

สรุปการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๕

การประชุมภาวะโภชนาการด้วยแบบคัดกรองเพื่อคัดกรองผู้ป่วย

ที่อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๓๐ น.

ณ ห้องประชุม HITAP ๑ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. พล.อ.ต.นพ.วิบูลย์ ตระกูลฮุน	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
๒. นท.หญิง บุชชา พรหมณสุทธิ์	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
๓. ศ.คลินิก นพ.สุชาติ จันทวีบูลย์	โรงพยาบาลราชวิถี
๔. นพ. สมบูรณ์ ทรัพย์วงศ์เจริญ	โรงพยาบาลราชวิถี
๕. น.ส. อีรพร ชมภูแสง	โรงพยาบาลราชวิถี
๖. นพ.วินัย อึ้งพินิจพงศ์	โรงพยาบาลสุรินทร์
๗. ผศ.นพ.ธัญเดช นิมมานวุฒิมพงษ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๘. พ.อ.นพ.อุปลัมภ์ ศุภสินธุ์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
๙. ศ.นพ.สุรัตน์ โคมินทร์	คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
๑๐. ผศ.สุนาฏ เตชะงาม	สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๑. นพ. ศักดิ์ชัย ตั้งจิตวิทยา	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๒. ภาญ. เปญจมาภรณ์ อภิรมย์รักษ์	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
๑๓. รศ.นพวรรณ เป็ยชื่อ	สภากาชาด
๑๔. นายจิรบูรณ์ ไตสงวน	สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (พรีม่า)
๑๕. คุณโนรี จงวิไลเกษม	สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (พรีม่า)
๑๖. รศ.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๗. นพ.ศุภกฤต อูย์วัฒนกุล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
๑๘. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๑๙. ดร.ภาญ.อุษา ฉายเกสิดแก้ว	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒๐. ภาญ.คัคนางค์ ไตสงวน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ผู้ไม่เข้าร่วมประชุม (เนื่องจากติดภารกิจ)

๑. ผศ.นพ. รังสรรค์ ภูยานนทชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๒. นพ.จเด็จ ธรรมชัชวารี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 **เริ่มประชุมเวลา ๑๐.๐๐ น.**

2 รศ.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์ ได้นำเสนอโครงร่างวิจัยของการศึกษาโดยกล่าวถึงที่มาและความสำคัญ
3 ของการศึกษา วัตถุประสงค์การวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย
4 วัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ คือ

5 **๑. การวินิจฉัย**

- 6 ● เพื่อพัฒนาเครื่องมือของแบบการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการในประเทศไทยโดยอาศัย
7 ผู้เชี่ยวชาญทุกแขนงในประเทศไทย
- 8 ● เพื่อศึกษานโยบายและการใช้การคัดกรองและวินิจฉัยที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล
- 9 ● เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่มีผลทางคลินิกของเครื่องมือต่างๆ

10 **๒. การรักษา**

- 11 ● เพื่อศึกษาช่องว่างและความแตกต่างของการเข้าถึงของการใช้อาหารทางการแพทย์เพื่อการรักษาใน
12 โรงพยาบาลต่าง ๆ และสิทธิการรักษาต่าง ๆ ทั้งอาหารพิเศษที่ให้ผ่านทางเดินอาหารและทางหลอดเลือด
13 ดាំ

14 **๓. การร่วมรักษา**

- 15 ● เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่ง
16 เป็นการรักษาร่วม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มีความเสี่ยงสูงโดยทำการศึกษาใน
17 ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีความเสี่ยงสูงโดยการใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์
18 ระเบียบวิธีวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ คือ

19 **๑. ศึกษาช่องว่างและความแตกต่างของการวินิจฉัยและการรักษาในประเทศไทย**

- 20 ● ใช้แบบสอบถามเพื่อสอบถามเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาในโรงพยาบาล โดยการส่งแบบสอบถามไปยัง
21 หอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายตามรหัสของภาวะทุพโภชนาการ
22 (ICD-10) สำหรับรายชื่อโรงพยาบาลจะสืบค้นจากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สภส.)
23 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ โรงพยาบาลที่มีการคัดกรอง
24 และโรงพยาบาลที่ไม่มีการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ
- 25 ● จัดสัมมนากลุ่มเพื่ออภิปรายถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน และความเป็นไปได้ในการพัฒนาต่อไปใน
26 ในเชิงนโยบาย

27 **๒. พัฒนาเครื่องมือการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการ**

- 28 ● พัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐานกลางสำหรับประเทศไทย (general form) เพื่อใช้ในโรงพยาบาล
29 และเพื่อให้ง่ายต่อการฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งเป็นกำลังหลักสำคัญใน
30 การทำงานนี้ สำหรับวิธีการคือจะมีการจัดประชุมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งหากได้

1 เครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐานกลางแล้วอาจจะพัฒนาเครื่องมือสำหรับการคัดกรองเฉพาะโรค
2 (special form) ต่อไปในอนาคต

3 ● ศึกษาความสมเหตุสมผลและความเที่ยงตรงทางคลินิก รวมถึงความสามารถในการจำแนกผลการรักษา
4 (discrimination analysis) ซึ่งจะทำภายหลังจากที่ได้เครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐานกลาง โดยวิธีการ
5 คือเก็บข้อมูลแบบสุ่มจากโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาล
6 มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่บางแห่ง

7 ๓. ศึกษาถึงประสิทธิผลของการประเมินต่อผลการรักษา

8 ● ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์ทอถิมาน (meta-analysis)
9 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประเมินผลการรักษาโดยแบ่งการศึกษาออกมาเป็น ๒ ส่วน (๑) พิจารณา
10 ผลลัพธ์ (outcomes) โดยไม่คำนึงถึงชนิดของเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยระหว่าง
11 กลุ่มที่ทำการคัดกรอง (screening) หรือทำการประเมิน (assessment) กับกลุ่มที่หนึ่งคือ กลุ่มที่ไม่ได้ทำ
12 การคัดกรองหรือทำการประเมิน และได้รับโภชนาการ (nutritional intervention) และกลุ่มที่สองคือ
13 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการคัดกรองหรือทำการประเมินและไม่ได้รับโภชนาการที่ชัดเจน ซึ่งในขั้นแรกจะ
14 พิจารณาผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง (high risk patients) ก่อนเพื่อหาอัตราการตายและระยะเวลาที่นอน
15 โรงพยาบาล (๒) ความแม่นยำ (accuracy) ของเครื่องมือคัดกรอง โดยเปรียบเทียบเครื่องมือแต่ละชนิด
16 ในงานวิจัยต่างๆ โดยใช้เทคนิค meta-network

17 ● ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์โดยวิธีต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis) โดยการสร้าง
18 แบบจำลอง decision tree เพื่อศึกษาความคุ้มค่าของการคัดกรองเทียบกับการไม่คัดกรอง

19 ● ทั้งนี้ ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้อธิบายเพิ่มเติมถึงสาเหตุที่การศึกษานี้ต้องแบ่งออกเป็นหลายส่วน
20 เนื่องจากในการผลักดันนโยบายนั้นผู้บริหารจำเป็นต้องทราบข้อมูลหลากหลายมิติ ซึ่งนักวิจัยต้องสามารถบอกถึง
21 สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน การปฏิบัติทางการแพทย์ (practice) ชุดบริการ (package) ที่เหมาะสม รวมถึง
22 ประโยชน์ของประเทศโดยรวมได้

23

24 ผู้เข้าร่วมประชุมได้สอบถามและเสนอความคิดเห็นต่อระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

25 การศึกษาที่ ๑: การศึกษาช่องว่างและความแตกต่างของการวินิจฉัยและการรักษา

26 ๑) ความแตกต่างของการวินิจฉัยจำเป็นต้องมี gold standard มาเปรียบเทียบหรือไม่ ซึ่ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนา
27 นนท์ ให้ความเห็นว่าการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อให้เห็นปัญหาเรื่อง
28 ช่องว่างของการรักษาในโรงพยาบาลหรือในหอผู้ป่วย โดยสำรวจจำนวนโรงพยาบาลที่มีการคัดกรองภาวะทุพ
29 โภชนาการ ซึ่งทำให้ทราบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการในแต่ละโรงพยาบาลได้รับการคัดกรองแตกต่างกัน
30 หรือไม่ และพิจารณาถึงความแตกต่างของเครื่องมือคัดกรองในโรงพยาบาลที่มีการคัดกรอง หลังจากนั้นจะมี

1 การทำสนทนากลุ่มเพื่อหาสาเหตุว่า เหตุใดบางแห่งถึงมีการใช้แบบคัดกรองและบางแห่งไม่มีการใช้แบบคัด
2 กรอง

3 ๒) ดร.ภญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว เสนอแนะว่าหากต้องการทราบถึงช่องว่างและความแตกต่างที่แท้จริงนั้น ควรเพิ่ม
4 โรงพยาบาลที่ไม่เคยเบิกจ่ายในเรื่องของภาวะทุพโภชนาการเข้ามาด้วย ดังนั้นระหว่างขั้นตอนการส่ง
5 แบบสอบถามไปแต่ละโรงพยาบาลนั้นควรสุ่มทั้งโรงพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายและไม่มีการเบิกจ่ายตามรหัส
6 ICD-10

7 ๓) ผู้เชี่ยวชาญมีความกังวลว่าข้อมูลที่สืบค้นจากสกส. จะไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม รศ.นพ.กวี
8 ศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์ ได้อธิบายว่าข้อมูลที่ได้นั้นจะนำมาวิเคราะห์ในภายหลังโดยใช้แบบสอบถามเพื่อให้
9 สามารถทราบถึงโรงพยาบาลที่มีการทำการคัดกรองแบบครบวงจรและโรงพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายภาวะทุพ
10 โภชนาการแต่ไม่มีกระบวนการที่ครบวงจร

11 การศึกษาที่ 2: พัฒนาเครื่องมือการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการ

12 ๑) gold standard ที่นำมาเปรียบเทียบในระหว่างการพัฒนาเครื่องมือขึ้นคืออะไร ซึ่ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนา
13 นนท์ อธิบายว่า gold standard อาจจะเป็นเครื่องมือที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติ (international tool)
14 หรือเครื่องมือของประเทศไทยที่เป็นที่ยอมรับและได้รับการทดสอบและอ้างอิงกับเครื่องมือต่างชาติ อย่างไรก็ตาม
15 ตาม รศ.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์ ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าหากไม่สามารถหา gold standard ได้ เรา
16 สามารถนำมาเปรียบเทียบได้โดยใช้ตัวแปรต่างๆ เช่น ส่วนสูง อายุ น้ำหนัก มาทำเป็น scoring system เพื่อ
17 พิจารณากับผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) เช่น อัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย อัตราการพิการ
18 อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จะดำเนินการจัดการประชุมเพื่อหาข้อสรุปว่ามีตัวแปร
19 ใดบ้างในแบบคัดกรองที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางคลินิกมากที่สุด และให้มีตัวแปรน้อยที่สุด แต่ว่าแม่นยำ
20 (validity) มากที่สุด

21 ๒) นักวิจัยใช้หลักการอะไรในการจำแนกว่าเครื่องมือชนิดใดเป็น screening เครื่องมือชนิดใดเป็น assessment
22 ซึ่ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เห็นว่าคำนิยามอาจจะยังไม่ชัดเจนในการประชุมนี้ อย่างไรก็ตาม ระหว่างที่มี
23 การพัฒนาจะมีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปกันอีกครั้ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้เสนอเพิ่มเติมว่าระหว่าง
24 การประชุมเพื่อหาข้อสรุปนั้นต้องถกเถียงกันบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base) รวมถึงต้องมี
25 เหตุผลที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือว่าเหตุใดถึงเลือกเครื่องมือขึ้น ๆ และต้องมีการบันทึกข้อความไว้เป็นลายลักษณ์
26 อักษร เพื่อให้ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ในวันนั้นเห็นพ้องกันกับเหตุผลของที่ประชุม นอกจากนี้ หาก
27 ข้อสรุปในวันนั้นเห็นว่าเครื่องมือคัดกรองใหม่ที่จะเป็นเป็นมาตรฐานกลางสำหรับประเทศไทยมาจากการ
28 อ้างอิงของเครื่องมือเดิม นักวิจัยจะต้องนำเครื่องมือคัดกรองใหม่ไปทดสอบเทียบกับเครื่องมือเดิมที่มีอยู่หรือ
29 gold standard แต่หากเครื่องมือใหม่พัฒนาจากการหลากหลายเครื่องมือที่มีอยู่ นักวิจัยต้องทดสอบ
30 เครื่องมือที่ได้ใหม่ก่อน และต้องให้เหตุผลว่าเหตุใดถึงเลือกส่วนต่างๆ ของเครื่องมือแต่ละชนิดมาใช้ใน

1 เครื่องมือใหม่ โดยพิจารณาจากการทบทวนข้อดีและข้อเสียของเครื่องมือแต่ละชนิด อีกทั้งต้องทบทวนข้อมูล
2 ความสำเร็จของประเทศอื่น ๆ ที่นำเครื่องมือไปใช้ในประเทศว่าเป็นอย่างไรบ้าง

3 ๓) ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่คัดกรองที่เป็นมาตรฐานกลาง อย่างไรก็ตามก็
4 ไม่ควรทิ้งเครื่องมือเดิมที่มีอยู่ เนื่องจากทุกเครื่องมือสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ทั้งหมด เพียงแต่ต้องอิง
5 เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งก่อน ยกตัวอย่างเช่น ในระหว่างเก็บข้อมูลให้เก็บเครื่องมืออื่นๆ นอกเหนือจาก
6 เครื่องมือที่เลือกไว้แล้วประมาณ ๓-๔ เครื่องมือ จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บได้มาวิเคราะห์ในภายหลังและนำมา
7 ถกเถียงเพื่อหาข้อสรุปอีกครั้งได้

8

9 นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย ดังนี้

10 ๑) ขณะนี้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำลังสร้างเครื่องมือคัดกรองที่สามารถใช้ได้ทั้งในชุมชน
11 (community based) และโรงพยาบาล (hospital based) จึงเกรงว่าการศึกษาวิจัยนี้จะซ้ำซ้อนกับโครงการ
12 ของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้สอบถาม พญ.แสงโสม สีนะวัฒน์ ซึ่ง
13 เป็นหนึ่งในผู้รับผิดชอบแล้ว ได้ข้อสรุปว่าโครงการของกระทรวงสาธารณสุขมีการใช้เครื่องมือคัดกรองใน
14 โรงพยาบาลเช่นกัน แต่โครงการนี้สนใจผู้ป่วยใน 3 กลุ่ม ได้แก่ เด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ขณะนี้
15 โครงการยังมีความคืบหน้าไม่มากนัก ดังนั้น น่าจะเป็นโอกาสดีที่การศึกษานี้จะร่วมมือกับกรมอนามัยในการทำ
16 วิจัย นอกจากนี้ พญ.แสงโสม สีนะวัฒน์ เห็นด้วยว่าการศึกษานี้ควรพิจารณาในกลุ่มผู้ใหญ่ก่อน ซึ่ง ดร.นพ.
17 ยศ ตีระวัฒนานนท์ กล่าวว่าในการประชุมครั้งหน้าจะเชิญ พญ.แสงโสม สีนะวัฒน์ เข้าร่วมประชุมด้วย

18 ๒) บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย

19 - *พยาบาล*

20 ● พยาบาลคัดกรองภาวะทุพโภชนาการอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชน แต่ในโรงพยาบาลมีการคัดกรอง
21 แต่หลากหลาย ซึ่งหากจะมีเครื่องมือคัดกรองที่ใช้เป็นมาตรฐานกลางสำหรับประเทศไทย การฝึกอบรม
22 พยาบาลในการใช้เครื่องมือไม่น่าจะเป็นเรื่องยาก

23 ● ปัญหาและอุปสรรคในการฝึกอบรมให้พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้คัดกรอง คือ ๑) การคัดกรองภาวะทุพ
24 โภชนาการอาจไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาล และ ๒) การคัดกรองภาวะทุพโภชนาการเป็นการไปเพิ่มภาระ
25 งานของพยาบาล

26 ● การทำงานของพยาบาลในปัจจุบันมีการเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยอยู่แล้ว และมี
27 รายละเอียดที่เป็นประโยชน์ในการคัดกรองให้กับแพทย์อยู่แล้ว แต่แพทย์หรือพยาบาลไม่นำข้อมูลนี้มา
28 ใช้ให้เป็นประโยชน์ สำหรับการแก้ปัญหาคือ การจัดทำแบบฟอร์มให้เป็นระบบมากขึ้น ตัดแบบฟอร์ม
29 บางอย่างที่ซ้ำซ้อน ทำแบบฟอร์มใหม่ที่ง่ายต่อการใช้งาน และนำไปใช้โดยให้แพทย์ซึ่งเป็นผู้วินิจฉัยและ
30 ประเมินอ่านรายละเอียดในแบบฟอร์มที่พยาบาลเป็นผู้บันทึก

31

- 1 - *นักกำหนดอาหาร (dietitian)*
- 2 ● ปัจจุบันประเทศไทยมีนักกำหนดอาหารประมาณ ๑,๘๐๐ คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการใน
- 3 โรงพยาบาล เนื่องจากประเทศไทยเพิ่งมีการผลิตนักกำหนดอาหารเมื่อ ๑๒ ปีที่แล้วโดยสถาบันโภชนาการ
- 4 มหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งเป็นที่แรกที่เปิดหลักสูตรนี้ สำหรับหน้าที่ของนักกำหนดอาหารในโรงพยาบาลใน
- 5 กรณีที่โรงพยาบาลมีพยาบาลเพียงพอ พยาบาลจะเป็นผู้คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ
- 6 ไปยังนักกำหนดอาหาร แต่ในกรณีที่โรงพยาบาลมีพยาบาลไม่เพียงพอ นักกำหนดอาหารจะเป็นผู้คัดกรอง
- 7 ผู้ป่วยตั้งแต่ต้น
- 8 ● เนื่องจากนักโภชนาการและนักกำหนดอาหารขาดแคลน ผู้เชี่ยวชาญจึงทำการประมาณการคร่าวๆ ว่าหาก
- 9 จะเพิ่มอัตรานักกำหนดอาหารในอนาคตให้เพียงพอต่อโรงพยาบาล ต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 15 ปี โดย
- 10 มหาวิทยาลัยต้องเปิดสอนจำนวน 5-6 แห่ง เพื่อผลิตนักกำหนดอาหารปีละ 500 คน ฉะนั้น การแก้ปัญหา
- 11 ในเบื้องต้นคือการสร้างความเข้าใจระหว่างพยาบาลและนักโภชนาการในโรงพยาบาลว่าต้องทำร่วมกันไป
- 12 ก่อน อย่างไรก็ตาม กำลังสำคัญหลักในปัจจุบันคือพยาบาล เนื่องจากนักโภชนาการอาจมีไม่เพียงพอ และ
- 13 ในอนาคตหากมีจำนวนนักกำหนดอาหารเพิ่มมากขึ้น อาจทำหน้าที่เป็นผู้คัดกรอง
- 14 ● กรณีศึกษาของโรงพยาบาลสุรินทร์ซึ่งมีขนาด ๓๐๐ เตียง ที่โรงพยาบาลมีทีมโภชนบำบัดในการดูแลผู้ป่วย
- 15 ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการคัดกรองคือพยาบาลที่รับผู้ป่วย เนื่องจากต้องการทำการคัดกรองให้เร็วที่สุด
- 16 ภายใน ๒๔ ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ามาเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ว่าขณะนี้
- 17 ความเสี่ยงระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรง สำหรับนักกำหนดอาหารจะทำหน้าที่ในการประเมินการ
- 18 รับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อทีมผู้ดูแลสามารถเสริมอาหารให้ผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง
- 19 เนื่องจากหากให้นักกำหนดอาหารเป็นผู้คัดกรองนั้นจะไม่สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ครบทุกราย
- 20 ● ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้สรุปว่าแบบสอบถามควรสอบถามทั้ง ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) ศัลแพทย์หรือแพทย์
- 21 ๒) พยาบาล และ ๓) นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งระบบ นอกจากนี้
- 22 ต้องการสอบถามเพื่อวิเคราะห์ความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล และทราบถึงนโยบายของผู้บริหารที่มีต่อ
- 23 เรื่องนี้
- 24 ๓) ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้สรุปผลในที่ประชุมว่าการศึกษาร่วมกันจะเริ่มทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามซึ่ง
- 25 จะส่งในนามกระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาลและสมาคมนักกำหนดอาหาร โดยจะร่างแบบสอบถาม
- 26 ขึ้นมาและให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยพิจารณา ก่อนส่งแบบสอบถามไปยังแต่ละโรงพยาบาลซึ่งน่าจะใช้เวลาร่าง
- 27 แบบสอบถามประมาณ ๑ เดือน หลังจากนั้นจะนัดประชุมนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นและปรึกษาหารือว่า
- 28 จะเริ่มต้นดำเนินการศึกษาส่วนที่สองอย่างไร สำหรับการประชุมครั้งหน้าคือวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕
- 29 เวลา ๑๐.๐๐ น.

1 ปิดประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.

2

3

.....

.....

4 ภญ.ศัคนางค์ โตสงวน

ดร.ภญ.อุษา ฉายเกตุแก้ว

5 สรุปการประชุม

ผู้ตรวจสรุปการประชุม