

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 20 พฤศจิกายน 2549 ถึงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2549)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ
2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรักษา การพยาบาล
3. กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม
4. ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาและการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ใช้ยา

ลาซิกซ์ (Lasix), แอสไพริน (aspirin), ซิมวาสเตติน (simvastatin), โมโนลิน (Monolin) ไอซอร์ดีล (Isordil), อินาริล (Enaril), เอทีแวน (Ativan), แคปโทพริล (Captopril), อิน็อกซาพาริน (Enoxaparin) และซีโนคอต (Senokot)

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

### 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา :

หญิงไทยอายุ 82 ปี สถานภาพสมรส หม้าย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพพนักงาน ไม่มีรายได้ ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้ายมาก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ มีอาการอ่อนเพลีย แขนขาทั้งสองเคลื่อนไหวได้น้อย ไม่ค่อยมีแรง ปลายมือปลายเท้าเย็นและซีด รู้สึกตัวดี วัดอุณหภูมิร่างกายได้ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 107/83 มิลลิเมตรปรอท ได้ออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหล 3 ลิตร ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า ST ลดต่ำลง ในลีด V1 - V6 และผลการส่งตรวจระดับค่าแอนไซม์กล้ามเนื้อหัวใจ พบว่า ระดับ troponin - T มีค่ามากกว่า 2.0 ซึ่งค่าปกติคือมีค่าเป็นผลลบ (negative) ระดับค่า CPK เท่ากับ 279 ซึ่งมากกว่าค่าปกติ (24-195 u/l) และระดับค่า CK - MB มีค่าเท่ากับ 26 ซึ่งมากกว่าค่าปกติอยู่ระหว่าง (0-25 u/l) แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในส่วนของผนังด้านหน้าและด้านข้าง โดยให้การรักษาทันทีด้วยยาไอซอร์ดีล 10 มก ได้ลิ้น และ แอสไพริน 100 มก. ให้ยาละลายลิ่มเลือด และให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาลดแรงต้านทานการบีบตัวของหัวใจ พร้อมทั้งเฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด  
รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2549  
วันที่รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2549 เวลา 23.00 น.

### การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนที่ผิดปกติ 9 แบบแผนดังนี้

### 1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ :

ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้มีสุขภาพดีมาตลอด แข็งแรง ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และปฏิเสธการแพ้สารเคมี อาหาร หรือยาใด ๆ

อาการสำคัญ : 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้ายมาก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บุตรสาวได้นำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บในอดีต : ปฏิเสธการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว : บิดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มารดาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 มีพี่น้อง 2 คน

การตรวจร่างกายพบว่า รู้สึกตัวดี หายใจหอบเหนื่อย มีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้ายมาก อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 107/83 มิลลิเมตรปรอท มีอาการอ่อนเพลีย แขนขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวได้น้อย ไม่ค่อยมีแรง ปลายมือปลายเท้าเย็นและซีด ที่แขนข้างซ้ายเปิดหลอดเลือดดำคาเข็มไว้ฉีดยา

ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ไม่มั่นใจว่าจะรักษาหายหรือไม่ กลัวเสียชีวิต

### 2. โภชนาการและการเผาผลาญ :

ในภาวะปกติรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ รับประทานอาหารทุกชนิด ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร คีมน้ำวันละ 8 - 10 แก้ว ขณะนี้แพทย์ให้รับประทานอาหารรสชาดอ่อนจืด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 20 พฤศจิกายน 2549 พบว่า

การตรวจโลหิตวิทยา : Hb มีค่าเท่ากับ 10.5 g/dl, Hct มีค่าเท่ากับ 32 เปอร์เซ็นต์

การตรวจเคมีคลินิก : sodium มีค่าเท่ากับ 127 mmol/L, potassium มีค่าเท่ากับ 4.1 mmol/L, chloride มีค่าเท่ากับ 100 mmol/L, bicarbonate มีค่าเท่ากับ 21 mmol/L, FBS มีค่าเท่ากับ 127 mg/dl, BUN มีค่าเท่ากับ 16 mg/dl, creatinine มีค่าเท่ากับ 0.9 mg/dl, cholesterol มีค่าเท่ากับ 164 mg/dl

การตรวจเอนไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ : CK-MB มีค่าเท่ากับ 279 (u/l), CPK มีค่าเท่ากับ 26 (u/l), troponin - T มีค่ามากกว่า 2.0 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด : ST ลดต่ำลง (depression) ใน ลีด V1 - V6

### 3. การขับถ่าย :

ก่อนเจ็บป่วยถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ไม่เสບขัด ขณะนี้ยังไม่ถ่ายอุจจาระ ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส มีจำนวนปัสสาวะ 2,000 มิลลิลิตร

### 4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย :

ก่อนเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ หลังเข้ารับการรักษาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองใน การทำกิจวัตรประจำวันได้ เคลื่อนไหวได้น้อย อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก และมีอาการหอบเหนื่อย

#### 5. การพักผ่อนนอนหลับ :

ปกตินอนวันละ 6 ชั่วโมง ตั้งแต่ 22.00 น. - 04.00 น. หลังเข้ารับการรักษาอนไม่ค่อยหลับเพราะ ไม่สุขสบาย เจ็บหน้าอก เคลื่อนไหวลำบาก และไม่คุ้นเคยกับสภาพหอผู้ป่วย กลางคืนนอนหลับได้ ประมาณ 3-4 ชั่วโมง กลางวันหลับ ๆ ตื่น ๆ

#### 6. ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ :

รู้สึกตัวดี ตอบโต้ได้ตามปกติ รู้สึกเจ็บบริเวณหน้าอกด้านซ้ายในระดับ 9-10 (scale 0-10) ทรมาน มาก อ่อนเพลีย แขน-ขาไม่ค่อยมีแรง ผิวหนังขึ้น ปลายมือปลายเท้าเย็นและซีด

#### 7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ :

รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ กลัวว่าจะเกิดอันตราย หัวใจหยุดเต้นจนเสียชีวิต

#### 8. บทบาทและสัมพันธภาพ :

ผู้ป่วยเป็นนักบวช ซึ่งจะมาเยี่ยมบุตรสาวที่พักอาศัยในเขตหนองจอกประมาณเดือนละครั้ง ไม่มี รายได้เป็นของตนเอง เจ็บป่วยในครั้งนี้ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาตนเอง

#### 9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

เป็นวัยหมดประจำเดือน อวัยวะเพศปกติ ไม่มีบวมแดง ลักษณะทางเพศตามวัยปกติ

#### 10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด :

เป็นคนที่เคารพศรัทธาของบุคคลรอบตัว เวลามีปัญหาจะนั่งสมาธิทำจิตใจให้สงบ หลังจากเจ็บป่วยมี สิหน้าวิตกกังวล สับสน และท้อแท้ ไม่มั่นใจว่าจะรักษาหายหรือไม่ กลัวเสียชีวิต

#### 11. ค่านิยมและความเชื่อ

นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเกี่ยวกับผลของการทำความดีและความชั่ว

#### พยาธิสรีรภาพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดโลหิตเป็นเวลานาน ๆ จะหลั่งสารอะดีโนซีน (adenosine) และ เลคเทรต (lactate) ไปกระตุ้นบริเวณปลายประสาทนั้น ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้าย และ บริเวณที่เจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเจ็บร้าวไปบนทรวงอกระดับ C<sub>7</sub> ถึง T<sub>4</sub> ซึ่งหมายถึงเจ็บร้าวไป ที่ขากรรไกรล่าง คอ และแขน ในขณะที่เกิดอาการเจ็บหน้าอกโดยปราศจากความเจ็บปวดจะทำให้มีอาการ อ่อนเพลียร่วมด้วย ซึ่งเป็นการตอบสนองของประสาทพาราซิมพาเธติก (parasympathetic) และจะไป กระตุ้นประสาทซิมพาเธติก (sympathetic) ให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) มีผลทำให้หัวใจเต้น เร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น และซีด เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจหดตัว อาการจะสัมพันธ์กับการทำงานของ กล้ามเนื้อหัวใจที่ผิดปกติ คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ทำให้โลหิตที่ออกมาในแต่ละ ครั้งจะลดลง ปริมาตรและความดันในหัวใจห้องล่างขณะคลายตัวก็จะเพิ่มขึ้น ความดันในหัวใจห้องล่างซ้าย

จึงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจยืดหยุ่นไม่ดีตามไปถึงหัวใจห้องบนซ้าย และเส้นโลหิตดำปัลโมนารี (pulmonary) ซึ่งหมายถึงการยืดขยายของปอดผู้ป่วยก็ลดลง หายใจเร็ว ตื่น หอบเหนื่อยและหายใจลำบากมีของเหลวคั่งในปอดของผู้ป่วย แสดงถึงการนำไปสู่ภาวะของน้ำท่วมปอด

### การรักษา

ได้รับยาลาซิกซ์ ขนาด 40 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดโลหิตดำ ทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 2 วันและได้รับยาอินอกซาพาริน ขนาด 0.4 มิลลิกรัม ฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 5 วันและได้รับยาซิมวาสแตติน , ยาโมโนลิน , ยาไอซอร์คิล , ยาอินาริล , ยาเอทีแวน , ยาซีโนคอต, แอสไพรินและยาแคปโทพริว รับประทานอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที และเปิดหลอดเลือดดำคาเข็มไว้ฉีดยา

### การพยาบาล

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะความเจ็บป่วยขั้นวิกฤตและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากรชาวไทย ซึ่งข้อสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ ให้โลหิตมาไหลเวียนในหลอดเลือดที่อุดตันได้ใหม่หรือมีโลหิตกลับมาเลี้ยงหัวใจให้เร็วที่สุด ดังนั้นพยาบาลต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา เพื่อรวบรวมข้อมูล นำไปสู่การประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพยาบาล ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหายกลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็วอย่างปลอดภัย และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างเดิมหรือใกล้เคียง

ในระหว่างที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ได้ให้การดูแลรักษาพยาบาลตามปัญหาการพยาบาลของผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดโลหิตจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากปริมาณโลหิตออกจากหัวใจลดลง
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะโลหิตออกเนื่องจากได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของโลหิต
5. ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย
6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลง และจากการมีปริมาณโลหิตออกจากหัวใจลดลง
7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะท้องผูก เนื่องจากนอนพักบนเตียงและถูกจำกัดกิจกรรม
8. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลว่าชีวิตจะไม่ปลอดภัย ถ้าต้องย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีดังนี้

## 1. ด้านร่างกาย

- 1.1 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
- 1.2 ดูแลให้ออกซิเจน พร้อมทั้งวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในโลหิตทุก 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง
- 1.3 วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก  $\frac{1}{2}$  - 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการเจ็บหน้าอกหรือมีการเปลี่ยนแปลง
- 1.4 ติดตามแผนการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด และบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 ลีด
- 1.5 สังเกต สอบถาม ลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาและปัจจัยที่ส่งเสริมอาการเจ็บหน้าอก บันทึกและรายงานแพทย์
- 1.6 ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาละลายลิ่มโลหิต ยาต้านเกล็ดโลหิต ยาต้านการแข็งตัวของโลหิต ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนโลหิต ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด
  - 1.6.1 ยาละลายลิ่มโลหิต ยาต้านเกล็ดโลหิต ยาต้านการแข็งตัวของโลหิต สังเกตอาการข้างเคียงได้ คือ เกิดภาวะโลหิตออกง่าย เช่น มีโลหิตออกใต้ผิวหนัง เป็นจ้ำโลหิต โลหิตออกตามไรฟัน โลหิตออกในกระเพาะอาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนเป็นสีน้ำตาลหรือเป็นโลหิต ปัสสาวะเป็นโลหิต อุจจาระสีดำ ถ้าโลหิตออกในสมอง มีอาการปวดศีรษะ สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ปฏิกริยาต่อแสงของรูม่านตาลดลง เป็นต้น
  - 1.6.2 ยาปรับการทำงานของหัวใจและหมุนเวียนโลหิต สังเกตอาการข้างเคียงได้ คือ ปวดศีรษะ หน้ามืด ตาลาย ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าลง ไตเสียหายที่ส่งผลให้ค่า BUN และ creatinine สูงขึ้น
  - 1.6.3 ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ สังเกตอาการข้างเคียงได้ คือ อาการเวียนศีรษะ มึนงง สับสน หูอื้อ ชาบริเวณรอบปาก กล้ามเนื้อกระตุก ชัก เป็นต้น
- 1.7 เตรียมยา และอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้ทันที เช่น เครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจ
- 1.8 สังเกตอาการ อาการแสดง ของภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างทันทั่วทั้งที่ บันทึกและรายงานแพทย์
  - 1.8.1 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น หัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลา ((premature ventricular contraction หรือ PVC)) หัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลาติด ๆ กันมากกว่า 3 ครั้งต่อนาที (ventricular tachycardia หรือ VT) หัวใจห้องล่างเต้นเร็ววิ่ว (ventricular fibrillation หรือ VF) เป็นต้น
  - 1.8.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น มีอาการอ่อนเพลีย หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้

หัวใจเต้นเร็วขึ้น บิบตัวแรงขึ้น มีอาการบวม เป็นต้น

1.8.3 ภาวะช็อคจากหัวใจ เช่น ผิวหนังเย็นชื้น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น

1.8.4 การมีก้อนลิ้มโลหิตอุดตัน เช่น คลำชีพจรส่วนปลายได้เบาลง หรือไม่ได้เลย ปลายขาเขียวซ้ำ ปวดขา เป็นต้น

1.9 ดูแลให้ได้สารน้ำและสารอาหารตามความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และสถานะของโรค พร้อมทั้งบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายตามแผนการรักษา

1.10 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระปกติ โดยให้รับประทานผักผลไม้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา

1.11 ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบมีอากาศถ่ายเทสะดวก

1.12 เฝ้าระวังโลหิตส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น ตรวจเอนไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ ตรวจค่าการแข็งตัวของโลหิต ตรวจเคมีคลินิก เป็นต้น

## 2. ด้านจิตใจ

2.1 ให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติด้วยความเป็นกันเอง ความเป็นมิตร และมีความสม่ำเสมอในปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยและญาติ

2.2 ให้ความเคารพ และยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง

2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง ก่อนให้การรักษาพยาบาล

2.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ และยอมรับสภาพความเจ็บป่วย

2.5 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และตอบสนองตามความเหมาะสม

## 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 เลือกโรคที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่รับผิดชอบในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยเลือกโรคที่น่าสนใจ โดยพิจารณาถึงความรุนแรงของโรคที่สามารถนำไปสู่อันตรายถึงชีวิต

4.2.2 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการติดตามอาการ การรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

4.2.3 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลผู้ป่วย จากตำรา เอกสารทางวิชาการต่างๆ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วย

4.2.4 นำข้อมูลและปัญหาต่าง ๆ มาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

4.2.5 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้

4.2.6 เรียบเรียงเนื้อหา สรุปปัญหาการพยาบาล เรียงลำดับความสำคัญ รวมทั้งคำแนะนำ และข้อเสนอแนะ

4.2.7 นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมเป็นเอกสาร แล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบ ทบทวน ความถูกต้องและความเหมาะสมของผลงาน

4.2.8 ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตัวอักษร และรูปแบบทั้งก่อนพิมพ์และหลังพิมพ์ เอกสาร

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้เสนอขอเป็นผู้ปฏิบัติทั้งหมดทุกขั้นตอน ร้อยละ 100

## 7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตาม และประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน และได้เยี่ยมชม ติดตามอาการหลังย้ายหอจำนวน 1 ครั้ง พบว่ามีปัญหาทั้งหมด 8 ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมด โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จนไม่มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคที่มีอยู่เดิม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ พยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการ ปฏิบัติตัวทั้งในขณะที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยก็สามารถปฏิบัติตาม คำแนะนำได้ดี ตอบข้อซักถาม และมีความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง และพยาบาลได้ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขอรับบริการจากแหล่งประโยชน์อื่นที่อยู่ใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการ สาธารณสุข โดยประสานงานกับกลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อทำการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพิ่มคุณภาพให้บริการทางการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาลขณะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหนองจอก
3. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดีขึ้นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
4. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
5. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและประทับใจในการได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าสาเหตุของความเจ็บป่วย เนื่องมาจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และญาติยังไม่ให้ความสำคัญในการรักษา และจากการที่ผู้ป่วยเป็นนักบวชทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง

ทั้งด้านการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การลดอาหารไขมัน การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันน้อย ทำให้พยาธิสภาพของโรคเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำหรือ กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายอยู่เดิมขยายตัวกว้างออกไป ผลจะนำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากยิ่งขึ้น

#### 10. ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อผู้ป่วยที่น่าสงสัยว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มาที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วยและการจัดการผู้ป่วย ควรเริ่มอย่างรวดเร็วภายใน 10 นาที และไม่ควรเกิน 20 นาที เพื่อให้โลหิตไหลเวียนผ่านตำแหน่งที่อุดตันในหลอดเลือดอย่างรวดเร็วที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้
2. ควรมีการเตรียมความพร้อมของ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในทุกหน่วยงานที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ
3. กระตุ้นให้บุคลากรทีมสุขภาพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทบทวนกิจกรรมที่ 1 การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้ C3THER ของการทบทวน 12 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
4. ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (clinical nursing practice guideline : CNPG) เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
5. มีการประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมให้ประชาชนในเขตหนองจอก ได้ตระหนักและมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ของตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข  
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....นางสาวกนกวรรณ มงคล.....

(นางสาวกนกวรรณ มงคล)

ผู้ขอรับการประเมิน

20 พ.ศ./2550.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นางสมบุรณ์ คุณวิโรจน์พานิช.....

(นางสมบุรณ์ คุณวิโรจน์พานิช)

ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

20 พ.ศ./2550

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

ลงชื่อ.....นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์.....

(นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจอก

20 พ.ศ. 2550.....

## บรรณานุกรม เรื่องที่ 1

- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และการพยาบาล. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2537). คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ EKG เบื้องต้น. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- \_\_\_\_\_ . (2543). คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- นิธิ มหานนท์ และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2543). Medical management in acute coronary syndrome. ใน สุนิรัตน์ คงเสรีพงศ์ และสุชัย เจริญรัตนกุล. (บรรณาธิการ), เวชบำบัดวิกฤต 2000. กรุงเทพฯ: ฮั้วน้ำพรีนติ้ง.
- ปราณี ฑูไพบเราะ. (2548). คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: L.T.Press.
- ปิยะมิตร ศรีธรา. (2549). โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดโลหิต. ใน การประชุมวิชาการเภสัชศาสตร์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: นิเวไทยมิตรการพิมพ์ (1996).
- พิกุล ดันติธรรม. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภากการพิมพ์.
- เพ็ญศิริ สันตโยภาส และ พวงผกา กรีทอง. (2544). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน จิตรา กุสมภ์. (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- วารุณี มีเจริญ. (2550). แนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. สระบุรี: โรงพิมพ์ปากเพรียวการช่าง 2.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2546). การรับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด และแรงจูงใจของพยาบาลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2541). ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ (บรรณาธิการ). หนังสือคู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.
- สรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2542). คลื่นไฟฟ้าหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ และดำรงส ตริสุโกศล (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.

- อัจฉรา เสดุทธิพิทักษ์. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สิวังทรานส์มีเดีย.
- Anderson, H.V. and Willerson, J.T. (1993). Throbolysis in acute myocardial infarction. The NewEngland Journal of medicine, 329 (10), pp. 703-709.
- Martinez, L.Q. and House-Fancher, M.A. (2000). Nursing management : coronary artery disease. In Lewis, S.M., Heitkemper, M.M. and Birksen, S.R. (Ed.) Medical surgical nursing : Assessment and management of clinical problems. 5th ed. St.Louis : Mosby.
- Porth, C.M. (1998). Pathophysiology : concept of altered health states. 5th ed. Philadelphia: lippincott.
- Ryan, T.J. and et al. (1996). ACC / AHA guildlines for the management of patients with acute myocardial infarction : A report of the American College of Cardiology / American Heart Association task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial infarction). Journal of American College of Cardiology. 28 (5), 1328.
- Sabatine, M.S., Ogara. P.T. and Lilly. L.s. (1998). Pathophysiology of heart disease. 2nd ed. Philadelphia: Baltimore.
- Wood, S.L. and et at. (1995). Cardiac nursing. 3rd ed. Philadelphia: lippincott.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น**  
**ของ นางสาวกนกวรรณ มงคล**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)  
 (ตำแหน่งเลขที่ รพน. 57) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหนองจอก สำนักงานแพทย์  
 เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

**หลักการและเหตุผล**

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความไวต่อการติดเชื้อ และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ร่างกาย แสดงถึงการนำไปสู่แนวทางของการติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นการติดเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุด พบได้ประมาณร้อยละ 40 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิต และเสียชีวิต ประมาณร้อยละ 70-80 ของการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ และจากการศึกษาพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อจำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะนานขึ้น 1 วัน และหลังจากคาสายสวนปัสสาวะ 10 วัน พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2545 : 38)

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญของทุกโรงพยาบาล และนับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากปัญหาการดื้อยา ประกอบกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของโรงพยาบาล การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดปัญหาและผลกระทบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาลได้ จากสถิติข้อมูลการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาลหนองจอกในปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีทั้งหมด 10 ราย และหออภิบาลผู้ป่วยหนักพบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวนทั้งหมด 3 ราย ซึ่งการหาแนวทางเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นงานที่สำคัญในการทำทนายความรู้ความสามารถของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่เอื้อให้เกิดการติดเชื้อ โดยบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดี กิจกรรมที่ควรดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก คือ การให้ความรู้แก่บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การแยกผู้ป่วยและการใช้

อุปกรณ์ป้องกัน การล้างมือ การป้องกันจากการคาสายสวนปัสสาวะ รวมทั้งการดูแลสิ่งแวดล้อมในหอ  
อภิบาลผู้ป่วยหนัก

ซึ่งผู้จัดทำเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ได้สรุปวิธีการเพื่อ  
พัฒนางานหรือปรับปรุงงานการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ให้มี  
ประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อการดูแลป้องกันและลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวน  
ปัสสาวะ ตลอดจนให้ญาติและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทั้งในขณะที่รักษาตัวอยู่ใน  
โรงพยาบาลและหลังจากกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดการติดเชื้อระบบ  
ทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่าง  
ต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าใจและปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
3. เพื่อให้ญาติเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล  
หนองจอก ประกอบด้วย

1. ประชุมชี้แจงบุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพทุกคน  
รับผิดชอบ เกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในแต่ละเวร โดยพยาบาล  
ควบคุมการติดเชื้อประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (infection control ward nurse : ICWN) รับผิดชอบ  
รวบรวมจำนวนวันและจำนวนผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ส่งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำ  
โรงพยาบาลทุกเดือน และคำนวณอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหออภิบาลผู้ป่วยหนักแต่ละ  
เดือน เพื่อแจ้งในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน

2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลป้องกันและลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะใน  
ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ร่วมกันในหน่วยงานผู้ป่วยในทั้งหมดของโรงพยาบาลหนองจอก ให้เป็นไป  
ในทางเดียวกันและใช้มาตรฐานเดียวกัน โดยหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้นำเสนอให้มีส่งตรวจปัสสาวะทาง  
ห้องปฏิบัติการ ในทุกรายที่คาสายสวนปัสสาวะหลัง 48 ชั่วโมง ซึ่งจัดทำสติกเกอร์สีต่างๆ ตามจำนวนวัน  
คือ วันจันทร์ แทน สีเหลือง, วันอังคาร แทน สีชมพู, วันพุธ แทน สีเขียว, วันพฤหัสบดี แทน สีส้ม,

วันศุกร์ แทน สีฟ้า, วันเสาร์ แทน สีม่วง และวันอาทิตย์ แทน สีแดง คิดที่ถูกรองรับปีสวาระตามวันที่  
ครบกำหนดส่งตรวจปีสวาระทางห้องปฏิบัติการ

3. ประสานงานกับทีมองค์กรแพทย์ คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ เพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางการ  
การวินิจฉัย และตรวจสอบเกณฑ์การตัดสินใจที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปีสวาระในผู้ป่วยที่คาสายสวน  
ปีสวาระ

4. มีการจัดทำแผนการสอนสุขศึกษา เรื่องการดูแลป้องกันและลดการติดเชื้อระบบทางเดิน  
ปีสวาระในผู้ป่วยที่คาสายสวนคาปีสวาระสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นแนวทาง  
เดียวกัน และมีมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลด  
การติดเชื้อระบบทางเดินปีสวาระได้มากขึ้น

5. เมื่อพบการติดเชื้อระบบทางเดินปีสวาระในผู้ป่วยที่คาสายสวนปีสวาระ ตามเกณฑ์การตัดสินใจ  
ว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินปีสวาระ จะนำข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยมาทำการวิเคราะห์หาปัญหา  
สาเหตุ แนวทางการแก้ไขและป้องกัน (root cause analysis) ต่อไป ในการประชุมของคณะกรรมการ  
ควบคุมการติดเชื้อประจำเดือน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถป้องกันการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปีสวาระในผู้ป่วยที่คาสายสวนปีสวาระ
2. สามารถลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้งสามารถลดภาระ  
ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและผู้ป่วยได้
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและประทับใจในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

#### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปีสวาระในผู้ป่วยที่คาสายสวนปีสวาระ มีอัตราน้อยกว่า  
10 ครั้ง ต่อ 1000 วันใส่อุปกรณ์

ลงชื่อ.....นางสาวกมล มงคล.....

(นางสาวกมลวรรณ มงคล)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....2.0.พ.ศ. 2550.....

## บรรณานุกรม เรื่องที่ 2

คุษฎี ดวงมณี. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ ๑ : วิทยาลัยแพทยศาสตร์

กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, เอกสารประกอบการอบรม, 2550.

วารุณี มีเจริญ. แนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3.

สระบุรี: โรงพิมพ์ปากเพรียวการช่าง 2, 2550.

อะเคื่อ อุณหเลขกะ. การติดเชื้อในโรงพยาบาล : ระบาดวิทยาและการป้องกัน. เชียงใหม่ :

โรงพิมพ์มิ่งเมือง, 2545.