

การศึกษาช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ณัฐพิมพ์ ภิรมย์เมือง, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*, กุลพงษ์ ชัยนาม, พ.บ.**, วิบูลย์ ธานีปกรณ์, พ.บ.***,
สุลักษณ์ วงศ์ธีรภักดิ์, พย.ม.(สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)*, วัลลภภัทร์ จันทร์ขจร, วท.ม.(สารสนเทศทางสุขภาพ)*,
ธัญวรินทร์ ตั้งเสริมวงศ์, วท.ม. (โภชนศาสตร์)****, พัชรวิทย์ ทั่นละกิจ, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)****,
ปิยานุช ไมตรีจรร, วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์)****, พัชรินทร์ สุภาพโสภณ, ภ.ม.(บริหารเภสัชกิจ)***,
สุทธิรัตน์ อินม่วงหิรัญโชติ, ภ.บ.(เภสัชศาสตร์)***, กนกกรัตน์ รุ่งทิวาสวรรณ, ภ.ม.,***
สุกัญญา สุรกิจ, วท.บ.(วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร)***, นพวรรณ เปียเชื้อ, Ph.D. (Nursing)*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการดำเนินงานในระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ และ 2) ศึกษาช่องว่างในระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการและแนวทางในการปรับปรุงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

การดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลคือ สมาชิกทุกคนในทีมโภชนาบำบัด ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาล 2 คน นักกำหนดอาหาร 3 คน และเภสัชกร 2 คน รวม 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการวิธีการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: การดำเนินงานในระบบการดูแลด้านโภชนาการ ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการที่ประกอบไปด้วยการประเมินภาวะโภชนาการ การประสานงานและส่งต่อตลอดจนการให้โภชนบำบัดและการติดตาม และ 3) คือผลลัพธ์ของกระบวนการ ช่องว่างในระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการและแนวทางในการปรับปรุงได้แก่ 1) ภาระหน้าที่ในงานประจำมีมาก 2) อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้น แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ การปรับระบบการทำงานให้สอดคล้องกับขอบเขตและปริมาณงาน รวมทั้งอัตราค่าจ้างที่มีในปัจจุบันเพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจนในการทำงานของทีม

ข้อเสนอแนะ: การจัดการให้เกิดการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ และเหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีจำนวนผู้ป่วยและความซับซ้อนของโรคมาก ระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาบำบัดที่เหมาะสมนั้นจำเป็นต้องมีทีมจากสหสาขาวิชาชีพ อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัติที่ยังไม่กำหนดมาตรฐานชัดเจน อาจส่งผลให้วิธีการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานยังคงหลากหลาย ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงควรกำหนดขอบเขตและภาระงานอย่างชัดเจนในเชิงนโยบาย ตลอดจนความก้าวหน้าในวิชาชีพ

วารสารสภาการพยาบาล 2561; 33(4) 93-108

คำสำคัญ : ทีมโภชนาบำบัด/ การพัฒนาระบบ/ การศึกษาเชิงคุณภาพ

* พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ฝ่ายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***** ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Email: noppawan.pia@mahidol.ac.th

Gaps in Nutrition Care Process by a Multidisciplinary Team

Nuttapimon Bhirommuang, M.Sc. (Public Health)*, Kulapong Jayanama, MD.**,
Wiboon Thaneepakorn, MD.***, Suluck Vongterapak, M.NS.*,
Wallapat Chankachorn, M.S. (Information Technology), Thanwarin Tangsermwong, M.Sc.****,
Patcharavee Tanlakit, M.Sc.****, Piyanuch Maitreejorn, M.Sc.****, Patcharin Supapsophon, M.Sc.,***
Sutthirat Inmuanghiranchot Pharm. D. (Pharm Care)***, Kanokrat Rungtivasuwan, M.Sc.,***
Sukanya Surakit, B.Sc., (Food Science and Technology)***, Noppawan Piaseu, Ph.D. (Nursing) *****

Abstract

1) To describe the process in the nutritional care system; and 2) to explore gaps in nutritional care and approaches to nutritional care system improvement in a tertiary hospital.

Design: Qualitative research.

Methodology: Nine informants in the nutrition care team were recruited to form a focus group, consisting of 2 physicians, 2 nurses, 3 dietitians, and 2 pharmacists. Data were collected through focus group discussion and in-depth interviews. The data were then analysed using content analysis.

Results: The implementation of the hospital's nutrition care system consisted of three parts: 1) the structure; 2) the process, comprising nutritional assessment, coordination, referral, and nutritional therapy and monitoring; and 3) the outcome of the process. The gaps in the nutritional care system, and hence the necessary approaches to its improvement, were related to: 1) the staff's work overload; and 2) disproportion between manpower and increased workload. Possible solutions included adjustment of the work system to achieve a better balance between the work scope, workload, and current manpower, which would result in more efficient teamwork.

Recommendations: In tertiary hospitals, where the number of patients is usually large and the complexity of the diseases is high, appropriate and systematic management of nutritional care is extremely important. Proper nutritional therapy conducted by a multidisciplinary team is required. However, as no clear standard has been established, the administration of nutritional care varies amongst healthcare practitioners. It is necessary, therefore, that hospitals clearly define the work scope, workload, policies, and career paths for their personnel.

Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(4) 93-108

Keywords: nutritional care team; nutritional care system improvement; qualitative research

* Registered Nurse, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Chakri Naruebodindra Medical Institute, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Department of Nutrition and Dietetics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**** Somdech Phra Debaratana Medical Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***** Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

คณะปณะมและคณะสัคคยัของปณะหะ

ปณะหะดัณโงชนะการของผุ้ปวยในปจจุบนัมีคณะขัซซันเพิมขััน จักรายงานข้อมุลประจัปีของศุนยัการแพทยัสมเด็จพระเทพรัตนั คณะแพทยัศาสตรั โรงพยับาลรามาธิบตี พบว่าผุ้ปวยที่เข้ารับการรักษัในโรงพยับาลมีปณะหะทุพโงชนะการประมาณร้อยละ 30¹ โดยสัณหะใหญ่เป็นภะวะขะตโงชนะการ สอดคัลล้งกัับการศีกษาที่ผัานมา² ซึ่มีอิทธิพลต่อการดัเนินของโรค คณะเจ็บปวยเรื้อรังและภะวะแทรกซันจากการผัาตัดัใหญ่ แสดงให้เห็่นว่าการให้โงชนะการอย่างเหมาสมตั้งัแต่ระยะเรืมนัต้นสามารถลดอัตราการเกิดภะวะแทรกซัน ระยะเวลาการนอนโรงพยับาล ระยะเวลาการกลับเข้มารักษัซั้ อัตราการตาย และคัาใช้จ่ายในการดูแลรักษั³ ระบบการดูแลดัณโงชนะการ รวมถึง โครงสร้าง กระบวนการทำงานที่มีคณะสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน เป็นองคัประกอบในการดูแลบัตรักษัผุ้ปวยดัณโงชนะการเพือให้บรรลุเป้าหมาย⁴ จักรการทำงานร่วมกันเป็นทีมจัคสหสาขาวิชาซึ่พ จะนัาไปสู่ผลลัษัต์ดัณโงชนะการที่ดีของผุ้ปวย เพือให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลผุ้ปวยทางดัณโงชนะการ และเกิดผลลัษัต์ที่ดีนั้นจัาเป็นต้งดัเนินการโดยบุคคัลการจัคสหสาขาวิชาซึ่พ เช่น แพทยั พยาบาล นักกำหนดอาหาร เกล็ซักร เป็นต้น โดยการมีส่วนร่วมดูแลผุ้ปวยอย่างต่อเนือ่งท้งขณะอยู่โรงพยับาล และภะวะหลังกลับบ้าน⁵⁻⁸ สาเหตุของภะวะทุพโงชนะการ อาจเกิดจัคความไม่เพ็ญพอของสารอาหารที่ได้รับหรือความผิดปกติของการดูดซึมสารอาหาร จัึงต้งใช้ทักษะเฉพาะจัคผุ้เข้วยะชาญในแต่ละสาขาวิชาในการประเมินติดตามทางโงชนะการ ดัังนั้นทีมโงชนะการบัตรักษัสหสาขาวิชาซึ่พในโรงพยับาลจัึงมีความสัคคยั⁹ อย่างไรก็ตามกระบวนการทำงานดูแลผุ้ปวยดัณโงชนะการในหลาย

โรงพยับาลเป็นเรือ่งที่ทำทายและยังไม่ได้นัาแนวทางการปฏิบัติมาใช้อย่างเป็นระบบ¹⁰

องคักรแห่งประเทศสหราชอาณาจักร สัถาบันสุขภาพและคณะปณะเป็นเลิศทางดัณการแพทยัแห่งชาตั (National Institution Health and Clinical Excellence หรือ NICE) เน้นนัาให้มีทีมโงชนะการบัตรักษัในทุกโรงพยับาล แต่มีเพ็ญร้อยละ 60 เท่านั้นที่สามารถจัดตั้งัทีมได้¹¹ โดย ซาง (Shang) และคณะ¹¹ ได้ทำการสำรวจโครงสร้างและองคักรเกือ่ยวกับการจัดตั้งัทีมโงชนะการบัตรักษัจัคโรงพยับาลในประเทศเยอรมนี ออสเตเรีย และสวิตเซอร์แลนด์จัานวน 3,071 โรงพยับาล พบว่ามีการจัดตั้งัทีมโงชนะการบัตรักษัเพ็ญ 98 แห่ง หรือร้อยละ 3.2 ซึ่ทีมควรประกอบด้วยแพทยัอย่างน้อยหนึ่งคน และเจ้านัาที่ผุ้เข้วยะชาญอีกหนึ่งคน (พยับาล นักกำหนดอาหารหรือเกล็ซักร) มีนัาที่ความรับผิดชอบโดยตรงในทีมโงชนะการบัตรักษัคือการจัดการดัณโงชนะการของผุ้ปวย ซึ่ต้งมีการเก็บรวบรวมข้อมุลเพือการปรับปรุงคุณภาพการดูแลเพือให้การดัเนินงานดัณโงชนะการบัตรักษัเกิดประสิทธิภัพสูงสุด และควรได้รับการสนับสนุนจัคทีมบริหารของโรงพยับาล¹² ในประเทศ ไทยการศีกษาของกวีคัคคัจิตตวัณนรัตนั¹³ ในปีพ.ศ. 2556 พบว่าในโรงพยับาลที่ประสพผลสำเร็จดัณการคัศครองภะวะโงชนะการที่ดี เกิดจัคการจัดตั้งักลุ่มหรือคณะทำงานเฉพาะในเรือ่งดังกลั่ว โดยไม่เป็นแบบต้งคนต้งทำ

คณะแพทยัศาสตรัโรงพยับาลรามาธิบตี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นโรงพยับาลระดับตติยภูมิที่รอนรับผุ้ปวยที่มีปณะหะขัซซัน ปณะหะทางโงชนะการเป็นปณะหะหนึ่งที่ได้รับดูแลจัคสหสาขาวิชาซึ่พเฉพาะ ท้งแพทยัโงชนะการ พยาบาลและ นักกำหนดอาหาร เป็นหลัก อย่างไรก็ตามยังไม่มีการดูแลอย่าง

เป็นระบบโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เหมาะสม สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์กรระดับนานาชาติในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ จำเป็นต้องมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพ เพื่อการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แต่ข้อจำกัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่นั้นมีหลายด้าน ซึ่งโรงพยาบาลรามาธิบดีนั้น นอกจากจะมีความซับซ้อนของผู้ป่วยยังประกอบไปด้วย 4 ส่วน ที่มีบริบทการให้บริการผู้ป่วยที่แตกต่างกัน คือ โรงพยาบาลรามาธิบดีอาคารหลักที่เน้นการเรียนการสอนระดับหลังปริญญา อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ที่เน้นความเป็นเลิศในการรักษาโรคหัวใจ และการปลูกถ่ายอวัยวะ อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ ที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยพิเศษ ผสมผสานการบริการผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ และโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ที่เน้นการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษา และผู้ป่วยระดับทุติยภูมิ ในแต่ละโรงพยาบาลมีทีมบริหารที่เป็นอิสระ อย่างไรก็ตามจะต้องมีการประสานงานเพื่อให้การทำงานสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้ทำการศึกษาภายในทีมสหวิชาชีพของอาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนก่อนเป็นแห่งแรก

จากข้อมูลสนับสนุนดังกล่าว เป็นที่มาของการจัดตั้งโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการโดยการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ เริ่มจาก ในปี พ.ศ. 2557 พยาบาลโภชนาการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการที่พยาบาลต้องเกี่ยวข้อง และพบว่าต้องมีการคัดกรองภาวะโภชนาการซึ่งพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง และเป็นกระบวนการแรกของการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ จึงสรรหาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับคัดกรองภาวะโภชนาการโดยเลือกใช้ Nutrition Alert

Form (NAF) การให้ความรู้แก่พยาบาล พร้อมจัดทำคู่มือประกอบการคัดกรองทางโภชนาการ เริ่มแรกใช้แบบประเมินร่วมกับโปรแกรมประยุกต์ (application) ที่หน่วยงานภาคเอกชนพัฒนาขึ้น แต่ยังขาดความสะดวกเนื่องจากข้อมูลไม่สามารถเชื่อมต่อกัน และไม่อยู่ในระบบของโรงพยาบาลมีโอกาสสูญหายภายหลังมีการพัฒนาการใช้แบบประเมินออนไลน์ด้วยโปรแกรม Research Electronic Data Capture (REDCap) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการเก็บรวบรวมและติดตามข้อมูล ต่อมา ในปีพ.ศ. 2558 ได้จัดประชุม in-service สำหรับพยาบาล และเป็นที่มาของการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพในโครงการพัฒนาระบบบริการ ในปีพ.ศ. 2559 โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ พยาบาลโภชนาการ เภสัชกร และ นักกำหนดอาหาร เริ่มต้นการทำงานร่วมกันโดยการจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและกระบวนการดำเนินการ ซึ่งอาจยังไม่ชัดเจนหรือไม่ครอบคลุม ภายหลังกดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 ปี ยังไม่ได้นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจน ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาในครั้งนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดีย¹⁴ ที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพและการให้บริการ โดยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาการดำเนินงานในระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ คุณลักษณะของทีมสหวิชาชีพ นโยบายการดำเนินงาน ปัจจัยเชิงโครงสร้างในการดำเนินงาน และสถานที่ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการในการพัฒนาระบบและกิจกรรม

การดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ การประสานความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงช่องว่างในระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ และแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาการดำเนินงานในระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ
- 2) เพื่อศึกษาช่องว่างในระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการและแนวทางในการปรับปรุง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) ที่ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มประกอบด้วยทีมโภชนบำบัดจำนวน 7 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 2 คน สังกัดศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน และ สังกัดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นพยาบาลโภชนาการสังกัดศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน และพยาบาล

เยี่ยมบ้านสังกัดศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน นักกำหนดอาหาร 1 คน สังกัดฝ่ายโภชนาการ และ เภสัชกร 2 คน ประกอบด้วย หัวหน้างานเภสัชกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน และเภสัชกรคลินิก

ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นผู้บริหารฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 2 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นตัวแทนจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหารของโรงพยาบาล ที่อยู่ในทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการของอาคารสมเด็จพระเทพรัตน และทำงานร่วมกันในทีมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

2. ยินยอมตนเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก (ตารางที่ 1) ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยประเด็นในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกมุ่งเน้น กระบวนการทำงาน การประสานงาน การติดตามดูแล รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ความสำเร็จในการดำเนินการในระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ

ตารางที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์

ประเด็นการศึกษา	คำถาม/ประเด็นต่อเนื่อง
โครงสร้าง • คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงาน • โครงสร้างองค์กร ทีมสหสาขา • นโยบาย • ปัจจัยที่เอื้อ • อุปสรรคการปฏิบัติงาน • สถานที่	
1. สถานการณ์และข้อมูลทั่วไปในองค์กร และทีม	1. หอผู้ป่วยที่ท่านรับผิดชอบหรือโรงพยาบาลของท่านพบ ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมากน้อยแค่ไหน อย่างไร (คำถามที่ใช้ชักถามต่อ) จำนวนผู้ป่วยมีมากน้อยแค่ไหน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เข้ามาได้รับการรักษาด้วยโรคอะไร และท่านทราบได้อย่างไร ว่าผู้ป่วยมีภาวะ ทุพโภชนาการ 2. อยากให้ทุกท่านลองมองย้อนกลับไปในช่วงเริ่มแรกของการ ทำงานในทีมของท่านว่าตั้งแต่วันนั้นจนถึงปัจจุบันนี้เป็นอย่างไร (คำถามที่ใช้ชักถามต่อ) แล้วสิ่งที่เป็นกับสิ่งที่ท่านอยากให้เป็นกับการ ทำงานของทีมเหมือน หรือ แตกต่างกันอย่างไร 3. ท่านคิดอย่างไรต่อนโยบายขององค์กรในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ
2. ความคิดเห็นต่อความรู้และทัศนคติ ของบุคลากร ต่อการดูแลภาวะทุพ โภชนาการในโรงพยาบาล	1. สัดส่วนของบุคลากรจริง กับ บุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานได้จริงใน การขึ้นปฏิบัติการทางคลินิก ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับประเด็นนี้
3. ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการทำงาน	1. มีปัจจัยใดบ้างที่ท่านคิดว่าส่งเสริมต่อการทำงานของทีมในปัจจุบัน (คำถามที่ใช้ชักถามต่อ) ควรจะมีวิธีการใดให้เกิดการคงอยู่ของปัจจัยนี้
4. ปัญหาและอุปสรรคในการ ทำงานข้อเสนอแนะแนวทางในการ แก้ไขปัญหาจากบุคลากรในโรงพยาบาล	1. ท่านคิดว่าการทำงานระบบนี้ หรือ ทีมนี้รบกวนการทำงานในหน้าที่ ประจําของท่านหรือไม่ อย่างไร (คำถามที่ใช้ชักถามต่อ) และควรจัด ให้การทำงานนี้เป็นหนึ่งในภาระงานประจําของท่านด้วยหรือไม่

ตารางที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา	คำถาม/ประเด็นต่อเนื่อง
กระบวนการทำงานเป็นทีม - กิจกรรมของผู้ให้บริการ - ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง 5.กระบวนการตั้งแต่เริ่มการคัดกรอง การประเมินภาวะความเสี่ยงด้าน โภชนาการ การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ ทุพโภชนาการ ทีมในการดูแลผู้ป่วย	1. ท่านคิดว่าลำดับของกระบวนการในการทำงานของทีมในปัจจุบันเป็นอย่างไร (คำถามที่ใช้ชักถามต่อ) ควรเพิ่มในกระบวนการใด 2. ท่านเห็นการเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนหรือหลังจากการจัดตั้งทีมฯในหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลของท่านอย่างไร และเป็นประโยชน์หรือไม่อย่างไร (คำถามที่ใช้ชักถามต่อ) มีผู้ป่วยทุพโภชนาการน้อยลงหรือไม่/จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนอนน้อยลงหรือไม่อย่างไร 3. ท่านคิดว่าท่านมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการมากน้อยแค่ไหน อย่างไร 4.ผู้บริหารโรงพยาบาลรวมถึงหัวหน้างานของท่านส่งเสริมระบบงานของทีมฯในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร(คำถามที่ใช้ชักถามต่อ) หัวหน้างานหรือผู้บริหารเห็นความสำคัญหรือไม่/เหตุใดจึงเห็นความสำคัญ/สนับสนุนอย่างไร/หากไม่เห็น ความสำคัญ อยากทราบสาเหตุว่าเป็นอย่างไร/ท่านมีการดำเนินการอย่างไรหากไม่เห็นความสำคัญ/หากมีด้วยเหตุผลอย่างไรจึงเลือกดำเนินการเช่นนั้น
ผลลัพธ์ผลของการบริการต่อผู้รับบริการ และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ - การประสานงานระหว่างวิชาชีพ - การพัฒนาโครงการ/ทีม/ระบบ	1. ท่านคิดว่าอะไรคือผลลัพธ์จากการทำงานเป็นทีมนี้ที่เห็นเป็นรูปธรรม (คำถามที่ใช้ชักถามต่อ) และสิ่งที่ท่านอยากให้เกิดขึ้นจริงในอนาคตเป็นอย่างไร

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ หอผู้ป่วยในของอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่รหัสโครงการ ID 05-60-33ว) ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอการยินยอมตนจากผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยการลงนาม

2. คณะผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพพบทบทวนประเด็นคำถามและวัตถุประสงค์ในการสนทนาให้เข้าใจและเป็นไปในทางเดียวกัน จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายและดำเนินการสนทนากลุ่มใช้เวลา 2 ชั่วโมง และการสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะผู้บริหารของนักกำหนดอาหารใช้เวลาประมาณ 90 นาที เนื่องจากเป็นแกนหลักของระบบงานในทีม และนักกำหนดอาหารต้องประสานการทำงานกับพยาบาลเป็นส่วนใหญ่โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ขออนุญาตบันทึกเสียงขณะทำการสนทนาจากนั้นนำไปถอดเทป และลบการบันทึกเสียงสนทนาเมื่อสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์รายบุคคล นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยโดยผู้วิจัย 2 คน ทำการวิเคราะห์

ข้อมูลโดยอิสระ แล้วนำมาอภิปรายร่วมกัน จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาทำการตรวจสอบ (member check)

ผลการศึกษา

การดำเนินงานในระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ

ระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ ในด้านโครงสร้าง ประกอบด้วยบทบาทความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

พยาบาลโภชนาการ มีบทบาทความรับผิดชอบในการประมวลผลการคัดกรอง ประเมินทางโภชนาการเมื่อแรกรับผู้ป่วย ที่ดำเนินการโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดในระบบการดูแลด้านโภชนาการ ทำการแยกระดับความเสี่ยงทางโภชนาการ รวมทั้งการจัดการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้น โดยหากผู้ป่วยรายใดต้องได้รับการดูแลที่จำเพาะจึงทำการส่งต่อไปยังแพทย์ นักกำหนดอาหาร หรือเภสัชกร ตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ในช่วงแรกนั้นยังมีความสับสนบางประการในบทบาทเนื่องจากพยาบาลโภชนาการต้องมีหน้าที่เป็นทั้งผู้จัดการของทีม และดูแลผู้ป่วยทางพยาบาลที่เกี่ยวกับโภชนาบำบัด

นักกำหนดอาหาร นักกำหนดอาหารทางคลินิกบนหอผู้ป่วยสังกัดฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีบทบาทความรับผิดชอบการให้โภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วย แต่สำหรับแนวปฏิบัติของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนันั้น ให้บริการทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยพิเศษ เป็นการผสมผสานการบริการผู้ป่วย มีการจัดระบบการสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือจากบริษัทเอกชน ซึ่งงานโภชนาการเป็นหน่วยงานที่ให้บริการอาหารผู้ป่วย แต่ไม่รวมถึง

โภชนาศาสตร์คลินิก ดังนั้นการทำงานในทีมจึงต้องประกอบด้วยนักกำหนดอาหารจากทั้ง 2 ฝ่าย โดยเป็นการรับการส่งต่อผู้ป่วยจากพยาบาลโภชนาการซึ่งเป็นผู้จัดการในการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อในระบบทั้งหมดโดยแบ่งความรับผิดชอบเป็น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินและดูแลการให้โภชนบำบัดและ 2) การแนะนำอาหารเฉพาะโรคก่อนกลับบ้าน

แพทย์ แพทย์ในทีมสหวิชาชีพเป็นแพทย์สายบริการ บทบาทของแพทย์ในทีมพบว่ามีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติที่มีอยู่ในระบบของโรงเรียนแพทย์ นั่นคือ มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก โดยรับการส่งปรึกษาจากอาจารย์เจ้าของไข้ภายในอาคารสมเด็จพระเทพรัตนโดยตรง ในส่วนของบทบาทความรับผิดชอบในทีมสหวิชาชีพคือ แพทย์เป็นที่ปรึกษาการทำงาน

เภสัชกร เภสัชกรคลินิกมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก โดยรับปรึกษาในการบริหารยาในหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า บทบาทในทีมนี้ยังไม่ชัดเจนเนื่องจากเป็นบทบาทใหม่ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ตามแนวปฏิบัติ เภสัชกรรับปรึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารทางปลายสายบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจริญ (nasojunal tube และ jejunosomy tube) และได้ปรับแก้ไขอย่างต่อเนื่องในเรื่องบทบาทและหน้าที่ ตามข้อจำกัดอันเนื่องมาจากการงานประจำที่มากและอัตรากำลังคนยังไม่เพียงพอ

พยาบาลเยี่ยมบ้าน มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นการส่งปรึกษาจากหอผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่มีอยู่ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) สอนการใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับอาหารทางสายยางซึ่งได้รับการส่งปรึกษาจากหอผู้ป่วย รวมทั้งการสอนและติดตามประเมินการดูแลจากญาติ และ 2) ติดตามประเมิน

ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในการให้อาหารทางสายยาง

กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการประกอบด้วย

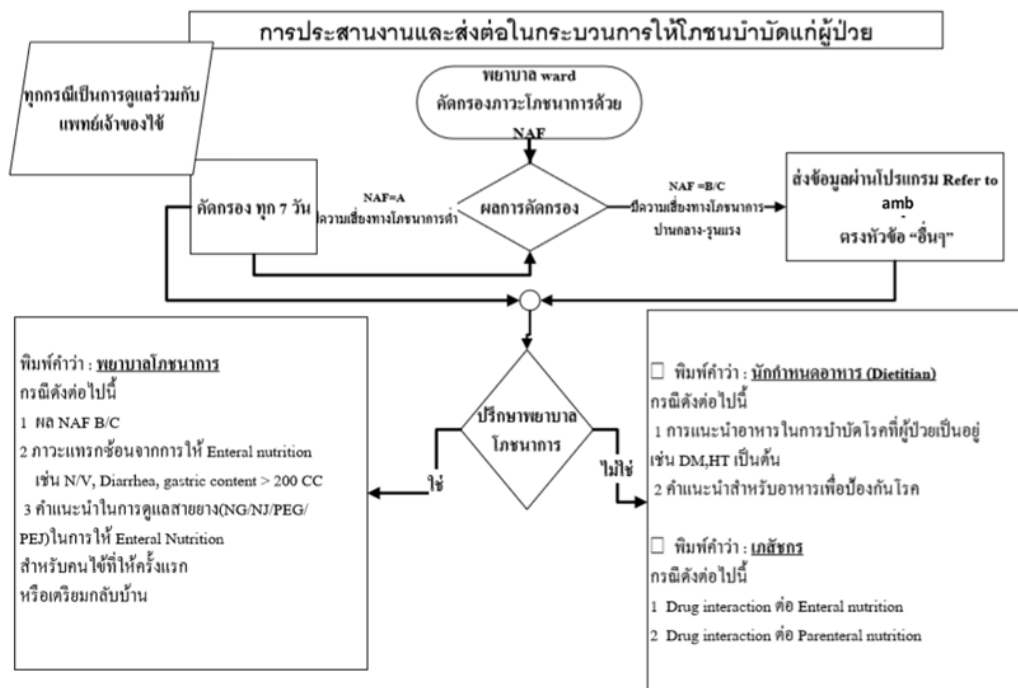
1) การประเมินภาวะโภชนาการ การประสานงานและส่งต่อในกระบวนการให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วย โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยรับใหม่ทุกรายภายใน 24 ชั่วโมงแรกโดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form) (รูปที่ 1) ที่ได้รับการพัฒนาสู่การประเมินผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปที่เป็นลักษณะแบบไม่เชื่อมกับระบบอื่น (stand-alone) หลังจากนั้นส่งปรึกษาทีมผ่านโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยในที่เรียกว่า “refer to amb” ซึ่งเป็นโปรแกรมปรึกษาพยาบาลเยี่ยมบ้านจากนั้นพยาบาลโภชนาการจัดพิมพ์ผลการประเมิน และส่งต่อข้อมูลในไลน์กลุ่มของทีมโภชนบำบัด (รูปที่ 2) ปัญหาที่พบคือข้อมูลไม่อยู่ในระบบของโรงพยาบาล มีความยุ่งยากในการรวบรวมสถิติจึงเป็นที่มาของการพัฒนาผ่านแบบประเมินออนไลน์ด้วยโปรแกรม Research Electronic Data Capture (REDCap) (รูปที่ 3) เมื่อพบความเสี่ยงทางโภชนาการ ส่งต่อให้ทีมโภชนบำบัดซึ่งทีมจะดูแลผลการประเมิน และการส่งปรึกษาในระบบออนไลน์โดยกรณีที่มีความเสี่ยงทางโภชนาการรุนแรงต้องรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทุกครั้ง เมื่อพบคะแนนความเสี่ยงตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป (รูปที่ 4) ในทุกอุปกรณ์ที่ใช้ผ่านอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาลผู้ป่วยที่มีผลการประเมินภาวะโภชนาการมีความเสี่ยงต่ำ หรือไม่มีความเสี่ยงทางโภชนาการไม่ต้องส่งปรึกษาให้ประเมินซ้ำทุก 7 วัน จนผู้ป่วยกลับบ้านหรือ มีปัญหาทุพโภชนาการเพิ่มขึ้น ให้ส่งต่อ ในการประสานงานระหว่างวิชาชีพ ทำให้เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ พยาบาล กล่าวว่า “การจัดตั้ง

ทีมทำให้เกิดการประสานที่รวดเร็วมากขึ้นในการ
แก้ไขปัญหาของผู้ป่วย” นักกำหนดอาหารกล่าวถึง
“ในส่วนของการทำงานร่วมกัน พยาบาลช่วยคัดกรอง

กัลการะงานตรงนี้ไปได้มาก” “มีการประสานงาน
กันโดยผ่านการประชุมจากทีม”

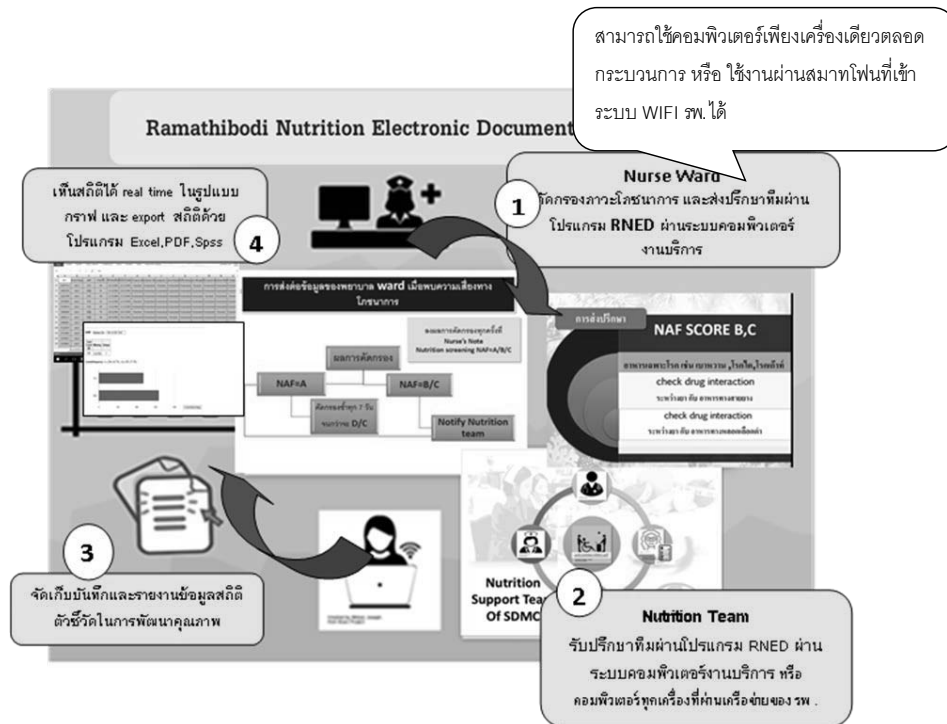


รูปที่ 1 การพัฒนาระบบการประเมินภาวะโภชนาการ ช่วงที่ 1

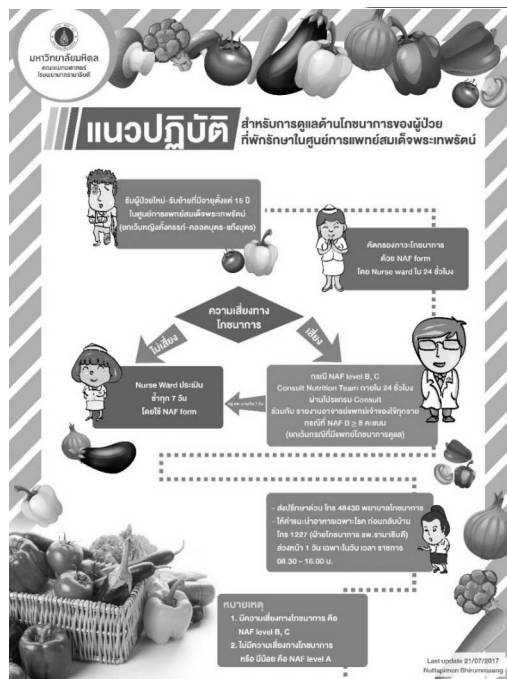


รูปที่ 2 การประสานงานและส่งต่อในกระบวนการให้โภชนาการแก่ผู้ป่วย

นั้จพิมณท่ ภิรมย์เมือง และคณะ



รูปที่ 3 การพัฒนาระบบการประเมินภาวะโภชนาการ ช่วงที่ 2



รูปที่ 4

2) การให้โภชนาบำบัดและการติดตาม โดยผู้ให้โภชนาบำบัดหลักแก่ผู้ป่วยคือแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ที่มีบทบาทในการรับการปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ในส่วนการดำเนินงานของทีมนั้น ภายหลังรับทราบผลความเสี่ยงทางโภชนาการ พยาบาลโภชนาการประสานงานกับนักกำหนดอาหารในการประเมินผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วย หากพบปัญหาทางโภชนาการจะระบุปัญหาและคำแนะนำในแบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วย (progress's note) ซึ่งขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์เจ้าของไข้ในการพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษาทางโภชนาการตามคำแนะนำหรือไม่ นอกจากนี้ แพทย์เจ้าของไข้ยังสามารถระบุแผนการดูแลโดยขอให้นักกำหนดอาหารแนะนำอาหารสำหรับผู้ป่วย จากนั้นมีการติดตามภายหลังการให้โภชนาบำบัด และการติดตามประเมินภาวะโภชนาการภายหลังการให้คำแนะนำดังกล่าว ในส่วนของแพทย์กล่าวว่า “อยากพัฒนาระบบโภชนาบำบัดให้ดีขึ้น ก็รู้สึกอยากทำให้เป็นระบบ เพราะทุกคนก็รู้ว่าถ้าเป็นระเบียบแบบแผนมากขึ้นทุกคนก็เห็นในทางเดียวกันเพราะรู้ว่าประโยชน์น่าจะมากขึ้น”

ผลลัพธ์ของระบบการดูแลด้านโภชนาการในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยผลของกระบวนการดำเนินงาน ที่พบว่า การดำเนินการประเมินภาวะโภชนาการมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาแบบประเมิน และการส่งข้อมูลปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ทำให้สถิติการประเมินภาวะโภชนาการเพิ่มจาก ร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 88 และ 96 ตามลำดับ และ ผลลัพธ์ของการประเมินภาวะโภชนาการ ที่พบว่า มีผู้ป่วยโภชนาการร้อยละ 15.3 และปีถัดมาคือ ร้อยละ 26 ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติที่พบจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย² ประมาณร้อยละ 30-50

นอกจากนี้ ผลสำคัญของการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมคือความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยนักกำหนดอาหาร กล่าวว่า “แต่อย่างไรก็ตามมีความภูมิใจที่ญาติก็ชื่นชมว่าอยากให้มีคนมาดูแลและแนะนำด้านอาหาร” “โชคดีที่เราเป็นโรงเรียนแพทย์ และเห็นความสำคัญของเรา เรียกได้ว่าเราเป็นแหล่งเรียนรู้ และบทบาทของเราก็เยอะมากขึ้น มีหมอ นวัตกรรมมาเรียนเยอะมาก มีทั้ง พยาบาล เกสส์ และเป็นทีมใหญ่ ซึ่งคิดว่าไม่มีที่ไหนเหมือนเรา มองว่าคนเราก็เยอะถ้าดูตัวเลข แต่ก็ยังไม่พอ แต่เพราะเราทำจัดเลี้ยง อาหารสำหรับนักศึกษา ของชายด้วย ผิดกับที่อื่นอาจจะดูคนใช้อย่างเดียว”

ช่องว่างการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการและแนวทางในการปรับปรุงระบบการดูแลให้โภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วย

ด้านโครงสร้าง

1. ภาระงาน (workload) จากภาระหน้าที่ปัจจุบัน

“ปัญหาเดิม ขอตำแหน่งไปเพิ่ม 10 ตำแหน่ง สุดท้ายเหลือ 5 แต่ก็มีความลำบาก ด้วยตารางงานที่ไม่สม่ำเสมอในแต่ละอาทิตย์ ที่ปริมาณงานไม่เท่ากัน และมีโปรแกรมการสอน แต่ถึงอย่างไรก็ยังพยายามเพื่อคนไข้”

2. ขาดอุปกรณ์สนับสนุนการทำงาน เช่น เครื่องอำนวยความสะดวก (facility) แบบจำลองอาหาร (food model) แผ่นพับให้ความรู้ เป็นต้น “ถ้ามีได้ก็อยากให้มี ทั้งแผ่นพับ และ food model ของตึกนี้ไม่มีต้องขนมาจากตึกเก่าทั้งหมด และไม่มีที่อยู่เพราะเป็นคนตึกเก่าวันหนึ่งต้องเดินถึง 6 รอบ”

3. สัดส่วนบุคลากรที่มีประสบการณ์สูงไม่ครอบคลุมทุกอาคารและ มีการบริหารทรัพยากร

มนุษย์ (share human resource) ในการพัฒนาบุคลากรน้อย ประเด็นที่เห็นได้ชัดเจนนจากการนำเสนอของแพทย์ในทีมทำให้เห็นถึงประเด็นของบริบทในการดำเนินงานเช่น การเรียนการสอน การวิจัย และการให้บริการ และในเรื่องของประเภทผู้ป่วยเช่น ผู้ป่วยสามัญ และผู้ป่วยพิเศษ ที่แตกต่างในแต่ละโรงพยาบาลในสังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยทางศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนเน้นด้านการบริการ ให้กับผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยสามัญ และผู้ป่วยพิเศษ เป็นหลัก

“อัตรากำลังคนในตอนแรกเริ่มต้นจากทีมในอาคาร และ ณ ปัจจุบันคณะเริ่มเห็นความสำคัญมากขึ้นมีการจัดตั้ง nutrition care team ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจาก 4 แห่ง เพื่อทำงานร่วมกัน แต่ในแต่ละอาคารก็มีความต่างกันในเรื่องของบริบท จึงต้องมีการดูแลที่แตกต่างไปตามบริบทของแต่ละที่ ในส่วนของอาคารพระเทพลักษณะคนไข้มีความคาดหวังมากกว่าการบริหารงานคล้ายเอกชน แต่ในส่วนของอาคารหลักความคาดหวังของคนไข้มีน้อยกว่าและยังมี fellow และ resident ช่วยในการดูแลผู้ป่วย เราก็ทำงานร่วมกันของภาพรวมแต่บริบทที่ต่างก็อาจจะต้องมีการเพิ่มเติม”

ปัจจัยที่ส่งเสริมการทำงาน สมาชิกทีมสหวิชาชีพกล่าวถึงระบบการทำงานและการประสานงานโดยแพทย์กล่าวว่า “มองว่าถ้าทีมเรา เชตระบบได้ชัดเจน เริ่มมีตัวช่วยในระบบการทำงานและมีภาระงานที่ชัดเจน มีกำลังคนในการทำงานอย่างเพียงพอ ก็จะทำให้ระบบมันต่อไปได้ หลังจากนั้นก็มา evaluate เพิ่ม เนื่องจากระบบที่กำลังพัฒนานี้เป็นระบบที่ต่างประเทศใช้กัน และนำมาปรับกับบริบทของเราซึ่งยังมองไม่เห็นถึงปัญหาที่ต่างกันระหว่างของเรา และต่างประเทศ ”

4. ในปัจจุบันการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ให้ความสำคัญโดยเฉพาะต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล หากแต่มุ่งเน้นที่จะให้การรักษาผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการเฝ้าระวังภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในผู้ป่วยมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผลการรักษาแย่งและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการที่ปกติ ดังนั้นการคัดกรองและการประเมินภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจึงเกิดขึ้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและลดภาวะแทรกซ้อน ไม่เพียงประสงคในผู้ป่วย

“ในส่วนของหน้าที่การทำงาน แพทย์เองตั้งแต่แรกเริ่ม อาจารย์เจ้าของไข้ อาจขึ้นกับความสนใจในเรื่องของ nutrition แล้วอาจมีการส่งต่อให้ทีม nutrition แต่ตามหลักการ nutrition care team เราต้องทำเพื่อป้องกันปัญหา ไม่ให้เกิดขึ้น ตัวช่วยที่ดี คือการ screening ถือว่าเป็น early detection ทำให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และสามารถถูกจัดการปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นด้วยพยาบาล หรือนักกำหนดอาหารได้เลย”

5. มีความเป็นตัวของตัวเองสูง ขาดการมองภาพรวม ระบบของการทำงานในแบบเดิมที่ผ่านมา มีสหสาขาวิชาชีพเฉพาะด้านโภชนาการครบแต่ขาดการเชื่อมโยงให้เป็นระบบ เมื่อเกิดระบบใหม่ต้องใช้เวลาในการปรับทั้งคน และระบบงาน

“โครงการ nutrition care team ใช้ความรู้จากสหสาขาวิชาชีพ ไม่ใช่ต่างคนต่างคนทำ แต่ใช้การดูแลคนไข้ต่างมุมมอง อย่างไรก็ตาม team ต้องมี manager หรือคนประสานงานสำคัญที่สุด อาจเป็น หมอ พยาบาล หรือนักกำหนดอาหาร แต่ด้วยปัจจุบัน ผู้เขียน ทำหน้าที่

2 หน้าที่ทั้งเป็นพยาบาลโภชนาการและผู้จัดการทีม มองว่าอนาคต ควรทำหน้าที่ manager แยกออกมา และมีตำแหน่งพยาบาลที่ชัดเจน ในส่วนของเทคโนโลยี redcap เป็นตัวช่วยหรือความสะดวก ในอนาคตเมื่อ โครงสร้างดีไม่มีคนประจำ แต่ระบบก็ยังคงอยู่ และยังเป็นข้อมูลสนับสนุนสำหรับการทำวิจัย ”

ด้านกระบวนการ

6. มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการอัตรากำลัง และการมอบหมายงาน

“ไม่มีเวลาติดตามเคส จากตารางการทำงาน และจำนวน dietitian เพราะการมาดูแลไม่ได้ทำอย่าง เดียว ดูในไลน์กลุ่มก็มีแต่จำนวนที่ส่งเคสให้นัก กำหนดอาหารจำนวนมาก เกือบทุกวัน”

7. ระบบการนิเทศงานไม่ชัดเจน ระบบการทำงานคือ การขอความร่วมมือไม่ได้อยู่ในภาระงาน เนื่องมาจากระบบที่เกิดขึ้นเป็นระบบงานใหม่ที่ยังไม่ได้ขึ้นกับโครงการขององค์กรเป็นการขอความร่วมมือในการทำงานจึงมีความจำเป็นที่ต้องขับเคลื่อนให้เกิด เป็นนโยบาย หรือภาระงานที่ชัดเจนของผู้ปฏิบัติงาน

ด้านผลลัพธ์

8. ไม่เห็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่ส่งปรึกษากับ อัตราค่าจ้างที่ไม่สมดุล การประสานงานหลักของทีม เกิดระหว่างพยาบาลโภชนาการ 1 คน กับนักกำหนด อาหาร 1 คน เมื่อมีการส่งปรึกษาจากพยาบาลโภชน บำบัด นักกำหนดอาหารใช้เวลาในการประเมินผู้ป่วย ใหม่ต่อวันได้เต็มที่คือ 5 ราย หากเป็นกรณีผู้ป่วยเก่า จะสามารถติดตามได้ 10 รายต่อวัน ระยะเวลาที่ใช้ใน การประเมินต่อรายใหม่ประมาณ 30 นาที หากเป็น กรณีแนะนำอาหารกลับบ้านอาจใช้เวลาถึง 45-60 นาที และด้วยภาระงานประจำที่มีอยู่ทำให้เฉลี่ยแล้ว นักกำหนดอาหารสามารถปฏิบัติงานกับทีมได้

ประมาณ 2 วันต่อสัปดาห์ โดยรวมแล้วได้เพียง ประเมินและให้คำแนะนำร้อยละ 39 ของจำนวน ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษา ยังไม่มีการติดตามหรือผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ชัดเจน เหตุผลอีกประการเนื่องจากระบบการ จัดเก็บและการส่งต่อข้อมูลนั้นยังไม่เอื้อต่อการทำงาน

“สิ่งที่สะท้อนคือ ผลการคัดกรองพบว่าคนไข้ มีทุพโภชนาการแต่ ผลการดำเนินการยังไม่ชัดเจน เนื่องจากอัตราค่าจ้างที่ยังไม่พร้อม อย่างไรก็ตามได้ เห็นการเปลี่ยนแปลงจากการตอบสนองจากคนรอบ ข้างได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลในหอผู้ป่วย แต่ในส่วนที่เป็น ผลลัพธ์ชัดเจนนั้นยังต้องรอผลการ ศึกษาเกี่ยวกับงานวิจัยกระบวนการการทำงาน และ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ในด้านต่าง ๆ ที่ชัดเจนขึ้น”

พยาบาล กล่าวว่า “อยากให้ใช้โปรแกรม เพื่อ การดูข้อมูลที่เชื่อมโยงการด้วย Redcap เพื่อจะได้ ติดตามเคสที่เชื่อมโยงและเหมาะสม ให้มีการปรึกษา หรือปรับการเยี่ยมบ้านที่ เร็วขึ้นเมื่อระบบ monitor ที่ดีขึ้น”

9. ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแก้ไขเชิง ระบบ การกำกับติดตามประเมินผลตัวชี้วัดสำคัญใน ภาพรวมยังไม่ครบถ้วนทำให้ยังไม่เห็นถึงการดำเนิน งานของทีมที่ชัดเจนในการทำงานและด้านนโยบาย ยังไม่ชัดเจนเนื่องจากการทำงานตามปกติเป็นการ ส่งปรึกษาระหว่างวิชาชีพ ยังไม่เคยมีการจัดตั้งทีม เพื่อการประสานงานอย่างเป็นระบบมาก่อน

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการมีการ พัฒนากระบวนการอย่างเป็นระบบ ประเด็นสำคัญของความสำเร็จนั้น ด้านโครงสร้างจะเห็นได้ว่า นโยบายและการบริหารจัดการ จากผู้บริหาร และทีม

นนำเป็นลิ่งล่ำค้ำย หกนโยบยไม่ช้ดเจน การขอควม ร่วมือจกกรทงนลัษณนี้จ้ประสคผลล่ำเร้ง ไม่ไ้ นอกจกนั้แล้เมื่อเห็นล่ำค้ำยจ้ำเป็น อย่งยี้ท้ต้องบริหกรจ้ดการคณอย่งเหมอสมกบ อ้ตรก่ำล้งมีอยู่เพื่อให้ระบบกรทงนดำนเ็นต่อไป ไ้ โดยผู้บริหกรหรือผู้นำทงควมคิมีล่ำค้ำย มก ท้งกรล่อสรนในดำนกรพุด กรเขียน กร ปฏิบัต อย่งมีลัษกรเหตผล สกมกรวิเคระห์ ประเด็นล่ำค้ำย จนเข้าใจถึงปัญหอย่งแท้จริง สกมกรแก้ปัญหไ้อย่งตรงประเด็น

ล่ำหรับทศนคคิของบุคคกรท้มีต่อกรทงน ในทิมนั้ ในกลุ่มสนทนมีควมคิเห็นสอคคล้งไป ในทงเดียวกันคือ ทกคณเห็นว่าเป็นระบบท้ดี อย่งไร ก็ตามอุปสรคท้พบนั้ส่วนมกเกิดจกภะระหน้ำท้ ในปัจจุบันท้เป็นงนประจ้ำมีมก ประกอบกบอ้ตรก่ำล้งไม่เพียงพอต่อภะระงนท้เพิ่มช้

ดำนกระบวนกร ผลกรวิเคระห์แบบสวอด (SWOT analysis) โดยจุดแข็ง คือกรทงนในทิม โดยทกคณในทิมไ้มีกรทงนร่วกันระหว่งสห สหวิหชชีพ แลเป็นลิ่งท้ควรพ้ดณอย่งต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย เนื่องจกประเด็นแรก ท้ควรเร้งแก้ไขคือ อ้ตรก่ำล้งท้ไม่เหมอสมกบ ปริมณงนนั้ยังไม่สามารถแก้ไขไ้ในระยเวลออัน ลัน ทงออกท้ดีท้สุดคือกรปรับระบบกรทงนใหม่ ให้เหมอสมกบอ้ตรก่ำล้งท้มีอยู่ โดยกรประสน งนแลส่งต่อให้เกิดประสิทธิภพสูงสุคของกร ทงนของทิม

ดำนผลลัพธ์ ผลกรศีกษาคั้งนี้พพบว่า กร ปรับกระบวนกรทงนร่วกัน ทำให้เกิดควม ช้ดเจนในผลลัพธ์ทงคลินิขของผู้ป่วย โดยทิมไ้ ขอสรุปลในเบือ้งต้นในการมุ่งเน้นผลลัพธ์ของกร

ดูแลดำนโภชนกรในผู้ป่วยมะเร้งกลุ่มท้มีภะวะ ทุพโภชนกรร่นเร้ง (severe malnutrition) เป็น อันดบแรก เนื่องจกเป็นปัญหาล่ำค้ำยแลจำนวน ผู้ป่วยมีมกท้สุด ช้ระบบกรดูแลทงโภชนกรท้ดี ช่วให้กรรักษโรคมะเร้งไ้ผลท้ดีขึ้น ลดภะวะ แทรกช้อน แลเพิ่มคณภพชีวิตของผู้ป่วย¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

กรให้กรดูแลดำนโภชนบ้ำบต่ออย่งเหมอสม ท้งในผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน แลเรื้อเร้งมีควมจ้ำเป็น อย่งยี้โดยกระบวนกรกรดูแลทงโภชนกรร่วม กบกรรักษเฉยะโรค ช่วลดภะวะแทรกช้อนท้จะ เกิดตามมอ ดั้งนั้นกรจ้ดการให้เกิดกรดูแลผู้ป่วย ดำนโภชนกรอย่งเป็นระบบแลเหมอสมจ้มี ควมล่ำค้ำยอย่งยี้ โดยเฉพาะในร้งพยบอละดับ ตติยภูมิท้มีจำนวนผู้ป่วยแลควมช้บช้อนของ โรคมก ระบบกรดูแลผู้ป่วยดำนโภชนบ้ำบท้ เหมอสมนั้ จ้ำเป็นต้องมีทิมจกสหสขวิชชีพ อันประกอบไปด้วย แพทย์พยบอ นั้กกำหนดอหกร แลเภสัชร มีส่วนร่วมดูแลแลติดตมภะวะ โภชนกรของผู้ป่วย ตั้งแต่ช้ร้บกรรักษจนกระท้ง จำหน่ยออกจกรร้งพยบอ แลติดตมต่อเนื่องท้ บ้ำน ช้เป็นจุดเร้มต้นในการสร้งควมร่วมือ ล่ำหรับทศนคคิ อย่งไรก็ตามในทงปฏิบัตินั้มก พบกรดำนเ็นงนจกระดบนโยบยสู่ระดบปฏิบัต กรในการดูแลผู้ป่วยดำนโภชนกรท้ไม่ช้ดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงนย้งค้งมีรูปแบบท้หลกหลยในการ ดูแลผู้ป่วย นอกจกนั้ยังมีประเด็นภะระงนท้จะเกิด ช้้นต่อไปในอนาคต ช้ร้งพยบอควมมีข้อสรุปลท้ ช้ดเจนในการพิจกรณภะระงน จำนวนบุคคกร ตลอดจนควมก้ำวหน้ำในวิหชชีพต่อไป

References

1. Center SPDM. annual report 2015–2017 [cited 2018. Available from: <http://intra9.rama.mahidol.ac.th/sdmc/administrator/sites/default/files/public/PDF/AnnualReport%202558%20-%2060-02%20%281%29.jpg>.
2. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. IJERGQ. 2011;8(2):514–27.
3. O’Flynn J, Peake H, Hickson M, Foster D, Frost G. The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced: results from three consecutive cross-sectional studies. Clin Nutr. 2005;24(6):1078–88.
4. Reserve WIAR. system 2017 [cited 2017 25 March 2017]. Available from: <http://www.businessdictionary.com/definition/system.html>.
5. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical role of nutrition in improving quality of care: an interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. JAND. 2013;113(9):1219–37.
6. Gurzick M, Kesten KS. The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based practice. J Prof Nurs. 2010;26(1):42–8.
7. Hvas C, Farrer K, Donaldson E, Blackett B, Lloyd H, Forde C, et al. Quality and safety impact on the provision of parenteral nutrition through introduction of a nutrition support team. EJC. 2014;68(12):1294.
8. Kennedy JF, Nightingale JM. Cost savings of an adult hospital nutrition support team. Nutrition. 2005;21(11):1127–33.
9. Bhagavatula M, Tuthill D. The role of a hospital Nutrition Support Team. J.Paed. 2011;21(9):389–93.
10. Tangvik RJ, Tell GS, Eisman JA, Guttormsen AB, Henriksen A, Nilsen RM, et al. The nutritional strategy: four questions predict morbidity, mortality and health care costs. j.clnu. 2014;33(4):634–41.
11. Shang E, Hasenberg T, Schlegel B, Sterchi A, Schindler K, Druml W, et al. An European survey of structure and organisation of nutrition support teams in Germany, Austria and Switzerland. J Clnu. 2005;24(6):1005–13.
12. Nightingale J. Nutrition support teams: how they work, are set up and maintained. Frontline Gastroenterology. 2010;fgastro224.
13. K C. Study of gaps in diagnosis and treatment of risk nutrition in the hospital 2015 [Available from: <http://www.hitap.net/documents/18954>.
14. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. Medical care. 1982;975–92.
15. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients.j.clnu. 2017;36(1):11–48.