

Clinical Pathway Coronary Artery POST PCI โรงพยาบาลเลิดสิน

Activity	At ER/ OPD	Admission Day 1	Day 2	Day 3	Day 4 - 5
Assessment/ Nursing care	<input type="checkbox"/> ประเมินสภาพ <input type="checkbox"/> Chest pain <input type="checkbox"/> Monitor V/S <input type="checkbox"/> High/Weight <input type="checkbox"/> keep O ₂ SAT > 95% <input type="checkbox"/> ชักประวัติ ป้อนยาลดเสี่ยงต่อโรค	<input type="checkbox"/> Conscious <input type="checkbox"/> Monitor V/S q 1 hr. <input type="checkbox"/> EKG monitoring <input type="checkbox"/> keep O ₂ SAT > 95% <input type="checkbox"/> Chest pain <input type="checkbox"/> Balance I/O q 1 hr. <input type="checkbox"/> Pain management <input type="checkbox"/> ประเมินบาดแผล	<input type="checkbox"/> Conscious <input type="checkbox"/> V/S & I/O q 1 hr. <input type="checkbox"/> EKG monitoring <input type="checkbox"/> Wound care <input type="checkbox"/> Balance I/O q 4 hr. <input type="checkbox"/> Pain management	<input type="checkbox"/> V/S & I/O q 2 hr. <input type="checkbox"/> EKG monitoring <input type="checkbox"/> Balance I/O q 8 hr. <input type="checkbox"/> Wound care <input type="checkbox"/> Pain management <input type="checkbox"/> record BW <input type="checkbox"/> Discharge planning	<input type="checkbox"/> V/S q 4 hr. <input type="checkbox"/> Wound care <input type="checkbox"/> Pain management <input type="checkbox"/> I/O balance q 8 hr. <input type="checkbox"/> Complication observe <input type="checkbox"/> record BW <input type="checkbox"/> Off Wire & Stitch
Consultation	<input type="checkbox"/> Cardiologist <input type="checkbox"/> Case Manager	<input type="checkbox"/> Pharmacologist <input type="checkbox"/> PM&R <input type="checkbox"/> Nutritionist			
Test	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> CBC, E'lyte, BUN, Cr, Lipid profile, FBS ,PT ,PTT ,U/A	<input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Echo	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> LFT, BUN, Cr,Hct, E'lyte, CPK, CK-MB	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Exercise Stress Test
Medication	<input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Warfarin <input type="checkbox"/> NTG 5 mg SL <input type="checkbox"/> ATB <input type="checkbox"/> Inotrope	<input type="checkbox"/> Vasodilator <input type="checkbox"/> Sedative <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> Beta blocker <input type="checkbox"/> Anticoagulant <input type="checkbox"/> Stool softener <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Off Inotrope <input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> Beta blocker <input type="checkbox"/> Lasix <input type="checkbox"/> Stool softener <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> Beta blocker <input type="checkbox"/> Lasix <input type="checkbox"/> Stool softener <input type="checkbox"/> Off ATB <input type="checkbox"/> Other.....	<input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> Beta blocker <input type="checkbox"/> Lasix <input type="checkbox"/> Stool softener <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Home Med

Activity	At ER/ OPD	Admission Day 1	Day 2	Day 3	Day 4 - 5
Nutrition	<input type="checkbox"/> IV Fluid	<input type="checkbox"/> Liquid/ Soft /Special diet	<input type="checkbox"/> Off IV Fluid <input type="checkbox"/> Liquid/ Soft /Special diet	<input type="checkbox"/> Soft/ Special diet	<input type="checkbox"/> Common /Special diet
Teaching	<input type="checkbox"/> Post-op teaching <input type="checkbox"/> Education	<input type="checkbox"/> PT/Family Orientation in ICU/ ward	<input type="checkbox"/> Evaluation & Education <input type="checkbox"/> Activity <input type="checkbox"/> Diets <input type="checkbox"/> Pain management <input type="checkbox"/> Wound care <input type="checkbox"/> Medication	<input type="checkbox"/> Evaluation & Education <input type="checkbox"/> Activity <input type="checkbox"/> Diets <input type="checkbox"/> Pain management <input type="checkbox"/> Wound care <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Home care plan	<input type="checkbox"/> Evaluation & Education <input type="checkbox"/> Diets <input type="checkbox"/> Pain management <input type="checkbox"/> Wound care <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Home activity <input type="checkbox"/> Follow up
Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Breathing exercise <input type="checkbox"/> Cough training <input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Mobility training	<input type="checkbox"/> Bed rest <input type="checkbox"/> Head up to 15° - 30°	<input type="checkbox"/> Breathing exercise / Incentive spirometer <input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Mobility training	<input type="checkbox"/> Breathing exercise / Incentive spirometer <input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Bedside exercise	<input type="checkbox"/> Breathing exercise / Incentive spirometer <input type="checkbox"/> Progressive ROM exercise <input type="checkbox"/> Progressive Ambulation <input type="checkbox"/> Home program

แบบสอบถามวัดก่อนให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์วัดระดับความเข้าใจในการดูแลตนเองของท่านหลังการ
เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ

1 คำตอบ

ความรู้ในการดูแลตนเอง	ระดับความรู้/ ความเข้าใจ	
	รู้/เข้าใจ	ไม่รู้/ ไม่เข้าใจ
1.ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่		
2. การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และ ขาดการออกกำลังกาย จัดเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีผลทำให้เกิดโรคได้		
3. การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถรักษาได้หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การผ่าตัด และการถ่างขยายหลอดเลือด		
4. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้เป็นมากขึ้นได้		
5. การเดิน วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำจั้น เดินรำ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย		
6. ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ มีไข้ หรือ ความดันโลหิตมากกว่า 200/100 มม.ปรอท ควรดออกกำลังกาย		
7. อาหารที่มีรสจัด ไขมันต่ำ ผัก หรือผลไม้สด จัดเป็นอาหารที่เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย		
8. ผลข้างเคียงของยาลดไขมันเลือด เช่น มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดออกง่ายหยุดยาก หรือ ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ		
9.การจัดการอาการเจ็บหน้าอก คือ การอมยาใต้ลิ้น แล้วนอนพัก ถ้าอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์		
10. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การมาตรวจตามแพทย์นัด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้		

แบบสอบถามวัดหลังให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์วัดระดับความเข้าใจในการดูแลตนเองของท่านหลังการ
 เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ

1 คำตอบ

ความรู้ในการดูแลตนเอง	ระดับความรู้/ ความเข้าใจ	
	รู้/เข้าใจ	ไม่รู้/ ไม่เข้าใจ
1. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่		
2. การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และ ขาดการออกกำลังกาย จัดเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีผลทำให้เกิดโรคได้		
3. การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถรักษาได้หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การผ่าตัด และการถ่างขยายหลอดเลือด		
4. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้เป็นมากขึ้นได้		
5. การเดิน วิ่งเหยาะๆ รำมวยจีน เดินร่ำ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย		
6. ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ มีไข้ หรือ ความดันโลหิตมากกว่า 200/100 มม.ปรอท ควรออกกกำลังกาย		
7. อาหารที่มีรสจัด ไขมันต่ำ ผัก หรือผลไม้สด จัดเป็นอาหารที่เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย		
8. ผลข้างเคียงของยาลดไขมันลิ้มเลือด เช่น มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดออกง่ายหยุดยาก หรือ ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ		
9. การจัดการอาการเจ็บหน้าอก คือ เกรงอมยาใต้ลิ้น แล้วยนอนพัก ถ้าอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์		
10. การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์การมาตรวจตามแพทย์นัด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้		