

ฉบับปรับปรุงตามมติ ครั้งที่ 1/69 เมื่อวันที่ 22 พ.ค. 63
เจ้าหน้าที่ 1 (นอกระบบ)

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

กรรมการตรวจแล้ว

ผ่าน

แก้ไขเพิ่มเติม

กรรมการ ผู้ตรวจฯ ๖๐๓๖๓๓๓

(น.ร. สิทธิพรณ วิเศษนเวศวร)

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง แบบคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เสนอโดย

นางสาวอติษา วิริยะโชติ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่รพก. 714)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2561)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ความรู้ทางวิชาการ

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลันจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตัน หรือภาวะอื่นที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการพลังงานหรือเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น เช่น ติดเชื้อ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ โลหิตจาง แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกเป็น 3 กลุ่ม คือ (ปริษา เอื้อโรจนอังกูร, 2559; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2553)

1. กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลันที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการยกของ ST segment แต่อาจมี ST segment ต่ำลง (ST depression) หรือมีคลื่น T กลับหัว (T wave inversion) และค่าเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiac enzyme) ไม่เพิ่มขึ้น (Unstable Angina: UA)
2. กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลันที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการยกของ ST segment แต่อาจมี ST segment ต่ำลง หรือมีคลื่น T กลับหัว และค่าเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น แสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน (Non-ST Elevation Myocardial Infarction: NSTEMI)
3. กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST segment ยกสูงขึ้นร่วมกับค่าเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น (ST Elevation Myocardial Infarction: STEMI)

สาเหตุ

ส่วนใหญ่เกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ดังนี้ อายุ เพศ กรรมพันธุ์ ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และเครื่องคัมที่มีแอลกอฮอล์ (ดวงกมล วัตราคุศลย์ และปัทมา พิระพันธุ์, 2558)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการและอาการแสดง ดังนี้ (ดวงกมล วัตราคุศลย์ และปัทมา พิระพันธุ์, 2558; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2559)

1. เจ็บหน้าอก พบอาการแน่นๆเหมือนมีอะไรมาคดทับ หรือจุกแน่นที่ตรงกลางหน้าอก ส่วนใหญ่มีอาการปวดร้าวไปบริเวณแขนซ้ายด้านใน คอ ขากรรไกร หลัง หรือแขนขวา โดยมีอาการนาน 2-3 นาที แต่ไม่เกิน 20 นาที หากมากกว่า 20 นาทีกล้ามเนื้อหัวใจจะตาย
2. อาการอื่นๆ ได้แก่ หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ ไข้ คลื่นไส้ และอาเจียน

พยาธิสรีรภาพ

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากหลอดเลือดแดง โคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมันร่วมกับลิ้มเลือดอุดตัน ทำให้ขาดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จึงเกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobes metabolism) เกิดกรดแลคติก (lactic acid) คั่ง ซึ่งระคายเคืองต่อระบบประสาท ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก (ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2559) อีกทั้งพบการรั่วของไอออน (ion leakage) ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การนำไฟฟ้าผิดปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง และมีการปล่อยเอ็นไซม์กล้ามเนื้อหัวใจ ในกระแสเลือด (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัตร สันประโคน, 2562) เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจสูญเสียหน้าที่ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง และความดันในหลอดเลือดปอดสูงขึ้น เกิดอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวม น้ำคั่งในปอด และหัวใจโต ซึ่งแสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลว (อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2559)

การวินิจฉัยโรค

1. การวินิจฉัยเบื้องต้นเพื่อหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยพบลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ใน 3 ลักษณะ คือ (ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2559)

1.1 การซักประวัติ โดยซักประวัติอาการเจ็บหน้าอกให้ครอบคลุม ลักษณะอาการ ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลา ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยที่ทำให้อาการบรรเทา

1.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ควรทำภายใน 10 นาที เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งจะพบลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ ST segment ยกสูงขึ้น ST segment ลดต่ำลง หรือคลื่น T กลับหัว

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจหาค่าเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อบ่งชี้ว่าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายหรือตาย ได้แก่ Troponin และ CKMB

2. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) เพื่อประเมินความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การสวนและฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiography) เพื่อตรวจหารอยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน นิยมทำควบคู่กับการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

การรักษา

การรักษามีเป้าหมายเพื่อจำกัดให้กล้ามเนื้อหัวใจตายน้อยที่สุด และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2553)

1. การให้ยาละลายลิ้มเลือด (fibrinolytic therapy) ได้แก่ streptokinase, tissue plasminogen activator (t-PA) เป็นต้น พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 12 ชั่วโมง ในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉินได้ หรือขาดอายุรแพทย์โรคหัวใจ และเสียเวลาในการส่งต่อมากกว่า 90 นาที

2. การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) 2 ชนิดร่วมกัน คือ aspirin ร่วมกับ clopidogrel และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ในรูปแบบการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง (Low molecular weight heparin: LMWH) ได้แก่ enoxaparin

และการให้ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ heparin เพื่อป้องกันปัจจัยการแข็งตัวของเลือดมาเกาะกลุ่มกับเกล็ดเลือด รวมทั้งยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ ยาในกลุ่ม nitrates และ morphine

3. การถ่างขยายหลอดเลือดถูกเงิน (Primary Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ได้แก่ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA) หรือใส่ขดลวด (stent)

4. การผ่าตัดทางเบี่ยงให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) ทำในรายที่การรักษาอื่นๆ ไม่ได้ผล หรือไม่สามารถขยายหลอดเลือดได้

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีดังนี้ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากหัวใจ ลิ้นหัวใจไม่ตรัสรั่ว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และภาวะหัวใจห้องล่างแตก (ดวงกมล วัตราคุสย์ และปัทมา พิระพันธุ์, 2558; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2553)

ในที่นี้จะกล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างละเอียดเฉพาะภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากถึงร้อยละ 80 (ดวงกมล วัตราคุสย์ และปัทมา พิระพันธุ์, 2558) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานที่ของหัวใจ มีผลทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2557) โดยมีอาการและอาการแสดง ดังนี้ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ไอ บวม อ่อนล้า คลื่นไส้ อาเจียน และหลอดเลือดดำบริเวณคอโป่งพอง ซึ่งวินิจฉัยโรคได้ด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจเลือดที่มีความจำเพาะต่อภาวะหัวใจล้มเหลว คือ B-type natriuretic peptide (BNP) และ N-terminal pro BNP (NT-pro BNP) การตรวจภาพรังสีทรวงอกเพื่อประเมินขนาดหัวใจ และการคั่งของน้ำหรือเลือดในปอด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อแสดงถึงความผิดปกติที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2559) สำหรับการรักษา ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา ได้แก่ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretic) ยาต้านยับยั้งฤทธิ์ของเอนจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitor: ACEI) ยาต้านเบต้าบล็อกเกอร์ (beta blockers) เป็นต้น การให้ออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะหายใจลำบาก ออกซิเจนในเลือดต่ำ และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2553)

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวถือเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องให้การรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ดังนี้ (ชวนพิศ ทานอง, 2556; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2559; เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2553; Opell, 2015)

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย และบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-4 ชั่วโมง
2. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 ลีด เมื่อแรกรับผู้ป่วยภายใน 10 นาที และเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน โดยให้ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95
4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาลดภาระงาน

ของหัวใจตามแผนการรักษา โดยติดตามอาการแพ้ยา และอาการข้างเคียงภายหลังได้รับยา

5. จัดทำนอนศีรษะสูง 30-60 องศา เพื่อลดปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจ และการแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น
6. จำกัดปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน เพื่อป้องกันการคั่งของน้ำที่ปอด และบวม บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง และติดตามอาการหอบเหนื่อย เสี่ยงการหายใจ บวม และชั่งน้ำหนักตัววันละครั้ง
7. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายครั้งละน้อยๆ จำกัดเกลือ โซเดียม 2 กรัมต่อวัน หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และอาหารสำเร็จรูป เพื่อไม่ให้หัวใจทำงานหนัก รวมทั้งสอนผู้ป่วยและญาติอ่านฉลากโภชนาการ
8. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ รวบรวมกิจกรรมการพยาบาลไว้ในคราวเดียว ช่วยเหลือ และวางแผนกำหนดกิจกรรม เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจน และส่งเสริมการพักผ่อน
9. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำในเรื่อง การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารและจำกัดน้ำ การเลิกบุหรี่ การควบคุมโรคประจำตัว เทคนิคการผ่อนคลาย การจัดสิ่งแวดล้อม การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การจัดการอาการที่ผิดปกติ และแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน
10. ดูแลด้านจิตใจ ประเมินระดับความวิตกกังวล วิธีการเผชิญกับความเจ็บป่วย ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการทำพิธีทางศาสนา สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และการปฏิบัติตัว ให้น่าศรัทธามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา หรือลัทธิความเชื่อ เช่น ไหว้พระ ถวายสังฆทาน ละหมาด เป็นต้น

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้สมรรถภาพในการทำงานของหัวใจลดลง จากสถิติการเข้ารับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกลางมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 70, 92 และ 115 ราย ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกลาง, 2562) ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และ บวม ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST ยกขึ้นหรือลดต่ำลง ค่าเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้น เป็นภาวะวิกฤตของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิต อาจร้ายแรงถึงทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลรักษา ติดตามอาการ โดยมีเป้าหมายเพื่อจำกัดให้กล้ามเนื้อหัวใจตายน้อยที่สุด ควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพียงพอต่อร่างกาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต และดูแลตนเองได้ ทั้งนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการประเมินอาการ ให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเรื่องนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากตำรา งานวิจัย และเอกสารวิชาการทางอินเทอร์เน็ต นำมาปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้เป็นกรณีศึกษาเฉพาะราย นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 57 ปี เลขที่ภายนอก 4015/60 เลขที่ภายใน 934/61 มาโรงพยาบาล ด้วยอาการสำคัญหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบัน และอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว
4. วินิจฉัยการพยาบาล เพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการปฏิบัติการการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง
6. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน
7. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ ทบทวนความถูกต้อง เหมาะสมของผลงาน เนื้อหา ตัวอักษร และรูปแบบทั้งก่อน-หลังพิมพ์ นำเสนอตามลำดับชั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยมีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 57 ปี น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตร สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพ ค้าขาย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 20 มกราคม 2561 เวลา 16.00 นาฬิกา ด้วยอาการสำคัญหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจสัญญาณชีพ แรกได้รับไว้ในความดูแล อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 105 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วขณะไม่ใส่ออกซิเจนcannula 90 เปอร์เซ็นต์ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วขณะใส่ออกซิเจนcannula 97 เปอร์เซ็นต์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ภาวะหัวใจเต้นเร็ว ST ลดต่ำ ที่บริเวณ V5 และ V6 ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบ การคั่งของน้ำหรือเลือดในปอด และหัวใจโต ผลการตรวจเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจพบ ระดับTroponin T 82.71 นาโนกรัมต่อลิตร CKMB 13 ยูนิตต่อลิตร ติดตามผลเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจซ้ำเวลา 18.40 นาฬิกาพบ ระดับTroponin T 157.30 นาโนกรัมต่อลิตร CKMB 14 ยูนิตต่อลิตร ได้รับออกซิเจนcannula 3 ลิตรต่อนาที ยา aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด รับประทานทันที Lasix 40 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทันที enoxaparin 0.6 มิลลิลิตร เข้าทางชั้นใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง และจำกัดน้ำดื่มให้น้อยกว่า 800 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 21 มกราคม 2561 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย นอนราบไม่ได้ หอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรม ฟังปอดพบเสียงกรอบแกรบบริเวณปอดด้านล่างทั้ง 2 ข้าง ขาววมกดบวม 1 บวก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ภาวะหัวใจเต้นปกติ ST ลดต่ำ ที่บริเวณ V5 และ V6 ได้รับออกซิเจนcannula 3 ลิตรต่อนาที ยาขับปัสสาวะชนิดรับประทาน ยา enoxaparin 0.6 มิลลิกรัม เข้าทางชั้นใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง และสอนบริหารการหายใจ และข้อต่อ

วันที่ 22 มกราคม 2561 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย สีหน้าสดชื่น นอนราบได้เป็นช่วงๆ หอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรม ปัสสาวะออกน้อย 500 มิลลิกรัมต่อวัน ฟังปอดพบเสียงกรอบแกรบเล็กน้อย บริเวณปอดด้านล่างทั้ง 2 ข้าง ไม่พบขาบวม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ภาวะหัวใจเต้นปกติ ST ลดต่ำ ที่บริเวณ V5 และ V6 ได้รับออกซิเจนcannula 3 ลิตรต่อนาที ยา enoxaparin 0.6 มิลลิกรัม เข้าทางชั้นใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง ระยะเวลา 5 วัน ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ โรคหัวใจ ส่งตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ให้คำแนะนำการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และการสวน และฉีดสตีลลดเลือดหัวใจ

วันที่ 24 มกราคม 2561 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ฟังปอดพบเสียงการหายใจปกติ ปัสสาวะออกดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ภาวะหัวใจเต้นปกติ ST ที่บริเวณ V5 และ V6 ไม่ลดต่ำหรือสูงขึ้น แพทย์หยุดให้ออกซิเจน cannula ผลตรวจเคมีคลินิกพบ โซเดียม 143 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 3.2 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 103 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 26 มิลลิโมลต่อลิตร และแมกนีเซียม 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้โพแทสเซียมทดแทนชนิดรับประทาน

วันที่ 25 มกราคม 2561 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย และภาวะเลือดออก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน นัดติดตามการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม 2 สัปดาห์ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561 และอายุรแพทย์โรคหัวใจ 2 เดือน วันที่ 8 มีนาคม 2561 ในระหว่างที่อยู่ในความดูแล พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

จุดประสงค์การพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ระดับความรู้สึกตัว วัดสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วทุก 1-4 ชั่วโมง ให้ออกซิเจนcannula 3 ลิตรต่อนาที จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา จัดสภาพแวดล้อม

ให้เทียบสงบ รวบรวมกิจกรรมการพยาบาลในคราวเดียว แนะนำให้หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดูแลให้รับประทาน ยาต้านเกล็ดเลือด ยาระบาย และให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง ระยะเวลา 5 วัน
 ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ แนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โดยรับประทาน อาหารได้ปกติ ไม่มีการใช้ยา ระยะเวลาตรวจ 20-40 นาที ติดตามสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาการแพ้ยา และ ผลข้างเคียงของยา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 22 มกราคม 2561 เวลา 22.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงและมี ภาวะน้ำเกิน

จุดประสงค์การพยาบาล การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพ เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ และไม่มี ภาวะน้ำเกิน

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอัตรา จังหวะการหายใจ ฟังปอด และสังเกตการไอมีเสมหะเป็นฟองชมพู บวม หายใจลำบากเมื่อนอนราบ วัดสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วทุก 1-4 ชั่วโมง ให้ออกซิเจน cannula 3 ลิตรต่อนาที จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ช่วยเหลือกิจกรรม ดูแลให้ยาขับปัสสาวะชนิดฉีด และ รับประทานตามแผนการรักษา จัดให้รับประทานอาหารอ่อน โขเคี้ยวตำ ไม่ให้เคี้ยวเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วเพิ่มในอาหาร จำกัดน้ำดื่มน้อยกว่า 800 มิลลิลิตรต่อวัน บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง สอนและกระตุ้นการฝึกหายใจ ติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ระดับความรู้สึกตัว คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาการแพ้ยา และ ผลข้างเคียงของยา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 24 มกราคม 2561 เวลา 22.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

จุดประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะเลือดออกง่าย หยุดขาด

กิจกรรมการพยาบาล สอบถามประวัติการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านเกล็ดเลือด ให้ยา enoxaparin 0.6 มิลลิลิตร เข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้องทุก 12 ชั่วโมง บันทึกตำแหน่งการฉีดยา ลักษณะ ตำแหน่ง ของจำเลือดหรือก้อนเลือด ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ติดตามสัญญาณชีพเฝ้าระวังพัสดักตกหล่น ประเมิน ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง แนะนำให้สังเกตภาวะเลือดออก ติดตามภาวะเลือดออก และผลตรวจ โลหิตวิทยา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 24 มกราคม 2561 เวลา 22.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง

จุดประสงค์การพยาบาล มีความทนต่อการทำกิจกรรมมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง โดย ไม่มีอาการเหนื่อย และเจ็บหน้าอก

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอกก่อนทำกิจกรรม ให้ออกซิเจนcannula 3 ลิตรต่อนาที ขณะทำกิจกรรม วางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ลูกนั่งบนเตียง บริหารการหายใจ และข้อต่อ

โดยสูดลมหายใจเข้าลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกช้าๆ หมุนข้อเท้า กำมือ งอและเหยียดแขนขา เดินรอบเตียง และทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ประเมิน และติดตามสัญญาณชีพหลังทำกิจกรรมเปรียบเทียบกับขณะพัก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสังเกตอาการอ่อนเพลีย หอบเหนื่อย และเจ็บหน้าอก

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 22 มกราคม 2561 เวลา 18.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแผนการรักษาเนื่องจากการกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยอาการเดิม

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรค และแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความวิตกกังวล สังเกตอาการวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทางเป็นมิตร บอกผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาล จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก สอบถามข้อสงสัย โดยรับฟังอย่างตั้งใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การดำเนินโรค แผนการรักษา การเตรียมตัวสวนและฉีดสีหลอดเลือดหัวใจด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และทบทวนข้อมูลเป็นระยะๆ หรือให้ญาติจดบันทึกข้อมูล สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูล ดูแล และตัดสินใจในการรักษาร่วมกับผู้ป่วย

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 22 มกราคม 2561 เวลา 15.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับยาขับปัสสาวะ

จุดประสงค์การพยาบาล มีความสมดุลของระดับโพแทสเซียมในเลือด

กิจกรรมการพยาบาล ประเมิน สังเกตอาการภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้อแขน ขาอ่อนแรง หายใจตื้น อาเจียน ให้ Elixer Kcl 30 มิลลิกรัม โดยผสมกับน้ำหวานเพื่อให้รับประทานได้ง่าย และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง และอาการโพแทสเซียมในเลือดสูงหลังให้ยา ได้แก่ สับสน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่นกล้วย ส้ม องุ่น ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 24 มกราคม 2561 เวลา 22.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ความพร้อมในการรับฟัง ระดับการศึกษา การดำเนินชีวิต อุปสรรคในการปฏิบัติตัว และความช่วยเหลือของครอบครัว ให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหารและน้ำ การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การควบคุมน้ำหนัก การจัดการความเครียด การสังเกตและจัดการอาการที่ผิดปกติ แหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 และการมาตรวจตามนัด เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูล หรือข้อสงสัย และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 25 มกราคม 2561 เวลา 13.00 นาฬิกา

หลังจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ปัญหาทั้ง 7 ข้อ ได้รับการแก้ไขหมดไป รวมอยู่โรงพยาบาลนาน 6 วัน สภาพผู้ป่วยก่อนพ้นการดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย และภาวะเลือดออก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ภาวะหัวใจเต้นปกติ ST ที่บริเวณ V5 และ V6 ไม่ลดต่ำหรือสูงขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเรื่อง การรับประทานอาหารและน้ำ การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การควบคุมน้ำหนัก การจัดการความเครียด การสังเกตและจัดการอาการที่ผิดปกติ แหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 และการมาตรวจตามนัด ซึ่งนัดติดตามการรักษา 2 สัปดาห์ โดยแพทย์อายุรกรรม วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561 และอายุรแพทย์โรคหัวใจ 2 เดือน วันที่ 8 มีนาคม 2561

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 7 ปัญหา ดูแลให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และปัญหาทางการพยาบาล พร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ทำกิจวัตรประจำวันได้ ตอบคำถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การสวนและฉีดสีหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้อง ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป นัดติดตามการรักษาด้วยแพทย์อายุรกรรม วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2561 และอายุรแพทย์โรคหัวใจ วันที่ 8 มีนาคม 2561

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะทางการพยาบาล และสามารถนิเทศทางการพยาบาลแก่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ผู้ป่วยสูงอายุ หลงลืมง่าย มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และข้อมูลในการปฏิบัติตัวมีจำนวนมาก ต้องสอน และทำความเข้าใจในข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลายครั้ง

9.2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ 20/11 ไม่มีแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรจัดประชุมอบรมเชิงวิชาการสำหรับทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการนำผลงานวิจัยหรือผลงานทางวิชาการมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว


10.2 ควรสนับสนุนให้มีการผลิตสื่อหรือจัดหาสื่อการเรียนรู้ให้บุคลากร เช่น วิกิทัศน์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น เพื่อใช้เตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

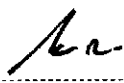
10.3 ควรสนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ โดยจัดตั้งทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... อลิษา วิริยะโชติ.....
(นางสาวอลิษา วิริยะโชติ)
ผู้ขอรับการประเมิน
- ๕ มิ.ย. ๒๕๖๓.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... .....
(นางประพิมพรรณ เกียรติวัฒนศิริ)
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลกลาง
- ๕ มิ.ย. ๒๕๖๓.....

ลงชื่อ..... .....
(นายเพชรพงษ์ กำจรกิจการ)
ตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง
- ๕ มิ.ย. ๒๕๖๓.....

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในระหว่างวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2561 – วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2561 คือ นางสาวสุภาพร กรลักษ์ณ์ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- ชวนพิศ ทำนอง. (2556). ภาวะวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือดและการพยาบาล. ใน สุจิตรา ลี้มอญวลาภ และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต Critical Care Nursing*. (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 305-329). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัตร สันประโคน. (2562). ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 14(1), 43-51.
- ดวงกมล วัตราคูญ์ และปัทมา พิระพันธ์. (2558). โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน ดวงกมล วัตราคูญ์ และกนกพร แจ่มสมบุญ (บรรณาธิการ), *การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. (หน้า 1-33). กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร. (2559). Acute Coronary Syndrome. ใน อำนวย ชัยประเสริฐ บัญชา สติระพจน์ อุปลัมภ์ สุกสินธุ์ จันทราภา ศรีสวัสดิ์ และวิชัย ประยูรวิวัฒน์ (บรรณาธิการ), *Medical Diagnosis and Treatment*. (หน้า 22-35). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน ปราณี ทุ่งไพบระ และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. (หน้า 60-91). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปราณี ทุ่งไพบระ และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. (หน้า 35-59). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลอายุรศาสตร์ 2 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 52-74). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557*. ค้นจาก <http://www.thaiheart.org>.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2557*. ค้นจาก <http://www.thaiheart.org>.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกลาง. (2562). *รายงานสถิติประจำปี 2559-2561*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกลาง.
- อังฉริยา พ่วงแก้ว. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลอายุรศาสตร์ 2 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 52-74). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- Opell T. (2015). Care of the Patient With a Cardiovascular or a Peripheral Vascular Disorder. In Kim cooper & Kelly Gosnell (Eds), *Adult Health Nursing (7th ed., pp 307-380)*. Canada: Elsevier mosby.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวอลิษา วิริยะโชติ**

เพื่อประกอบการประเมิน เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพก. 714)

สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

เรื่อง แบบคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากรายงานการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2559 พบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของโลก (World Health Organization, 2018) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อควบคุมภาวะโรคกำเริบ ลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งนอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ในปัจจุบันการดูแลภาวะโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยร้อยละ 30-60 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะทุพโภชนาการ (Hancu, 2019) ซึ่งปัจจัยส่งเสริมภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ความต้องการพลังงานที่มากขึ้นจากการใช้แรงในการหายใจและเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย การบริโภคน้ำที่ลดลง ระดับสารสื่อการอักเสบและฮอร์โมนผิดปกติ และผลของการรักษา เช่น ปากแห้ง เจ็บคอ รับรสชาติอาหารผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งภาวะทุพโภชนาการจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำ ดิ้นเชื่องช้า กล้ามเนื้อหัวใจและร่างกายอ่อนแรง เกิดภาวะโรคกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิตลดลง และอาจเสียชีวิตได้ (ปริญ พรรณเชษฐ์, 2559) ดังนั้น การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะช่วยคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ และส่งเสริมโภชนบำบัดที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อการป้องกันภาวะโรคกำเริบ ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต ฟื้นฟูสภาพร่างกาย และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนสถิติการเข้ารับการรักษายาบาลผู้ป่วยในด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลกลางปี พ.ศ. 2559-2561 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะทุพโภชนาการจำนวน 15, 20 และ 32 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 295, 268 และ 406 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.08, 7.46 และ 7.88 ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกลาง, 2562) จากสถิติพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มของภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้น และจากการทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มงานอายุรกรรมพบว่า ไม่มีแบบคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการอย่างเป็นรูปธรรม ใช้ค่าดัชนีมวลกายในการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหลัก ซึ่งเป็นการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการที่ไม่ครอบคลุมปัญหาทางโภชนาการของผู้ป่วย และมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถชั่งน้ำหนักได้ ผู้ศึกษาตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีแนวคิดจัดทำแบบคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการอย่างถูกต้อง และได้รับโภชนบำบัดที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโภชนาบำบัดที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคาม

ต่อชีวิต

เป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการอย่างถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีลักษณะการอุดกั้นของทางเดินหายใจที่ไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ เกิดจากการตอบสนองต่ออนุภาคหรือก๊าซที่เป็นอันตราย ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง และมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร (GOLD, 2020) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การหายใจล้มเหลว กล้ามเนื้อลีบ นอนไม่หลับ และภาวะทุพโภชนาการ ด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลกระทบดังกล่าวจะทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2559) ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงภาวะทุพโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการ เป็นภาวะของอาหารที่ได้รับไม่สอดคล้องกับความต้องการพลังงาน และสารอาหารที่ใช้ไป เป็นกระบวนการต่อเนื่องและเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องด้วยอาหารจะช่วยเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควบคุมการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ และต้านทานโรคต่างๆ ซึ่งการจัดการภาวะทุพโภชนาการที่ดี (พรธรวดี พุชวิฒนะ และนพวรรณ เปี้ยซื่อ, 2560) พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะ ทุพโภชนาการ เพื่อเฝ้าระวัง และให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว โดยการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่แรกเริ่ม ดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และเหมาะสมกับโรค

การคัดกรองภาวะโภชนาการ (Nutrition screening) หมายถึง กระบวนการเพื่อการจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งควรเป็นวิธีที่สะดวก ทำได้ง่าย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่เสียเวลามีดัชนีที่ใช้คัดกรองไม่มาก มีความแม่นยำตรงน่าเชื่อถือที่ยอมรับได้ในระดับหนึ่ง (วิบูลย์ ตระกูลสุน และบุชชา พรหมณสุทธิ์, 2557)

การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition assessment) หมายถึง การตรวจประเมินเชิงลึก หรือมีความละเอียดมากขึ้น ทั้งที่เป็นนามธรรม (subjective) เช่น ประวัติโรคภัยไข้เจ็บ ประวัติโภชนาการ และส่วนที่เป็นรูปธรรม (objective) ได้แก่ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และวิธีอื่นๆ ผลโดยรวมจากข้อมูลที่ได้จะนำมาสรุปผล เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องมากขึ้นและใช้ในการกำหนด หรือวางแผนการดูแลรักษา ด้านโภชนาการให้แก่ผู้ป่วย (วิบูลย์ ตระกูลสุน และบุชชา พรหมณสุทธิ์, 2557)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษามีแนวคิดในการจัดทำแบบคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เกณฑ์การคัดกรอง SPENT Nutrition Screening Tool ของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (วิบูลย์ ตระกูลสุน และบุชชา พรหมมณสูทธิ์, 2557) มีดัชนีในการคัดกรองน้อย มีความแม่นยำตรงน่าเชื่อถือที่ยอมรับได้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และใช้แบบประเมิน Nutrition Alert Form (NAF) (Komimdr., Tangsermwong. &Janepanish., 2013) ในการประเมินระดับความเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพให้การยอมรับว่า เป็นแบบประเมินมาตรฐานในการประเมินภาวะโภชนาการในประเทศไทย (กวีศักดิ์ จิตต์วัฒน์รัตน์, 2559) มีการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ และกระจายการประเมินครอบคลุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Komimdr., Tangsermwong. &Janepanish., 2013)

ดังนั้น การดูแลภาวะโภชนาการที่ดี พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มหรือภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง และประเมินระดับความเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการ (วิบูลย์ ตระกูลสุน และบุชชา พรหมมณสูทธิ์, 2557) เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการสื่อสารกับแพทย์ และทีมสุขภาพให้มีการดูแลโภชนบำบัดที่เหมาะสม ซึ่งแบบคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับโรคจะช่วยคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการได้ถูกต้อง แม่นยำ ส่งผลต่อการดูแลภาวะโภชนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง เพิ่มภูมิคุ้มกัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนฟื้นฟูสภาพร่างกายให้หายจากภาวะเจ็บป่วยได้เร็ว ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา (บุชชา พรหมมณสูทธิ์, 2557)

ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ทางวิชาการจากตำรา งานวิจัย และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. นำเสนอ เรื่อง แบบคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่หัวหน้าหน่วยงาน และกลุ่มงานอายุรกรรม
3. เมื่อหัวหน้าหน่วยงาน และกลุ่มงานอายุรกรรมเห็นชอบ จึงจัดทำแบบคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย 4 ข้อ ดังนี้

1. ประวัติน้ำหนักที่ลดลงในช่วง 6 เดือน
2. ประวัติการรับประทานอาหาร
3. ค่าดัชนีมวลกาย
4. ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ภาวะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต).

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางโภชนาการ ประกอบด้วย 8 ข้อ ดังนี้

1. ส่วนสูง/ความยาวตัว/ความยาวช่วงแขนจากปลายนิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง
2. น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ในกรณีที่ ไม่ทราบน้ำหนักใช้ผลอัลบูมินในเลือด (Albumin)

หรือจำนวนเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซท์ (Total Lymphocyte Count: TLC)

3. รูปร่างของผู้ป่วย
4. น้ำหนักเปลี่ยนใน 4 สัปดาห์
5. อาหารที่รับประทานในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ ลักษณะอาหาร และปริมาณที่รับประทาน
6. อาการต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ ปัญหาการเคี้ยวหรือกลืนอาหาร ปัญหาระบบทางเดินอาหาร และปัญหาาระหว่างรับประทานอาหาร
7. ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร
8. โรคที่เป็นอยู่

4. นำแบบคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ 20/11

5. ติดตาม ประเมินผลแบบคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อพัฒนา และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรทางการแพทย์บาลมีแนวทางในการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการคัดกรอง ประเมินภาวะทุพโภชนาการ และได้รับโภชนบำบัด ที่ถูกต้อง เหมาะสม

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแบบการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกลาง ภายในปี พ.ศ. 2563

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการทุกราย

3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโภชนบำบัดที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต

ลงชื่อ..... อลิษา วิริยะ โชติ

(นางสาวอลิษา วิริยะ โชติ)

ผู้ขอรับการประเมิน

- ๕/มิย. ๒๕๖๓

เอกสารอ้างอิง

- กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์. (2559). การคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในโรงพยาบาล จำเป็นแต่ทำไมไม่เกิดขึ้น? *โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*, 4(39), 1-4 ค้นจาก <http://www.hitap.net/documents/167693>.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน วันดี โดสุขศรี และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 57-94). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- บุชชา พรหมณสุทธิ์. (2557). แนวคิดใหม่ในการประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้ป่วย (New concept: Consensus Statement for identification of Adult malnutrition) ใน ส่องศรี แก้วถนอม บุชชา พรหมณสุทธิ์ และสรนิต ศิลธรรม (บรรณาธิการ), *พยาบาล โภชนบำบัด Nutrition Support Nurse*. (หน้า 31-54). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- บุชชา พรหมณสุทธิ์. (2557). บทบาทของพยาบาลในการบันทึกปริมาณอาหารผู้ป่วย. ใน ส่องศรี แก้วถนอม บุชชา พรหมณสุทธิ์ และสรนิต ศิลธรรม (บรรณาธิการ), *พยาบาล โภชนบำบัด Nutrition Support Nurse*. (หน้า 218-225). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- ปริญ พรรณเชษฐ์. (2559). โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Nutrition for COPD patients). ใน ชีรศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (บรรณาธิการ), *การวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Chronic Obstructive Pulmonary Disease Diagnosis and Management*. (หน้า 369-388). นนทบุรี: เฮลท์เวิร์ค.
- พรรณวดี พุชวัฒนะ และนพวรรณ เปี้ยชื้อ. (2560). การประเมินทางการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุพโภชนาการ (Nursing Assessment in the Elderly at Risk for malnutrition). ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ), *การจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ Nutritional management in the Elderly*. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 112-117). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- วิบูลย์ ตระกูลสุน และบุชชา พรหมณสุทธิ์. (2557). แนวคิดใหม่ในการประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้ป่วย (New concept: Consensus Statement for identification of Adult malnutrition). ใน ส่องศรี แก้วถนอม บุชชา พรหมณสุทธิ์ และสรนิต ศิลธรรม (บรรณาธิการ), *พยาบาล โภชนบำบัด Nutrition Support Nurse*. (หน้า 31-54). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกลาง. (2562). *รายงานสถิติประจำปี 2559-2561*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกลาง.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2020). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2020 report). Retrieved from <https://goldcopd.org/>.
- Hancu A. (2019). Nutritional Status as a Risk Factor in COPD. *Journal of Clinical Medicine*, 14(2), 140-143. doi: 10.26574/maedica.2019.14.2.140. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6709393/>.

Komindr S., Tangsermwong T. & Janepanish P. (2013). Simplified malnutrition tool for Thai patients. *Asia Pac J Clin Nutr*, 22(4), 516-521. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24231010>.

World Health Organization. (2018). The top 10 causes of death. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.