 2569) จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีการเกิดการกำเริบของโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจล้มเหลว ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เดิมหน่วยงานมีแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วแต่เน้นการดูแลระยะวิกฤตเป็นหลัก ไม่มีการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายแบบเป็นระบบดังนั้นนอกจากการดูแลขณะนอนโรงพยาบาลแล้ว การวางแผนจำหน่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดการกำเริบของโรค ภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมารักษาซ้ำ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (AF) คือหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งเกิดจากการลัดวงจรไฟฟ้าที่หัวใจห้องบน ทำให้มีลักษณะเต้นพลิ้วและไม่มีการบีบตัวที่มีประสิทธิภาพหัวใจห้องบนเต้นแบบกระจัดกระจายไม่เป็นระเบียบทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ สาเหตุ ส่วนมากมักจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเพราะความเสื่อมของระบบไฟฟ้าหัวใจ แต่สำหรับผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่านั้นมาจากความผิดปกติของระบบไฟฟ้าหัวใจที่บางรายอาจเป็นมาแต่กำเนิด

จากสภาพการณ์ในปัจจุบันของประเทศไทย ประชากรที่อายุมากกว่า65 ปี มีความชุกของโรค 2.8% อายุ65-69ปี1.9% อายุ70-74ปี2.5% อายุ75-79ปี3.5% และอายุ 85 ปีขึ้นไป 5% (Nijasri C Suwanwela et al.Int J Cardiol Heart Vasc. 2021) สาเหตุการเกิดโรค แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ 1. ความผิดปกติของหัวใจเอง ได้แก่ 2.โรคเรื้อรังและโรคระบบอื่นๆ 3.ปัจจัยกระตุ้นภายนอกและพฤติกรรม อายุที่เพิ่มขึ้น โรคอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้น ความเครียด การติดเชื้อ ซึ่งถ้าเป็นโรคนี้แล้ว

มีโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน อาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต การป้องกันสามารถทำได้โดยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอรวมกับการดูแลผู้ป่วยในแบบองค์รวม

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วของโรงพยาบาลพบว่าเกิดในผู้สูงอายุร่วมกับมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สาเหตเกิดจากความเครียด การติดเชื้อ อ้วนและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบการกลับมารักษาด้วยภาวะแทรกซ้อน และรักษาซ้ำภายใน 28 วัน เพิ่มขึ้น ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายแบบองค์รวมจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2 แนวความคิด

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุลคงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี ด้านร่างกาย (Physical)คือให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง ด้านจิตใจ (Mental)คือการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี ด้านสังคม (Social) คือความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ(กฤษดา ทองทับ,โรงพยาบาลมนารมย์)

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation พ.ศ. 2568 “ไม่เอา 3 อ.” ได้แก่ “ไม่เอาอัมพฤกษ์อัมพาต”,“ไม่เอาอาการ”, “ไม่เอาอ้วนและอื่นๆ”

“ไม่เอาอัมพฤกษ์อัมพาต” เป็นเรื่องที่สำคัญควรคำนึงถึงเป็นอันดับแรกในการดูแลรักษาผู้ป่วยการป้องกันอัมพฤกษ์อัมพาตนั้นสามารถทำได้โดยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่ออัมพฤกษ์อัมพาตร่วมกับการดูแลผู้ป่วยในแบบองค์รวม

“ไม่เอาอาการ” คือการลดอาการของผู้ป่วยที่เกิดจากหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว ได้โดยการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ (rate control) หรือการควบคุมจังหวะหัวใจให้ปกติ (rhythm control) ในปัจจุบันการรักษา โดยการควบคุมจังหวะหัวใจให้ปกติ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการเป็น AF (early AF) ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาหรือการทำcatheter ablation มีหลักฐานเชิงประจักษ์ลดการเป็น AF แล้วยังสามารถลดความเสี่ยงของอัมพฤกษ์อัมพาต อัตราการเสียชีวิต และหัวใจล้มเหลวได้เช่นกัน ผู้ป่วยที่ควรควบคุมจังหวะหัวใจให้ปกติเหล่านี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุไม่มาก ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมน้อย ผู้ป่วยที่ขนาดของหัวใจห้องบนหรือล่างซ้ายไม่โตผิดปกติมากนัก

“ไม่เอาอ้วนและอื่นๆ” หรือการรักษาโรคร่วมนั้น การควบคุมดูแลโรคร่วมสามารถลดการเป็น AF ได้และส่งผลให้ความเสี่ยงที่ตามมาจาก AF ลดลงได้เช่นกัน เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำโรคร่วมที่มีหลักฐานชัดเจนว่าสามารถลดการเกิด AF ได้ คือ “3อ3H” ได้แก่ โรคอ้วน การออกกำลังกายที่เหมาะสม ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมเบาหวาน (hemoglobin A1c) การรักษา ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) และควบคุมความดันโลหิตสูง (hypertensin)(ธัชพงศ์ งามอุโฆษ,2567)

การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยจากระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลันไปสู่ระยะฟื้นฟูสภาพที่มีการดูแลตนเองที่บ้าน เป็นกระบวนการเชื่อมต่อการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยการวางแผนจำหน่ายมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย และสอดคล้องกับความต้องของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษา กระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(ณัฏฐธิดา พัฒนจักร,2565)

การวางแผนจำหน่ายแบบD-METHOD(อัมพร ไหลประเสริฐ, 2559) สามารถสรุปได้ดังนี้

D: Disease การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการของโรค

M: Medication ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด ทั้งชื่อของยา การออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ยา วิธีการใช้ยา ขนาดและปริมาณของยา จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้ยาข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา รวมถึงข้อห้ามข้อควรระวังสาหรับการใช้ยา

E: Environment and economicผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้ และสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเอง

T: Treatment ผู้ป่วยและญาติต้องรับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การเฝ้าระวัง สังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และสามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินได้นอกจากนี้ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการและแก้ไขกับปัญหา หรืออาการผิดปกติและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

H: Health ผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจากัดอะไรบ้าง เข้าใจถึงผลกระทบของภาวการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทั้งด้านผลกระทบด้านจิตใจ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจาวัน ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องกลายเป็นผู้ที่พึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ป่วยและญาติต้องสามารถปรับตัวปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจากัดด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสามารถปรับตัวในการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพหลังจากการเจ็บป่วย และมีความรู้ความสามารถที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

O: Outpatient referral ผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามที่แพทย์นัด รู้ข้อมูลแหล่งขอความช่วยเหลือ หรือแหล่งประโยชน์ในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น รวมถึงการส่งต่อข้อมูลแผนการดูต่อเนื่องและการสรุปผลการดูแลไปยังเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติสามารถขอความช่วยเหลือได้เวลาเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

D: Diet ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และมีความเข้าใจ สามารถที่จะเลือกรับประทานอาหาร และสามารถประกอบอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค และข้อจำกัดด้านสุขภาพของตนเอง ทั้งยังต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดรับประทานอาหารที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว โดยบูรณาการแนวทางเดิมและเพิ่มการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับการวางแผนจำหน่าย (DMETHOD) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเมื่อกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ และเป็นต้นแบบให้หน่วยงาน อื่น ๆ สามารถนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน

3.3 ข้อเสนอ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว โดยเริ่มขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านรูปแบบเดิมประกอบไปด้วย ระยะวิกฤต (หาสาเหตุPrecipitating Factor, เฝ้าระวังbleeding, เพิ่มpumping, ระวังthrombusและphlebitis) พัฒนาเพิ่มการเตรียมจำหน่ายเมื่อพ้นวิกฤตโดย 1.การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2.การวินิจฉัยปัญหาสภาวะสุขภาพ และความต้องการการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา 3.วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยใช้ DMETHOD 4.ให้ความรู้ สอน สาธิต คำแนะนำ คำปรึกษา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 5. ประเมินผลโดยประเมินจากทักษะและความรู้ของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การสังเกตการสอบถาม การทวนสอบ และการทดลองให้ปฏิบัติ หากผลประเมินไม่ผ่าน ย้อนกลับไปวางแผนจำหน่ายใหม่

วัตถุประสงค์

1. มีรูปแบบในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว
2. ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยภาวะกำเริบของโรค
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนเมษายน 2569 – มกราคม 2570

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสอยดาว
2. ผู้ป่วย/หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน									
	เม.ย. 69	พ.ค. 69	มิ.ย. 69	ก.ค. 69	ส.ค. 69	ก.ย. 69	ต.ค. 69	พ.ย. 69	ธ.ค. 69	ม.ค. 70
1. วิเคราะห์ข้อมูล สถิติจำนวนผู้ป่วย	←									
2. ศึกษาข้อมูลข้อมูลและจัดทำรูปแบบ		←	→							
3.ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร				↔						
4.ทดลองใช้รูปแบบ					←			→		
5. ติดตามผลการใช้รูปแบบ									←	→

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบของหัวใจห้องบนเต้นระริกลดลง
3. อัตราการมารักษาด้วยภาวะเลือดออกในสมอง และหัวใจวายในผู้ป่วยหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วลดลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันผู้ป่วยหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว น้อยกว่าร้อยละ 10
2. อัตราการมารักษาด้วยภาวะเลือดออกในสมองผู้ป่วยหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว น้อยกว่าร้อยละ 10
3. อัตราการมารักษาด้วยภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว น้อยกว่าร้อยละ 10
4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว มีความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ) .....

(นางปราณี นามประดิษฐ์) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 8 / ก.ค. / ๖๙