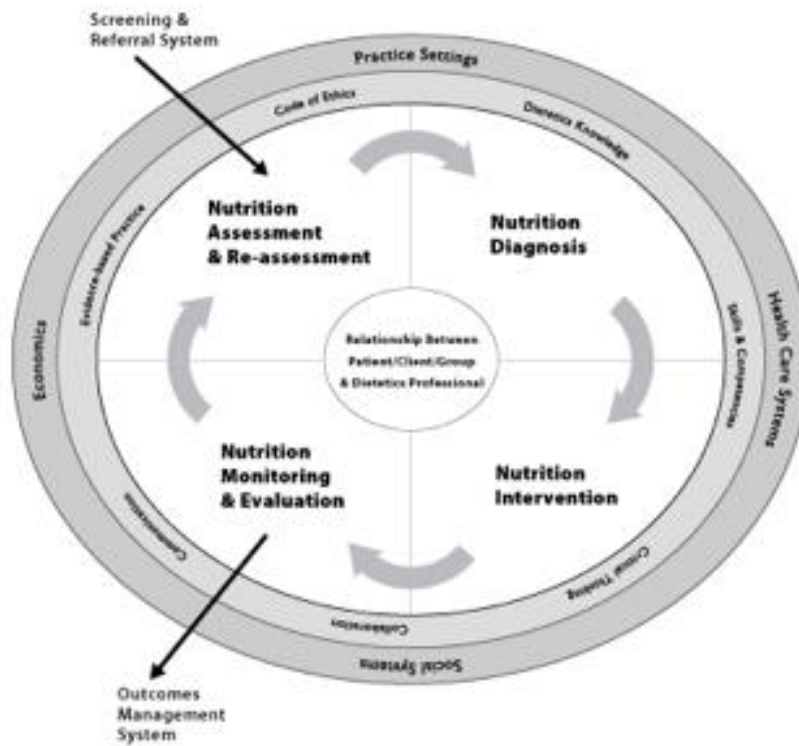


## กระบวนการให้โภชนบำบัด (Nutrition Care Process)

พันตรีหญิง ดร. กรกต วีรเธียร

ฝ่ายกาย (งานโภชนาการ) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กระบวนการให้โภชนบำบัด (Nutrition Care Process) คือ กระบวนการที่นักกำหนดอาหารใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล กระบวนการนี้ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) การให้แผนโภชนบำบัด (Nutrition Intervention) และการติดตามประเมินผลของแผนโภชนบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation)



รูปที่ 1: กระบวนการให้โภชนบำบัด (The Nutrition Care Process)

ในทางปฏิบัติก่อนที่นักกำหนดอาหารจะเริ่มใช้กระบวนการให้โภชนบำบัด มักจะเริ่มต้นที่ขั้นตอน “การคัดกรองภาวะโภชนาการ” (Nutrition Screening) ซึ่งในขั้นตอนนี้ อาจจะดำเนินการโดยพยาบาล นักกำหนดอาหาร หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ โดยใช้เครื่องมือที่ไม่ซับซ้อน และใช้เวลาสั้น เพื่อค้นหาว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ซึ่งหลังจากการคัดกรองแล้ว เราจะสามารถจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และทันท่วงที ซึ่งจากหลายการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการได้อย่างรวดเร็ว และได้รับโภชนบำบัดที่เหมาะสมทันเวลา ทำให้มีโอกาสฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ตอบสนองต่อการรักษาจากทีมแพทย์ได้ดี รวมทั้ง ลดระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลลงอย่างชัดเจน

ในต่างประเทศมีการใช้เครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการหลายแบบ ยกตัวอย่างเช่น THE MUST หรือ MST (Malnutrition Screening Tool) ซึ่งประกอบด้วยคำถามสั้น ๆ เพียง 2 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับอาการลดลงของน้ำหนักตัว และการลดลงของความอยากอาหาร โดยถ้าคะแนนจากการคัดกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ก็จะแปลผลได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินภาวะโภชนาการโดยละเอียดต่อไป สำหรับในประเทศไทย ทางสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT) ได้เผยแพร่แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ โดยประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และภาวะกึ่งวิกฤต - วิกฤตของผู้ป่วย โดยถ้าคะแนนจากการคัดกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ก็จะแปลผลได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการให้โภชนบำบัดต่อไป ตัวอย่างแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ดังรายละเอียดด้านล่าง

### The Malnutrition Screening Tool (MST)

<b>1. Have you lost weight recently without trying?</b>		
No	0	
Unsure	2	
If Yes, how much weight (kg) have you lost?		
1 – 5	1	
6 – 10	2	
11 – 15	3	
> 15	4	
Unsure	2	Weight Loss Score: <input type="text"/>
<b>2. Have you been eating poorly because of a decreased appetite?</b>		
No	0	
Yes	1	Appetite Score: <input type="text"/>
<b>Total MST Score (weight loss + appetite scores)</b>		<input type="text"/>



Better Nutrition for Better Life

### แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ

สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

(SPENT Nutrition Screening Tool)

#### ข้อมูลผู้ป่วย

วันที่.....

ชื่อ-นามสกุล.....

HN..... AN..... อายุ.....ปี

รับไว้ใน รพ. เมื่อ.....

หอผู้ป่วย.....

การวินิจฉัยโรค.....

น้ำหนักปัจจุบัน..... กก. น้ำหนักปกติ..... กก.

ประเมินน้ำหนักโดย  ชั่ง  ชักถาม  กะประมาณ

ส่วนสูง..... ซม. BMI..... กก./ตร.ม.

หัวข้อการคัดกรอง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่						
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้ (> 7 วัน)						
3. BMI < 18.5 หรือ ≥ 25.0 กก./ตร.ม. หรือไม่						
4. ผู้ป่วยมีภาวะโรควิกฤต หรือกึ่งวิกฤตร่วมด้วยหรือไม่						
ผลการคัดกรอง						

ผู้คัดกรอง

- ถ้าตอบ ใช่ ≥ 2 ข้อ ทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อ หรือปรึกษานักกำหนดอาหาร/ทีมโภชนาบำบัด
- ถ้าตอบ ใช่ ≤ 1 ข้อ ให้คัดกรองซ้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล

### ขั้นตอนที่ 1: การประเมินภาวะโภชนาการ

คือ ขั้นตอนแรกของกระบวนการให้โภชนาบำบัดที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ นักกำหนดอาหารจะต้องทำการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยละเอียด เพื่อค้นหาปัญหาด้าน โภชนาการของผู้ป่วยที่มีผลต่อโรคหรือระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งการประเมินภาวะโภชนาการนั้น โดยทั่วไป นักกำหนดอาหารจะยึดหลัก A – B – C – D

**A: Anthropometry assessment** คือ การวัดสัดส่วนร่างกายของผู้ป่วย เช่น การชั่งน้ำหนักตัว การวัดส่วนสูง เส้นรอบวงเอว เส้นรอบวงสะดพก ค่าดัชนีมวลกาย รวมถึงการวัดองค์ประกอบของร่างกาย

**B: Biochemistry assessment** คือ ข้อมูลต่าง ๆ จากห้องปฏิบัติการไม่ว่าจะเป็นผลเลือด เช่น ระดับน้ำตาล ระดับไขมัน ระดับของแร่ธาตุต่าง ๆ ในเลือด หรือจะเป็นผลปัสสาวะ เช่น น้ำตาลหรือโปรตีนที่รั่วมาให้ปัสสาวะ ค่าความเป็นกรด-ด่าง

**C: Clinical Sign** คือ อาการแสดงออกที่เกิดขึ้นจากการขาดสารอาหารบางชนิด หรือความผิดปกติของร่างกาย เช่น ภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก จะพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซีดบริเวณเล็บมือ เหงือก หรือ ผิวหนังได้ตา หรือ ภาวะบวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะพบว่า เมื่อใช้นิ้วกดที่บริเวณหน้าแข้งผิวหนังจะยุบ บุ่มลงไป และค้างอยู่นาน เป็นต้น

D: Dietary assessment คือ การประเมินรายละเอียดการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโดยละเอียด ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ การจดบันทึกการบริโภคอาหาร 3 วัน (3-day Dietary record) การซักประวัติการรับประทานอาหารย้อนหลัง 3 วัน (3-day Dietary recall) การสอบถามความถี่ในการบริโภคอาหาร (Food frequency questionnaire, FFQ) ประวัติการรับประทานอาหาร (Food history) เช่น การแพ้อาหาร ศาสนา ความชอบ และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เป็นต้น

นอกจากการประเมินภาวะโภชนาการตามหลัก A – B – C – D แล้ว อีกส่วนหนึ่งที่สำคัญและมีส่วนช่วยในการให้โภชนบำบัดประสบความสำเร็จ คือ การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ของผู้ป่วย

## ขั้นตอนที่ 2: การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis)

ขั้นตอนนี้เป็นการระบุปัญหาด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Nutrition problem) ซึ่งการวินิจฉัยแบบนี้จะแตกต่างกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ยกตัวอย่างเช่น

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการวินิจฉัยโรคของแพทย์และการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ

การวินิจฉัยโรคของแพทย์ (Medical diagnosis)	การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition diagnosis)
- ระบุชื่อโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะต่าง ๆ หรือระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกาย	- ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ
- การวินิจฉัยโรคจะไม่เปลี่ยนแปลงถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการของโรคนั้นอยู่	- การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยยังเป็นโรคนั้นอยู่ก็ตาม
- ตัวอย่างการวินิจฉัยโรคของแพทย์ เช่น โรคเบาหวาน	- ตัวอย่างการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยบริโภคคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปที่ร่างกายต้องการ

โดยทั่วไปในต่างประเทศ ใช้ระบบ IDNT standardized Nutrition Diagnosis ในการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ เพื่อใช้เป็นคำศัพท์สากลในการสื่อสารระหว่างนักกำหนดอาหารกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรใช้หลัก “PES statement” เพื่อใช้ในการระบุปัญหา สาเหตุ และการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการของผู้ป่วย

P: Problem คือ การระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการของผู้ป่วย

E: Etiology คือ สาเหตุของปัญหาที่ระบุไว้

S: Sign/symptoms คือ อาการแสดงของผู้ป่วย หรือหลักฐานต่าง ๆ จากการประเมินผู้ป่วย (ตามหลัก A – B – C – D) ที่บ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่ระบุไว้

ตัวอย่างของการเขียน “PES statement”

P: Problem ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจ (NC-3.2)

“related to” เนื่องจาก

E: Etiology ไม่สามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ต้องมีผู้ช่วย และมีอาการหลงลืม

“as evidenced by” สังเกตได้จาก

S: Sign/Symptoms การได้รับพลังงานน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย วันละ 800 กิโลแคลอรี ร่วมกับน้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัมภายใน 2 เดือนที่ผ่านมา

ขั้นตอนการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ ถือว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากถ้าเราสามารถประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน และนำมาวิเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นปัญหาที่ชัดเจน จะส่งผลให้ขั้นตอนต่อไป คือ ขั้นตอนการให้แผนโภชนบำบัด (Nutrition Intervention) ทำได้อย่างถูกต้อง ตรงจุด ตรงประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

### ขั้นตอนที่ 3 การให้แผนโภชนบำบัด

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาที่ได้วินิจฉัยไว้ ซึ่งสามารถเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ ได้หลากหลายวิธีขึ้นกับความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้คำแนะนำ ปรึกษาทางด้านโภชนาการเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม การให้โภชนศึกษา การวางแผนเมนูอาหาร หรือ การจัดอาหารให้กับผู้ป่วย เป็นต้น สำหรับในขั้นตอนนี้จะประกอบไปด้วยขั้นตอนย่อย 2 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 การวางแผน โดยในการวางแผนนั้นจะต้องเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเป็นผู้วางแผนด้วยตนเองร่วมกับนักกำหนดอาหาร ส่วนนักกำหนดอาหารทำหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยงที่จะให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และปลอดภัย และเสริมพลังให้กับผู้ป่วย แผนที่ดีจะต้องสามารถแก้ไขปัญหาที่ระบุไว้ได้อย่างตรงจุด มีแนวทางปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริง และมีการกำหนดเป้าหมายรวมทั้งระยะเวลาที่ชัดเจนในการปฏิบัติตัวให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นักกำหนดอาหารสามารถใช้หลัก SMART เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย

S: Specific	เฉพาะเจาะจง ไม่กว้างจนเกินไป
M: Measurable	สามารถวัดผลได้ ไม่ว่าจะวัดเป็นตัวเลขเชิงปริมาณ หรือวัดในเชิงคุณภาพ
A: Action	ต้องระบุแนวทางปฏิบัติที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้
R: Realistic / R: Reasonable	ต้องสามารถทำได้จริง หรือ เป็นเป้าหมายที่สมเหตุสมผล
T: Timely	ต้องมีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการปฏิบัติที่ชัดเจน

นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ แผนโภชนบำบัดที่ดีควรจะสอดคล้องกับวิถีชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 การนำแผนที่วางไว้ให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ ซึ่งเปรียบได้กับการสั่งยาของแพทย์ ดังนั้น ในขั้นตอนนี้บางครั้งจึงเรียกว่า “Nutrition prescription”

โดยทั่วไปแล้วการให้แผนโภชนบำบัดกับผู้ป่วย นักกำหนดอาหารจะต้องประเมินผู้ป่วยจนแน่ใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติ (Action phase) เพื่อให้มั่นใจว่าแผนโภชนบำบัดจะถูกนำไปปฏิบัติจริง และมีโอกาสประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ แผนโภชนบำบัดจะต้องสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทราบด้วย

#### ขั้นตอนที่ 4 การติดตาม ประเมินผลของแผนโภชนบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation)

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดผลการปฏิบัติตัวตามแผน โดยเป็นการติดตามผลดูว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่

ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างดีมีความก้าวหน้าในแนวทางที่ดีขึ้น นักกำหนดอาหารควรมีการสรุปประเด็นที่ผู้ป่วยทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย ให้กำลังใจ เสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตัวต่อไปให้เป็นพฤติกรรมที่ถาวร หรือให้อยู่ในช่วงยั่งยืน (Maintenance Phase) ในขณะเดียวกันก็ให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการซ้ำอีกครั้ง (Re-Nutrition assessment) เพื่อค้นหาปัญหาด้านโภชนาการอีกครั้ง โดยอาจจะเป็นปัญหาเดิมที่จะจะปรับเป้าหมายให้เพิ่มขึ้น หรืออาจจะเป็นปัญหาใหม่ที่ประเมินพบเพิ่มเติม

สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้บรรลุตามเป้าหมายได้นั้น นักกำหนดอาหารมีหน้าที่ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่า มีปัญหาอุปสรรคใดบ้างที่อาจจะขัดขวางทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมกันหาทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วย โดยต้องให้ผู้ป่วยเป็นหลักในกระบวนการค้นหาวิธีทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยเราทำหน้าที่เป็นผู้รับฟังที่ดี และคอยแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบเพิ่มเติม เพื่อที่จะช่วยให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยส่วนใหญ่การติดตาม ประเมินผลการปฏิบัตินั้นไม่สามารถใช้เพียงตัวชี้วัดเดียวเพื่อวัดความสำเร็จของการปฏิบัติตามแผนโภชนบำบัดได้ ดังนั้น แนะนำให้ตั้งเป้าหมายหลัก และเป้าหมายรองไว้ เพื่อจะได้พิจารณาความสำเร็จได้จากหลายตัวชี้วัดร่วมกัน ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายหลักได้ แต่สามารถทำตามเป้าหมายรองได้สำเร็จก็ถือว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในทางที่ดีขึ้น ซึ่งในจุด

นี่นักกำหนดอาหารสามารถนำมาสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความก้าวหน้า และเป็นกำลังใจให้ปฏิบัติตัวต่อไปจนบรรลุเป้าหมายหลักได้ในที่สุด

#### เอกสารอ้างอิง

1. Lacey K, Pritchett E. Nutrition care process and model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. J Am Diet Assoc 2003;103:1061-72.
2. Ferguson ML, Bauer J, Gallagher B, Capra S, Christie DR, Mason BR. Validation of malnutrition screening tool for patients receiving radiotherapy. Australas Radiol 1999;43(3):325-7.
3. <https://www.spent.or.th/uploads/event>
4. Spahn JM, Reeves RS, Keim Ks, Laquatra I, Kellogg M, Jortbert B, et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. J Am Diet Assoc 2010;110(6):879-91.
5. International Dietetics & Nutrition Terminology Reference Manual 3<sup>rd</sup> Edition
6. <https://www.wrha.mb.ca>
7. TexasQualityMatters.org An Overview of the Nutrition Care Process
8. Writing Group of the Nutrition Care Process/standardized Language Committee. Nutrition care process and model part I: the 2008 update. J Am Diet Assoc 2008 Jul; 108(7):1113-7.
9. Writing Group of the Nutrition Care Process/standardized Language Committee. Nutrition care process and model part II: Using the International Dietetics & Nutrition Terminology to document the nutrition care process. J Am Diet Assoc 2008 Aug; 108(8):1287-93.