

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งนักโภชนาการชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การจัดทำแบบฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในงานโภชนาการบริการ

เสนอโดย

นางสาวภาพร คล่องกิจเจริญ

ตำแหน่งนักโภชนาการปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 113)

ฝ่ายโภชนาการ กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการและระบบคุณภาพ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก
2. ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 - มกราคม พ.ศ. 2562 (ระยะเวลา 4 เดือน)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุขและเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของไทยเปลี่ยนแปลงไป เป็นโครงสร้างแบบที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) คือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในช่วงปีพ.ศ. 2567 - 2568 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 14

ภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นหนึ่งในภาวะบาดเจ็บอันดับต้นในประชากรผู้สูงอายุ โดยพบอัตราการเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2-3 เท่า ผู้ป่วยบางรายจะต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของตน ผู้ป่วยทุกรายที่กระดูกสะโพกหักจะต้องใช้เครื่องช่วยเดินเป็นเวลาหลายเดือน และเกือบครึ่งหนึ่งจะต้องใช้ไม้เท้าหรือเครื่องช่วยเดินเป็นการถาวรในการเคลื่อนที่ สอดคล้องกับมูลนิธิโรคกระดูกพรุนนานาชาติ (International Osteoporosis Foundation; IOF) ที่รายงานว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักไม่สามารถเดินได้ภายใน 6 เดือน จะเห็นว่าปัญหากระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นปัญหาในระดับนานาชาติซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ดังนั้นการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุหรือป้องกันไม่ให้กระดูกสะโพกข้างเดิมหักซ้ำ จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อป้องกันภาวะอันไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะกล้ามเนื้อลีบจากการใช้งานน้อยลง เป็นต้น

สาเหตุของการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

“สะโพก” เป็นส่วนข้อกระดูกประเภทหัวกลมและเข่าสะโพก ช่วยให้เราสามารถงอและหมุนบริเวณกระดูกเชิงกราน โดยทั่วไปแล้วกระดูกสะโพกหัก หมายถึงการหักของกระดูกต้นขาส่วนปลายบนหรือของกระดูกโคนขา การหักของกระดูกเข่าหรือเข่าหัวกระดูกสะโพก ไม่ถือเป็น “กระดูกสะโพกหัก” กระดูกเข่าหักมีการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน กระดูกสะโพกหักพบได้บ่อยมากขึ้นเมื่อคนมีอายุมากขึ้น เนื่องจากการหกล้มมีแนวโน้มสูงขึ้นและกระดูกมีความหนาแน่นลดลง ได้แก่ โรคกระดูกพรุน

“โรคกระดูกพรุน” ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) คือโรคของกระดูกที่มีลักษณะความผิดปกติโดยมีการลดลงของมวลกระดูก (Bone Mass) และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกระดูก (Bone Microarchitecture) ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้เนื่องจากการทำกิจกรรมปกติประจำวัน มิใช่เฉพาะจากการหกล้มหรือการบาดเจ็บรุนแรง สาเหตุของการเกิดกระดูกหักมักเกิดจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เช่น จากการหกล้มขณะยืนหรือเดิน การตกจากที่สูงไม่มากนัก อุบัติเหตุจากการจราจร เช่น รถล้ม นอกจากนี้พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีโรคร่วมทางอายุรกรรม ได้แก่ ภาวะช็อค โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัมพาต ซึ่งน่าจะมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก ต้องนอนติดเตียง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนพบได้มากในผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหัก เหตุผลสำคัญประการหนึ่งในการผ่าตัดผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักคือการช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ การทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกออกจากเตียงได้โดยเร็วจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

- แผลกดทับจากการติดเตียง
- ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ภาวะหลอดเลือดแดงในปอดอุดตัน
- ภาวะติดเชื้อ
- เลือดออกจากแผลหรือภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อ
- การสมานแผลที่ผิดปกติ
- การกำเริบของโรคที่เคยเป็นก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่

- ความเสี่ยงจากการวางยาระงับความรู้สึก
- กระดูกหัก ความเสียหายของระบบประสาท ความเสียหายของหลอดเลือดอันนำไปสู่การเป็นอัมพาตหรือสูญเสียขา (พบน้อยมาก)
- การติดเชื้อของแผล
- ความยาวของขาไม่เท่ากัน
- ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำในส่วนลึก
- การเดินเขย่งถาวรและการใช้เครื่องช่วยเดิน

การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการที่ดัดแปลงจาก Nutrition Alert Form (NAF) พัฒนาโดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรรัตน์ โคมินทร์ หน่วยโภชนวิทยาและชีวเคมีการแพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์ แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล, เพศ, วัน/เดือน/ปี (ในการประเมิน), เวลา (ในการประเมิน), หอผู้ป่วย, โรค/ประเภทอาหาร, แหล่งที่มาของข้อมูล

ส่วนที่ 2 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่

1. ส่วนสูง/ความยาวตัว/ความยาวช่วงแขนจากปลายนิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง (Arm Span)

2. น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย โดยกรอกข้อมูลน้ำหนัก หากไม่ทราบน้ำหนัก ใช้ผล Albumin หรือ ผล Total Lymphocyte Count (TLC) อย่างใดอย่างหนึ่ง
3. รูปร่างของผู้ป่วย
4. น้ำหนักเปลี่ยนแปลงใน 4 สัปดาห์
5. อาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
6. อาการต่อเนื่อง > 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)
7. ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร
8. โรคที่เป็นอยู่ (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น ข้อเสนอแนะ ผู้ทำการประเมิน วัน/เดือน/ปีและเวลา ผลการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับ A (0 – 5 คะแนน) : ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการจะต้องประเมินภาวะโภชนาการซ้ำภายใน 7 วัน
- ระดับ B (6 – 10 คะแนน) : พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการภายใน 3 วัน
- ระดับ C (≥ 11 คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงให้ติดตามภายใน 24 ชั่วโมง

แนวทางการให้โภชนบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก

1. ประเมินปริมาณพลังงานของผู้ป่วยแต่ละราย จากการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน (Energy Requirement) โดยใช้สูตร Harris-Benedict คือ

- $BEE_{\text{ชาย}} \text{ (Kcal)} = 66.5 + (13.7 \times \text{น้ำหนัก}) + (5.0 \times \text{ส่วนสูง}) - (6.8 \times \text{อายุ})$
- $BEE_{\text{หญิง}} \text{ (Kcal)} = 655.1 + (9.6 \times \text{น้ำหนัก}) + (1.8 \times \text{ส่วนสูง}) - (4.7 \times \text{อายุ})$
- $TEE \text{ (Kcal)} = BEE \times (\text{Activity Factor}) \times (\text{Stress Factor})$

นักโภชนาการจัดอาหารให้ได้พลังงานตามความต้องการครอบคลุมถึงกิจกรรมทางกาย และภาวะโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานที่เพียงพอและเหมาะสม ยังสามารถควบคุม น้ำหนักในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดแรงกระทำต่อข้อสะโพกที่เพิ่งผ่าตัด ตัวอย่าง ผู้ป่วยลำดับที่ 1 เพศหญิง อายุ 92 ปี ส่วนสูง 140 เซนติเมตร ชั่งน้ำหนักไม่ได้

$$\text{แทนค่า } BEE_{\text{หญิง}} = 655.1 + (9.6 \times 35) + (1.8 \times 140) - (4.7 \times 92) = 810.7 \text{ Kcal}$$

$$TEE = 810.7 \times (1.2) \times (1.6) = 1,556.5 \text{ Kcal}$$

2. ประเมินปริมาณ โปรตีนของผู้ป่วยแต่ละราย (Protein Requirement) ปริมาณที่ควรได้รับเท่ากับ 1.2 – 1.5 g/IBW/day เนื่องจากโปรตีนมีส่วนช่วยในเรื่องการหายของแผล การสร้างภูมิคุ้มกัน และเสริมสร้างกล้ามเนื้อ

วิธีการหาน้ำหนักมาตรฐานหรือน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น (Ideal Body Weight)

$$\text{เพศชาย : ส่วนสูง (ซม.)} - 100$$

เพศหญิง : ส่วนสูง (ซม.) – 105

ตัวอย่าง ผู้ป่วยลำดับที่ 1 เพศหญิง ส่วนสูง 140 เซนติเมตร

แทนค่า น้ำหนักตัวที่ควรจะเป็นเพศหญิง = $140 - 105 = 35$ กิโลกรัม

ปริมาณ โปรตีนที่ควรได้รับต่อวัน = $35 \times 1.2 = 42$ กรัม

3. ประเมินปริมาณแคลเซียม วิตามินดีและวิตามินซีให้ได้รับจากอาหารอย่างเพียงพอ
ความต้องการแคลเซียมในผู้สูงอายุ คือ 1,000 – 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน ความต้องการวิตามินดี คือ 800 – 1,000 IU ต่อวัน และความต้องการวิตามินซี คือ 500 มิลลิกรัมต่อวัน

ตารางที่ 1 ตัวอย่างอาหารไทยที่เป็นแหล่งสำคัญของแคลเซียม

อาหาร	ปริมาณอาหารที่บริโภค	ปริมาณแคลเซียม (มิลลิกรัม)
นํ้านม	1 กล่อง (250 มิลลิลิตร)	290 – 300
นมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียม	1 กล่อง (250 มิลลิลิตร)	250 – 300
โยเกิร์ตธรรมชาติขาดไขมัน	1 ถ้วย	157
นมเปรี้ยวพร้อมดื่ม	1 กล่อง (180 มิลลิลิตร)	106
ไอศกรีมผสมนํ้านม	1 ก้อน (65 กรัม)	83
ไอศกรีมผสมนํ้านมไขมันต่ำ	1 ก้อน (65 กรัม)	90
ไข่ไก่ทั้งฟอง	1 ฟอง (50 กรัม)	63
ไข่เป็ดทั้งฟอง	1 ฟอง (60 กรัม)	93.6
เต้าหู้อ่อน	5 ช้อนโต๊ะ	150
ปลาตัวเล็ก	2 ช้อนโต๊ะ	226

ตารางที่ 2 ปริมาณวิตามินดีในอาหารตามธรรมชาติ

ชนิดของอาหาร (100 กรัม)	แหล่งที่มา วิธีปรุงหรือวิธีแปรรูปอาหาร	ปริมาณวิตามินดีในอาหาร หน่วยสากล (IU)
ปลาแซลมอน	เลี้ยงตามธรรมชาติ	600 – 1,000
	เลี้ยงในฟาร์ม	100 – 250
ปลาเทราท์	เลี้ยงในฟาร์ม	388 – 600
ปลาทูน่า	บรรจุในกระป๋อง	230
ปลาซาดีน	บรรจุในกระป๋อง	300
ปลาแมคเคอเรล	บรรจุในกระป๋อง	250
น้ำมันตับปลา (1 ช้อนชา)		400 – 1,000
ไข่แดง (1 ฟอง)		20

ตารางที่ 3 ปริมาณวิตามินซีในผักและผลไม้ส่วนที่กินได้ 100 กรัม

ผลไม้*	วิตามินซี (มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม)	ผักดิบ**	วิตามินซี (มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม)
ฝรั่งกลมสาลี่	187	พริกหวานแดง	190.0
ฝรั่งไร้เมล็ด	151	พริกหวานเขียว	183.5
มะขามป้อม	111	ผักคะน้า	120.0
มะขามเทศ	97	บรอกโคลี	93.2
เงาะโรงเรียน	76	ผักโขม	28.1
ลูกพลับ (เกาหลี)	73	มะเขือเทศ	16.0
สตอว์เบอร์รี่	66	มันฝรั่ง	19.7

* สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปริมาณสารต้านอนุมูลอิสระ เบต้าแคโรทีน วิตามินอี วิตามินซี ในผลไม้ 2549

** USDA (United States Department of Agriculture)

4. ประเมินการให้อาหารทางการแพทย์ (Oral Supplement) ในกรณีผู้ป่วยได้รับพลังงานไม่เพียงพอจากอาหารที่จัดให้ นักโภชนาการจะคำนวณหักจากอาหารที่ผู้ป่วยบริโภคออกมาเป็นความเข้มข้น ปริมาณ และจำนวนมื้อ (ml/meal)
5. ประเมินการให้อาหารทางสายให้อาหาร (Tube Feeding) ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือมีปัญหาการกลืน เป็นต้น

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

จากการดำเนินงานการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่า นักโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นบทบาทที่สำคัญเช่นกันที่จะต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการ จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทุกรายล้วนมีโรคประจำตัว ทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การควบคุมโรคเหล่านี้ให้อยู่ในภาวะปกติจึงเป็นหน้าที่สำคัญของนักโภชนาการ เพื่อลดปัญหาการชะลอการผ่าตัด ลดวันนอนโรงพยาบาล รวมไปถึงการลดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด อันก่อให้เกิดประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

ขั้นตอนการดำเนินการ มีดังนี้

1. นักโภชนาการได้รับแจ้งผู้ป่วยรับใหม่จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
2. เตรียมข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ e-PHIS BMA และเพิ่มประวัติการรักษา
3. กำหนดปริมาณพลังงานและโปรตีนที่ผู้ป่วยควรได้รับใน 1 วัน

4. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form; NAF) การวัดสัดส่วนต่าง ๆ ร่างกาย (Anthropometry Assessment) และการประเมินการบริโภคอาหาร (Dietary Assessment) โดยใช้การสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24 Hour Dietary Recall)
5. บอกผลการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นและคำแนะนำตามแนวทางการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
6. สรุปผลการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นและข้อเสนอแนะของผู้ป่วย โดยใช้การเขียน SOAP NOTE ในแฟ้มประวัติการรักษา

การเขียน SOAP NOTE

- S (Subjective) : Patient History, Disease, Consumption Behavior
 - O (Objective) : Weight, Height, BMI, Waistline, Around the arm band, Around the calf band
 - A (Assessment) : Nutrition Assessment; NAF
 - P (Plan) : Nutrition Intervention, Goals, Follow-ups
7. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อติดตามประเมินผลครั้งถัดไป
 8. ติดตามภาวะโภชนาการและผลการให้โภชนบำบัด รวมไปถึงปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งปรับแผนการให้โภชนบำบัดตามภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

การประเมินภาวะโภชนาการและการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก จึงนับเป็นหนึ่งใน การดูแลสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารที่ครบถ้วนเหมาะสม รวมไปถึง การจัดหาอาหารให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว สามารถลด ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตจากภาวะทุพโภชนาการ ช่วยในเรื่องการหายของแผล การสร้างภูมิคุ้มกัน และยังส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ในการดูแลภาวะโภชนาการของตนเอง

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

1. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากแหล่ง ความรู้ต่างๆ ทั้งจากงานวิจัย บทความ เอกสารทางวิชาการ และตำราวิชาการจากสถาบันต่างๆ
2. ร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการหาแนวทางและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก
3. คำนวณ ปริมาณพลังงานและโปรตีนที่ผู้ป่วยควรจะได้รับใน 1 วัน และแนวทางการให้ โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วย จำนวน 12 ราย

ตารางที่ 4 ตารางแสดงปริมาณพลังงานและโปรตีนที่ผู้ป่วยควรจะได้รับใน 1 วัน

ลำดับที่	เพศ	อายุ (ปี)	ส่วนสูง (ซ.ม.)	IBW (กก.)	พลังงาน (Kcal)	โปรตีน (g/IBW/day)
1	หญิง	92	140	35	1,600	42
2	หญิง	86	148	43	1,800	51.6
3	หญิง	74	157	52	2,100	62.4
4	หญิง	75	150	45	2,000	54
5	หญิง	77	155	50	2,000	60
6	หญิง	71	152	47	2,000	56.4
7	หญิง	76	150	45	1,900	54
8	ชาย	83	174	74	2,700	88.8
9	หญิง	91	140	35	1,600	42
10	หญิง	62	152	47	2,100	56.4
11	หญิง	77	148	43	1,900	51.6
12	หญิง	89	155.5	50.5	1,900	60.6

4. ประเมินภาวะโภชนาการและให้โภชนบำบัดกับผู้ป่วย จำนวน 12 ราย โดยแยกเป็นเพศหญิง 11 ราย และเพศชาย 1 ราย

ตารางที่ 5 ตารางแสดงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก

ลำดับที่	เพศ	อายุ (ปี)	ส่วนสูง (ซ.ม.)	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	แปลผล
1	หญิง	92	140	B	A	A	-	-	ปกติ
2	หญิง	86	148	B	B	B	B	A	ปกติ
3	หญิง	74	157	A	A	-	-	-	ปกติ
4	หญิง	75	150	A	A	-	-	-	ปกติ
5	หญิง	77	155	A	A	A	A	-	ปกติ
6	หญิง	71	152	A	A	A	A	-	ปกติ
7	หญิง	76	150	A	B	A	-	-	ปกติ

ตารางที่ 5 ตารางแสดงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก (ต่อ)

ลำดับที่	เพศ	อายุ (ปี)	ส่วนสูง (ซ.ม.)	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	แปลผล
8	ชาย	83	174	A	A	A	-	-	ปกติ
9	หญิง	91	140	A	A	-	-	-	ปกติ
10	หญิง	62	152	A	A	-	-	-	ปกติ
11	หญิง	77	148	A	A	-	-	-	ปกติ
12	หญิง	89	155.5	A	A	-	-	-	ปกติ

5. วิเคราะห์ผลการประเมินภาวะโภชนาการและการให้โภชนาบำบัดเพื่ออภิปรายและเสนอแนะ

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นผู้หญิงถึงร้อยละ 91.67 เป็นผู้ชายเพียงร้อยละ 8.33 ซึ่งสอดคล้องกับมูลนิธิโรคกระดูกพรุนนานาชาติที่รายงานว่าพบอัตราการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

ประเมินภาวะโภชนาการครั้งที่ 1 พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 นักโภชนาการได้ดำเนินการแก้ไขตามแนวทางการให้โภชนาบำบัดผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักและติดตามภาวะโภชนาการซ้ำจนภาวะโภชนาการปกติ ส่วนในรายที่ภาวะโภชนาการปกติ นักโภชนาการจะติดตามเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา และในรายที่ประเมินภาวะโภชนาการซ้ำพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 2 ราย (ลำดับที่ 2 และ 7) นักโภชนาการจะดำเนินการแก้ไขตามแนวทางการให้โภชนาบำบัดผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักและติดตามภาวะโภชนาการซ้ำจนภาวะโภชนาการปกติก่อนจำหน่าย

7. ผลสำเร็จของงาน

การประเมินภาวะโภชนาการและการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากภาวะกระดูกสะโพกหักส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง เสี่ยงต่อกระดูกหักซ้ำซ้อนและมีอัตราการตายสูงขึ้น การดูแลด้านโภชนาการไม่เพียงส่งเสริมการหายของบาดแผลผ่าตัด แต่ยังส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอ เหมาะสม ลดการติดเชื้อลดอาการอ่อนเพลียช่วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องการควบคุมน้ำหนักภายหลังการผ่าตัด เพื่อลดแรงกระทำต่อข้อสะโพกที่เพิ่งผ่าตัดทำให้ข้อสะโพกไม่ต้องแบกรับน้ำหนักมาก ลดอาการปวดและส่งผลให้การรักษาเป็นไปได้อย่างดี

นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำอาหารที่เป็นแหล่งของแคลเซียม วิตามินดีและวิตามินซี ทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารตามความต้องการในแต่ละวัน จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาผลลัพธ์ที่ได้ คือ

1. ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้นจากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form; NAF)
2. ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอ เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เป็นต้น
4. ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและโภชนบำบัดทุกราย
2. เพิ่มแนวทางการดูแลด้านโภชนาการและโภชนบำบัดให้มีความหลากหลาย ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค
3. เป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการ
4. สามารถใช้เป็นแนวทางการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักผู้ขอรับการประเมินประสบปัญหาในการขออนุญาตเพิ่มประวัติการรักษาผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว เนื่องจากรายละเอียดบางอย่างเก็บอยู่ในรูปแบบเอกสารไม่อยู่ในระบบ e-PHIS BMA ต้องทำการค้นเพิ่มประวัติที่เก็บรักษาอยู่ที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก

10. ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักส่วนมากต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น Walker และรถเข็น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดรวมถึงอาจเสียชีวิตเกิดผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย และหน่วยงานที่ให้การรักษาในแง่งบประมาณและการดูแลรักษาฟื้นฟูหลังการบาดเจ็บ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักในประชากรก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะโรคกระดูกพรุน ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างที่เพียงพอ ไม่มีของวางเกะกะ หลีกเลี้ยงพื้นที่ลื่นเพื่อป้องกันการล้ม

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ภาพร คล่องกิจเจริญ*.....

(นางสาวภาพร คล่องกิจเจริญ)

(ตำแหน่ง) นักโภชนาการปฏิบัติการ

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....*5/3/ พ.ย. 2563*.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

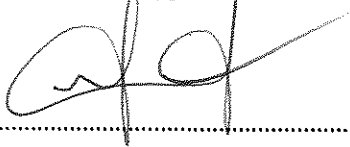
(ลงชื่อ).....*เกษรทวงค์ พลอยชื่นชม*.....

(นางเกษรทวงค์ พลอยชื่นชม)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายโภชนาการ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่).....*5/3/ พ.ย. 2563*.....

(ลงชื่อ)..........

(นายเกียรติกร ตั้งจิตรมณีศักดิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่).....*5/3 พ.ย. 2563*.....

เอกสารอ้างอิง

- จิตติมา เอกวิโรจนสกุล. (2562). การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 38(1), 39-49.
- เทพรักษา เหมพรหมราช. (2560). คนไทย 90% เสี่ยงเป็นโรคกระดูกพรุน เหตุบริโภคน้ำตาลที่มีแคลเซียมไม่เพียงพอ. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2562, จาก <https://www.hfocus.org/content/2018/12/1665>
- บุษบา จินดาวิจักขณ์. (2557). แคลเซียมกับโรคกระดูกพรุนตอนที่ 2. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2562, จาก <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/218/%E0%B9%81%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B9%80%E0%B8%8B%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B8%81%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B%E0%B8%99-%E0%B8%95%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%882/>
- ปิยะวดี สุมาลัย. (2562). ผลการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยในสถาบันบำราศนราดูร. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล, 4(2), 57-67.
- เรืองเดช พิพัฒน์เยาว์กุล. (2560). ผลลัพธ์หลังจากการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 32(1), 21-32.
- โรงพยาบาลกรุงเทพ. (2562). โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2562, จาก <https://www.bangkokhospital.com/th/nutrition-therapy-for-patients-after-tkr>
- วรัทยา กุลนิตชัย. (2562). การพยาบาลเพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 30(1), 2-16.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563 DIETARY REFERENCE INTAKE FOR THAIS 2020. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี. โปรเกรสซิฟ.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางาน หรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวภาพร คล่องกิจเจริญ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง นักโภชนาการชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.113) สังกัดฝ่ายโภชนาการ กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการและระบบคุณภาพ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง การจัดทำแบบฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในงาน โภชนบริการ

หลักการและเหตุผล

ฝ่ายโภชนาการมีหน้าที่ให้บริการอาหารสำหรับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม สะอาด ปลอดภัยและตรงเวลา รวมทั้งการให้โภชนศึกษาและโภชนบำบัดกับผู้ป่วยและญาติเพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดูแลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็น การให้บริการอาหารสำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จัดตามรายการอาหารหมุนเวียนประจำวันที่กำหนดไว้จำนวน 4 ชุด โดยแยกเป็นอาหารพิเศษ อาหารสามัญ อาหารเฉพาะโรค และอาหารทางสายให้อาหาร กำหนดพลังงานและสารอาหารธรรมดา 1,700 – 1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน อาหารอ่อน 1,500 – 1,600 กิโลแคลอรีต่อวัน ประกอบอาหารและให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วยในทุกวัน วันละ 3 มื้อ โดยแบ่งเวลาในการให้บริการดังนี้ มื้อเช้า เวลา 7.00 น. มื้อกลางวัน เวลา 12.00 น. และมื้อเย็น เวลา 16.00 น. จึงต้องจัดสรรกำลังคนให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานทั้งภายในเวลาและนอกเวลาราชการ

ปัญหาการขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานเนื่องจากภาระงานและความยุ่งยากซับซ้อนของงานที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการจัดทำแบบฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในงาน โภชนบริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางและขั้นตอนในการสอนงานบุคลากรใหม่อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคลากรใหม่สามารถจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน และสะอาดปลอดภัยตามหลักการสุขาภิบาลอาหาร สร้างระบบพี่เลี้ยงในการทำงาน ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบุคคลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ฝ่ายโภชนาการสามารถแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการทั้งภายนอกและภายใน

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการสอนงานบุคลากรใหม่ให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อช่วยให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการปฏิบัติงานร่วมกัน
3. เพื่อลดความผิดพลาดในการให้บริการอาหารผู้ป่วย
4. เพื่อลดอุบัติเหตุของบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การเพิ่มพูนความรู้และทักษะต่างๆ โดยการจัดทำแบบฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในงานโภชนาการ กำหนดเนื้อหาการพัฒนาความรู้และทักษะให้ตรงตามมาตรฐานงานโภชนาการและหลักการสุขาภิบาลอาหารเป็นการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในระบบบริการอาหารภายในโรงพยาบาล การส่งเสริมจริยธรรมเพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

การติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาทรัพยากรบุคลากรใหม่ มีการประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงาน (Competency) ทั้งสมรรถนะหลัก (Core Competency) และสมรรถนะวิชาชีพตามภาระงาน (Functional Competency) และผลการปฏิบัติงาน (Performance) ตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อนำข้อดีและข้อบกพร่องมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงแบบฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในงานโภชนาการต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรใหม่ได้รับการสอนงานอย่างถูกต้องตามแนวทางการปฏิบัติงาน
2. บุคลากรมีความสามัคคีในการปฏิบัติงานและมีการสื่อสารระหว่างกันมากขึ้น
3. ลดความผิดพลาดในการให้บริการอาหารผู้ป่วย
4. ลดจำนวนอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ไม่พบสิ่งปนเปื้อนในอาหาร
2. ภาชนะบรรจุอาหารผ่านเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์ด้านแบคทีเรีย
3. จัดอาหารครบถ้วนตามใบเบิกอาหาร
4. จัดส่งอาหารได้ตรงตามเวลาที่กำหนด
5. อาหารทางสายให้อาหารผ่านเกณฑ์คุณภาพทางจุลชีววิทยาของอาหาร
6. ไม่พบอุบัติการณ์ของบุคลากรในขณะปฏิบัติงาน
7. ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อระบบการบริการอาหารมากกว่าร้อยละ 85 ตามเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจต่อบริการรายไตรมาส

(ลงชื่อ).....

(นางสาวภาพร คล่องกิจเจริญ)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 18 ก.พ. 2563