



ภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลเรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม

ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ควรได้รับการดูแล เอกสารฉบับนี้ว่าด้วย“การประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบคัดกรองเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาช่องว่างและความแตกต่างของการวินิจฉัยและการรักษาในประเทศไทยโดยแบบสอบถาม พัฒนาเครื่องมือการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการ และศึกษาประสิทธิภาพของการประเมินต่อผลการรักษา



ช่องว่างของการวินิจฉัยและการรักษาภาวะโภชนาการในโรงพยาบาล

ภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลเป็นการคาดการณ์ถึงปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในรูปของอาหาร จึงมีความหมายต่างจากภาวะโภชนาการที่เรารู้จักโดยทั่วไป เช่น อ้วน หรือผอม ภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลขึ้นกับองค์ประกอบ 2 ส่วน ได้แก่ ภาวะโภชนาการเดิมของผู้ป่วย(ทุนเดิมของผู้ป่วย) และความรุนแรงของโรคที่เป็นในปัจจุบันซึ่งจะส่งผลต่อความต้องการพลังงานของผู้ป่วยด้วย



ทำไมภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ? การคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในโรงพยาบาล จะช่วยอย่างไร?

มีหลักฐานชัดเจนว่าผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับพลังงานไม่เพียงพออย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผลการรักษาไม่ดี เพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล และพบว่า การได้รับพลังงานอย่างเพียงพอของผู้ป่วยสามารถลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญมากต่อผลการรักษาของผู้ป่วย และยังเป็น การป้องกันการขาดพลังงานสะสมซึ่งมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ “การคัดกรองภาวะโภชนาการ” ของผู้ป่วยหมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นอย่างง่ายและไม่ซับซ้อน ส่วน “การประเมินภาวะโภชนาการ” หมายถึงการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการประเมินความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยที่มีต่อความต้องการพลังงานในผู้ป่วยแต่ละราย

การค้นหา “ช่องว่าง” ของการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการในโรงพยาบาล

ในเดือน พฤศจิกายน 2555 ถึง กุมภาพันธ์ 2556 โดยความร่วมมือของสมาคมนักกำหนดอาหาร สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่าง ๆ และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ได้ทำการสำรวจเกี่ยวกับสถานการณ์การคัดกรองและประเมิน ในตัวแทนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการและนักกำหนดอาหารในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทย พบว่าการคัดกรองและประเมินเพียงร้อยละ 38 ของจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด โดยมีความหลากหลายของการใช้แบบคัดกรองและแบบประเมินเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ยังพบว่าหลายโรงพยาบาลใช้แบบคัดกรองและประเมิน ที่พัฒนาขึ้นเองหรือดัดแปลงจากที่อื่น ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมคุณภาพและการพัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในอนาคต

ทำไมจึงไม่มีการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลของประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลที่ไม่มีการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการคัดกรองและประเมินฯ คือ (1) เครื่องมือหรือแบบการคัดกรองและประเมินฯ มีมากมายหลายชนิดจนทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (2) การไม่มีเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีหรือคาดว่าจะมีภาวะทุพโภชนาการในโรงพยาบาลรวมถึงมักมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะดังกล่าวอยู่เสมอ (3) ขาดความต่อเนื่องของนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ขึ้นกับความสนใจของผู้บริหารมากกว่าสิ่งที่ควรทำให้เกิดในองค์กร (4) เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นของเจ้าหน้าที่

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการคัดกรองและประเมินฯ ในโรงพยาบาล ผู้เกี่ยวข้องเสนอให้ กำหนดแบบมาตรฐานการคัดกรองและประเมินฯ ที่เป็นที่ยอมรับ ง่ายต่อการใช้ ไม่เพิ่มภาระงานมาก และควรนำเกณฑ์ดังกล่าวใช้ร่วมกันทั่วประเทศ หากมีการปรับปรุงเครื่องมือและเกณฑ์ ก็ควรได้รับความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียและผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญจะต้องมีนโยบายสนับสนุนอย่างชัดเจนทั้งในระดับประเทศและระดับโรงพยาบาล เช่น กำหนดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล



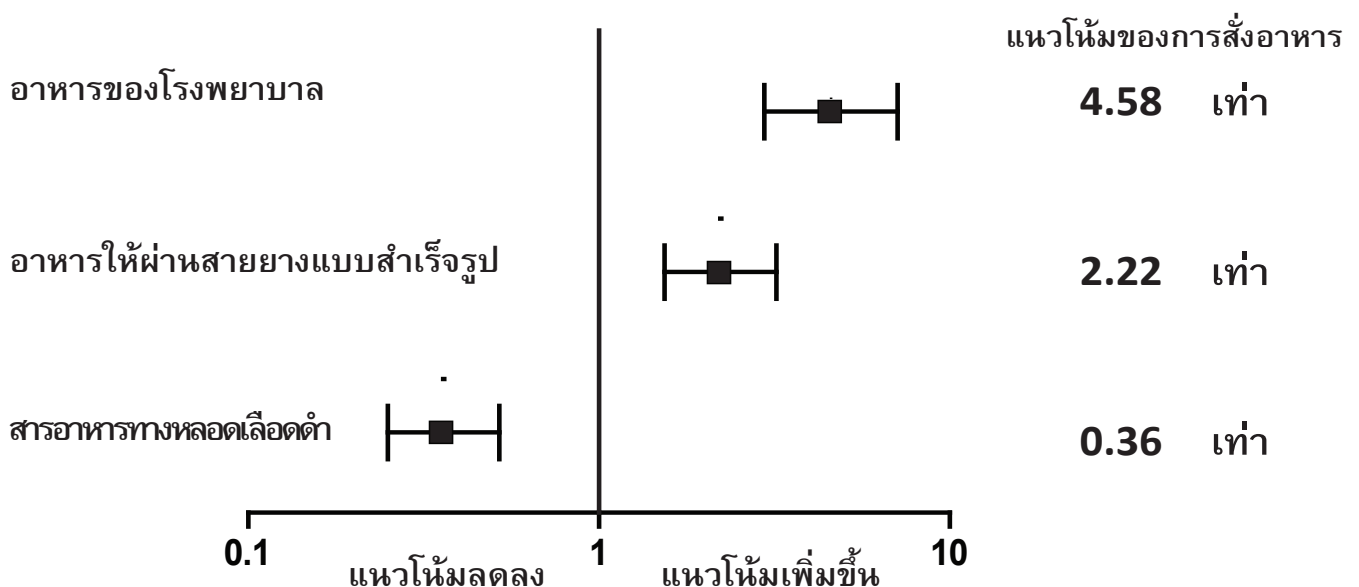
หากมีการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลของประเทศไทยจะมีผลดีอย่างไรบ้าง

หากมีการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลในประเทศไทยจะก่อให้เกิดผลดีหลายด้านดังนี้ คือ

- (1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาทุพโภชนาการและได้รับโภชนาบำบัดอย่างรวดเร็วและเหมาะสม จะลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อ และมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล
- (2) ลดภาระของญาติผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยแข็งแรงเร็วขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และลดภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติ
- (3) ระบบบริการสุขภาพที่ดีขึ้น จากการสำรวจนี้พบว่าโรงพยาบาลที่มีการคัดกรองและประเมินฯ มีการสร้างทีมการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร (ร้อยละ 90) และมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีทุพโภชนาการ (ร้อยละ 60) ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องย่อมดีขึ้น แพทย์สามารถลดภาระงานในการดูแลในเรื่องโภชนาการของผู้ป่วย พยาบาลมีความสามารถในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยให้กับนักโภชนาการเพิ่มขึ้น รวมถึงนักโภชนาการสามารถมีบทบาทช่วยดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลที่ไม่มีการคัดกรองและการประเมินฯ จะมีแนวทางปฏิบัติข้น้อยกว่ามาก (ร้อยละ 3)
- (4) ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการให้กับสถานพยาบาลภายใต้ระบบสุขภาพของประเทศไทย จากผลการสำรวจเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลที่มีการคัดกรองและประเมินฯ กับ กลุ่มโรงพยาบาลที่ไม่มีการดำเนินการ พบว่า โรงพยาบาลกลุ่มแรกมีแนวโน้มในการจัดเตรียมและใช้อาหารสายยางในสูตรของโรงพยาบาล หรือ อาหารสายยางแบบสำเร็จรูปมากขึ้นกว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่ไม่ได้ดำเนินการคัดกรองและประเมินฯ ประมาณ 5 และ 2 เท่าตามลำดับ แต่ในทางกลับกัน พบว่ามีการลดลงของการให้อาหารผ่านหลอดเลือดดำซึ่งมีราคาแพงกว่า (รูปที่ 2) ดังนั้น จึงคาดว่าเมื่อมีการประเมินดังกล่าวในทุกสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง จะทำให้สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายได้จากการลดลงของการให้อาหารทางหลอดเลือดดำกับผู้ป่วยที่อาจไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน

รูปที่ 2 แนวโน้มของรูปแบบการให้อาหารเมื่อมีการคัดกรองหรือการประเมิน ฯ ในโรงพยาบาล

การส่งจ่ายอาหารสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ในโรงพยาบาลเมื่อมีการคัดกรองและการประเมิน



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จัดทำเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานของประเทศไทย เพื่อใช้ในการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ ในโรงพยาบาล
2. จัดตั้งทีมสหสาขาด้านโภชนบำบัดในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกำหนดอาหาร หรือ นักโภชนาการ เพื่อคัดกรอง ประเมิน และให้การรักษาอย่างเหมาะสม
3. จัดทำแนวทางการให้โภชนบำบัดเมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว ที่เหมาะสมโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ทางการแพทย์โดยเฉพาะ อาหารทางการแพทย์ที่ราคาแพง

ผู้เขียน



ชื่อ: ดร. นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์
ตำแหน่ง: รองศาสตราจารย์
หน่วยงาน: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม

Charney, P., Nutrition screening vs nutrition assessment: how do they differ? Nutr Clin Pract, 2008. 23(4): p. 366-72.

Anthony, P.S., Nutrition screening tools for hospitalized patients. Nutr Clin Pract, 2008. 23(4): p. 373-82.

Russell, C.A., The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional. Clin Nutr Suppl, 2007. 2007(2): p. 25-32.

Ockenga, J., et al., Nutritional assessment and management in hospitalised patients: implication for DRG-based reimbursement and health care quality. Clin Nutr, 2005. 24(6): p. 913-9.

Reilly, J.J., Jr., et al., Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 1988. 12(4): p. 371-6.

ติดตามรายงานฉบับสมบูรณ์ได้ที่ <http://www.hitap.net/research/12491>

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในโรงพยาบาล โดย รศ.ดร.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์ ญ.ศ.คณางค์ โตสงวน ผศ.ดร.ภญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว

ติดต่อ:

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์: 02-591-8161, 02-590-4375 และ 02-590-4549

โทรสาร: 02-590-4374 และ 02-590-4369

อีเมล: hitap@hitap.net

เว็บไซต์: www.hitap.net

© โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)