

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๓๐๓/๓๙๑ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
และที่ กท ๐๓๐๓/๑๒๓๗ ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางสาววรินยุพา นามสกุล วรรณปะเก
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล
กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดุงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ภาคทฤษฎีตั้งแต่วันที่ ๒๙ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ภาคปฏิบัติตั้งแต่วันที่ ๑ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๑ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
จัดโดย มหาวิทยาลัยรังสิต ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ร่วมกับโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
และโรงพยาบาลเลิดสิน เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๕๕,๐๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดุงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณานำแบบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ วรินยุพา วรรณปะเก ผู้รายงาน
(นางสาววรินยุพา วรรณปะเก)



QR-Code รายงาน
รูปแบบ Ms – word



QR-Code รายงาน
อินโฟกราฟิก

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางสาววรินยุพา วรรณปะเก.....

อายุ.....๓๕.....ปี การศึกษา.....ปริญญาตรี.....พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....-

๑.๒ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....เป็นพยาบาลวิชาชีพวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
สามัญชั้น ๙ ให้การพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตกแต่ง และ
ศัลยกรรมทางระบบประสาท การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย
ร่วมกับญาติและสหสาขาวิชาชีพร่วมไปถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย ดังนี้ คณะอนุกรรมการ ACS
Link Nurse คณะอนุกรรมการ Pain management คณะอนุกรรมการประสานงานความเสี่ยงระดับ
หน่วยงาน คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ไอวีและวัณโรคในโรงพยาบาลกลาง.....

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....การพยาบาลเฉพาะทาง.....

สาขา.....การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ).....

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....๕๕,๐๐๐.....บาท

ระหว่างวันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗ ถึง ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ และ ๑ เมษายน

พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๑ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ สถานที่ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยรังสิต ร่วมกับโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลเลิศสิน.....

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

(ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ ๔

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกอบรม/ ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักการแพทย์และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ ความสามารถ และทักษะเฉพาะด้านเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
(ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)แก่ตนเองแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อสามารถจัดการทางการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวได้
อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

๓. เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต(ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)ให้กับบุคลากรใน
หน่วยงานแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๒ เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรม

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ที่เจ็บป่วยภาวะฉุกเฉิน เจ็บพลัน มีปัญหาซับซ้อนและคุกคามต่อชีวิต มีความต้องการการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงและราคาแพง และมีผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตนั้น พยาบาลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ นำไปสู่ความสามารถและทักษะเฉพาะสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ที่สามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานแบบวิชาชีพเฉพาะและแบบสหสาขาวิทยาการที่เป็นมาตรฐานสากล เพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการจัดหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลในหน่วยวิกฤต สามารถนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต สามารถเฝ้าระวัง ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ทางคลินิก และความต้องการการดูแลรักษาพยาบาล
๒. สามารถใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
๓. สามารถจัดการบรรเทาป้องกันความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคและการรักษาเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยยึดหลักการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ

รายละเอียดวิชา

๑. CCN ๐๐๑ นโยบายสุขภาพและระบบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Policy and health care system in critically ill patient)

- ๑.๑ วิเคราะห์ระบบสุขภาพและนโยบายระบบการบริการสุขภาพของผู้ป่วยวิกฤตได้
- ๑.๒ วิเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้
- ๑.๓ วิเคราะห์การจัดการทรัพยากรและเทคโนโลยีทางการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤตได้
- ๑.๔ วิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายบริการและกิจกรรมการพยาบาลในระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้
- ๑.๕ ระบุมาตรฐานและคุณภาพของหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤตได้
- ๑.๗ วิเคราะห์การบริหารจัดการหน่วยบริการวิกฤตได้

การจัดการโครงสร้างและทรัพยากรในหน่วยวิกฤต

การจัดการโครงสร้างและทรัพยากรในหน่วยวิกฤต แบ่งออกเป็น ๔ ส่วน ดังนี้

๑. โครงสร้างทางกายภาพ

- ๑.๑ ตำแหน่งหอผู้ป่วยเข้าถึงง่าย สะดวก เส้นทางเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานต่างๆ เช่น ห้องผ่าตัด ห้องเอกซเรย์ ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน ห้องเลือด เป็นต้น มีระบบปรับอากาศ/ระบบอากาศที่ดี

๑.๒ พื้นที่ใช้สอย มีการจัดแบ่งเขตสภปรก เขตสะอาด เขตควบคุม/เขตปลอดภัย ชัดเจน และแบ่งพื้นที่สำหรับ
ญาติ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย พื้นที่สนับสนุน เป็นสัดส่วน การสัญจรภายในแผนกคล่องตัว มีระบบเพลิงไหม้ตรงตาม
มาตรฐาน ระบบเสียงประกาศมีความดังชัดเจน ปรับระดับเสียงได้ ระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์ ระบบไฟฟ้า
และสื่อสาร ครบตามเกณฑ์หอผู้ป่วยหนัก

๒. ด้านบุคลากร อัตรากำลัง จำนวน สมรรถนะบุคลากร การควบคุม การจัดการเพื่อให้ได้มาตรฐาน

๓. การจัดการเทคโนโลยี เครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูง

๔. ความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการ

มาตรฐานและคุณภาพของหน่วยบริการผู้ป่วยหนัก

การบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เป็นการบริการพยาบาลที่บุคลากรพยาบาลให้การดูแล ผู้ป่วยที่มี
อาการหนักทุกประเภทที่รับไว้นอนในโรงพยาบาลในหออภิบาล ซึ่งอาจจะเป็นหออภิบาล อายุรกรรม
ศัลยกรรม หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนักเฉพาะทาง เช่น หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ เป็นต้น ขึ้นอยู่กับการบริหาร
จัดการในแต่ละโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลต้องใช้ ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
ภาวะวิกฤต/ฉุกเฉิน และได้รับการฝึกฝนทักษะพิเศษในการ ใช้เครื่องมือพิเศษในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต/
ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สามารถส่งต่อ
ผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วย

มาตรฐานหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย ๔ ส่วน

๑. ลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก มี ๒ หมวด

๑.๑ ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

๑.๒ การปรับปรุงผลการดำเนินงาน

๒. มาตรฐานการบริหารงานบริการพยาบาล ๗ หมวด

๒.๑ การนำองค์กร

๒.๒ การวางแผนยุทธศาสตร์

๒.๓ การมุ่งเน้นผู้ใช้บริการ

๒.๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

๒.๕ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

๒.๖ การจัดการกระบวนการ

๒.๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ

๓. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ๑๑ มาตรฐาน

มาตรฐานที่ ๑ การประเมินปัญหาและความต้องการ

มาตรฐานที่ ๒ การวินิจฉัยการพยาบาล

มาตรฐานที่ ๓ การวางแผนการพยาบาล

มาตรฐานที่ ๔ การปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานที่ ๕ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานที่ ๖ การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ ๗ การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ ๘ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ ๙ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรฐานที่ ๑๐ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ ๑๑ การบันทึกทางการแพทย์

๔. เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ๔ มิติ

มิติที่ ๑ ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ

มิติที่ ๒ ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล

มิติที่ ๓ ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

มิติที่ ๔ ด้านการพัฒนางานองค์กร

ลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก คือ ภาพรวมของงานบริการพยาบาล ผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินการและการปรับปรุงผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๑. ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักจะต้องอธิบายถึงสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการกิจ ของงาน ดังนี้

๑. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดแผนภูมิโครงสร้างการบริหารการพยาบาลเป็นปัจจุบัน ระบุหน่วยงานในความรับผิดชอบ สายการบังคับบัญชา และสายการประสานงานของหน่วยงานในความรับผิดชอบ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๒. ผู้บริหารสูงสุดของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถในการบริหารการพยาบาลงานผู้ป่วยหนักให้บรรลุตามพันธกิจและนโยบายขององค์กรพยาบาล และร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารขององค์กรพยาบาล

๓. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดลักษณะพื้นฐานของหน่วยงาน ที่ครอบคลุม ประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๓.๑ วัฒนธรรมของหน่วยงานที่ครอบคลุมหน่วยบริการย่อยในความรับผิดชอบ และครอบคลุมงานบริการพยาบาลพิเศษที่ผู้บริหารมอบหมายให้ดูแล

๓.๒ เป้าประสงค์หลักของการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กรพยาบาล

๓.๓ พันธกิจของงานที่สะท้อนให้เห็นถึงการบริหารและการจัดระบบบริการและกระบวนการพัฒนางานบริการพยาบาล

๓.๔ ค่านิยมของงานบริการผู้ป่วยหนัก (Value) ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่า ในการให้บริการที่ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ตามบริบทของหน่วยงาน เช่น

๓.๔.๑ ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus)

๓.๔.๒ การบริการที่เป็นเลิศและปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ (Excellence and Safety)

๓.๔.๓ การทำงานเป็นทีม (Teamwork)

๓.๔.๔ คุณธรรมและจริยธรรมการให้บริการ (Integrity)

๓.๔.๕ ความเป็นอิสระทางวิชาชีพ (Autonomy)

๓.๔.๖ องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

๓.๔.๗ การเป็นผู้นำ (Leadership)

๔. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดขอบเขตการบริการของหน่วยงานที่เป็น ปัจจุบันและครอบคลุมการให้บริการพยาบาล ดังนี้

๔.๑ การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักในภาวะปกติ

๔.๒ การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักในภาวะฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุหมู่ อุบัติภัยหมู่

๔.๓ การติดตามประเมินผลการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน

๕. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดขอบเขตการบริหารงานครอบคลุมการ ให้บริการพยาบาลในประเด็นดังต่อไปนี้

- ๕.๑ การกำหนดนโยบายและทิศทางการจัดบริการพยาบาล
- ๕.๒ การกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
- ๕.๓ การจัดการและการพัฒนากำลังคนด้านการพยาบาล
- ๕.๔ การจัดการทรัพยากรเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ และงบประมาณ
- ๕.๕ การบริหารจัดการต้นทุนด้านการพยาบาล
- ๕.๖ การติดตาม กำกับการปฏิบัติงานของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- ๕.๗ การจัดการความปลอดภัย
- ๕.๘ การวิจัยและพัฒนาวิชาการพยาบาล
- ๕.๙ การสนับสนุนการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
- ๕.๑๐ การสนับสนุนการน าภูมิปัญญาไทยมาใช้
- ๕.๑๑ การสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรในชุมชนและสังคม
- ๕.๑๒ การประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของหน่วยงาน

๖. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดแนวทางและกระบวนการให้บริการพยาบาล แก่ผู้ใช้บริการที่ครอบคลุมการบริการพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งการประสานการบริการการดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เช่น ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน เป็นต้น

๗. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ระบุลักษณะโดยรวมของบุคลากรทางการพยาบาล ตามความเป็นจริงในปัจจุบัน ตามภาระงานและครอบคลุมงานบริการพยาบาลพิเศษ เพื่อให้ มองเห็นภาพรวมของงาน โดยกำหนดให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๗.๑ ช่วงอายุ เพศ วุฒิการศึกษา
- ๗.๒ ความหลากหลายของบุคลากรในสายงานและหน้าที่ เช่น ความแตกต่าง ทางด้านวัฒนธรรมและสายงานต่าง ๆ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงาน
- ๗.๓ ข้อกำหนดพิเศษทางด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอื่น ๆ เช่น บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรคติดต่อ จำเป็นต้องได้รับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

๘. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดทรัพยากรด้านการจัดการที่สำคัญที่มีผล ต่อการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้

- ๘.๑ สถานที่เฉพาะในการให้บริการ
- ๘.๒ จุดที่ให้บริการต่าง ๆ
- ๘.๓ เครื่องใช้สำนักงาน และเครื่องคอมพิวเตอร์
- ๘.๔ เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์
- ๘.๕ เทคโนโลยีต่าง ๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ
- ๘.๖ ทรัพยากรด้านการจัดการอื่น ๆ ที่สำคัญ

๙. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดกฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ รวมทั้ง กฎหมายต่าง ๆ ที่หน่วยงานใช้เป็นกฎระเบียบพิเศษ และมีความสำคัญต่องานหลักของหน่วยงาน (ไม่รวมกฎระเบียบทั่วไปที่บังคับกับทุกส่วนราชการ) โดยครอบคลุมกฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ เช่น

- ๙.๑ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๔๐
- ๙.๒ แนวทางปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพของบุคลากรทางการพยาบาล
- ๙.๓ แนวทางปฏิบัติด้านสิทธิผู้ป่วยสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล
- ๙.๔ ระเบียบและข้อบังคับอื่น ๆ ที่สำคัญสำหรับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลแต่ละแห่ง

๒. การปรับปรุงผลการดำเนินงานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

๑. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินการ ของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้ Public Sector Management Quality Award (PMQA), Nursing Quality Assurance (QA) เป็นต้น

๒. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดแนวทางการประเมินและปรับปรุง กระบวนการทำงานหลักอย่างเป็นระบบ เช่น การวัดจากจุดคุ้มทุน การวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การลดค่าใช้จ่ายโดยยังคงรักษา ระดับคุณภาพ เป็นต้น

๓. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กำหนดแนวทางในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ภายใน หน่วยงานอย่างเป็นระบบ เช่น แนวทางการจัดการความรู้ภายในองค์กร (Knowledge Management) การ ทบทวนผลการดำเนินงานที่มีปัญหาต่าง ๆ เป็นต้น

กฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

กฎหมาย หมายถึง กฎเกณฑ์ คำสั่งหรือข้อบังคับ ที่ถูกตั้งขึ้นโดยรัฐ หรือผู้มีอำนาจสูงสุดเพื่อใช้เป็นเครื่องมือ สำหรับดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายอย่างหนึ่งอย่างใดของสังคม และมีสภาพบังคับเป็นเครื่องมือในการทำให้ บุคคลในสังคมต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ คำสั่ง หรือข้อบังคับนั้น

กฎหมายสำคัญที่พยาบาลควรรู้

๑. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐

๒. พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๐

๓. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๕๐

๔. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๔๕

๕. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๖. พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๗. คำประกาศ “สิทธิ” และ “ข้อพึงปฏิบัติ” ของผู้ป่วย (ฉบับวันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๕๘ ออกและรับรองโดย ๖ สภาวิชาชีพ)

๘. พระราชบัญญัติครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒

๙. พระราชบัญญัติครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑

๑๐. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐

๑๑. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

๑๒. พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๙

- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดทางละเมิดของ เจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๙

๑๓. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘

จริยธรรม คือ หลักเกณฑ์ในการประพฤติปฏิบัติของมนุษย์ เพื่อดำรง หรือพิทักษ์ความจริง ความดี ความถูกต้อง ซึ่งหลักจริยธรรม ที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย

๑. การเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy) เอกลิทธิหรือความเป็นอิสระ หมายถึง การมีความเป็นส่วนตัว มีสิทธิในการปกครองตนเอง และมีอิสรภาพในการกระทำตามความปรารถนาของตนหลักการเคารพเอกลิทธิครอบคลุมทั้งการตัดสินใจและการกระทำลักษณะของการตัดสินใจอย่างอิสระ

๒. การทำประโยชน์ (beneficence) การทำประโยชน์ หมายถึง การทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์กับบุคคลอื่น การกระทำที่บ่งบอกถึงความรัก ความเมตตา กรุณา เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น

๓. การไม่ทำอันตราย (non maleficence) หลักการไม่ทำอันตราย หมายถึง การกระทำที่ไม่นำสิ่งเลวร้ายหรือสิ่งที่เป็นอันตรายมาสู่บุคคลอื่น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะตรงหรือทางอ้อม รวมทั้งการไม่ทำให้ผู้อื่นเสี่ยงต่อ อันตราย กฎเกณฑ์เกี่ยวกับการไม่ทำอันตรายผู้อื่น ประกอบด้วย ไม่ฆ่า ไม่ทำให้อับอาย ไม่ทำให้ไร้ความสามารถ ไม่ทำให้ปราศจากความสุข และไม่จำกัดอิสรภาพ ตัวอย่างการกระทำที่ผิดหลักจริยธรรมด้าน การไม่ทำอันตรายในการปฏิบัติกรพยาบาล เช่น การฉีดยาผิด การใช้คำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด กลัว เป็นต้น

๔. ความยุติธรรม (justice) หลักความยุติธรรม หมายถึง การปฏิบัติด้วยความเสมอภาคหรือเท่าเทียมกัน ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกันการกระทำของพยาบาลบนพื้นฐานหลักความยุติธรรม คือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงเพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพ สมรส การวินิจฉัยโรค หรือสถานะทางสังคม

๕. การพูดหรือการบอกความจริง (veracity or truth telling) บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับรู้ความจริง ไม่ถูกโกหกหลอกลวง ดังนั้นบุคคลจึงมีหน้าที่ที่ต้องพูดความจริงต่อกัน และไม่โกหกหลอกลวงผู้อื่น ทั้งคำพูดและการกระทำ

๖. ความซื่อสัตย์ (fidelity) หลักความซื่อสัตย์ เป็นความซื่อสัตย์ต่อพันธะของตน ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาสัญญา (promise keeping) และการปกปิดความลับ (maintaining confidentiality) พยาบาลจึงมีพันธะหน้าที่ที่จะต้องรักษาคำสัญญาที่ได้รับปากไว้ และไม่นำความลับของผู้ป่วยไปเปิดเผย

แนวคิดทางจริยธรรม (ethics concepts) สำหรับการส่งเสริมจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาล แนวคิดทางจริยธรรมที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลอย่างมี จริยธรรม ประกอบด้วย การทำหน้าที่แทน ความรับผิดชอบ ความร่วมมือ และความเอื้ออาทร ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

๑. การทำหน้าที่แทน (Advocacy) หมายถึง พยาบาลมีพันธะหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการที่แท้จริงของตนเอง รวมทั้งเป็นการกระทำเพื่อปกป้องพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยหรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์ตามสิทธิที่พึงได้รับ การปกป้องไม่ให้ผู้ใดละเมิดสิทธิของผู้ป่วย การให้ข้อมูลแก่ทีมสุขภาพถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นต้น

๒. ความรับผิดชอบ (Responsibility/accountability) Responsibility หมายถึง ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ การทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ ส่วนคำว่า accountability หมายถึง การรับผิดชอบต่อผลการทำหน้าที่ของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความเสียหายต่อผู้อื่น องค์กร สังคม จะต้องแสดงความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการกระทำนั้นพยาบาลมีความ รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยครอบคลุม การป้องกันความเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การเจ็บปวดบรรเทาทุกข์ทรมาน และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามขอบเขตจรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมาย

๓. ความร่วมมือ (Cooperation) หมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของบุคลากรในทีมสุขภาพโดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ พยาบาลต้องตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อ และเป้าหมายของทั้งตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ความร่วมมือในการทำงานของทีมสุขภาพ

จะส่งเสริมการสร้าง เครือข่ายที่จะให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน ช่วยให้การทำงานร่วมกัน เป็นไปอย่างราบรื่น มี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

๔. ความเอื้ออาทร (Caring) หมายถึง ความเป็นมิตร การเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน มีการแสดงออกที่อบอุ่น จริงใจ ท่วงไຍ เอาใจใส่ และมีน้ำใจต่อกัน การแสดงออกถึงความเอื้ออาทรของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยมีคุณค่าต่อ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หลักจริยธรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดความเอื้ออาทร คือหลักการทำ ประโยชน์และหลักความเคารพเอกลักษณ์

๒. CCN ๐๐๒ การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก (Advanced Health Assessment and Clinical Judgment)

๑.๑ การอธิบายแนวคิดและความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงในภาวะวิกฤต

๑.๒ การประเมินภาวะการทำงานล้มเหลวของระบบโดยการตรวจร่างกาย ได้แก่ ระบบการหายใจ หัวใจ หลอดเลือด ประสาทสมองและไขสันหลัง

๑.๓ การแปลผลเบื้องต้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

๑.๔ การประเมินภาวะสุขภาพและการตัดสินใจทางคลินิกในภาวะวิกฤต

๑.๕ การประมวลผลการประเมินสุขภาพในภาวะวิกฤตและบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ทบทวนโครงสร้างและสรีรวิทยาระบบหายใจ

๑. Conducting zone (Trachea - Terminal bronchioles) = ระบายอากาศ เข้า - ออก

๒. Respiratory zone (Respiratory bronchioles - Alveoli) = แลกเปลี่ยนก๊าซ

กลไกการหายใจ (Mechanism of Breathing) ประกอบด้วย

๑. การทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ

๒. ความแตกต่างของความดันบรรยากาศกับปอด

๓. ความสามารถในการขยายปริมาตรของปอด (Lung compliance)

๔. แรงต้านของทางเดินหายใจ (Airway resistance)

กระบวนการแลกเปลี่ยนก๊าซ ประกอบด้วย

๑. การระบายอากาศ (Ventilation)

๒. การไหลเวียนเลือดหรือการกำซาบเลือด (Perfusion)

๓. การแพร่ (Diffusion)

ระบบการหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure)

ระบบการหายใจล้มเหลว เป็นภาวะที่ระบบหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ระบายอากาศ และแลกเปลี่ยน ก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แบ่งประเภทตามสาเหตุการเกิดดังนี้

Type ๑ : Hypoxemic respiratory failure: เกิดจากความผิดปกติของถุงลมปอด

Type ๒ : Hypercapnic respiratory failure : เกิด จาก Alveolar hypoventilation

Type ๓ : Perioperative respiratory failure

Type ๔ : Hypoperfusion state

ทบทวนประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดงการทำงานของระบบหายใจล้มเหลว

๑. การซักประวัติ : การซักประวัติเจ็บป่วยปัจจุบันตามแบบ OLDCART

O = Onset อาการและอาการแสดงนั้นเริ่มเมื่อไหร่ เกิดขึ้นทันทีหรือค่อยๆ เป็น และเป็นมาเวลาใด

L = Location อาการและอาการแสดงนั้นเกิดที่ตำแหน่งใด สัมพันธ์กับอวัยวะอื่นๆ ที่ใกล้เคียงหรือไม่

D = Duration อาการและอาการแสดงนั้นเกิดขึ้นอยู่นานเท่าไร เกิดต่อเนื่องหรือไม่ มีอาการเวลาใด

C = Characteristic symptom อาการและอาการแสดงนั้นมีลักษณะอย่างไร ระดับความรุนแรงเท่าไร

A = Associated manifestation อาการและอาการแสดงอื่นที่เกิดร่วม

R = Relieving factors ปัจจัยที่ทำให้อาการและอาการแสดงนั้นๆ ดีขึ้น

T = Treatment ได้รับการรักษาที่ใดมาแล้วบ้าง แล้วอาการนั้นเป็นอย่างไร

ประวัติการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของระบบหายใจล้มเหลว

Type ๑ Hypoxemic respiratory failure	Type ๒ Hypercapnic respiratory failure
Pneumonia Pulmonary edema Pulmonary embolism Pulmonary fibrosis ARDS	Reduced respiratory drive : drug overdose Upper airway obstruction Asthma Late severe acute asthma COPD Peripheral neuromuscular: MG, Guillain Barre Flail chest injury

การประเมินอาการและอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจล้มเหลว

อาการที่เกิดจากโรคที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว	อาการที่เกิดจากภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia)	อาการที่เกิดจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง Hypercapnia
Dyspnea Accessory muscle use Abdominal paradox	Tachycardia Diaphoresis Altered mental status Confusion Cyanosis Hypertension Hypotension Bradycardia Seizures Coma Lactic acidosis	Somnolence Restlessness Tremor Asterixis Slurred speech Headache Papilledema Coma Diaphoresis

๒. การตรวจร่างกาย

๒.๑ การดูรูปร่างของทรวงอก อัตราและจังหวะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก

๒.๒ การคลำ ตำแหน่งของหลอดลมคอ Tactile Fremitus ตำแหน่งที่กดเจ็บ

๒.๓ การเคาะ

๓. อาการแสดงอื่นๆ เช่น อาการเขียว นิ้วปวม การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ อาการอื่นๆ

๔. การตรวจพิเศษและ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น chest x-ray CT chest

Chest x-ray: A B C D E approach

A = Airway: ทางเดินหายใจ Trachea, carina, bronchi and hilar structures หลอดลมจะอยู่ตรงกลางของทรวงอก

B = Breathing: การหายใจ : Lungs and pleura

B = Bony pathology ปอดด้านขวามี ๓ กีบ ปอดด้านซ้าย มี ๒ กีบ

C = Cardiac: หัวใจ หัวใจจะมีขนาดไม่เกิน ๕๐% ของความกว้างของทรวงอกและขอบของหัวใจจะต้องคมชัด

D = Diaphragm: กระบังลม โดยกะบังลมจะอยู่ด้านล่าง สุดของทรวงอก

E = Everything else: อื่นๆ Mediastinal contours, bones, soft tissues, upper abdomen

การใช้แบบประเมิน FANCAS ในผู้ป่วยวิกฤต

F = Fluid balance การประเมินความเพียงพอในการได้รับสารน้ำและลักษณะทางคลินิกที่บ่งบอกความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

A = Aeration การประเมินการหายใจ/การทำงานของหัวใจ/ออกซิเจนในร่างกาย

N = Nutrition การประเมินความเพียงพอของสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ

C = Communication การประเมินความสามารถในการสื่อสาร/ความต้องการสื่อสาร

A = Activity การประเมินการทำกิจกรรม/การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

S = Stimulation การประเมินต่อสิ่งเร้า แสง สีเสียง ระดับความรู้สึกตัว และสภาวะจิตใจ

การตรวจพิเศษต่างๆ

๑. Magnetic Resonance Imaging : MRI chest เป็นการตรวจภาพตัดขวางของทรวงอกซึ่งใช้การเหนี่ยวนำอนุภาคในสนามแม่เหล็กเป็นตัวสร้างภาพ สามารถให้ภาพที่แยกความแตกต่างระหว่างเนื้อเยื่อต่างๆ สามารถตรวจเส้นเลือดได้โดยไม่ต้องเสี่ยงกับการฉีดสารทึบรังสี ควรหลีกเลี่ยงในรายที่มีโลหะฝังอยู่ในร่างกาย

๒. Computed Tomography : CT Chest เป็นการตรวจภาพตัดขวางของทรวงอกใช้รังสี X อาจจะตรวจรวมกับการฉีดสารทึบรังสี ข้อบ่งชี้ในการตรวจ CT Chest ประเมินเพิ่มจากความผิดปกติที่พบใน Chest X-ray ประเมินความผิดปกติในผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจแต่ตรวจไม่พบความผิดปกติจาก Chest X ray

๓. FOL (Fiberoptic laryngoscope) : การส่องกล้องตรวจผ่านโพรงจมูกและช่องคอเพื่อการตรวจหาความผิดปกติของกล่องเสียงด้วยกล้องขนาดเล็ก

การทดสอบการทำหน้าที่ของปอด : Capnography (End-tidal CO₂) เป็นการวัดค่า CO₂ จากลมหายใจ ซึ่งวัดจากการทำงานของปอด โดยวัดผ่านทาง Endotracheal tube

End-tidal carbondioxide: End-tidal CO₂ (PET CO₂) ค่าความเข้มข้นของ CO₂ ในลมหายใจขณะหายใจออกสุด ค่าปกติ ๓๕ - ๔๐ mmHg.

การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบ ดังนี้

๑. การวัด Oxygen saturation (SaO₂)

๒. การตรวจ Arterial blood gas (ABGs)

องค์ประกอบพื้นฐานของ ABG

๑. SaO₂ = ๙๕ - ๑๐๐ %

๒. PaO₂ = ๘๐ - ๑๐๐ mmHg.

๓. pH = ๗.๓๕ - ๗.๔๕

๔. PaCO₂ = ๓๕ - ๔๕ mmHg.

๕. HCO₃ = ๒๒ - ๒๖ mEq/ L

SaO₂ : ออกซิเจนที่จับกับ Hemoglobin ในเม็ดเลือดแดง ๙๗ %

PaO₂ : แร่งดันย่อยออกซิเจนในเลือดแดง ๓%

Mild hypoxemia (น้อยกว่า ๘๐ mmHg.)

Moderate hypoxemia (น้อยกว่า ๖๐ mmHg.)

Severe hypoxemia (น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔๐ mmHg.)

PaCO₂ : รักษาสมดุลกรดต่างโดยระบบหายใจ

น้อยกว่า ๓๕ แพลผลเป็นกรด (Alkalosis)

มากกว่า ๔๕ แพลผลเป็นกรด (Acidosis)

HCO₃ : รักษาสมดุลกรดต่างโดยระบบไต (Metabolism)

น้อยกว่า ๒๒ แพลผลเป็นกรด (Acidosis)

มากกว่า ๒๖ แพลผลเป็นกรด (Alkalosis)

การวิเคราะห์ ABGs คือการตรวจสอบค่าต่างๆในเลือดแดงเพื่อประเมินภาวะของร่างกาย ได้แก่:

๑. ภาวะออกซิเจนในร่างกาย : ดูจากค่า PaO₂ และ SaO₂

๒. ความเป็นกรด-ด่าง : ประเมินจากค่า pH

๓. ภาวะกรดหรือด่างที่เกิดขึ้น : ถ้า PaCO₂ ผิดปกติ บ่งชี้ถึง ระบบหายใจ (Respiratory)

ถ้า HCO₃ ผิดปกติ บ่งชี้ถึง ระบบไต (Metabolic)

๔. การเสียสมดุล : เป็นกรดหรือด่าง, เกิดจาก Respiratory หรือ Metabolic

๕. การปรับชดเชย : PaCO₂ และ HCO₃ จะผิดปกติกในทิศทางตรงข้าม

๖. ระดับการชดเชย :

- ชดเชยบางส่วน (Partly compensation): มีการชดเชยแต่ pH ยังผิดปกติ

- ชดเชยสมบูรณ์ (Completely compensation): pH กลับสู่ปกติ, PaCO₂ และ HCO₃ ผิดปกติใน

ทิศทางตรงข้าม

การประเมินระบบหัวใจ และหลอดเลือด

องค์ประกอบหัวใจ มีดังนี้

๑. ห้องหัวใจ ประกอบด้วย ๔ ห้อง ดังนี้

๑. หัวใจห้องบนขวา (Right atrium) ทำหน้าที่ รับเลือดจากร่างกายผ่านหลอดเลือดดำ

๒. หัวใจห้องล่างขวา (Right ventricle) ทำหน้าที่ รับเลือดจากหัวใจ ส่งต่อไปยังปอดเพื่อทำการฟอกเลือดโดยผ่านไปที่ลิ้นหัวใจ Pulmonary valve และผ่านที่หลอดเลือดแดง Pulmonary arteries

๓. หัวใจห้องบนซ้าย (Left atrium) ทำหน้าที่รับเลือดที่ผ่านการฟอกมาแล้วผ่านหลอดเลือดดำ Pulmonary veins (หลอดเลือดดำที่ปอด) และทำการส่งต่อไปยังหัวใจห้องล่างซ้าย(Left ventricle)

๔. หัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) ทำหน้าที่สูบฉีดเลือดที่ฟอกแล้วไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผ่านลิ้นหัวใจ Aortic valve และหลอดเลือดแดง Aorta โดยหัวใจห้องล่างซ้ายนี้ จะเป็นห้องที่มีผนังหัวใจหนาและแข็งแรงที่สุด รวมถึงเป็นห้องที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

๒. ลิ้นหัวใจ มีทั้งหมด ๔ ลิ้น คือ

๑. Aortic valve

๒. Pulmonic valve

๓. Tricuspid valve

๔. Mitral valve

๓. หลอดเลือดต่างที่มาเลี้ยงหัวใจ

การแปลผลตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า ประกอบด้วย ๕ อย่าง

๑. อัตราการเต้นหัวใจปกติ ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที

๒. จังหวะ/ สม่าเสมอ /ผิดจังหวะ

๓. Axis and Deviation

๔. Hypertrophy

๕. การขาดเลือด/Ischemia (ST-segment, T wave)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง

- CBC
- PT, PTT
- BUN, Creatinine, Electrolyte
- Cardiac enzymes (Troponin-t Troponin-I)
- CKMB
- HBsAg
- Anti-HIV

การตรวจพิเศษทางด้านหัวใจ

- Echocardiogram/ transesophageal echocardiogram: TEE
- Exercise Stress Test
- Holter monitor : การตรวจบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๒๔ ชั่วโมง เพื่อช่วยค้นหาความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สามารถกลับบ้านได้ ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลและกลับมาถอดเครื่องออกในวันถัดไป ใช้เวลาติดเครื่องประมาณ ๑๕ - ๒๐ นาที/ครั้ง ขณะติดเครื่องสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถอาบน้ำหรือทำให้เครื่องเปียกน้ำ งดออกกำลังกายหรือกิจวัตรที่ออกแรงมาก

การปฏิบัติตัวก่อนมาติดเครื่อง คือ

๑. อาบน้ำโดยไม่ต้องทาแป้ง

๒. ใส่เสื้อหลวมๆ แบบติดกระดุมผ่าหน้า

๓. มาตามเวลานัด

๔. ติดเครื่องและได้รับคำแนะนำและกลับบ้านได้ วันรุ่งขึ้นมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อนำเครื่องออก

อาการผิดปกติที่พบได้คือ อาจเกิดผื่นแพ้ที่ผิวหนังบริเวณสัมผัสแผ่นแปะ และมีอาการคันได้ เมื่อเอาแผ่นออกอาการดังกล่าว จะหายเป็นปกติ หากไม่ดีขึ้นกรุณาแจ้งแพทย์ให้รับทราบด้วย

กลุ่มอาการสำคัญระบบหัวใจและหลอดเลือด

๑. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) Pump Failure การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆไม่เพียงพอ Fatigue weakness Pulmonary Congestion/Edema ความดันเลือดไหลเวียนปอดต่ำลง เกิดน้ำรั่วเข้าไปในเนื้อปอด

การแบ่งระดับ (Class) ความรุนแรงของโรคหัวใจ

๑. Class I ไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก ทำกิจวัตรประจำวันปกติ

๒. Class II มีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก ขณะทำกิจวัตรปกติ

๓. Class III มีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก ทำกิจวัตรได้จำกัดมาก

๔. Class IV มีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก ไม่สามารถทำกิจวัตรทุกชนิด

๒. กลุ่มอาการกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลัน

๑. ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI)
๒. Non ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)
๓. Unstable angina

๓. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

- Atrial Fibrillation(AF)
- Premature Atrium Contraction(PAC)
- Premature Ventricular Contraction(PVC)
- Heart block/ AV block
- Ventricular Tachycardia (VT)
- Ventricular Fibrillation (VF)
- Systole
- Torsade's De Pointes

แนวทางในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะคือ ใช้ยา : Adenosine, Cardioversion /Defibrillator, Ablation (จี้ไฟฟ้าหัวใจ), Pace maker, An Implantable Cardioverter Defibrillator (AICD)

๔. Cardiogenic shock : เป็นภาวะฉุกเฉินที่อันตรายและเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ พบได้จากกลุ่มอาการดังต่อไปนี้

๑. AMI ซึ่งเกิดภาวะ Extensive acute myocardial infarction จาก Left ventricle failure เกิด cardiogenic shock ภายในเวลารวดเร็ว

๒. Severe Sepsis

๓. ventricular tachycardia, ventricular fibrillation

อาการที่พบ คือ

๑. SBP ๓๐ min or vasopressor support to maintain SBP > ๙๐ mm.Hg.

๒. Pulmonary congestion or elevated left ventricular filling pressures

๓. Signs of impaired organ perfusion with at least one of the following criteria:

Altered mental status

๔. Cool clammy skin

๕. Oliguria

แนวทางในการรักษา

๑. Oxygen

๒. CAG & PCI

๓. Balloon pump

๔. Fluid Therapy

๕. Pharmacology Therapy : Dopamine, Dobutamine, Norepinephrine

สมุนไพรที่มีพิษต่อการทำงานของหัวใจและระบบเลือด

๑. พืชพิษ ที่มีผลต่อระบบหัวใจ จะมีสารสำคัญพวก Cardiac glycoside ซึ่งมีฤทธิ์ต่อการกระตุ้นของหัวใจ เมื่อกินเข้าไปจึงมีอาการปวดหัว อาเจียน ท้องเสีย ตาพร่า มึนงง ซิพจรเต้นช้า และความดัน โลหิตต่ำ พืชในกลุ่มนี้ที่มีพิษต่อระบบหัวใจ ส่วนใหญ่จะมีสีขาว วงศ์ Apocynaceae เช่น ดิ้นเบ็ด ลั่นทม

๒. พิษพิษ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบเลือดประกอบด้วยสารพิษกลุ่ม Cyanogenetic glycoside เมื่อกินเข้าไปจะถูกเอนไซม์ Hydrolyses ได้สารไซยาไนด์ (Cyanide) ซึ่งสารนี้จะเข้าไปแทนที่ ออกซิเจนในเลือด ทำให้เกิดหน้าเขียว และมีอาการเป็นพิษ เดนโซเซ ควบคุมกล้ามเนื้อไม่ได้ ในรายที่รุนแรงจะมีลมหายใจคลายกลืน ไซยาไนด์ ตัวอย่างพิษพิษ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบเลือดเช่น ใบกุ่มน้ำ ผักเสี้ยนทั้งต้น ผักหนามทั้งต้น เนื้อในเมล็ด มะม่วงหิมพานต์ มันสำโรงทั้งต้นและราก มันสำปะหลังทั้งต้น โดยเฉพาะหัวมัน (ราก) และสำปะหลังดิบ

๓. CCN ๐๐๓ หลักพื้นฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Basic Principles Nursing Care for Critical Ill)

๑.๑ การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรภาพที่นำไปสู่การล้มเหลวของระบบสำคัญของร่างกาย สาเหตุ กลไก ระบุการจัดการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

๑.๒ การระบุปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สัญญาณเตือน อาการและอาการแสดง การจัดการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

๑.๓ การระบุยาที่ใช้ในผู้ป่วยวิกฤต เกสัชจลศาสตร์ ขนาดยาที่ใช้รักษา การบริหารยา และการเฝ้าระวังผลข้างเคียง

๑.๔ การวิเคราะห์การใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดตาม เฝ้าระวังสัญญาณชีพ เพื่อกู้และ/หรือทดแทนระบบ สำคัญที่ล้มเหลวของร่างกาย เจือจางในการใช้ และระบุการเฝ้าระวัง ป้องกัน การจัดการ ผลกระทบ และผลลัพธ์การพยาบาล

๑.๕ การวิเคราะห์มาตรฐานการดูแล การจัดหน่วย สมรรถนะ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิกฤต

๑.๖ การวิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์

๑. Intra-aortic balloon pump (IABP)

เป็นเครื่องมือที่ช่วยการทำงานของระบบหมุนเวียนเลือดชนิดชั่วคราว ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่มีภาวะ cardiogenic shock ซึ่ง IABP จะช่วยรักษาสมดุลของ Oxygen demand และ Oxygen supply โดยใช้หลักการ counterpulsation หลักการทำงานของ Counterpulsation : การเปลี่ยนแปลงทิศทางของสรีรวิทยาที่ปกติของ systolic และ diastolic pattern โดยเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดง ในระยะ diastolic จากการทำให้บอลลูนพองขึ้นโดยการ inflate และดูดลมออกโดยการ deflate ในระยะเริ่มต้นของ Systole ครึ่งต่อไป การทำงานของเครื่อง IABP ที่ทำให้บอลลูนโป่งและแฟบจะสลับทางกับระยะ diastole และ Systole ซึ่งจะทำให้รูปร่างและความดันของเลือดนั้นเปลี่ยนแปลงไป โดยความดัน diastole ที่เครื่องจะสูงกว่าความดัน systole และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ arterial waveform ขึ้น

ผลทางสรีรวิทยาจากการใช้ Intra-aortic balloon pump

Inflation of balloon	Deflation of balloon
เพิ่ม Aortic diastolic pressure	ลด Aortic end diastolic pressure
เพิ่ม Aortic root pressure	ลด Impedance to ejection
เพิ่ม Coronary perfusion pressure	ลด Afterload
เพิ่ม Oxygen supply	ลด Oxygen demand

ข้อบ่งชี้การใช้ Intra-aortic balloon pump

จุดประสงค์ของการรักษาด้วย Intra-aortic balloon pump เพื่อรักษาสมดุลของ Oxygen supply และ Open demand ของกล้ามเนื้อหัวใจ แพทย์จะให้การรักษาด้วย IABP ในผู้ป่วย เมื่อมีข้อบ่งชี้ดังนี้

๑. Left ventricular failure หรือ cardiogenic shock ที่มี acute myocardial infarction
 ๒. ภาวะ unstable angina ที่ไม่ตอบสนองต่อยา พบในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ร่วมกับการมี EKG ที่เปลี่ยนแปลง
 ๓. Post-myocardial infarction ventricular irritability มีสาเหตุมาจากหัวใจห้องล่างซ้ายที่ไวต่อการกระตุ้น
 ๔. ผู้ป่วยที่ทำ PTCA (percutaneous transluminal coronary angioplasty) ที่มี EF น้อยกว่า ๓๐% หรือมี left main stenosis
 ๕. ผู้ป่วยที่มี complication จากการทำ angioplasty เช่น การเกิดมี intimal flap dissection ของหลอดเลือด Bridge to transplant หรือรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การใช้ IABP support การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โดย ช่วยให้หัวใจมี systemic perfusion ไปยังอวัยวะที่สำคัญให้เพียงพอ
 ๖. ใช้ในกรณีการทำผ่าตัดการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจบายพาส (CABG-Coronary Artery Bypass Grafting) เพื่อลดการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายขณะผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด hemodynamic ไม่คงที่หรือในรายที่มี EF น้อยกว่า ๓๐%
 ๗. Acute mitral regurgitation ใช้รักษาในผู้ป่วยที่มี mitral valve ปิดไม่สนิทที่เกิดจาก papillary muscle อีกขาดไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ
 ๘. Ventricular septal rupture ซึ่งเกิดจากผนัง septum ทะลุจากบริเวณที่เกิด infarction ทำให้หัวใจห้องซ้ายทำงานลดลงและทำให้เกิด left to right shunt เกิด LV failure
ข้อห้ามของการใส่ Intra-aortic balloon pump
 ๑. ผู้ป่วยที่มี dissecting aortic aneurysm ซึ่งมีการโป่งพองของหลอดเลือดและมีเลือดเซาะไปตามผนังชั้นในของหลอดเลือด การใส่ IABP ทำให้ aneurysm แตกได้ในขณะที่ใส่ balloon หรือในขณะที่ diastolic augmentation ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง
 ๒. ผู้ป่วยที่มีภาวะ severe aortic insufficiency หรือ large arteriovenous shunt การใส่ IABP ทำให้เกิดการไหลย้อนกลับของเลือดมากขึ้น
 ๓. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด
 ๔. ผู้ป่วย Chronic end-stage heart disease ที่ไม่สามารถผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจได้
 ๕. ผู้ป่วยที่มี severe aortoiliac peripheral vascular atherosclerosis การใส่ balloon เข้าไปในเส้นเลือดค่อนข้างลำบากหรือใส่เข้าไม่ได้จะเป็นอันตรายต่อเส้นเลือดหรือเกิด dissect ของเส้นเลือดที่ iliac artery หรือ aorta ได้ และในผู้ป่วย atherosclerosis อาจจะทำให้เกิด peripheral embolization ส่วนผู้ป่วยที่มี severe peripheral vascular disease สามารถใส่ IABP ได้ ถ้าได้รับการทำ aortoiliac angioplasty และใส่ stent มาก่อน
 ๖. ผู้ป่วยที่มี recent thrombolytic therapy เช่น ผู้ป่วยที่เพิ่งจะได้รับยาละลายลิ่มเลือด
 ๗. ผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis มีการติดเชื้อในกระแสเลือด
 ๘. ผู้ป่วยที่มี bleeding diathesis หรือมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร
๒. ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation): เป็นเครื่องมือแพทย์ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการพยุงการทำงานของปอดและหรือหัวใจ เมื่อมีภาวะล้มเหลวทั้งในกรณีปกติและเฉียบพลันใช้ร่วมกับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจหรือปอดตลอดจนใช้ในการรักษาโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจ การทำงานของ ECMO อาศัยหลักการเดียวกันกับเครื่องหัวใจและปอดเทียม (Cardiopulmonary Bypass: CPB) ที่ใช้ระหว่างการผ่าตัดหัวใจ มี ๒ ชนิด

๑. Veno-Venous ECMO (V-V ECMO)

๒. Veno-Arterial ECMO (V-A ECMO)

ข้อบ่งชี้ในการใช้ V-V ECMO ที่มีปัญหา respiratory failure ได้แก่

๑. Acute respiratory failure distress syndrome (ARDS)

๒. Severe pneumonia

๓. Pulmonary contusion

๔. Smoke inhalation

๕. Aspiration syndrome

๖. Status asthmaticus

๗. Bronchial pleural fistulae

๘. Airway obstruction

๙. Acute graft failure following lung transplant

๑๐. Bridge to transplant

ข้อบ่งชี้ในการใช้ V-A ECMO ที่มีปัญหา cardiac failure และ respiratory failure เพื่อช่วยในการพยุงการทำงานของหัวใจและปอด ได้แก่

๑. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ไม่สามารถหย่าเครื่องปอดและหัวใจเทียม (Cardiopulmonary bypass)

๒. ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หัวใจและปอดล้มเหลว

๓. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis)

๔. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction)

๕. Drug overdose with profound cardiac depression

๖. Pulmonary embolism

๗. Cardiac arrest due to reversible cause with good resuscitation

๘. Peri-partum cardiomyopathy

๙. Sepsis with profound cardiac depression

๑๐. Bridge to transplant

ข้อห้ามในการใช้ ECMO

๑. Severe neurologic injuries

๒. Intracranial hemorrhage

๓. ผู้ป่วยที่ให้อายัดภูมิคุ้มกัน (immunosuppression)

๔. Irreversible multi-organ failure

๕. Aortic dissections Severe aortic regurgitation

๖. ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาไม่หาย (untreatable malignancy)

๗. ผู้ป่วยที่มีมะเร็งลุกลาม (widely spread malignancy)

๘. ผู้ป่วยที่มีอายุมาก (advanced age) (อายุมากกว่า ๖๕ ปี)

๙. โรคปอดติดเชื้อรุนแรง (necrotizing pneumonia)

๑๐. ผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจยาวนานมากกว่า ๕ - ๑๐ วันขึ้นไป

ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ ECMO

๑. ภาวะสูญเสียเลือด(bleeding)

๒. ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง
๓. ภาวะติดเชื้อ (Infection)
๔. อวัยวะส่วนปลายขาดเลือด (Limb ischemia)
๕. ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure)
๖. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำงานของเครื่อง
๗. ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวและคุณภาพชีวิต

๔. CCN๐๐๔ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดและการบาดเจ็บ (Nursing care for post-operative critical ill and injured patient)

- ๑.๑ การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด
 - ๑.๒ การระบุแนวทางการป้องกัน การดักจับสัญญาณเตือนหรืออาการเปลี่ยนแปลงเฉพาะโรคที่นำไปสู่ภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ
 - ๑.๓ การวิเคราะห์การจัดการทางการพยาบาล เพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดำเนินของโรคและผลการรักษา
 - ๑.๔ การวิเคราะห์แนวทางการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อผู้ และ/หรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญและผลกระทบ
 - ๑.๕ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดแต่ละระบบ/โรค
 - ๑.๖ การวิเคราะห์กรณีศึกษา แนวทางการพยาบาลแบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด รวมถึงลักษณะความรุนแรงและซับซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัด ระบบประสาทสมองและไขสันหลัง การจัดการทางการพยาบาล
- การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
๑. การเตรียมด้านร่างกาย
 - ๑.๑ การให้ข้อมูลที่สำคัญ ในเรื่องต่อไปนี้
 - ประวัติโรคประจำตัว การใช้ยา
 - หากมีรับประทานยาละลายลิ่มเลือด ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ยาต้านเกล็ดเลือดให้แจ้งแพทย์ทราบ อาจพิจารณาหยุดยาอย่างน้อย ๗ วัน ก่อนผ่าตัด
 - ประวัติการแพ้ยาหรือสารต่างๆ
 - ประวัติการดมยาสลบที่เคยมีปัญหามาก่อน
 - ประวัติการผ่าตัดและการรักษาในอดีต
 - ประวัติการดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด หากสูบบุหรี่ควรงดสูบบุหรี่อย่างน้อย ๓๐ วัน
 - ๑.๒ ทบทวนแผนการรักษากับทีมสุขภาพ ค้นหาปัญหาที่อาจซ่อนอยู่และแก้ไขก่อนผ่าตัด
 - ๑.๓ การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม โกนหนวด งดแต่งหน้า งดแป้ง โลชั่น ตัดเล็บให้สั้น
 - ๑.๔ การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด ถ้าจำเป็นต้องโกนผมให้ใช้ Clipper โกนผม ตามมาตรฐานป้องกันการติดเชื้อ
 - ๑.๕ ถอดเครื่องประดับทุกชนิด เครื่องรางของขลัง
 - ๑.๖ งดสูบบุหรี่ งดอาหารและน้ำ
 - ๑.๗ ถอดชุดชั้นใน ถอดฟันปลอมที่ถอดได้ คอนแทคเลนส์ อวัยวะเทียม กรณีใส่เหล็กดัดฟัน หรือเสริมจมูก ต้องแจ้งวิสัญญีแพทย์
 ๒. การเตรียมเอกสาร/ส่งส่งตรวจพิเศษ

๓. การเตรียมด้านจิตใจ

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

หลังผ่าตัดวันที่ ๑

๑. นอนพักผ่อนเพียง นอนศีรษะสูง ๓๐ องศา

๒. ห้ามดึงสายต่างๆ ที่ติดตัวมา และไม่ให้สายหักพับงอ ได้แก่ สายระบายเลือดจากแผลผ่าตัด สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

๓. ระวังผ้าปิดแผลผ่าตัดเปื้อน เปียกน้ำ ห้ามแกะเกาแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

๔. ประเมินอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแผลผ่าตัดหรือมีเลือดซึมออกจากแผล

หลังผ่าตัดวันที่ ๒ และวันที่ ๓

๑. ให้เคลื่อนไหวร่างกาย ไม่นอนหรือนั่งบนเตียงนานๆ หลังจากที่แพทย์ถอดสายระบายของเหลวออกจากแผลแล้วและไม่มีข้อห้ามใดๆ

๒. ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และอาหารครบ ๕ หมู่ ถ้าไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือข้อห้าม

๓. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน อาจต้องได้รับอาหารทางสายยาง

๔. ประเมินอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ อาเจียน ปวดแผลผ่าตัดหรือมีเลือดซึมออกจากแผล

๕. กรณีที่เริ่มได้รับประทานอาหาร ให้ปรึกษานักโภชนาบำบัดร่วมประเมิน

๖. กรณีที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ต้องให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับเอว

๗. กรณีไม่ถ่ายอุจจาระ ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัดให้ดื่มน้ำ รับประทานผักผลไม้ หากมีอาการท้องผูกห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระ ควรแจ้งให้พยาบาล/แพทย์ทราบ เพื่อให้ยาระบาย

หลังผ่าตัดวันที่ ๔ ขึ้นไป

๑. แพทย์จะตัดไหมหลังผ่าตัดครบ ๗ - ๑๐ วัน

๒. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด กลืนลำบาก แพทย์อาจส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด ฝึกการออกกำลังกาย ฝึกพูด ฝึกกลืน

๓. ญาติหรือผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ ทีมสังคมสงเคราะห์ และเยี่ยมบ้าน

กรณีหลังผ่าตัดมีสายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดภายนอก (external ventricular drainage ; EVD) ให้การดูแลดังนี้

๑. การกำหนดตำแหน่งศูนย์อ้างอิง “๐” หรือ Zero point ให้ตรงกับกึ่งกลางรูหู (External auditory canal) ในท่านอนหงาย

๒. การตั้งระดับความดันตามที่แพทย์กำหนด

๓. สังเกตระดับน้ำไขสันหลังในสายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดภายนอก โดยการประเมินควรเริ่มทุกต้นเวรหลังรับเวร ช่วงแรกหลัง ผ่าตัดควร ประเมินทุก ๑ ชั่วโมง เมื่ออาการผู้ป่วยคงที่จึงปรับเป็นทุก ๔ ชั่วโมง

๔. ประเมินว่ามีการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจหรือไม่ ถ้าระดับน้ำไขสันหลังในสายหยุดนิ่ง ไม่มีการเคลื่อนไหวขึ้นลง ให้ตรวจสอบดังนี้ การพับงอของสายระบาย, ตัวปิดสายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดภายนอก, บริเวณสายระบายมีก้อนเลือดหรือเศษชิ้นเนื้อ ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันควรรีบรายงานแพทย์ทันที

๕. ห้ามปิดสายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดภายนอก นานเกิน 30 นาที

๖. ตรวจสอบชุดสายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดภายนอกให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา

๗. ถ้าข้อต่อไม่สนิทแต่ไม่หลุดออกจากกัน ให้ทำความสะอาดบริเวณข้อต่อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ chlorhexidine ๒ % ในแอลกอฮอล์ ๗๐ % แล้วต่อข้อต่อให้แนบสนิทดังเดิม ถ้าหลุดจากกันควรเปลี่ยนชุดรองรับชุดใหม่

๘. ปิดสายระบายน้ำไขสันหลังทันทีที่มีการหลุดระหว่างทาง Ventricular catheter กับสายต่อระบายน้ำไขสันหลัง รีบรายงานแพทย์ทราบทันที และจัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย จนกระทั่งได้รับการต่อและเปลี่ยนชุดสายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดภายนอก

๙. กรณีที่เฝ้าปฏิบัติผ่านทางสายระบายน้ำไขสันหลังต้องปิดสายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดภายนอก นานประมาณ ๖๐ นาที

๑๐. สังเกตและบันทึกลักษณะสี ความขุ่นใส และความเข้มของน้ำไขสันหลังออกมาทุก ๘ ชั่วโมง บันทึกปริมาณน้ำไขสันหลังที่ออกอย่างน้อยทุก ๑ - ๒ ชั่วโมง ถ้าไม่มีการเพิ่มปริมาณน้ำไขสันหลัง หรือมีการระบายน้ำไขสันหลังออกมากกว่า ๓๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ

๑๑. ระบายน้ำไขสันหลังออก หรือเปลี่ยนถุงรองรับน้ำไขสันหลังใหม่ เมื่อมีปริมาณน้ำไขสันหลัง ๓/๔ ของถุง

๑๒. หลังถอดสายระบายน้ำไขสันหลัง ต้องสังเกตสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ทุก ๑ ชั่วโมง จนกระทั่งอาการปกติ

๑๓. เพื่อระวังภาวะแทรกซ้อนของการใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดภายนอก ได้แก่ การติดเชื้อ, สายระบายอุดตัน, การระบายน้ำมากเกินไป, ความไม่สมดุลของของเหลวและเกลือแร่, น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังซึมจากแผล, สายสายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดภายนอกเคลื่อนหลุดโดยไม่ตั้งใจ

๑๔. คำแนะนำในการแต่งตัว การสวมเสื้อ เริ่มด้วยสวมแขนข้างที่อ่อนแรงก่อนเสมอแล้วดึงมาสวมแขนอีกข้าง จัดเสื้อให้เข้าที่การถอดเสื้อจะถอดข้างที่มีแรงก่อน แล้วค่อยดึงเสื้อออกจากข้างที่อ่อนแรง การใส่กางเกงหรือถุงเท้าให้ผู้ป่วยนั่งไขว่ขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นมา เอาด้านอ่อนแรงขึ้นข้างบน ใส่ข้างที่อ่อนแรงก่อน เวลาถอดให้ถอดข้างที่มีแรงก่อน

การรักษาแบบผ่าตัดทางระบบประสาทไขสันหลังจะให้การผ่าตัดเมื่อ

๑. รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดแล้วอย่างน้อย ๔ สัปดาห์ แต่ยังมีอาการปวดที่รบกวนชีวิตประจำวันมาก

๒. มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

๓. มีอาการ cauda equina syndrome ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๕. CCN๐๐๕ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรศาสตร์ (Nursing care for patient with medical critical ill)

๑.๑ การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรศาสตร์

๑.๒ การระบุแนวทางการดักจับสัญญาณเตือนหรืออาการเปลี่ยนแปลงเฉพาะโรคที่นำไปสู่ภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ

๑.๓ การวิเคราะห์การจัดการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อแก้ไข ป้องกัน และบรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ

๑.๔ การวิเคราะห์การจัดการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อการฟื้นตัวของอวัยวะสำคัญและการฟื้นฟูสภาพ

๑.๕ การวิเคราะห์แนวทางการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อกู้และ/หรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญและผลกระทบ

๑.๖ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรศาสตร์

๑.๗ การวิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรศาสตร์ และวางแผนการพยาบาลแบบบูรณาการ การพยาบาลโรคระบบหายใจที่มีภาวะวิกฤต Respiratory care in clinical practice

๑. ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)

หลักการรักษาผู้ป่วย ARDS คือให้การรักษาเฉพาะแก่โรคหรือ สาเหตุที่ทำให้เกิด ARDS ควบคู่ไปกับการรักษา เพื่อประคับประคองปอด การหายใจ การแลกเปลี่ยนก๊าซ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การรักษาจะ แบ่งเป็น ๒ แบบ คือ

๑. การรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ

๒. การรักษาด้วยการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ การรักษาประคับประคองโดยการใช้ยา การจัดท่า นอนคว่ำ (Prone positioning)

ข้อดีของการจัดท่านอนคว่ำ (Prone positioning)

๑. เพิ่มออกซิเจน

๒. ช่วยให้ปอดมีการเติมอากาศและการระบายอากาศใกล้เคียงกัน

๓. เกิด volutrauma น้อยกว่าท่านอนหงาย

การพยาบาลผู้ป่วยการจัดท่านอนคว่ำ (Prone positioning)

๑. ระยะเวลาเตรียมความพร้อมผู้ป่วยการจัดท่านอนคว่ำ (Prone positioning)

๑.๑ ประเมินผู้ป่วย

๑.๒ ติดตามสัญญาณชีพ, ค่าออกซิเจน, $ETCO_2$ ทุก ๑ ชั่วโมง โดยรักษาออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๒ %

๑.๓ ประเมินการเลื่อนหลุดหรือกดทับบริเวณผิวหนัง ได้แก่ ท่อช่วยหายใจ, A-line, C -line, ICD drain, NG tube, urine catheter

๑.๔ ประเมิน sedative drug, muscle relaxant drugs เช่น fentanyl midazolam

๑.๕ เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ เช่น closed suction, รถดูดเสมหะและยา

๑.๖ งดอาหารและน้ำอย่างน้อย ๑ ชั่วโมง ก่อนเริ่มการทำ prone position หรือตรวจ gastric residual volume เพื่อป้องกันการสูดสำลัก

๑.๗ เตรียมอุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแรงกดบริเวณผิวหนัง ได้แก่ ใบหน้า ตา หู ศีรษะ ลำตัว ข้อเข่า แขน ๒ ข้าง เป็นต้น

๑.๘ เตรียมความพร้อมทีม ได้แก่ แพทย์อย่างน้อย ๑ ท่าน พยาบาลที่ได้ผ่านการฝึกฝนอย่างน้อย ๔ ท่าน เพื่อการจัดท่า

๒. ระยะเวลาการจัดท่า

๒.๑ ทีมผู้ดูแลเริ่มขั้นตอนการจัดท่า (ดูแนวปฏิบัติการทำ prone position ของหน่วยงาน)

๒.๒ ประเมินการทำงานของ hemodynamic, อัตราการหายใจ, ลักษณะการหายใจ, ออกซิเจน ทุก ๑ ชั่วโมง

๒.๓ พลิกหน้าผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง

๒.๔ ระวังการฉีกการเลื่อนหลุดของสายต่างๆ และยึดตรึงให้เรียบร้อย เช่น A- line, C- line, ET- Tube, EKG, สายให้อาหาร

๒.๕ ป้องกันการกดทับเส้นเลือดจอบประสาทตา โดยระวังการกดทับเบ้าตาและลูกตาตอนจัดท่า

๒.๖ ติดขั้วสัญญาณไฟฟ้าบริเวณด้านหลังผู้ป่วย

๒.๗ ใช้หมอนหรือแผ่นซิลิโคนรองบริเวณกระดูกที่นูนบริเวณรับน้ำหนัก เช่น หัวเข่า หน้าแข้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หรือการรองบริเวณอุ้งเชิงกรานจะช่วยลดแรงดันช่องท้องขณะนอนท่าคว่ำ

๒.๘ จัดแผนให้อยู่ในท่าที่สบาย ไม่ยืดหรือเหยียดเกินไป ลดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท

๓. ระยะหลังนอนคว่ำ

๓.๑ ติดตามสัญญาณชีพ,ค่าออกซิเจน, ETCO₂, MV parameter อาการผู้ป่วยทุก ๑ ชั่วโมงและ Arterial blood gas หลังนอนหงาย ๔ ชั่วโมง

๓.๒ เมื่อจัดผู้ป่วยท่านอนคว่ำวันละ ๑๖ ชั่วโมง จึงพลิกนอนหงายนาน ๘ ชั่วโมงและท่านอนคว่ำอย่างน้อย ๒-๔ รอบ

การจัดการผู้ป่วยภาวะช็อก (Shock Management)

ภาวะช็อกเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเฉียบพลัน ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญทำงานผิดปกติและล้มเหลวนำไปสู่การเสียชีวิต หากมีการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะช็อกตั้งแต่แรกเริ่มจะสามารถช่วยชีวิตได้

การแบ่งชนิดของช็อกนิยมแบ่งตามสาเหตุ ดังนี้

๑. ช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ (hypovolemic shock)
๒. ช็อกเกี่ยวกับหัวใจ (cardiogenic shock)
๓. ช็อกจากระบบประสาท (neurogenic shock)
๔. ช็อกจากการแพ้ (anaphylactic shock)
๕. ช็อกจากภาวะติดเชื้อ (septic shock)

ระยะของช็อก (stage of shock)

๑. ระยะปรับชดเชย (compensatory stage)
๒. ระยะก้าวหน้า (progressive stage)
๓. ระยะไม่สามารถฟื้นคืน (irreversible stage)

ภาวะแทรกซ้อนของช็อก (complication of shock)

๑. ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
๒. ภาวะไตวายเฉียบพลัน
๓. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เกิดภาวะเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอเป็นเลือด เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น
๔. ภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ

การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยภาวะช็อก

๑. การซักประวัติความเจ็บป่วย
๒. การตรวจร่างกาย อาการแสดง
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องทดลอง การตรวจพิเศษ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)

คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย ซึ่งเชื้อดังกล่าวได้แก่ จุลชีพต่างๆ เช่น เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา โดยการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสเลือดแล้ว ร่างกายของเราจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อ การติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรค ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วบริเวณของร่างกาย หากมีความรุนแรงมาก อาจพัฒนาไปสู่

ภาวะช็อกและทำให้การทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว มีอันตรายถึงชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

องค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ได้ให้ข้อมูลไว้ว่า การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยทั่วโลก ปีพุทธศักราช ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อ ๔๘.๙ ล้านคนและเสียชีวิต ๑๑ ล้านคน คิดเป็น ๒๐ % ของการเสียชีวิตทั่วโลก อัตราเกิดและการเสียชีวิตพบสูงสุดสุดในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ค่าใช้จ่ายต่อการรักษาสูงเฉลี่ยมากกว่า ๓๒,๐๐๐ เหรียญสหรัฐ ต่อผู้ป่วย ๑ ราย ในประเทศที่มีรายได้สูง

ช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีการดำเนินของโรคจนทำให้ระบบไหลเวียนโลหิต การทำงานของเนื้อเยื่อ ระบบเผาผลาญ (metabolism) ล้มเหลวผู้ป่วยมีความดันโลหิต Systolic น้อยกว่า ๙๐ mmHg. หรือลดลงมากกว่า ๔๐ mmHg. จากระดับความดันโลหิตเดิมโดยไม่ทราบสาเหตุและไม่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำชนิด crystalloid ๓๐ มิลลิลิตร/กิโลกรัม มีหลักฐานบ่งชี้ว่ามีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง เช่น lactic acidosis ปัสสาวะออกน้อย หรือมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงต้องได้รับยากระตุ้นหัวใจหรือยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด หากไม่ได้รับดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นภาวะวิกฤตที่พบได้บ่อยในงานห้องผู้ป่วยหนักนับเป็นปัญหาทางระบบสาธารณสุข เนื่องจากมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ผลจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อทำให้การกำซาบของเนื้อเยื่อลดลงจนเกิดการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญหลายระบบ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต นับว่าเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในทุกระยะของการรักษา ตั้งแต่กระบวนการในการประเมิน การเฝ้าระวังติดตามอาการ ตลอดจนการประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายสำคัญหลักคือการดูแล ผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อโดยเร็วที่สุด ระบบการไหลเวียนโลหิตกลับคืนสู่ภาวะปกติ เพื่อที่จะลดความรุนแรงจากความหุนหันพลันแล่นที่อาจจะเกิดขึ้นได้และทำให้ผู้ป่วยสามารถรอดพ้นจากภาวะวิกฤตได้ แหล่งชนิดของ sepsis แบ่งเป็น ๒ ชนิด

๑. Community acquired sepsis คือ sepsis ที่เกิดจากที่บ้านหรือชุมชนโดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม healthcare associated sepsis

๒. Hospital-acquired or healthcare associated sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่เกิดหลังนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า ๔๘ ชั่วโมงหรือมีประวัตินอนโรงพยาบาลภายใน ๓ เดือนผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประจำ ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดใน ๓๐ วัน และผู้ป่วยที่ต้องทำแผลที่บ้าน ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่

๑. เด็กและผู้สูงอายุ
๒. โรคประจำตัว เช่น มะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว เอ็ดส์ เบาหวาน
๓. ประวัติการได้รับการผ่าตัด หรือหัตถการทางแพทย์ต่างๆ
๔. ยารักษาโรคมุมคุ้มกันบกพร่องสำหรับการปลูกถ่ายอวัยวะ
๕. โรคภัยไข้เจ็บ

Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock ๒๐๒๑ ว่าแนวทางการรักษา Sepsis และ Septic Shock มีการจัดทำขึ้นโดยองค์กร Surviving Sepsis Campaign ซึ่งมีการอัปเดตล่าสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งแนวทางเหล่านี้มีการแนะนำหลายข้อที่สำคัญ ดังนี้

๑. การตรวจหาและการรักษาเบื้องต้น

๒. การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตของผู้ป่วยที่มีภาวะความล้มเหลวของระบบต่าง ๆ ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย

๓. การสื่อสารสถานะสุขภาพผู้ป่วยกับทีมและญาติผู้ป่วยให้มีความเข้าใจ รับรู้และวางแผนเตรียมรับสถานการณ์สุขภาพที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

๔. การออกแบบ วางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการป้องกัน การบรรเทาภาวะแทรกซ้อน จากโรคและการรักษา การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อกู้และ/หรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญ การฟื้นตัว การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บนพื้นฐานจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๕. การบันทึกข้อมูลเพื่อการประมวลผลผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤตและฟื้นตัว

๘. CCN ๐๐๘ การจัดการข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Data and Nursing Outcomes Management in Critical ill patient)

๑. การระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่พึงประสงค์และผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse events)

๒. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

๓. การรวบรวมข้อมูล สาเหตุและผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากฐานข้อมูล Retrospective หรือข้อมูล Prospective ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นฐานข้อมูลขนาดเล็กอย่างน้อย ๓๐ ราย

๔. การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในเบื้องต้น โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมเพื่อสะท้อนผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

๕. การออกแบบการนำเสนอผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
การวิพากษ์การนำเสนอผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตของผู้ร่วมงาน

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะ สามารถปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษามาพัฒนางานวิชาการด้านพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพ และก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน สามารถนำความรู้มาพัฒนางานในหน้าที่ความรับผิดชอบและนิเทศงาน/ถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรในหน่วยงานได้ตลอดจนพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของหน่วยงานได้ดียิ่งขึ้น

๒.๓.๓ อื่น ๆ ทำให้เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการว่าจะได้รับการรักษาด้วยหลักวิชาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและบรรลุตามนโยบายและแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ที่จะพัฒนาโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดสำนักงานการแพทย์ทางด้านวิชาการและการบริการ

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

3.1 การปรับปรุง การจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติมีการเดินทางฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลเลิดสิน ระยะเวลาเดินทางไกลและมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในส่วนนี้ไม่มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัด


3.2 การพัฒนา เพิ่มโอกาสให้บุคลากรในหอผู้ป่วยต่างๆได้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) อย่างต่อเนื่องในทุกปีงบประมาณ

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เป็นหลักสูตรที่มีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาลกลาง ควรมีการส่งเสริมและส่งบุคลากรอบรมต่อเนื่องทุกปีเพื่อนำมาพัฒนาหน่วยงาน องค์กร และยังส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานและสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ

ลงชื่อ กรีนสุภา วรรณปะเก ผู้รายงาน
(นางสาวกรีนสุภา วรรณปะเก)

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การฝึกอบรม ฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ  หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอรรถพล เกิดอรุณสุขศรี)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

หลักสูตรอบรม การอบรมเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ที่เจ็บป่วยภาวะฉุกเฉิน เจ็บปวด มีปัญหาซับซ้อนและคุกคามต่อชีวิต มีความต้องการการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและให้การช่วยเหลืออย่างทันก่วงที่ ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงและราคาแพง และมีผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตนั้น พยาบาลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ นำไปสู่ความสามารถและทักษะเฉพาะสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ที่สามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานแบบวิชาชีพเฉพาะและแบบสหสาขาวิชาการที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้นการจัดหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลในหน่วยวิกฤต สามารถนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ประโยชน์ที่รับการจากการอบรม

ต่อตนเอง

1. เพิ่มความรู้และทักษะ สมรรถนะเฉพาะด้านของพยาบาลวิกฤตและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงได้
2. สามารถปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
5. สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษามาพัฒนางานวิชาการด้านพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพ และก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

ต่อองค์กร

ทำให้เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการว่าจะได้รับการรักษาด้วยหลักวิชาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัย และบรรลุตามนโยบายและแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ที่จะพัฒนาโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดสำนักงานการแพทย์ทางด้านวิชาการและการบริการ

ต่อหน่วยงาน

สามารถนำความรู้มาพัฒนางานในหน้าที่ความรับผิดชอบและนิเทศงาน/ถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรในหน่วยงานได้

อื่นๆ

1. เป็นการสร้างเครือข่ายทีมสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาลในสังกัดอื่นทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
2. เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อบรมงาน ความแตกต่างทางโครงสร้าง ทรัพยากรต่างๆ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลต่างๆ

ผู้จัดทำ

นางสาว วรินทุภา วรรณปะเก
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลกลาง
สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร