

รายงานวิจัย

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดต่อภาวะทุพโภชนาการ
ในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 5306
ส่วนราชการ งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต
กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากทีมผู้บริหาร โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย บุคลากรจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุกระดับ อาทิเช่น พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย นักโภชนากร ที่อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณคณะกรรมการโภชนาการ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ในการให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



นางวราภรณ์ ไชยताल
หัวหน้าโครงการวิจัย

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ชื่อเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ผู้วิจัย วราภรณ์ ไชยताल พย.บ
รัตนาภรณ์ รักษาติ พย.บ
กัญญา ศรีอรุณ พย.บ
ณัฐรินทร์ กั้นจะสิน นักโภชนาการ
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง 52000

บทคัดย่อ

ภาวะทุพโภชนาการพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งอาจเกิดจากตัวโรคหรือผลข้างเคียงของการรักษาโรคมะเร็ง การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดลองก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพโภชนาการระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดและประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดและคู่มือให้ความรู้ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (SPENT) แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ (NT 2013) และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบวิลคอกชัน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพโภชนาการ ($\bar{x}=6.88$, S.D.=2.16) ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{x}=7.85$, S.D.=1.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจภาพรวมต่อโปรแกรมนี้ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{x}=4.31$, S.D.=0.54) สรุป โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดนี้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพส่งผลให้ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานที่ให้การดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด, ภาวะทุพโภชนาการ, ผู้ป่วยมะเร็ง

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญรูปภาพ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 สมมุติฐาน	3
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	4
1.5 นิยามศัพท์	4
1.6 กรอบแนวคิด	4
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 โรคมะเร็ง	7
2.2 ภาวะทุพโภชนาการ	10
2.3 การพยาบาล/ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการ	21
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	30
3.1 รูปแบบการวิจัย	30
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	36
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	38
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	38
4.2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษา ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ พยาบาลโภชนบำบัด	41
4.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด	42
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	44
5.1 สรุปผลการวิจัย	44
5.2 อภิปรายผล	45
5.3 ข้อเสนอแนะ	46
บรรณานุกรม	48
ผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	51
ผนวก ข เครื่องมือดำเนินการวิจัย	55
ผนวก ค แผ่นพับประกอบการสอน เรื่อง โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง	61
ผนวก ง แผ่นพับประกอบการสอน เรื่อง High Calories Diet อาหารเพิ่ม พลังงานและโปรตีนสูงในผู้ป่วยมะเร็ง	62
ผนวก จ หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม	63
ผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	65
ผนวก ช ประวัติผู้วิจัย	66

สารบัญรูปร่าง

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด	5
ภาพที่ 2.1 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและ ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT Nutrition Screening Tool)	13



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ประวัติการได้รับอาหารหรือสารอาหาร	14
ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว	15
ตารางที่ 3 ภาวะขวมน้ำ (Fluid accumulation)	16
ตารางที่ 4 ระดับการสูญเสียมวลไขมัน (Body fat loss) ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย	16
ตารางที่ 5 ระดับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Muscle loss) ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย	17
ตารางที่ 6 สมรรถภาพกล้ามเนื้อ ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย	17
ตารางที่ 7 ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (≥ 3 เดือน)	18
ตารางที่ 8 ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลัน	19
ตารางที่ 9 การวินิจฉัยโรคของแพทย์และการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ	24
ตาราง 10 โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด	31
ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	39
ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด	41
ตาราง 13 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด	42

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสุขภาพและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย โดยพบอัตราการตาย 124.8 คนต่อประชากร 100,000 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้รับการรักษาหลายประเภททั้งการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ฮอโมนบำบัด หรือการรักษาแบบผสมผสาน คือการรักษาพร้อมกันหลายวิธีที่กล่าวมาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ เซลล์มะเร็ง ระยะของโรค อายุและสุขภาพของตัวผู้ป่วย (ธีรวิทย์ คุหะเปรมะ, ม.ป.ป) หลังการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความอยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากการได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือประสบปัญหาการดูดซึมสารอาหาร ส่งผลให้ร่างกายสูญเสียกล้ามเนื้อ กระดูก และไขมัน จึงทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ระบบภูมิคุ้มกันทำงานบกพร่องและทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติมากยิ่งขึ้น การตอบสนองต่อการรักษา ความแข็งแรง และการฟื้นตัวลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และระยะเวลารอดชีวิตลดลง รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง เพิ่มระยะเวลาพักการรักษาตัวในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา (จินตนา สุวิทวัส, 2564)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งมีทั้งเกิดจากตัวผู้ป่วย ตัวโรค การรักษา ภาวะจิตสังคม และภาวะเศรษฐกิจ กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมในร่างกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดจากสารเคมีบางชนิดที่ทำให้ร่างกายเผาผลาญได้ดีขึ้น จึงทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ขณะที่ปัจจัยจากตัวโรค เกิดจากตำแหน่งของมะเร็งและระยะของโรคซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการที่แตกต่างกันไป โดยเซลล์มะเร็งมีการหลั่งสารเคมีที่ไปกระตุ้นให้เมตาบอลิซึมในร่างกายของผู้ป่วย ทำให้การรับรสทำงานผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยอยากอาหารและน้ำหนักลดลง (ทักษิณ จันทรสิงห์, 2563) ปัจจัยจากการรักษาแยกตามวิธีการรักษาที่แตกต่างกันไป ได้แก่ เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการให้ยาสารเคมี ทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และท้องเสีย ทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง รังสีรักษา (Radiotherapy) เป็นการฉายรังสีไปยังตำแหน่งของเซลล์มะเร็งและครอบคลุมไปถึงต่อมน้ำเหลือง ซึ่งมีผลต่อการรับประทานอาหาร และการผ่าตัด (Surgery) เป็นการรักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนหรือเซลล์มะเร็งที่อยู่ในตำแหน่งเริ่มต้นออกไป และอาจให้ยาเคมีบำบัดหรือการใช้รังสีรักษาพร้อมกันหลังการผ่าตัด จึงส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่แตกต่างกันไปตามการรักษา สำหรับปัจจัยทางภาวะจิตสังคม เกิดจากแบบแผนในการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ด้อยค่าในตนเอง และขาดแรงกระตุ้นในการรับประทานอาหาร ขณะที่ปัจจัยทางภาวะเศรษฐกิจ เกิดจาก

สภาพร่างกายที่ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้รายได้ลดลง และมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดสรรอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายได้อย่างเพียงพอ (ชนิษฐา อยู่เพชร และคณะ, 2563) นอกจากนี้ระยะของโรค ค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด ค่าซีรัมแอลบูมินก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการเริ่มอาหารหลังผ่าตัดและจำนวนพลังงานเฉลี่ยต่อวันที่ผู้ป่วยได้รับหลังผ่าตัด มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (จิรภา เสถียรพงศ์ประภา และคณะ, 2559) ปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับเคมีบำบัด คือระยะของโรค อาการอ่อนล้า ความวิตกกังวล และอาการซีมเศร้า (ภัทริกา ปัญญา และคณะ, 2559) การดำเนินของโรคมะเร็งหรือการรักษาโรคมะเร็งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็ง อาทิเช่น ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารวัยสูงอายุที่รักษาด้วยการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ก่อนมะเร็งทางเดินอาหารมีผลต่อการหลังสารไซโตไคน์ที่เกิดจากกระบวนการอักเสบ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร การรับรสขาดอาหารและกลืนเปลี่ยนแปลง รับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลดลง เหนื่อยล้า ร่างกายมีเมตาบอลิซึมสูงขึ้น ผลของก่อนมะเร็งยังทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการกลืนลำบาก อาการปวดขณะกลืนอาหาร พบลำไส้อุดตันจากก่อนมะเร็ง อาการคลื่นไส้ อาเจียน การดูดซึมอาหารลดลง ผลกระทบดังกล่าวมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพระยะหลังผ่าตัด ส่งผลทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น (ประภาพร จินันทุยา และอัญชลี ชูติธร, 2559)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเริ่มจากการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการโดยการบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน การติดตามอาการ การติดตามการรักษา การให้ข้อมูลคำแนะนำ และข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการกระตุ้นความอยากอาหารให้กับผู้ป่วย และสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ณัฐยานัน วีระพงษ์, 2558) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองที่ดีต่อการรักษา (ชนิษฐา อยู่เพชร, ปรียาภรณ์ แสงทวีและเอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาระบุว่า กระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกายผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการผู้ป่วยผู้ใหญ่ตามกรอบแนวคิด กระบวนการให้โภชนบำบัด (Nutrition Care Process) ของ Lacey K, Pritchett E, (2003) เน้นกระบวนการที่นักกำหนดอาหารใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) 2) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) 3) การให้แผนโภชนบำบัด (Nutrition Intervention) และ 4) การติดตามประเมินผลของแผนโภชนบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation) ผลพบว่าหลังผู้ป่วยได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัดมีระดับภาวะทุพโภชนาการลดลงกว่าก่อนได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด

และมีระดับสภาวะร่างกายดีขึ้นกว่าก่อนได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด(ณัฐศรีณัฐ วงศ์เตชะ และกิตติพร เนาว่าสุวรรณ, 2565)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลด้านโภชนบำบัดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านโภชนบำบัด จากสถิติงานพยาบาลโภชนบำบัด ปีงบประมาณ 2566 ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีจำนวนทั้งหมด 1,267 ราย พบผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการจำนวน 309 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.39 แบ่งเป็นภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย 114 ราย (ร้อยละ 36.89) ระดับปานกลาง 135 ราย (ร้อยละ 43.69) และระดับรุนแรง 60 ราย (ร้อยละ 19.42) ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านโภชนบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ปากเป็นแผล อึดแน่นท้องซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาโรคมะเร็งและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถจัดอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อลดอุบัติการณ์เกิดภาวะทุพโภชนาการและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบหลักในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้านโภชนบำบัด จึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อภาวะทุพโภชนาการและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยนำกระบวนการให้โภชนบำบัดมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลโภชนบำบัด ซึ่งผลลัพธ์ของการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในด้านโภชนบำบัดและถ่ายทอดแนวทางดังกล่าวไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด

1.3 สมมุติฐาน

1. หลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพโภชนาการลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด
2. หลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มีคะแนนความพึงพอใจระดับดีหรือดีมาก

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

รูปแบบการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดผลกลุ่มเดียวก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 40 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2567

1.5 คำนิยามศัพท์

โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ ตามแนวทางของกระบวนการให้โภชนบำบัดของ Lacey K, Pritchett E. (2003) อ้างอิงโดยพันตรีหญิง ดร.กรกต วีระเกียรติ. (2562) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) การให้แผนโภชนบำบัด (Nutrition Intervention) และการติดตามประเมินผลของแผนโภชนบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation) โดยใช้เวลาการจัดโปรแกรม 3 สัปดาห์

ภาวะทุพโภชนาการ เป็นสภาวะของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารที่ไม่ครบถ้วนหรือมีปริมาณ ที่ไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หรืออาจเกิดจากที่ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนพอเหมาะ แต่ร่างกายไม่สามารถใช้สารอาหารนั้นได้ จึงทำให้เกิดภาวะผิดปกติขึ้นโดยประเมินจากแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ NT 2013 ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินภาวะโภชนาการ BNT (Bhumibol Adulyadej Hospital Nutrition Triage) โดยมีผลการประเมินภาวะทุพโภชนาการให้มีระดับภาวะทุพโภชนาการ 4 ระดับ คือ NT1-4 หมายถึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการไปถึงมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (วิบูลย์ ตระกูลสุนและบุชชา พรหมณสุทธิ, 2563)

ผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

1.6 กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (educative supportive nursing system) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยที่โอเร็มมีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ หลีกเลี่ยงจากโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการมีความพร้อมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการได้รับอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้ได้รับพลังงานและโปรตีนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการส่งเสริมให้ความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากกรอบแนวคิดของ Orem และแนวคิดกระบวนการให้โภชนาบำบัด (Nutrition Care Process) ของ Lacey K, Pritchett E. อ้างอิงโดยพันตรีหญิง ดร.กรกต วีรเธียร. (2562) ใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล กระบวนการนี้ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) 2) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) 3) การให้แผนโภชนาบำบัด (Nutrition Intervention) และ 4) การติดตามประเมินผลของแผนโภชนาบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

โปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัด แบ่งเป็น 4 กิจกรรม

- 1) การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) ได้แก่
 - การวัดสัดส่วนร่างกายของผู้ป่วย ข้อมูลต่าง ๆ จากห้องปฏิบัติการ
 - อาการแสดงออกที่เกิดขึ้นจากการขาดสารอาหาร การประเมินรายละเอียดการบริโภคอาหารของผู้ป่วย
 - การคัดกรองภาวะโภชนาการ (SPENT)
 - การประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน NT2013
- 2) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) ระบุปัญหาทางด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Nutrition problem)
- 3) โปรแกรมพยาบาลโภชนาบำบัด (Nutrition Intervention) เช่น การให้คำแนะนำปรึกษาทางด้านโภชนาการเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม การให้โภชนศึกษา การวางแผนเมนูอาหาร หรือ การจัดอาหารให้กับผู้ป่วย
- 4) การติดตามประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation)

- ภาวะทุพโภชนาการ
- ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดโปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัด

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านบริหารการพยาบาล

- องค์กรมีทีมพยาบาลที่ให้การดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

- พยาบาลมีความตระหนักถึงปัญหาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งและปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านโภชนาการที่มีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรืออันตรายจากภาวะทุพโภชนาการ

ด้านวิชาการพยาบาล

- สามารถนำไปเป็นแนวทางในพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในด้านโภชนาการ และเผยแพร่ผลวิจัยเพื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อไป



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากหนังสือตำราเอกสารวิชาการ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 โรคมะเร็ง

2.1.1 ความหมาย

2.1.2 การรักษา

2.1.3 ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อภาวะโภชนาการ

2.2 ภาวะทุพโภชนาการ

2.2.1 ความหมาย

2.2.2 อาการภาวะทุพโภชนาการ

2.2.3 การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง

2.2.4 เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ

2.2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ

2.3 การพยาบาล/ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการ

2.3.1 แนวคิดโอเร็ม

2.3.2 การดูแลส่งเสริมผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการ

2.4 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

2.1 โรคมะเร็ง

2.1.1 ความหมาย

โรคมะเร็ง คือ โรคที่เกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในร่างกายเมื่อร่างกายได้รับสารก่อมะเร็ง เช่น สารเคมี ไวรัส รังสี สิ่งเหล่านี้จะทำให้เซลล์เกิดการเปลี่ยนแปลงและในที่สุดเซลล์ปกติก็จะกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถทำลายเซลล์นั้นได้ เซลล์เหล่านี้จะมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วร่างกายควบคุมไม่ได้ จึงเจริญลุกลามและแพร่กระจายทั่วร่างกาย ส่งผลให้เซลล์ปกติของเนื้อเยื่อ อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตในที่สุด ได้แก่ ปอด ตับ สมอง ไต กระดูก และไขกระดูก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย ได้แก่ สารเคมีบางชนิด เช่น สารเคมีในควันบุหรี่และเขม่ารถยนต์, สารพิษจากเชื้อรา, สารพิษที่เกิดจาก

เนื้อสัตว์รมควัน ปิ้งย่าง ทอดจนไหม้เกรียม, สีส้อมผ้า, สารเคมีบางชนิดที่เกิดจากขบวนการทางอุตสาหกรรม, รังสีต่างๆ รวมทั้งรังสีอัลตราไวโอเลตในแสงแดด, การติดเชื้อเรื้อรัง เช่น ไวรัสตับอักเสบบีมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งตับ, ฮิวแมนแพพพิโลมา ไวรัส (Human Papilloma Virus หรือ HPV) อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งของเซลล์เยื่อบุต่างๆ เช่น มะเร็งปากมดลูก, เอบสไตน์ บาร์ ไวรัส (Epstein Barr Virus) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองหรือมะเร็งโพรงหลังจมูก, เฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (Helicobacter Pylori) มีความสัมพันธ์กับมะเร็งกระเพาะอาหารและพยาธิ เช่น พยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์กับมะเร็งท่อน้ำดีในตับ สาเหตุภายในร่างกาย ได้แก่ กรรมพันธุ์ที่ผิดปกติ ความไม่สมดุลทางฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง การระคายเคืองที่เกิดขึ้นๆ เป็นเวลานานและภาวะทุพโภชนาการ (ธีรวุฒิ คุหะเปรมะ, ม.ป.ป)

2.1.2 การรักษา

วิธีการรักษามะเร็งมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรค เป็นมะเร็งของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะใด ผ่าตัดได้หรือไม่ หรือหลังผ่าตัดยังเหลือก้อนมะเร็งหรือไม่ ผลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด อายุและสุขภาพของตัวผู้ป่วย การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธีดังต่อไปนี้ (ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ม.ป.ป)

1) การผ่าตัด การรักษาแบบผ่าตัดเป็นวิธีการรักษามะเร็งเฉพาะที่โดยเฉพาะมะเร็งในระยะเริ่มต้น เนื่องจากก้อนและการกระจายตัวของเซลล์มะเร็งยังอยู่ในบริเวณเดียวกัน จึงสามารถรักษาให้หายขาดได้จากการผ่าตัดที่เหมาะสม เช่น มะเร็งเต้านม มีการผ่าตัดเฉพาะก้อน ไม่ต้องตัดนมทั้งเต้า เป็นต้น

2) ฮอโมนบำบัด เป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาที่ไปออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของฮอโมนที่ไม่พึงประสงค์เนื่องจากฮอโมนบางชนิดสามารถกระตุ้นเซลล์มะเร็งได้ การรักษาด้วยวิธีนี้มีความปลอดภัยแต่มีข้อจำกัดคือสามารถใช้รักษาโรคมะเร็งได้บางชนิด ปัจจุบันใช้ฮอโมนบำบัดรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่ถูกกระตุ้นโดยฮอโมนเพศหญิง และมะเร็งต่อมลูกหมากที่ถูกกระตุ้นโดยฮอโมนเพศชาย เป็นต้น

3) การฉายรังสี เป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งเฉพาะตำแหน่งโดยการใช้รังสีขนาดสูงตามตำแหน่งที่แพทย์ต้องการควบคุมมะเร็ง เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งทำได้โดยการฝังแร่ หรือกินยาที่เป็นสารกัมมันตรังสีเข้าไป แล้วแร่หรือยานี้จะปล่อยกัมมันตรังสีไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อวัยวะเป้าหมาย

4) เคมีบำบัด เป็นวิธีการรักษาโดยการใช้ยาเข้าไปหยุดหรือชะลอการเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยมากการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดมักทำร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ยามุ่งเป้าหรือรังสีรักษา แต่ข้อเสียของยาเคมีบำบัดคือมีความจำเพาะต่ำ แม้จะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งเป็นหลัก แต่ก็ทำลายเนื้อเยื่อที่ดีด้วยเช่นกัน

5) ยาฆ่าเชื้อ เป็นวิธีรักษาโรคมะเร็งแบบใช้ยาจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง ซึ่งสามารถทำลายเซลล์มะเร็ง โดยไม่ออกฤทธิ์กับเซลล์ปกติ โดยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ Small- molecule drugs เป็นยาที่มีขนาดโมเลกุลเล็กเป็นพิเศษ สามารถแทรกผ่านเยื่อหุ้มเซลล์มะเร็ง และทำลายเซลล์มะเร็งจะภายในได้ และ Monoclonal antibodies คือโปรตีนสังเคราะห์ที่จะพุ่งเข้าไปจับกับเซลล์มะเร็งและทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายหรือเติบโตต่อไปไม่ได้

6) การปลูกถ่ายไขกระดูก มีทั้งการใช้เซลล์ต้นกำเนิดของตัวเอง หรือของบุคคลที่มีความเข้ากันได้ของระบบภูมิคุ้มกัน ในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังเป็นการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งระบบเลือดอื่นๆ เป็นต้น

7) ยาภูมิคุ้มกันบำบัด วิธีนี้เป็นการบำบัดโดยการสร้างความแข็งแรงให้ระบบภูมิคุ้มกัน ร่างกายให้สามารถเข้าทำลายเซลล์มะเร็งได้ ให้ยาหรือสาร เพื่อไปปรับระบบภูมิคุ้มกัน โดยมีผลกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันที่ออกฤทธิ์ต้านเซลล์มะเร็ง และไปลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบางส่วน ซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนการโตของเซลล์มะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็งตามหลักสากลที่ปฏิบัติกันอยู่ในประเทศไทย คือ การรักษาโรคมะเร็งแบบวิธีผสมผสานของศัลยกรรม (ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้าง) รังสีรักษา (ฉายแสงบริเวณที่มีเซลล์มะเร็งอยู่เป็นการรักษาแบบเฉพาะที่เช่นเดียวกับวิธีของศัลยกรรม) เคมีบำบัด (การรักษาหรือการทำลายเซลล์มะเร็งทั้งที่ต้นตอและที่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง กระแสเลือด หรืออวัยวะอื่นของร่างกาย เป็นการรักษามะเร็งแบบทั้งตัวของผู้ป่วยมะเร็ง โดยการรับประทานยาที่มีความสามารถในการฆ่าหรือทำลายเซลล์มะเร็ง ฉีดยาทางหลอดเลือดดำหรือแดง เป็นต้น) การรักษาโดยใช้ฮอร์โมน เนื่องจากมะเร็งบางชนิดมีความไวต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน และการรักษาโดยการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายเพื่อที่จะได้กำจัดเซลล์มะเร็งให้หมดไปจากร่างกายและผู้ป่วยก็จะหายจากโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นการรักษาที่แพร่หลายในประเทศไทย แต่มีการนำยาหรือสารเคมีในกลุ่มนี้มาใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัด เพื่อให้การรักษาดีขึ้น มะเร็งแต่ละกลุ่มหรือแต่ละชนิดจะได้รับการรักษาแบบผสมผสานที่ไม่เหมือนกัน เพราะว่ามะเร็งบางชนิดมีการตอบสนองต่อการรักษาทางศัลยกรรม และรังสีรักษา เช่น มะเร็งผิวหนัง ไม่มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือมะเร็งบางชนิดมีการตอบสนองต่อเคมีบำบัดและรังสีรักษาไม่จำเป็นต้องใช้วิธีศัลยกรรม เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น มะเร็งเต้านมในผู้ป่วยบางกลุ่มโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหลังหมดระดู จะมีการตอบสนองต่อการรักษาโดยใช้ฮอร์โมนหลังจากที่ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งต้นตอออกไปแล้ว

2.1.3 ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อภาวะโภชนาการ

ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งร่างกายจะมีการผลิต Interleukin 1B และ Leptin มากขึ้น (Interleukin 1B เป็น Cytokine หลักที่ออกฤทธิ์ไปยัง Vagus nerve แล้วส่งผ่านการรับความรู้สึกไปยัง Brain stem และ Hypothalamus ส่วนที่กำหนดความอยากอาหาร Leptin เป็นฮอร์โมนความอิม

ที่ผลิตจาก Adipocyte cell แล้วถูกขนส่งผ่านเข้าไปใน Blood Brain Barrier ทำให้เกิดอาการอิม Vagus nerve เป็นตัวกำหนดความรู้สึกอิมในทางเดินอาหารและเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะเบื่ออาหาร น้ำหนักลด จากการวิธีการรักษาโรคมะเร็งจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนจากการรักษา คือ ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร มีแผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน อึดแน่นท้อง ท้องผูก ท้องเสีย ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือประสบปัญหาการดูดซึมสารอาหาร ส่งผลให้ร่างกายสูญเสียกล้ามเนื้อ กระดูก และไขมัน จึงทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ระบบภูมิคุ้มกันทำงานบกพร่องและทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติมากยิ่งขึ้น (Marshall KM, 2019) ร่างกายได้รับพลังงานลดลง เมื่อเกิดการเผาผลาญพลังงานในร่างกายรวมทั้งกล้ามเนื้อที่มีเพิ่มขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้ำหนักลดลงจนถึงมีภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูกได้ (ทักษิณ จันทรสิงห์, 2563)

2.2 ภาวะทุพโภชนาการ

2.2.1 ความหมาย (ดวงกมล จันทรเนตร, 2566)

ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง ภาวะทุพโภชนาการ คือ ภาวะที่ร่างกายไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ หรือการที่ร่างกายไม่ได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายเพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ภาวะโภชนาการต่ำ เป็นหนึ่งในประเภทของการขาดสารอาหาร เมื่อร่างกายไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ อาจส่งผลให้ร่างกายเจริญเติบโตช้า หรือมีน้ำหนักที่ต่ำกว่าเกณฑ์

2) ภาวะโภชนาการเกิน คือ การที่ร่างกายได้รับประทานอาหารที่เกินกว่าพลังงานหรือไขมันในร่างกายต้องใช้ ร่างกายจึงเกิดการสะสมไขมัน ทำให้มีน้ำหนักตัวมากเกินไป จนอาจทำให้เป็นโรคอ้วนได้

2.2.2 อาการภาวะทุพโภชนาการ (ดวงกมล จันทรเนตร, 2566)

ภาวะทุพโภชนาการอาจทำให้เกิดอาการในลักษณะที่แตกต่างกันไปซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ โดยมีอาการตามภาวะโภชนาการดังนี้

1) ภาวะโภชนาการต่ำ

- น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
- มีความอยากอาหารลดลง
- ผอมรวง ซีด
- ใจสั่น
- เวียนศีรษะ อ่อนแรง รู้สึกเพลียตลอดเวลา และอาจเป็นลมหมดสติ
- เจ็บป่วยง่าย ป่วยแล้วหายช้ากว่าปกติ

- แผลสมานช้า
- มีปัญหาในการย่อยอาหารและการหายใจ
- รู้สึกเสียว เจ็บคล้ายเข็มทิ่ม หรือชาที่ข้อต่อ
- ไม่มีสมาธิ วอกแวกง่าย
- มีอาการซึมเศร้าหรือรู้สึกหดหูใจ
- รู้สึกหนาวตลอดเวลา
- ผู้ป่วยเด็กอาจเจริญเติบโตช้า หรือมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์
- มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น ทำกิจกรรมต่างๆ ช้า หงุดหงิด หรือวิตกกังวลผิดปกติ เป็นต้น

2) ภาวะโภชนาการเกิน

- มีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์
- มีไขมันส่วนเกินสะสมอยู่ในร่างกายปริมาณมาก
- หายใจติดขัด หายใจไม่คล่อง
- นอนกรนจากปัญหาเรื่องการหายใจ
- เหนื่อยง่าย
- ร้อนง่าย เหงื่อออกง่าย เหงื่อออกมาก
- อึดอัด เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก
- ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ยากลำบาก

2.2.3 การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง

การประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย (จินตนา สุวิทวัส, 2563)

1) การคัดกรองภาวะโภชนาการ เป็นการค้นหาความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการซักประวัติ สอบถามจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยถึงความสามารถในการรับประทานอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานและใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ ในต่างประเทศ มีการใช้เครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการหลายแบบ เช่น THE MUST หรือ MST (Malnutrition Screening Tool) ซึ่งประกอบด้วยคำถามสั้นๆ เพียง 2 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับ การลดลงของน้ำหนักตัว และการลดลงของความอยากอาหาร โดยถ้าคะแนนจากการคัดกรอง มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ แปลผลได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งผู้ป่วยจะต้อง ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการโดยละเอียดต่อไป สำหรับในประเทศไทย สมาคมผู้ให้อาหาร ทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT) ได้เผยแพร่แบบคัดกรองภาวะ โภชนาการ โดยประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อที่เกี่ยวข้องกับปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และภาวะกึ่งวิกฤต-วิกฤตของผู้ป่วย โดยถ้าคะแนน

จากการคัดกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน แปลผลว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการให้โภชนบำบัดต่อไป ตัวอย่างแบบคัดกรองภาวะโภชนาการของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT)

2) การวัดสัดส่วนร่างกาย โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หรือวัดความยาวช่วงแขนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในช่วง 18.5-25.0 kg/m² หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง น้อยกว่า 18.5 kg/m² หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ และค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25.0 kg/m² หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ

3) การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นการประเมินอาการแสดงของภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ได้แก่ ผอมร่าง กล้ามเนื้อลีบเล็ก บวม ประเมินภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ ได้แก่ เยื่อตาซีด ลิ้นเกลี้ยง และประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ปัสสาวะลดลง

4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการประเมินระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต แอลบูมิน อิเล็กโทรไลต์ แคลเซียม และระดับแมกนีเซียมในเลือด ประเมินปริมาณครีเอตินินที่ถูกขับออกมาใน 24 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับความสูง (Creatinine Height Index : CHI) นำผลการตรวจที่ได้ไปเทียบกับค่าปกติ จะทำให้พยาบาลทราบถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ถ้าแตกต่างจากค่าปกติ หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะทุพโภชนาการ มีรายละเอียดดังนี้

- อัลบูมินในเลือด 3.5-5.0 g/dL หมายถึงภาวะโภชนาการปกติ
- ระดับฮีโมโกลบิน ค่าปกติ เพศชาย 14-18 g/dl ค่าปกติ เพศหญิง 12-16 g/dl
- ระดับฮีมาโตคริต ค่าปกติ เพศชาย 40-54% ค่าปกติ เพศหญิง 37-47%
- ระดับแคลเซียมในเลือด ค่าปกติ 4.5-5.3 mEq/L
- ระดับคลอไรด์ในเลือด ค่าปกติ 95-103 mEq/L
- ระดับแมกนีเซียมในเลือด ค่าปกติ 1.5-2.5 mEq/L
- ระดับโซเดียมในเลือด ค่าปกติ 136-142 mEq/L
- ระดับโพแทสเซียม ค่าปกติ 3.5-5.0 mEq/L ค่า CHI ร้อยละ 80-90 หมายถึง

ขาดโปรตีนเล็กน้อย ค่า CHI ร้อยละ 60-80 หมายถึง ขาดโปรตีนปานกลาง ค่า CHI น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ขาดโปรตีนรุนแรง

5) การประเมินอาหารที่บริโภค การประเมินอาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภค โดยการสัมภาษณ์ความถี่อาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภคและการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เมื่อประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการโดยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT) ได้ตั้งแต่ 2 ข้อ จะประเมินภาวะทุพโภชนาการต่อไป

6) การประเมินภาวะทุพโภชนาการ (nutrition assessment) โดยใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ NT-2013 พัฒนามาจากแบบประเมินภาวะโภชนาการ BNT (Bhumibol Adulyadej Hospital Nutrition Triage) โดยนายแพทย์วิบูลย์ ตรีภูมิลักษณ์ และคุณบุษชา พราหมณสุทธิ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด

2.2.4 เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ

1) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ ดังรูป

แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ
สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
(SPENT Nutrition Screening Tool)

ข้อมูลผู้ป่วย
 วันที่.....
 ชื่อ-นามสกุล.....
 HN..... AN..... อายุ.....ปี
 รับไว้ใน รพ. เมื่อ.....

ชื่อผู้ป่วย.....
 การวินิจฉัยโรค.....
 น้ำหนักปัจจุบัน..... กก. น้ำหนักปกติ..... กก.
 ประเมินน้ำหนักโดย ชั่ง ซักถาม ประเมิน
 ส่วนสูง..... ซม. BMI..... กก./ตร.ม.

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

ผู้คัดกรอง.....

ผลการคัดกรอง

ถ้าตอบ ใช่ ≥ 2 ข้อ ทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อ หรือปรึกษานักกำหนดอาหาร/ทีมโภชนาบำบัด

ถ้าตอบ ใช่ ≤ 1 ข้อ ให้คัดกรองซ้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล

ภาพที่ 2.1 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT Nutrition Screening Tool)

ที่มา : แนวทางการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย (Policy Brief).
 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. 4 (39),1-4 สืบค้นเมื่อ 19/12/2566

2) แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ NT 2013

แบบประเมิน NT 2013 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และกรอบแสดงสภาวะหรือสมรรถนะของร่างกาย (ECOG และ KPS) และคำถาม 8 ข้อ คือ

ข้อที่ 1 ประวัติอาหารและสารอาหารที่รับได้จริงหรือกินได้จริงในระยะเวลา 3 ช่วง คือ < 7, 8-14, > 14 วัน โดยมีค่าคะแนนแบ่งเป็นช่วงเวลา เพื่อให้สัมพันธ์กับระยะเวลาความผิดปกติ โดยต้องได้ข้อมูลจากผู้ป่วยและพิจารณาความผิดปกติเรื่องอาหารเพื่อนำมาประมวลประเมินผล

ในภาพรวมใน 4 ลักษณะร่วมกัน คือ ประเภท, ปริมาณ, คุณภาพของอาหารที่รับได้และระยะเวลาของความผิดปกติ โดยมีคะแนน 0 – 4 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประวัติการได้รับอาหารหรือสารอาหาร

ประเภท - ปริมาณ - คุณภาพ อาหาร หรือ สารอาหารที่รับได้จริง	ระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง / คะแนน		
	ใส่เครื่องหมาย \sqrt ที่เลือก		
() กินเอง () TF () PN () Standard IV () Combination TF : tube feeding, PN : Parenteral Nutrition	≤ 7 วัน ()	8 – 14 วัน ()	> 14 วัน ()
() < 10% (NPO, ได้รับแต่น้ำเกลือ มาตรฐาน)	(1) (2)	(2) (3)	(3) (4)
() 10-25% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	(0) (1)	(1) (2)	(2) (3)
() 25-50% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	(0)	(0) (1)	(1) (2)
() 50-75% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	(0)	(0)	(1)
() 75-100% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	(0)	(0)	(0)

ที่มา : Vibul Trakulhoon MD., Buchcha Prammanasudh RN. : From BNT 2000 to NT 2013
The Malnutrition Identification in Adult Patients. Royal Thai Air Force Medical Gazette.
Vol. 66 No. 2 May - August 2020 สืบค้นเมื่อ 25/12/2566

ข้อที่ 2 แสดงความผิดปกติเรื่องน้ำหนักตัว มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลักๆ อยู่ 4 ส่วน คือ

1. น้ำหนักตัวปกติ (usual BW) อยู่ในกรอบระยะเวลา 6 เดือน
2. น้ำหนักปัจจุบัน (current BW) คือ น้ำหนักตัวที่ชั่งได้เมื่อมาพบแพทย์
3. หาปริมาณน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงไปจากน้ำหนักปกติว่าเพิ่มขึ้น คงที่ ลดลง

ไปเท่าไร แล้วนำมาคิดคำนวณเป็นร้อยละ

4. ประมาณระยะเวลาของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไป

มีคะแนน 1-3 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว			
() เท่าเดิม หรือ () เพิ่มขึ้น กก. เวลา (คะแนน = 0)			
() ลดลง% ในระยะเวลา เดือน หรือ สัปดาห์			
ระยะเวลา	% น้ำหนักที่ลดลง		
	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง
คะแนน	(1)	(2)	(3)
() 1 สัปดาห์	< 1%	1 – 2%	>2%
() 2-3 สัปดาห์	< 2%	2 – 3%	>3%
() 1 เดือน	< 4%	4 – 5%	>5%
() 3 เดือน	< 7%	7 – 8%	>8%
() > 5 เดือน	< 10%	10%	>10%

ที่มา : Vibul Trakulhoon MD., Buchcha Prammanasudh RN. : From BNT 2000 to NT 2013
The Malnutrition Identification in Adult Patients. Royal Thai Air Force Medical Gazette.
Vol. 66 No. 2 May - August 2020 สืบค้นเมื่อ 25/12/2566

ข้อที่ 3 สภาวะบวมน้ำหรือน้ำคั่ง

การตรวจร่างกายสภาวะบวมน้ำ หรือน้ำคั่ง แยกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1) บวมเฉพาะที่เช่นบางบริเวณหรือบางตำแหน่ง 1 แห่ง เช่น หลังเท้าหรือข้อเท้า บริเวณหน้าแข้งหรือต้นขา 1 ข้างหรือบวมที่แขน 1 ข้าง มักจะมีสาเหตุผิดปกติสัมพันธ์กับอวัยวะใกล้เคียง

2) บวมทั่วตัวหรือบวมหลายตำแหน่ง เช่น บวมใบหน้า หรือบวมทั้งส่วนมือ ส่วนแขน และส่วนขา หรือผิวหนังส่วนหน้าท้อง หรือบริเวณส่วนเอวทั้ง 2 ข้าง หรือบริเวณก้นกบ มักจะมีสาเหตุผิดปกติสัมพันธ์กับอวัยวะที่มีผลกระทบต่อทั่วร่างกาย เช่น หัวใจวาย ตับวาย ไตวาย ภาวะขาดสารอาหาร เป็นลักษณะ systemic effect การตรวจร่างกาย ให้ประเมินส่วนที่บวมว่ามีลักษณะบวมมากน้อยเพียงใด เป็นลักษณะบวมกดบุ๋มหรือบวมตึง กรณีบวมกดบุ๋ม ให้ใช้นิ้วมือกดผิวหนังลงไปด้วยแรงพอประมาณตึงนิ้วมือ นานประมาณ 5 วินาทีแล้วปล่อย แล้วพิจารณาดูว่าผิวหนังบุ๋มลึกลงไปจากการกดมากน้อยเท่าไร คือ 2, 4, 6, 8 มิลลิเมตรตามลำดับ จะมีค่าสัมพันธ์กับความรุนแรงของระดับความลึกน้อย-มาก เป็นระดับ 1+, 2+, 3+, 4+ ตามลำดับ มีคะแนน 0-3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะบวมน้ำ (Fluid accumulation)

พิจารณาตำแหน่ง (เฉพาะที่ – หลายแห่ง) กตบวม (มาก – น้อย)	คะแนน
ไม่บวม (มือ-แขนทั้ง 2 ข้าง-หน้าอก-ลำตัว-ทอง-ขาทั้ง 2 ข้าง)	0
บวมเล็กน้อย บางแห่ง ระดับ 1-2 (รอยบวมลึก 2-4 มม.)	1
บวมปานกลาง มือ – แขน หรือ ขาทั้ง 2 ข้าง ระดับ 2-3	2
บวมทั่วตัว ระดับ 3-4 (รอยบวมลึก 6-8 มม.)	3

ที่มา : Vibul Trakulhoon MD., Buchcha Prammanasudh RN. : From BNT 2000 to NT 2013 The Malnutrition Identification in Adult Patients. Royal Thai Air Force Medical Gazette. Vol. 66 No. 2 May - August 2020 สืบค้นเมื่อ 25/12/ 2566

ข้อที่ 4 ปริมาณมวลไขมันใต้ผิวหนัง โดยตรวจประเมินปริมาณของไขมันตามตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย เช่น บริเวณขมับบวม หนึ่งตาบนบาง-ตาลึก แก้มตอพบเห็นกระดูกซี่โครงได้ชัดเจน ไขมันหน้าท้องและบริเวณเหนือกระดูกเชิงกราน ส่วนไขมันใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนทั้งด้านหน้า ต่อกล้ามเนื้อไบเซพ และด้านหลังต่อกล้ามเนื้อไตรเซพหรือสภาพทั่วไปเป็นลักษณะหนังหุ้มกระดูกหรือไม่ เป็นต้น สำหรับการให้คะแนนความรุนแรงสภาวะมวลไขมันของร่างกายจะต้องประเมินเป็นภาพรวมโดยเฉลี่ยทั่วทั้งตัวร่วมกับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจากการซักประวัติผู้ป่วยหรือญาติด้วยว่าเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเพียงใด โดยให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าลักษณะรูปร่างหรือแขน-ขามีขนาดลดลงกว่าเดิมอย่างไร ลดไปเท่าตัวหรือประมาณครึ่งหนึ่ง มีคะแนน 0-3 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการสูญเสียมวลไขมัน (Body fat loss) ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย

ระดับการสูญเสียมวลไขมัน (Body fat loss) ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย	0	1	2	3
0 = ปกติ 1 = มีไขมันน้อย 2 = มีไขมันน้อยมาก 3 = หนังหุ้มกระดูก				

ที่มา : Vibul Trakulhoon MD., Buchcha Prammanasudh RN. : From BNT 2000 to NT 2013 The Malnutrition Identification in Adult Patients. Royal Thai Air Force Medical Gazette. Vol. 66 No. 2 May - August 2020 สืบค้นเมื่อ 25/12/ 2566

ข้อที่ 5 ปริมาณมวลกล้ามเนื้อ เป็นการตรวจสอบมวลกล้ามเนื้อว่าสูญเสียไปมากน้อยเพียงใด มีเหลืออยู่มาก-น้อยแค่ไหน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าได้เปรียบเทียบกับก่อนหน้านี้ และให้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้เปรียบเทียบ ควรตรวจประเมินหลายๆ ตำแหน่ง เช่น กล้ามเนื้อคอ แขนขา มือเท้า โดยการดู คลำ ว่ามวลกล้ามเนื้อฝ่อลีบเล็กหรือไม่อย่างไร สำหรับการให้คะแนนความรุนแรง

การเปลี่ยนแปลงสภาวะมวลกล้ามเนื้อของร่างกายจะต้องประเมินเป็นภาพรวมโดยเฉลี่ยทั่วทั้งตัว ร่วมกับข้อมูลน้ำหนักตัวที่ลดลงและขนาดที่ลดลงของรูปร่าง แขนขา ลำตัว ตลอดจนเรื่องเสื้อผ้า นานาฬิกา แหวน จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ มีคะแนน 0-3 คะแนน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Muscle loss) ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย

ระดับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Muscle loss) ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย	0	1	2	3
0 = ปกติ 1 = กล้ามเนื้อน้อยลง 2 = กล้ามเนื้อลีบ 3 = หนังหุ้มกระดูก				

ที่มา : Vibul Trakulhoon MD., Buchcha Prammanasudh RN. : From BNT 2000 to NT 2013 The Malnutrition Identification in Adult Patients. Royal Thai Air Force Medical Gazette. Vol. 66 No. 2 May - August 2020 สืบค้นเมื่อ 25/12/2566

ข้อที่ 6 สมรรถภาพกล้ามเนื้อ เป็นการให้ผู้ป่วยแสดงการเคลื่อนไหวคอ มือ แขนขา และส่วนต่างๆ ของร่างกายในภาพรวม เช่น สัมผัสจับมือกันแล้วให้ผู้ป่วยออกแรง เช่น บีบมือของผู้ประเมินเต็มที่เพื่อสัมผัสถึงกำลังกล้ามเนื้อหรือการให้ผู้ป่วยพยายามงอศอกหรือเหยียดศอกด้วยตัวเองและร่วมกับการต้านสู่แรงจากผู้ตรวจประเมินพร้อมกัน เกณฑ์การประเมินกำลังหรือสมรรถภาพของกล้ามเนื้อแบ่งเป็น grade 0, 1, 2, 3, 4, 5 โดย grade 0 จะหมายถึงกล้ามเนื้อเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ สอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนนความผิดปกติรุนแรงที่คะแนน 3 ถ้าประเมินว่าสมรรถภาพของกล้ามเนื้อแข็งแรงดี-ดีมากเป็น grade 4 หรือ 5 การให้คะแนนความผิดปกติที่คะแนน 0 คือ กำลังของกล้ามเนื้อปกติดี มีคะแนน 0-3 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สมรรถภาพกล้ามเนื้อ ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย

สมรรถภาพกล้ามเนื้อ (ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย)	0	1	2	3
คะแนน 0 = ระดับ 4-5 (strong), 1 = ระดับ 2-3, 2 = ระดับ 1, 3 = ระดับ 0 (no strength)				

ที่มา : Vibul Trakulhoon MD., Buchcha Prammanasudh RN. : From BNT 2000 to NT 2013 The Malnutrition Identification in Adult Patients. Royal Thai Air Force Medical Gazette. Vol. 66 No. 2 May - August 2020 สืบค้นเมื่อ 25/12/2566

ข้อที่ 7 ความรุนแรงของโรคหลัก/โรคร่วม ลักษณะเรื้อรัง : chronic diseases โดยกรอบนี้จะแสดงตัวอย่าง ชื่อโรค หรือภาวะเรื้อรัง โดยภาวะเรื้อรังต้องใช้เวลา 3 เดือนหรือนานกว่า การให้คะแนนความรุนแรงของแต่ละโรคต้องพิจารณา ระยะของโรคมีอาการมาก-น้อย-หนัก-เบา เพียงใด มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ผลของการดูแลรักษาเป็นอย่างไร มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ

หรือเมแทบอลิซึมหรือไม่ กรณีสามารถคุมได้ดีหรือผลการรักษาดี ไม่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ และเมแทบอลิซึม จะให้คะแนนเป็น 0 หรือ 1 ถ้าเห็นว่ายังไม่ดีน่าพอใจ และกำหนดไว้ว่า คะแนนรวมสุดท้ายในกรอบนี้ทั้งหมด ต้องไม่มากกว่า 3 คะแนน เพื่อป้องกันการได้คะแนนการประเมินมากเกินไป ทำให้ผลที่ได้มีความไวมากเกินไปจนจริงกรณีโรคเรื้อรังที่สามารถคุมได้ดีไม่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ และเมตาบอลิซึมจะให้คะแนนเป็น 0 ในข้อนี้มีคะแนน 0-3 คะแนน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (≥ 3 เดือน)

ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (≥ 3 เดือน) ที่มีผลกระทบต่อ ภาวะโภชนาการ และ เมตาบอลิซึม (0 = มีโรคแต่คุมได้ดี, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง และ 3 = รุนแรง)				
โรคและโรคร่วม ตัวอย่างเช่น	คะแนน			
โรคมะเร็ง (Stage I = 0, II = 1, III = 2, IV = 3)	0	1	2	3
โรคปอด (TB, COPD,.....)				
โรคไต (ไตวายเรื้อรัง แต่ยังมีปัสสาวะ > 2 , HD/PD > 3)				
โรคตับ (Hepatic Encephalopathy = 3)				
HIV (มีอาการ - นน.ลด $\leq 10\%$ = 1-2, นน.ลด $> 10\%$ +wasting = 3)				
โรค / ภาวะอื่นๆ (eg. Short bowel.....)				
ท้องมาน (น้ำประมาณระดับสะดือ = 2, เต็มท้อง = 3)				
แผลกดทับ (พิจารณาความกว้าง-ลึก ถึงไขมัน = 2, กล้ามเนื้อ = 3)				
แผลเรื้อรังอื่นๆ.....				
หมายเหตุ ให้คะแนนแต่ละภาวะ แล้วรวมคะแนน แต่ผลรวมสุดท้ายไม่เกิน 3				

ที่มา : Vibul Trakulhoon MD., Buchcha Prammanasudh RN. : From BNT 2000 to NT 2013
The Malnutrition Identification in Adult Patients. Royal Thai Air Force Medical Gazette.
Vol. 66 No. 2 May - August 2020 สืบค้นเมื่อ 25/12/2566

ข้อที่ 8 ความรุนแรงของโรคหลัก/โรคร่วมจากภาวะเครียดทางกายภาพ หรือการอักเสบเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลันหรือระยะแรก (acute or very recent inflammation หรือ stress) จะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการหรือเมตาบอลิซึมตามมา โดยร่างกายจะมีภาวะ hypermetabolism หรือ hypercatabolism ซึ่งมีความรุนแรงมากน้อยสัมพันธ์กับประเภทของโรค หรือภาวะเฉียบพลันนั้น ทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม หรือการเกิดอุบัติเหตุ (acute disease or injury-related malnutrition) มีคะแนน 0-3 คะแนน ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลัน

ประเมินความรุนแรง ของ ภาวะเจ็บป่วย เฉียบพลัน หรือ กึ่งเฉียบพลัน ที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ และ เมตาบอลิซึม (0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง และ 3 = รุนแรง)			
Stress : severity of hypermetabolism / catabolism อุบัติเหตุ, บาดเจ็บ, การอักเสบ - ติดเชื้อ, Burn ตัวอย่าง เช่น	คะแนน ความรุนแรง		
Non neurological trauma.....	1	2	3
Head injury, Acute spine injury (GCS 15 = 0, 14-13 = 1, 12-8 = 2, 7-3 = 3)	1	2	3
Burn (minor : ตื้น < 15%, mod. : ลึก > 5%, major : ตื้น > 20% / ลึก > 10%)	1	2	3
Sepsis (sepsis = 1, severe sepsis = 2, septic shock = 3)	1	2	3
Recent major operation (1-2 wk)	1	2	3
Acute pancreatitis, Hepatitis, Peritonitis, Necrotizing fasciitis.....	1	2	3
Disease / other condition (eg. MI, GI bleed, shock, severe diarrhea, EC-fistula)	1	2	3
หมายเหตุ ใ้คะแนนแต่ละภาวะแล้วรวมคะแนน แต่ผลรวมสุดท้ายไม่เกิน 3			

ที่มา : Vibul Trakulhoon MD., Buchcha Prammanasudh RN. : From BNT 2000 to NT 2013
The Malnutrition Identification in Adult Patients. Royal Thai Air Force Medical Gazette.
Vol. 66 No. 2 May - August 2020 สืบค้นเมื่อ 25/12/2566

รวมคะแนนทั้ง 8 ข้อและจำแนกระดับภาวะทุพโภชนาการ ดังนี้

- ระดับ NT-1 (0-4 คะแนน) : ไม่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีเพียงปัจจัยเสี่ยง
- ระดับ NT-2 (5-7คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย
- ระดับ NT-3 (8-10 คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง
- ระดับ NT-4 (> 10 คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง

กรมการแพทย์

2.2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการอาจเกิดจากปัจจัยทางด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้รับในปริมาณที่มากเกินไป ดังนี้

1) ปัจจัยทางสุขภาพ

- โรคเกี่ยวกับความผิดปกติด้านการกินอย่างโรคอะนอเร็กเซียหรือโรคคลั่งผอม
- โรคหรือภาวะที่ส่งผลต่อการดูดซึมและการย่อยอาหารของร่างกาย เช่น โรคโครห์น และโรคลำไส้ใหญ่ อักเสบชนิดมีแผล เป็นต้น

- อาการป่วยเรื้อรังอย่างโรคมะเร็ง โรคตับ และโรคเกี่ยวกับปอด ซึ่งอาจทำให้ความอยากอาหารลดลง รู้สึกไม่สบายตัว และทำให้มีอาการอาเจียนหรือท้องร่วง
- ปัญหาทางจิตใจอย่างภาวะซึมเศร้าหรือโรคจิตเภท ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์และทำให้ความอยากอาหารลดลง
- ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานอาหารหรือไม่ดูแลสุขภาพของตนเอง
- ปัญหาทางทันตกรรม ซึ่งผู้ป่วยอาจพบปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนอาหาร ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างเต็มที่
- ภาวะที่ร่างกายต้องการพลังงานมากขึ้น เช่น ผู้ที่เพิ่งเข้ารับการรักษาผ่าตัดหรือเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ที่มีแผลบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกไฟไหม้ หรือผู้ที่มีอาการสั้นโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น
- ข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยที่ประสบปัญหาสุขภาพบางอย่างอาจจำเป็นต้องจำกัดปริมาณการรับสารอาหารบางอย่าง เช่น เกลือ ไขมัน โปรตีน หรือน้ำตาล เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
- การใช้ยาบางชนิดที่อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ส่งผลกระทบต่อรับประทานอาหาร เช่น รู้สึกเบื่ออาหาร ท้องร่วง หรือคลื่นไส้ เป็นต้น
- การดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากเกินไป ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารและการดูดซึมสารอาหารในร่างกาย

2) ปัจจัยอื่น ๆ

- มีฐานะยากจน หรืออยู่ในพื้นที่ที่ไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้
- อาศัยอยู่เพียงลำพัง หรือปลีกตัวออกจากสังคม
- มีความรู้ในเรื่องการทำอาหารหรือโภชนาการค่อนข้างจำกัด

ผลของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานต่อสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง (จินตนา สุวิทวัส, 2564)

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลดลง คุณภาพชีวิตมีความสำคัญและใช้เป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจะมีคุณภาพชีวิตลดลง

2. ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความเหนื่อยล้า จะเห็นได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าความเหนื่อยล้ามีความผันแปรกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

3. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหาร และพลังงาน จะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ลดลง โดยการลดลงของน้ำหนักตัวผู้ป่วยภายหลังการรักษาและพบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวลดลง มีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่สั้นกว่าและพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะทุพโภชนาการโดยพิจารณาจากดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 kg/m² ร้อยละ 14.9 ซึ่งดัชนีมวลกายที่ลดลงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิตภายใน 60 วัน ภายหลังการรักษา

2.3 การพยาบาล/ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการ

2.3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2555)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริง เกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนายหรือกำหนดวิธีการพยาบาล โดยโอเร็มอธิบายโมทัศน์ของการดูแลตนเองไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายโมทัศน์หลักของทฤษฎี ได้แก่

บุคคล บุคคลเป็นผู้มีความรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิต การพัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well – being) เป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสาร

ผู้ป่วย คนชรา คนพิการหรือทารก ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

การพยาบาล เป็นการบริการเพื่อมนุษย์ มีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – Care Agency)
2. ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self – Care Deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล

ทฤษฎีระบบการพยาบาล คือ ระบบการพยาบาลที่ได้มาจากพยาบาลใช้ความสามารถของตนเองในการออกแบบ วางแผนและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลทั้งหมด ความสามารถทางการพยาบาลเป็นความสามารถที่ได้จากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลป์

ทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเอง และจัดระบบการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลตามแนวความคิดของโอเร็มมี 3 ระบบ คือ

1. ระบบทางสังคม (social system)
2. ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal system)
3. ระบบการปฏิบัติการพยาบาล (technological system)

ระบบสังคมจะเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาพบกัน โดยที่ผู้ป่วยมีภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง และกำหนดให้มีระบบของการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ รวมทั้งการใช้กระบวนการพยาบาลและการมีศีลธรรม จรรยา ส่วนระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นไปได้ในการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการปรับใช้หรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โอเร็มได้กำหนดเป็น 3 ระบบ คือ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง และใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตัวเองเป็นผู้ชี้แนะหรือควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้เลย ระบบการพยาบาลนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว พยาบาลเป็นผู้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย

2. ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองบางอย่าง โดยที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย พยาบาลจะช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองและไม่สามารถจะกระทำได้ ซึ่งเกิดจากภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ โดยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่าง เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเองรวมทั้งปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น ลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลทดแทนบางส่วน คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จงใจกระทำหรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยที่ขาดความสนใจเอาใจใส่ในตนเอง ไม่มีทักษะที่จำเป็นรวมทั้งขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยที่กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมแต่ยังขาดความรู้ ทักษะและต้องการการสนับสนุน ชี้แนะ แนะนำแนวทางและจูงใจ

จากพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วย ที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองหรือปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การสอนต้องให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ในระบบนี้พยาบาลต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยพยายามในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ โอลิเวีย ได้อธิบายถึงลักษณะของระบบการพยาบาลในแง่ของความสามารถของพยาบาลในการดูแลเรื่องกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล การปฏิบัติดังกล่าวพยาบาลจะต้องเป็นผู้วางแผนการดูแลตนเอง เพื่อให้การตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย

วิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองดังนี้

1. ช่วยปฏิบัติหรือปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยหรือช่วยผู้ป่วยให้แสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง
2. ร่วมมือกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างแผนการแสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ช่วยผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรอื่นๆ ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างเหมาะสม และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับความสนใจ สติปัญญา และเป้าหมายของผู้ป่วย
4. ชี้แนะให้แนวทางและสนับสนุนผู้ป่วยในการทำกิจกรรม หรือคงไว้ซึ่งกิจกรรมตามความสามารถของผู้ป่วย
5. กระตุ้นความสนใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการตั้งปัญหาและส่งเสริมการซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
6. สนับสนุนชี้แนะผู้ป่วยให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ ละจัดสิ่งกระตุ้นเพื่อการเรียนรู้ในเวลาเรียน
7. สนับสนุนชี้แนะผู้ป่วยตามประสบการณ์ในการเจ็บป่วย หรือภาวะสูญเสียความสามารถตามความต้องการของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง รวมทั้งสนับสนุนชี้แนะแนวทางใหม่
8. ประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการประเมิน หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง
9. ตัดสินเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลตนเอง การปรับหรือการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการช่วยเหลือจากพยาบาล
10. ตัดสินเกี่ยวกับความหมายของผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพยาบาล เพื่อที่จะก่อให้เกิดสวัสดิภาพในผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ข้อ 1-7 เป็นกิจกรรมที่พยาบาลทำต่อผู้ป่วย ส่วนในข้อที่ 8-10 เป็นเครื่องชี้แนะหรือตัดสินใจระยะหลังว่าควรดำเนินการพยาบาลต่อไป หรือปรับเปลี่ยนวิธีการใหม่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น แต่การให้การพยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลตนเอง ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล แต่อธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factor) ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลทั้งหมด ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาพัฒนาการ สังคมชนบทธรรมนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่ทำประจำ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ชีวิต

2.3.2 การดูแลส่งเสริมผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการ (กรกต วีรเจียร, 2562)

1) การวินิจฉัยปัญหาด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Nutrition problem) การวินิจฉัยปัญหาด้านโภชนาการแตกต่างกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ยกตัวอย่างดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การวินิจฉัยโรคของแพทย์และการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ

การวินิจฉัยโรคของแพทย์ (Medical diagnosis)	การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition diagnosis)
- ระบุชื่อโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะต่าง ๆ หรือระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกาย	- ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ
- การวินิจฉัยโรคจะไม่เปลี่ยนแปลงถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการของโรคนั้นอยู่	- การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยยังเป็นโรคเดิมอยู่ก็ตาม
- ตัวอย่างการวินิจฉัยโรคของแพทย์ เช่น โรคเบาหวาน	- ตัวอย่างการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยบริโภคคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปที่ร่างกายต้องการ

ที่มา : กรกต วีรเจียร. (2019). กระบวนการให้โภชนาบำบัด (Nutrition Care Process).

จาก <https://www.thaibbietatics.org>>update>2019/04 สืบค้นเมื่อ 11/12/2566

ขั้นตอนการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการถือว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากถ้าสามารถประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน และนำมาวิเคราะห์เพื่อสรุปเป็นปัญหาที่ชัดเจน

2) การให้แผนโภชนบำบัด (Nutrition Intervention) ทำได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น ปัญหาของผู้ป่วย การให้แผนโภชนบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาก็ได้วินิจฉัยไว้ สามารถเลือกใช้วิธีการต่างๆ ได้หลากหลายตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้คำแนะนำ ปรึกษาทางด้านโภชนาการเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม การให้โภชนศึกษา การวางแผนเมนูอาหารหรือการจัดอาหารให้กับผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นผู้วางแผนด้วยตนเองร่วมกับพยาบาล นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร และทำหน้าที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ปลอดภัยและเสริมพลังให้กับผู้ป่วย สามารถแก้ไขปัญหที่ระบุไว้ได้อย่างตรงจุด มีแนวทางปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริง และมีการกำหนดเป้าหมายรวมทั้งระยะเวลาที่ชัดเจนในการปฏิบัติตัวให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยใช้หลัก SMART ให้ผู้ป่วยใช้ตั้งเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย

S : Specific เฉพาะเจาะจง ไม่กว้างจนเกินไป

M : Measurable สามารถวัดผลได้ ไม่ว่าจะวัดเป็นตัวเลขเชิงปริมาณ หรือวัดในเชิงคุณภาพ

A : Action ระบุแนวทางปฏิบัติที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้

R : Realistic / R: Reasonable ต้องสามารถทำได้จริง หรือ เป็นเป้าหมายที่สมเหตุสมผล

T : Timely ต้องมีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการปฏิบัติที่ชัดเจน

นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ แผนโภชนบำบัดที่ดีควรจะสอดคล้องกับวิถีชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย

3) การนำแผนที่วางไว้ให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ โดยประเมินผู้ป่วยจนแน่ใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติ (Action phase) เพื่อให้มั่นใจว่าแผนโภชนบำบัดจะถูกนำไปปฏิบัติจริง และมีโอกาสประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ แผนโภชนบำบัดควรจะต้องสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทราบด้วย

4) การติดตามประเมินผลของแผนโภชนบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation) เพื่อวัดผลการปฏิบัติตัวตามแผน โดยเป็นการติดตามผลดูว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างดีมีความก้าวหน้าในแนวทางที่ดีขึ้น ควรให้กำลังใจ เสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตัวต่อไปให้เป็นพฤติกรรมที่ถาวร หรือให้อยู่ในช่วงยั่งยืน (Maintenance Phase) ในขณะเดียวกันก็ให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการซ้ำอีกครั้ง (Re-Nutrition assessment) เพื่อค้นหาปัญหาด้านโภชนาการอีกครั้ง โดยอาจจะเป็นปัญหาเดิมที่จะจะปรับเป้าหมายให้เพิ่มขึ้น หรืออาจจะเป็นปัญหาใหม่ที่ประเมินพบเพิ่มเติม

หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้บรรลุตามเป้าหมายได้ ควรช่วยผู้ป่วยค้นหาปัญหาอุปสรรคที่อาจจะขัดขวางทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมกันหาทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วย โดยต้องให้ผู้ป่วยเป็นหลักในกระบวนการค้นหาวิธีทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และคอยแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบเพิ่มเติม เพื่อที่จะช่วยให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยส่วนใหญ่การติดตามประเมินผลการปฏิบัตินั้นไม่สามารถใช้เพียงตัวชี้วัดเดียวเพื่อวัดความสำเร็จของการปฏิบัติตามแผนโภชนบำบัดได้ ดังนั้น การตั้งเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองไว้เพื่อพิจารณาความสำเร็จได้จากหลายตัวชี้วัดร่วมกัน ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายหลักได้ แต่สามารถทำตามเป้าหมายรองได้สำเร็จก็ถือว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในทางที่ดีขึ้น

2.4 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง

จิรภา เสถียรพงศ์ประภา, ผ่องศรี ศรีมรกตและสุพร ดนัยดุขฎีกุล (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขณะรักษาในโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 92 ราย ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อนและหลังการผ่าตัดช่องท้อง และศึกษาอำนาจการทำนายของระยะของโรคมะเร็ง ค่าซีรัมแอลบูมินก่อนผ่าตัด ค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด จำนวนพลังงานเฉลี่ยต่อวันที่ผู้ป่วยได้รับหลังจากการผ่าตัดกับภาวะโภชนาการหลังผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 3 ร้อยละ 37.0 ในวันที่แรกผู้ป่วยมีน้ำหนักเฉลี่ย 55.94 กิโลกรัม (S.D.=11.64) ค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 22.37 กิโลกรัม/ตารางเมตร (S.D.=14.18) ในวันที่กลับบ้านผู้ป่วยมีแนวโน้มค่าของน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายที่ลดลงโดยเฉลี่ย 53.23 กิโลกรัม (S.D.=4.17) และ 21.29 กิโลกรัม/ตารางเมตร (S.D.=4.17) ตามลำดับ ค่าน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไปหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงไปหลังผ่าตัดลดลงโดยเฉลี่ย 2.70 กิโลกรัม (S.D.=2.13) หรือคิดเป็นร้อยละ 4.82 ของน้ำหนักตัวก่อนผ่าตัด ส่วนระดับค่าซีรัมแอลบูมินก่อนผ่าตัด พบว่า มีค่าเฉลี่ย 3.82 g/dl (S.D.=0.62) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยได้รับพลังงานเฉลี่ยต่อวัน คือ 536.83 แคลอรี (S.D.=196.95) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.12 วัน (S.D.=4.62) ผลการวิเคราะห์พบว่า ระยะของโรค ค่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัด ค่าซีรัมแอลบูมินก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการเริ่มอาหารหลังผ่าตัดและจำนวนพลังงานเฉลี่ยต่อวันที่ผู้ป่วยได้รับหลังผ่าตัดกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะรักษาในโรงพยาบาล สามารถอธิบายความผันแปรภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะรักษาในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

($p < 0.05$) โดยระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัดมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ภัทริกา ปัญญาและคณะ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพการรักษา อาการอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้าและภาวะโภชนาการ พบว่า ระยะโรค อาการอ่อนล้า ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 69.1 ($p < 0.05$) โดยอาการอ่อนล้า ($p = 0.000$) ความวิตกกังวล ($p = 0.001$) และอาการซึมเศร้า ($p = 0.033$) เท่านั้นที่สามารถทำนายภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จินนี่ เตโชนิมิต (2560) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลวลงของภาวะโภชนาการและการลดลงของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมถึงศึกษาความเสี่ยงของการปรับลดขนาดยาและ/หรือเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่มีการเลวลงของภาวะโภชนาการภายหลังการให้ยาเคมีบำบัด ในกลุ่มตัวอย่าง 171 ราย พบผู้ป่วยที่มีการเลวลงของภาวะโภชนาการ 22 ราย (ร้อยละ 12.9) และผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 7.6) พบว่า การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารที่รุนแรง ($p = 0.001$) และการแพร่กระจายของโรคไปอวัยวะอื่น มีความสัมพันธ์กับการเลวลงของภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคไปอวัยวะอื่นหรือไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่พบการแพร่กระจายของโรค ($p = 0.033$ และ $p = 0.038$ ตามลำดับ) ทั้งนี้ทั้งสองปัจจัยดังกล่าวยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 ภายหลังการให้ยาเคมีบำบัด การศึกษารุ่นนี้ไม่พบความสัมพันธ์ของการเลวลงของภาวะโภชนาการกับการปรับลดขนาดยาและ/หรือเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการก่อนการได้รับยาเคมีบำบัด มีความเสี่ยงที่จะปรับลดขนาดยา และ/หรือเลื่อนการให้ยามากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รุ่งนภา คงภักดี, มุกดา เดชประพนธ์ และสุปรีดา มั่นคง (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงการรับรส ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 80 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.5 เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.25 มีภาวะ

ทพโภชนาการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงการรับรสในระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย แต่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง การเปลี่ยนแปลงการรับรสและความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นุชศรา ประจันตาเสน, สุชาลินี แก้วเอี่ยมและกนกเลขา นามเมืองรักษ์ (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน โดยเก็บข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยมะเร็ง ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การรับรู้ประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง อาหารผู้ป่วยมะเร็งที่โรงพยาบาลจัดให้ รูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ มีอาหาร/เวลา เมนูอาหาร รสชาติอาหาร การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ โภชนากร แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ทั้งสามมื้อ คือมือเช้าร้อยละ 98.8 มือเที่ยงร้อยละ 97.5 มือเย็นร้อยละ 88.3 ส่วนใหญ่รับประทานได้ครั้งหนึ่งหรือสองในสี่วัน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ป่วยที่ชอบรสหวานจะไม่เลือกรับประทานอาหารเป็น 13.73 เท่า (95% CI of OR : 2.81 ถึง 67.15) ผู้ป่วยที่ชอบอาหารรสเค็มจะไม่เลือกรับประทานอาหารเป็น 9.84 เท่า (95% CI of OR : 2.30 ถึง 42.07) ผู้ป่วยที่อ่อนเพลียจะไม่เลือกรับประทานอาหารเป็น 0.14 เท่า (95% CI of OR : 0.04 ถึง 0.45) ผู้ป่วยที่เวียนศีรษะจะไม่เลือกรับประทานอาหารเป็น 0.25 เท่า (95% CI of OR : 0.08 ถึง 0.71) ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลางจะไม่เลือกรับประทานอาหารเป็น 3.73 เท่าของผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (95% CI of OR : 1.11 ถึง 12.53) ความชอบส่วนบุคคล อาการของโรค อาหารที่ได้รับ รูปแบบการให้บริการอาหารและการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน ซึ่งต้องนำข้อมูลปัจจัยต่างๆนำไปสู่การพัฒนาการให้บริการอาหาร และการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งรับประทานอาหารได้มากขึ้นเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการรักษาผู้ป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลด้านโภชนาบำบัด

ชนิตา อุณหพิพัฒน์พงศ์และดรณิวัลย์ วโรตมวิจิตร (2563) ศึกษาบทบาทของโภชนาบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งหู คอ จมูก โดยปฏิบัติการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วย 2 ราย พบว่า การให้โภชนาบำบัดที่เหมาะสม เช่น การปรับเปลี่ยนอาหาร การใช้สารอาหารเสริมภูมิคุ้มกัน การให้อาหารเข้าทางเดินอาหารและทางหลอดเลือดดำ รวมถึงเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ภาวะท่อน้ำเหลือง

บริเวณคอรั้ว หรือภาวะรูรั้วจากคอคอหอยสู่วิวหนึ่ง การดูแลภาวะโภชนาการที่ถูกต้องมีบทบาทสำคัญ ที่ช่วยให้การรักษาเมะเร็งเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และลดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

ชนิษฐา อยู่เพชร, ปรียาภรณ์ แสงทวีและเอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์ (2563) ศึกษาการจัดการทางการพยาบาลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การจัดการภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งเริ่มจากการคัดกรอง และประเมินภาวะโภชนาการ โดยการบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน การติดตามสอบถามอาการ การติดตามผลการรักษาทางห้องปฏิบัติการ การให้ข้อมูลคำแนะนำและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการกระตุ้นความอยากอาหารให้กับผู้ป่วย และสังเกตอาการต่างๆ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการรักษาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรค ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการจัดการดูแลภาวะโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับร่างกาย พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นและการดูแลตนเอง เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการรักษา ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอารมณ์ และพฤติกรรม มีกสรติดตามการดูแลภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ เพิ่มความอยากอาหารเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองที่ดีต่อการรักษา

วรัณธร โพธารินทร์ และคณะ (2564) ศึกษาบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดและวิธีการในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการ และการจัดการทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยทุกรายโดยมุ่งเน้นให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้อามาวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรครวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมและดูแลภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอาการที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัดและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงจากการรักษา ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอารมณ์ เพื่อนำไปสู่การตอบสนองที่ดีต่อการรักษาและดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบศึกษากลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปางและเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาประเภผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาประเภผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ระหว่างเดือน มกราคม – เมษายน พ.ศ. 2567

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ใช้ Test for Mean, Difference between two dependent means (matched pairs) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ขนาดปานกลาง=0.45, alpha=0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test, $1-\beta$) = 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 32 ราย เก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 25 ของขนาดตัวอย่าง (เท่ากับ 8 ดังนั้นเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 8 ราย) ดังนั้น ขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ทั้งหมด 40 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกเข้า :

- ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง (NT2 – NT4) ที่มีคะแนน ≥ 5 คะแนน ขึ้นไป
- มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางปากหรืออาหารทางสายให้อาหาร

เกณฑ์คัดออก :

- รวบรวมข้อมูลไม่ครบ อาจเนื่องจากปฏิเสธการรักษา ติดต่оไม่ได้ หรือเสียชีวิต

สถานที่ศึกษา : หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จังหวัดลำปาง

ระยะเวลาที่ศึกษา : เดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด

โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ใช้กรอบแนวคิดของ Lacey K, Pritchett E. อ้างอิงโดยพันตรีหญิง ดร.กรกต วีระเชียร (2562) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) 2) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) 3) การให้แผนโภชนบำบัด (Nutrition Intervention) และ 4) การติดตามประเมินผลของแผนโภชนบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation)

รายละเอียดโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด

วันที่ดำเนินกิจกรรม	กิจกรรมการพยาบาล	ผู้รับผิดชอบ
ครั้งที่ 1: วันแรกของการรับนอนรพ. (Admit)	<p>1. การประเมินภาวะโภชนาการ โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินโดยใช้แบบคัดกรอง (Nutrition Screening) - ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน NT 2013 ก่อนการให้โปรแกรม (ครั้งที่ 1) - ซักประวัติอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการขาดสารอาหารบางชนิด หรือความผิดปกติของร่างกาย เช่น ภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก จะพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดบริเวณเล็บมือ เหงือก หรือผิวหนังใต้ตา หรือภาวะบวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะพบว่า หน้าแข้งบวมกดบวม - ซักประวัติอาการรบกวนที่ทำให้ได้รับสารอาหารน้อย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการอึดแน่นท้อง ท้องเสีย - ซักประวัติการรับประทานอาหารย้อนหลัง 3 วัน การสอบถามความถี่ในการบริโภคอาหาร ประวัติการรับประทานอาหาร เช่น การแพ้อาหาร ศาสนา ความชอบ และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลประจำหอผู้ป่วย - พยาบาลโภชนบำบัด - นักโภชนาการ

ตารางที่ 10 โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด (ต่อ)

วันที่ดำเนินกิจกรรม	กิจกรรมการพยาบาล	ผู้รับผิดชอบ
ครั้งที่ 1: วันแรกของการรับนอนรพ. (Admit)	<p>2. การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย การระบุปัญหาด้านโภชนาการด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร ทานได้น้อยจากเจ็บปาก คอ คลื่นไส้ อาเจียน มีการใช้พลังงานมาก เช่น ไข้สูง มีบาดแผล - พฤติกรรมการกินไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโภชนาการ - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรค 	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลประจำหอผู้ป่วย - พยาบาลโภชนบำบัด - นักโภชนาการ
	<p>3. การพยาบาลโภชนบำบัด โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - อธิบายความสำคัญของการได้รับสารอาหารที่เหมาะสม ออการรบกวนของร่างกายที่มีผลต่อการได้รับสารอาหาร - แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามอาการรบกวนของผู้ป่วยแต่ละราย - ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และให้แผ่นพับความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และอาหารโปรตีนสูงพลังงานสูง - แนะนำทานอาหารโปรตีน 4-5 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ หรืออาหารเสริมทางการแพทย์ - ปรึกษาโภชนาการดูแลเพื่อดูแลจัดอาหารที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลา 15 นาทีต่อครั้งต่อผู้ป่วย 1 คน 	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลโภชนบำบัด - นักโภชนาการ

ตารางที่ 10 โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด (ต่อ)

วันที่ดำเนิน กิจกรรม	กิจกรรมการพยาบาล	ผู้รับผิดชอบ
ครั้งที่ 2: ระหว่าง การรักษา (วันที่ 1,3,5,... ของการนอนรพ.)	<p>การติดตามประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามการได้รับอาหารของผู้ป่วยระหว่างนอนในโรงพยาบาล <p>โดยติดตามในวันที่ 1, 3, 5 ของการนอนโรงพยาบาล</p> <p>โดยติดตามผลดูว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมที่วางไว้ได้ ตามเป้าหมายหรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถ้าสามารถปฏิบัติตามได้อย่างดี มีความก้าวหน้าในแนวทางที่ดี ขึ้น จึงสรุปประเด็นที่ผู้ป่วยทำได้สำเร็จ ให้กำลังใจ เสริมพลังให้ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติต่อไปให้เป็นพฤติกรรมที่ถาวร - ถ้ายังไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ค้นหาปัญหาอุปสรรคที่อาจ ขัดขวางผู้ป่วยไม่สามารถทำได้และร่วมกันหาทางแก้ไขกับผู้ป่วย <p>โดยใช้ระยะเวลา 5 นาทีต่อครั้งต่อผู้ป่วย 1 คน</p>	-พยาบาล โภชนบำบัด -นักโภชนา การ
ครั้งที่ 3: ก่อนการ จำหน่าย	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน NT 2013 ก่อนจำหน่าย (ครั้งที่ 2) - ประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยมะเร็ง หลังการให้โปรแกรม - นัดติดตามอาการในการพบแพทย์ครั้งต่อไป <p>โดยใช้ระยะเวลา 5 นาทีต่อครั้งต่อผู้ป่วย 1 คน</p>	พยาบาล โภชนบำบัด
ครั้งที่ 4: นัด ติดตามอาการ (2 สัปดาห์หลัง ออกจาก รพ.)	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน NT 2013 (ครั้งที่ 3) - สอบถามการรับประทานอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร - อาการที่มีผลต่อการได้รับอาหารและการเผาผลาญในร่างกาย - ให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 	พยาบาล โภชนบำบัด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (Screening) โดยได้รับการรับรองจากสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) หรือ HITAP (แนวทางการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย, 2559)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Triage (NT 2013: Nutrition Assessment) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินภาวะโภชนาการ BNT (Bhumibol Adulyadej Hospital Nutrition Triage) โดยนายแพทย์วิบูลย์ ตระกูลสุน (วิบูลย์ ตระกูลสุนและบุชชา พรหมณสุทธิ, 2563)

ประกอบด้วย คำถาม 8 ข้อ คือ :

1. ประวัติอาหารและสารอาหารที่รับได้จริงหรือกินได้จริง โดยต้องได้ข้อมูลจากผู้ป่วยและพิจารณาความผิดปกติเรื่องอาหารเพื่อนำมาประมวลประเมินผลในภาพรวม ใน 4 ลักษณะร่วมกัน คือ ประเภท, ปริมาณ, คุณภาพของอาหารที่รับได้และระยะเวลาของความผิดปกติ โดยให้คะแนน 0-4 คะแนน

2. แสดงการพิจารณาให้คะแนนความผิดปกติเรื่องน้ำหนักตัว ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลักๆ อยู่ 4 ส่วน คือ 1) น้ำหนักตัวปกติ (usual BW) 2) น้ำหนักปัจจุบัน (current BW) คือ น้ำหนักตัวที่ชั่งได้เมื่อมาพบแพทย์ ซึ่งอาจจะมีการบวมหรือท้องมานหรือก้อนเนื้ออยู่ด้วยก็ตาม 3) หาปริมาณน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงไปจากน้ำหนักปกติว่าเพิ่มขึ้น คงที่ ลดลงเท่าไร แล้วนำมาคิดคำนวณเป็นร้อยละ 4) ประเมินระยะเวลาของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไป ได้คะแนน 0-3 คะแนน

3. ภาวะบวมน้ำหรือน้ำคั่ง โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน

4. ปริมาณมวลไขมันใต้ผิวหนัง จะต้องประเมินเป็นภาพรวมโดยเฉลี่ยทั่วทั้งตัวร่วมกับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจากการซักประวัติผู้ป่วยหรือญาติด้วยว่าเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเพียงใด โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน

5. ปริมาณมวลกล้ามเนื้อ จะต้องประเมินเป็นภาพรวมโดยเฉลี่ยทั่วทั้งตัวร่วมกับข้อมูลน้ำหนักตัวที่ลดลงและขนาดที่ลดลงของรูปร่าง-แขน-ขา-ลำตัว โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน

6. สมรรถภาพกล้ามเนื้อ เป็นการให้ผู้ป่วยแสดงการเคลื่อนไหวคอ มือ แขนขา และส่วนต่างๆ ของร่างกายในภาพรวม ประเมินกำลังหรือสมรรถภาพของกล้ามเนื้อซึ่งจะแบ่งเป็น grade 0, 1, 2, 3, 4, 5 โดย grade 0 จะหมายถึงกล้ามเนื้อเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ ก็จะสอดคล้อง

กับเกณฑ์การให้คะแนนความผิดปกติรุนแรงที่คะแนน 3 ในทางตรงกันข้ามถ้าประเมินว่าสมรรถภาพของกล้ามเนื้อแข็งแรงดี-ดีมาก ก็จะเป็น grade 4 หรือ 5 ซึ่งจะสอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนนความผิดปกติที่คะแนน 0 คือ กำลังของกล้ามเนื้อปกติดี โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน

7. ความรุนแรงของโรคหลัก/โรคร่วม โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน

8. ความรุนแรงของโรคหลัก/โรคร่วมจากภาวะเครียดทางกายภาพหรือการอักเสบเฉียบพลันหรือ กึ่งเฉียบพลันหรือระยะแรก โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน

รวมผลคะแนนการประเมินทั้ง 8 ข้อและจำแนกระดับภาวะทุพโภชนาการ ดังนี้

การแปลผล

- ระดับ NT-1 (0-4 คะแนน) : ไม่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีเพียงปัจจัยเสี่ยง
- ระดับ NT-2 (5-7คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย
- ระดับ NT-3 (8-10 คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง
- ระดับ NT-4 (> 10 คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด โดยมีระดับความพึงพอใจ 5 ระดับคือ

- ระดับความพึงพอใจมากที่สุด = 5 คะแนน
- ระดับความพึงพอใจมาก = 4 คะแนน
- ระดับความพึงพอใจปานกลาง = 3 คะแนน
- ระดับความพึงพอใจน้อย = 2 คะแนน
- ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด = 1 คะแนน

การแปลผล

- คะแนนตั้งแต่ 1-5 คิดเป็น 35 คะแนน เกณฑ์คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย มีดังนี้
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 คะแนน หมายถึง น้อย
- คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 คะแนน หมายถึง ปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 คะแนน หมายถึง มาก
- คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

3) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ประเมินคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Triage (NT 2013: Nutrition Assessment) มีการนำไปใช้ประเมินกับผู้ป่วยในประเทศไทย 1,658 ราย เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาล ปี 2558 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.94 ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.98 (อ้างอิงจาก ลัดดา กองเมือง,เบญญพร บรรณสาร, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2565) ส่วนแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ ด้านโภชนศาสตร์และด้านการพยาบาล ได้พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา ผลการประเมินได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถาม ได้เท่ากับ 0.89

2) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด โดยทดสอบกับผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 10 คน (Pilot study) พบว่าภาพรวมของแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจจำนวน 7 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.813

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังของการใช้กระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการ ใช้สถิติทดสอบลำดับที่โดยเครื่องหมายของวิลค็อกซัน (Wilcoxon signed approximate z test) เนื่องจากข้อมูลเมื่อทดสอบ Assumption แล้วมีการแจกแจงที่ไม่เป็นปกติ

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้ โดยส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พิจารณาให้ความเห็นชอบ และมีการแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หรือมีคำอธิบายใดๆ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะถือเป็นความลับ นำมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้นและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง หมายเลขใบรับรอง 16/2567 ลงวันที่ 18 มกราคม 2567



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาระยะผลของโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง รูปแบบการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดลองก่อนและหลัง (one group pre-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด และประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ระยะเวลารวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม – เมษายน ปีพ.ศ. 2567 ผลการวิเคราะห์เป็นการนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบ คำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเพศชาย 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 เพศหญิง 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.50 มีอายุเฉลี่ย 57 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 19.69 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำ คือ ร้อยละ 52.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.50 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสร้อยละ 67.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ต่อเดือน 2,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และอื่นๆ เช่น โรคไต โรคข้ออักเสบ (เก๊าท์) เป็นโรคมะเร็งในกลุ่มศีรษะและลำคอมากที่สุด คือร้อยละ 32.50 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 47.50 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 37.50 และรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ร้อยละ 32.50 มีภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย (NT2) ร้อยละ 50.00 ระดับปานกลาง (NT3) ร้อยละ 40.00 และระดับรุนแรง (NT4) ร้อยละ 10.00 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	57.50
หญิง	17	42.50
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	57.73	10.16
ดัชนีมวลกาย (kg/m²), ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	19.69	3.86
ต่ำ (BMI น้อยกว่า 18.5 กก./ตร.ม.)	21	52.50
ปกติ (BMI 18.5 – 25.0 กก./ตร.ม.)	13	32.50
สูง (BMI มากกว่า 25.0 กก./ตร.ม.)	6	15.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	27	67.50
มัธยม/อนุปริญญา	8	20.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	12.50
ศาสนา		
พุทธ	40	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	3	7.50
สมรส	27	67.50
หย่า/แยก	4	10.00
หม้าย	6	15.00
อาชีพ		
ราชการ	3	7.50
รับจ้าง	8	20.00
ธุรกิจ	5	12.50
เกษตรกร	16	40.00
ไม่ทำงาน	10	25.00

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=40) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่า 2,000 บาท	11	27.50
2,000 - 5,000 บาท	20	50.00
5,001 - 10,000 บาท	2	5.00
10,001 - 20,000 บาท	3	7.50
มากกว่า 20,000 บาท	4	10.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	29	72.50
มี	11	27.50
เบาหวาน	1	2.50
ความดันโลหิตสูง	8	20.00
ไขมันในเลือดสูง	3	7.50
โรคหัวใจ	1	2.50
โรคอื่นๆ	4	10.00
หมายเหตุ : ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค		
ตำแหน่งโรคมะเร็ง		
มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Rectum)	5	12.50
มะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Esophagus/Stomach)	6	15.00
มะเร็งปากมดลูก (Cervix)	3	7.50
มะเร็งศีรษะและลำคอ (Head and Neck)	13	32.50
มะเร็งปอด (Lung)	4	10.00
มะเร็งตับ ตับอ่อน และท่อน้ำดี (HCC,CCA, Pancrease)	3	7.50
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย	2	5.00
มะเร็งอื่นๆ	4	10.00

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=40) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรค		
ระยะที่ 2	8	20.00
ระยะที่ 3	13	32.50
ระยะที่ 4	19	47.50
การรักษาโรคมะเร็ง		
ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (CCRT)	13	32.50
ยาเคมีบำบัดอย่างเดียว (Chemotherapy alone)	15	37.50
รังสีรักษา (Radiotherapy)	9	22.50
ประคับประคองอาการ (Palliative care)	1	2.50
ผ่าตัด (Surgery)	2	5.00
คะแนน NT		
NT2	20	50.00
NT3	16	40.00
NT4	4	10.00

4.2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัด ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัด

คะแนนภาวะทุพโภชนาการ	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	sd.	z	p - value
ก่อนใช้กระบวนการให้โภชนาบำบัด	ปานกลาง	7.85	1.82	-3.204	<0.001*
หลังใช้กระบวนการให้โภชนาบำบัด	เล็กน้อย	6.88	2.16		

หมายเหตุ * Significant (< 0.05) จาก Wilcoxon signed approximate z test

จากตารางที่ 12 ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้ารับโปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัดเท่ากับ 7.85 ระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัดเท่ากับ 6.88 ระดับเล็กน้อย ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัด พบว่า หลังใช้

โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนภาวะทุพโภชนาการลดลงเมื่อเทียบกับก่อนใช้โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ($z=-3.204$, $p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่าหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับ “เล็กน้อย” มีคะแนนเฉลี่ย 6.88 คะแนน (S.D.=2.16 คะแนน) ขณะที่ก่อนใช้โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะทุพโภชนาการในระดับ “ปานกลาง” มีคะแนนเฉลี่ย 7.85 คะแนน (S.D.=1.82 คะแนน)

4.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ท่านพึงพอใจในกระบวนการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ	16 (40.0)	19 (47.5)	5 (12.5)	-	-	4.28	0.68	มากที่สุด
ท่านพึงพอใจในการประเมินภาวะทุพโภชนาการในระหว่างการรักษา	19 (47.5)	19 (47.5)	2 (5.0)	-	-	4.43	0.59	มากที่สุด
ท่านพึงพอใจในกระบวนการให้โภชนบำบัด	16 (40.0)	21 (52.5)	3 (7.5)	-	-	4.33	0.62	มากที่สุด
ท่านพึงพอใจในการติดตามภาวะทุพโภชนาการ	16 (40.0)	22 (55.0)	2 (5.0)	-	-	4.35	0.58	มากที่สุด
ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	15 (37.5)	20 (50.0)	5 (12.5)	-	-	4.25	0.67	มากที่สุด
สื่อที่ใช้ทันสมัยและเหมาะสม	14 (28.0)	20 (50.0)	6 (15.0)	-	-	4.20	0.69	มาก
ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด	16 (40.0)	23 (57.5)	1 (2.5)	-	-	4.38	0.54	มากที่สุด
ภาพรวม						4.31	0.54	มากที่สุด

ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” มีคะแนนเฉลี่ย 4.31 คะแนน (S.D.=0.54 คะแนน) หรือคิดเป็นร้อยละ 86.20

จากตารางที่ 3 ผลการวิจัยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรมการพยาบาล โภชนบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” มีคะแนนเฉลี่ย 4.31 คะแนน (S.D.=0.54 คะแนน) หรือคิดเป็นร้อยละ 86.20 โดยมีคะแนนความพึงพอใจในการประเมินภาวะทุพโภชนาการในระหว่างการรักษามากที่สุด คือมีคะแนนเฉลี่ย 4.43 คะแนน (S.D.=0.59 คะแนน) โดยผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการประเมินสภาพร่างกายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เป็นความจริง รองลงมาคือความพึงพอใจในกระบวนการพยาบาลโภชนบำบัดมีคะแนนเฉลี่ย 4.38 คะแนน (S.D.=0.54 คะแนน) โดยพบว่าผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลการได้รับอาหารขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้สามารถประเมินภาวะโภชนาการและทราบปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการรับประทานอาหารได้ สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่วนความพึงพอใจที่ได้คะแนนน้อย คือ ความพึงพอใจเกี่ยวกับสื่อที่ใช้ทันสมัยและเหมาะสมอยู่ในระดับ “มาก” มีคะแนนเฉลี่ย 4.20 คะแนน (S.D.=0.69 คะแนน) ซึ่งสื่อที่ใช้เป็นแผ่นพับให้ความรู้เรื่อง “โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง” และ “อาหารเพิ่มพลังงานและโปรตีนสูงในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (อายุเฉลี่ย 57 ปี) ทำให้อ่านเนื้อหาในสื่อที่ใช้ไม่สะดวก

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบศึกษากลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง (NT2-NT4) ได้คะแนน ≥ 5 คะแนน เข้ารักษาประเภผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ช่วงเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติจำนวน 40 ราย ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 เพศหญิง 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.50 มีอายุเฉลี่ย 57 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 19.69 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำ คือ ร้อยละ 52.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.50 นัถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสร้อยละ 67.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ต่อเดือน 2,000-5,000 บาท ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และอื่นๆ เช่น โรคไต โรคข้ออักเสบ (เก๊าท์) เป็นโรคมะเร็งในกลุ่มศีรษะและลำคามากที่สุดคือ ร้อยละ 32.50 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 47.50 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 37.50 และรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ร้อยละ 32.50 มีภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย (NT2) ร้อยละ 50.00 ระดับปานกลาง (NT3) ร้อยละ 40.00 และระดับรุนแรง (NT4) ร้อยละ 10.00

ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด พบว่า หลังใช้โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนภาวะทุพโภชนาการลดลงเมื่อเทียบกับก่อนใช้โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ($Z=-3.204$, $p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่าหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับ “เล็กน้อย” มีคะแนนเฉลี่ย 6.88 คะแนน (S.D.=2.16 คะแนน) ขณะที่ก่อนใช้โปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะทุพโภชนาการในระดับ “ปานกลาง” มีคะแนนเฉลี่ย 7.85 คะแนน (S.D.=1.82 คะแนน) และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนาการ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” มีคะแนนเฉลี่ย 4.31 คะแนน (S.D.=0.54 คะแนน) หรือคิดเป็นร้อยละ 86.20 โดยมีคะแนนความพึงพอใจในการประเมินภาวะทุพโภชนาการในระหว่างการรักษา มากที่สุด คือมีคะแนนเฉลี่ย 4.43 คะแนน (S.D.=0.59 คะแนน) รองลงมาคือความพึงพอใจในกระบวนการพยาบาลโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ย 4.38 คะแนน (S.D.=0.54 คะแนน) ส่วนความพึงพอใจที่ได้คะแนนน้อย คือ ความพึงพอใจเกี่ยวกับสื่อที่ใช้ทันสมัยและเหมาะสมอยู่ในระดับ “มาก” มีคะแนนเฉลี่ย 4.20 คะแนน (S.D.=0.69 คะแนน)

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ดังนี้

5.2.1) วัตถุประสงค์ที่ 1 หลังใช้โปรแกรมการพยาบาลโภชนาการ ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น โดยมีคะแนนภาวะทุพโภชนาการลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนาการบำบัด สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะมีการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการได้รับความรู้และเข้าใจในความต้องการของการได้รับอาหารที่ให้พลังงานและสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และมีการติดตามการได้รับอาหารของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประเมินปัญหาการได้รับอาหารของผู้ป่วยเป็นระยะและสามารถให้การดูแลด้านโภชนาการได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้คำแนะนำด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้ หรือระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของนภาพรรณ ศุภกรภาส, บุชยามาส ชิวสกุลยง, ศุภวรรณ บุรณพิร (2559) การให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหารมีผลทำให้น้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงหลังได้รับยาเคมีบำบัด 3-4 ครั้ง และสามารถกึ่งน้ำหนักให้เท่าเดิมได้หลังจากติดตามผลไป 2 เดือน สำหรับกระบวนการโภชนาการที่ ณัฐศรีณัฐ วงศ์เตชะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2565) ศึกษาการให้กระบวนการโภชนาการในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการที่โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนภาวะทุพโภชนาการลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และเมื่อนำกระบวนการโภชนาการไปใช้ในผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตช่องท้องที่มีภาวะทุพโภชนาการในคลินิกไตเทียม (2566) พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีภาวะทุพโภชนาการดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโภชนาการ เนื่องจาก การแก้ไขปัญหาทางภาวะทุพโภชนาการ เป็นกระบวนการที่สามารถควบคุมได้ เพื่อเป็นการป้องกันและรักษาภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ โดยผู้ป่วยที่ถูกประเมินว่ามีภาวะทุพโภชนาการควรได้รับการดูแลทางโภชนาการอย่างรวดเร็วและควรได้รับ

การติดตามอย่างใกล้ชิด การได้รับการอธิบายให้เข้าใจในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการปฏิบัติดูแลร่วมกัน มีการสร้างความเข้าใจในเรื่องของการสื่อสาร การบอกเล่าอาการสำคัญที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจที่ตรงกัน การให้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด (ลักณา กองเมือง และคณะ, 2565) ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการดีขึ้น

5.2.2) วัตถุประสงค์ที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัดโดยภาพรวม อยู่ในระดับคะแนนมากที่สุด ความพึงพอใจรายด้านสูงสุดในด้านการประเมินภาวะทุพโภชนาการในระหว่างการรักษา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพร่างกายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับอาหารที่เป็นความจริง ได้รับการเอาใจใส่ สอบถามอาการที่ทำให้เกิดผลกระทบต่ออาหารที่ได้รับอาหาร เพื่อนำไปสู่การวางแผนด้านการดูแลเรื่องการให้อาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป และความพึงพอใจในกระบวนการพยาบาลโภชนาบำบัดอยู่ในระดับรองลงมา เนื่องจากมีการปรับอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย และติดตามการได้รับอาหารของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่วนความพึงพอใจเกี่ยวกับสื่อที่ใช้ทันสมัยและเหมาะสมได้คะแนนน้อยที่สุดเนื่องจาก สื่อที่ใช้เป็นแผ่นพับให้ความรู้เรื่อง “โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง” และ “อาหารเพิ่มพลังงานและโปรตีนสูงในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุทำให้อ่านเนื้อหาในสื่อที่ใช้ไม่สะดวก

5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

- ผลการศึกษานี้สามารถนำโปรแกรมการพยาบาลโภชนาบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งทุกราย ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย, ญาติและผู้ดูแล ในการดูแลภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย

- พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งควรนำแนวทางการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงจากการรักษา นำไปสู่การตอบสนองที่ดีต่อการรักษาและการดูแลตนเองด้านโภชนาบำบัดของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- ควรนำโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการสูง เช่น ผู้ป่วยมะเร็งวัยสูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นต้น
- ควรมีการประเมินความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาส่งเสริมความรอบรู้ในการดูแลตนเองด้านโภชนบำบัด
- ควรมีการพัฒนาสื่อความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมเพื่อผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บรรณานุกรม

- กรกต วีรเชียร. (2562). กระบวนการให้โภชนบำบัด (Nutrition Care Process). <https://www.Thai bbietatics.org>update>2019/04>
- กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์. (2559). แนวทางการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย (Policy Brief). *โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*. 4(39), 1-4.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข 2565*, <https://spd.moph.go.th>2023/11>Hstatistic 65>
- ชนิษฐา อยู่เพชร, ปรียาภรณ์ แสงทวี, เอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์. (2563). *การจัดการทางการแพทย์บาดด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. <https://heO2.tci-thaijo.org>article>doenload.PDF>
- จินตนา สุวิทวัส. (2563). การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2563. 35(5), 632-638
- จินตนา สุวิทวัส. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18 (2), 13-21.
- จินนี่ เตโชนิมิต. (2560) . *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)*. <Viewcontent.cgi.https://digital.car.chula.co.th>cgi>viewcontent=2017>
- จิรภา เสถียรพงศ์ประภา, ผ่องศรี ศรีมรกต, สุพร ดนัยดุขภูมิกุล บทความวิจัย. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ขณะรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(1), 143-161.
- ชนิดา อุณหพิพัฒพงศ์, ดรณวัลย์ วโรตมวิจิตร. (2563). บทบาทของโภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งหู คอ จมูก. จาก *รามาศิป์ตีเวชสาร*. 43(4), 39-51
- ณัฐศรีณัฐ วงศ์เตชะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2565). ประสิทธิภาพของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกายผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแมสซอด จังหวัดตาก. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*. 4(3), 32-42.
- ณัฐศรีณัฐ วงศ์เตชะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในคลินิกไตเทียม. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*. 3(3), 57-70.

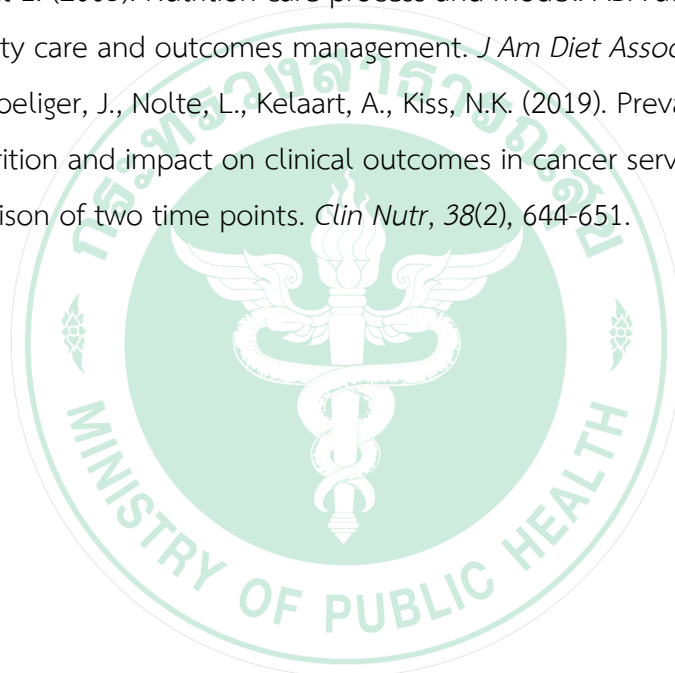
- ณัฐธยาน์ วีระพงษ์. (2558). บทบาทพยาบาลในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 8(1), 34-42.
- ดวงกมล จันทรเนตรและทีมงาน hello คุณหมอ. (2566). ภาวะทุพโภชนาการ อาการ สาเหตุ การรักษา. <https://hellokunhonor.com>>สุขภาพเด็ก
- ทักษิณ จันทรสิงห์. (2563). ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูกจากโรคมะเร็งและการจัดการโดยใช้ยาตามแนวทางของมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งสหรัฐอเมริกา. <https://ccpe.pharmacycouncil.org>.
- ธีรวิมล คุหะเปรมะ. (ม.ป.ป). *ความรู้โรคมะเร็ง*. <https://www.wattanosothcancerhospital.com>>general-information-about-cancer
- นภาพรรณ ศุภรภาส, บุชยามาส ชิวสกุลยงและศุภวรรณ บุรณพิธ. (2559). ผลของการให้คำแนะนำด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้ หรือระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ ปี 2559*, 99(12), 1283-1290.
- นุชศรา ประจันตะเสน, สุธาสิณี แก้วเอี่ยมและกนกเลขา นามเมืองรักษ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น. <https://www.pranangklaog.go.th>>go.th>มะเร็งขอนแก่นPDF
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2555). *ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม*. <https://www.gotoknow.org/posts/115427>
- ภัทริกา ปัญญา, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช และนภดล โสภารัตนาไพศาล. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(1), 66-76.
- รุ่งนภา คงภักดี, มุกดา เดชประพันธ์และสุปริดา มั่นคง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด. *รามาริบัติเวชสาร*, 27(2), 216-231.
- ลัดดา กองเมือง, เบญญพร บรรณสารและศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 23(1), 361-370.
- วรรณธร โปธารินทร์, วรุฒ แสงทอง, ยุทธชัย ชัยสิทธิ์, อีราภรณ์ บุญล้อม และณัฐปภัศย์ นวลสีทอง. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*. 8(9), 131-143

วิบูลย์ ตระกูลสุนและบุชชา พรหมณสุทธิ. (2563). การประเมิน-คัดกรองภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย (ผู้ใหญ่) ตามแนวความคิดเห็นใหม่ของสากลจากแบบฟอร์ม BNT 2000 เป็น NT 2013. *แพทยสารทหารอากาศ*, 66(2), 14-32.

ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (ม.ป.ป). การรักษาโรคมะเร็ง. <http://medinfo2.psu.ad.th>hocc>general6>
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (ม.ป.ป). *การรักษามะเร็งตามหลักสากลที่ปฏิบัติกันอยู่ในประเทศไทย*.
<https://www.nci.go.th>Knowledge>treat>

Lacey K, Pritchett E. (2003). Nutrition care process and model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc*, 103, 1061-72

Marshall, K.M., Loeliger, J., Nolte, L., Kelaart, A., Kiss, N.K. (2019). Prevalence of malnutrition and impact on clinical outcomes in cancer services: A comparison of two time points. *Clin Nutr*, 38(2), 644-651.



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ (Participant Information Sheet)

สำหรับอาสาสมัครโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ

ประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง (Effectiveness of Nutrition Support Nursing Program on
Malnutrition in Cancer Patient, Lampang Cancer Hospital)

ชื่อผู้วิจัย

นางวารารณ์ ไชยताल
นางรัตนาภรณ์ รักษาติ
นางกัญญา ศรีอรุณ
นายณัฐรินทร์ กันจะสิน

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

หอผู้ป่วยใน หน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต และหอผู้ป่วยหนักและห้องแยก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน หรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางวารารณ์ ไชยताल	โทร. 0819502434
นางรัตนาภรณ์ รักษาติ	โทร 0861837995
นางกัญญา ศรีอรุณ	โทร 0903160971
นายณัฐรินทร์ กันจะสิน	โทร 0806728994

และในเวลาราชการติดต่อได้ที่งานพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โทร. 222

ผู้ให้ทุนสนับสนุน ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสุขภาพและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) มีอาการอยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากการได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือประสบปัญหาการดูดซึมสารอาหาร ส่งผลให้ร่างกายสูญเสียกล้ามเนื้อ กระดูก และไขมัน จึงทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ระบบภูมิคุ้มกันทำงานบกพร่องและทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งมีทั้งเกิดจากตัวผู้ป่วย ทั่วโรค การรักษา ภาวะจิตสังคม และภาวะเศรษฐกิจ กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึม

ในร่างกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดจากสารเคมีบางชนิดที่ทำให้ร่างกายเผาผลาญได้ดีขึ้น จึงทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ขณะที่ปัจจัยจากตัวโรค เกิดจากตำแหน่งของมะเร็งและระยะของโรคซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการที่แตกต่างกันไป โดยเซลล์มะเร็งมีการหลั่งสารเคมีที่ไปกระตุ้นให้เมตาบอลิซึมในร่างกายของผู้ป่วย ทำให้การรับรสทำงานผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยอยากอาหารและน้ำหนักลดลง ปัจจัยจากการรักษาแยกตามวิธีการรักษาที่แตกต่างกันไป ได้แก่ เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการใช้ยาสารเคมี ทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และท้องเสีย ทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง รังสีรักษา (Radiotherapy) เป็นการฉายรังสีไปยังตำแหน่งของเซลล์มะเร็งและครอบคลุมไปถึงต่อมน้ำเหลือง ซึ่งมีผลต่อการรับประทานอาหาร และการผ่าตัด (Surgery) เป็นการรักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนหรือเซลล์มะเร็งที่อยู่ในตำแหน่งเริ่มต้นออกไป และอาจให้ยาเคมีบำบัดหรือการใช้รังสีรักษาร่วมภายหลังการผ่าตัด จึงส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่แตกต่างไปตามการรักษา สำหรับปัจจัยทางภาวะจิตสังคม เกิดจากแบบแผนในการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ด้วยค่าในตนเอง และขาดแรงกระตุ้นในการรับประทานอาหาร ขณะที่ปัจจัยทางภาวะเศรษฐกิจ เกิดจากสภาพร่างกายที่ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้รายได้ลดลง และมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดสรรอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายได้อย่างเพียงพอ

การให้โภชนบำบัดตามกระบวนการที่ถูกต้อง จะช่วยลดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งได้ ทีมวิจัยมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดต่อภาวะทุพโภชนาการและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยนำกระบวนการให้โภชนบำบัดมาประยุกต์ใช้จัดโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด ซึ่งผลลัพธ์ของการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในด้านโภชนบำบัด และถ่ายทอดแนวทางดังกล่าวไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปางระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัด
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมฯ

เหตุผลที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับเชิญหรือคัดเลือก

เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับ NT2 – NT4 ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและสำหรับส่วนรวม

เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้จะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพโภชนาการ ได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาล สามารถนำผลของการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการให้บริการและใช้เป็นฐานข้อมูลในการใช้ประโยชน์ต่อไป

การปกป้องข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อที่สาธารณะหรือถูกนำไปเผยแพร่ในรายงานใดๆ เป็นรายบุคคล แต่จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นรายงานรวมซึ่งจะไม่ละเมิดสิทธิของอาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตของกฎหมายอนุญาต

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธการเข้าร่วม และท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อแนวทางการตรวจหรือรักษาทั้งในปัจจุบันและในอนาคต และไม่มีการสูญเสียประโยชน์ใดๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อ เพื่อขอรับคำแนะนำ หรือกรณีเกิดความสงสัย โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย นางวารภรณ์ ไชยताल โทรศัพท์มือถือ 0819502434 หรือติดต่อที่งานพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต ชั้น 1 อาคารผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ในเวลาราชการ เบอร์โทรศัพท์ 054-335262-8 ต่อ 222

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....วันที่..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

กรมการแพทย์

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการ และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ ในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะ ในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และจะต้องได้รับคำยินยอม จากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความ ในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ ข้าพเจ้า สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางวราภรณ์ ไชยตาล เบอร์โทรศัพท์ 081-9502434 หรือ นางกัญญา ศรีอรุณ เบอร์โทรศัพท์ 0903160971 ติดต่อที่งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ในเวลาราชการ เบอร์โทรศัพท์ 054-335262-8 ต่อ 222

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ลงนาม.....อาสาสมัคร

(.....)

กรมการแพทย์

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ลงนาม.....พยานที่ไม่ใช่ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือดำเนินการเพื่อการวิจัย

เรื่อง ประสิทธิภาพของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะทุพโภชนาการและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ก่อนและหลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัดแบบประเมินมีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (Screening)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Triage (NT 2013 : Nutrition Assessment)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด

ขอความกรุณาท่านให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม ตามความคิดเห็นของท่าน เพื่อเป็นข้อมูลนำไปใช้ในการศึกษาประสิทธิภาพของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ผลการวิจัยครั้งนี้ จะนำเสนอภาพรวม ซึ่งไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายแต่ประการใดแก่ผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ ทั้งสิ้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลตามแบบประเมินครั้งนี้ จึงขอขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

นางวรารัตน์ ไชยताल

กรมการพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง เลือกคำตอบ โดยทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

- เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี
- น้ำหนักkg. ส่วนสูง..... cm.
- การศึกษา ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมหรืออนุปริญญา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
- ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ ระบุ
- สถานภาพสมรส โสด สมรส
 หย่า/แยก หม้าย
- อาชีพ รับราชการ รับจ้าง
 รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
- รายได้ น้อยกว่า 2,000 บาท 2,000 – 5, 000 บาท
 5,001 – 10,000 บาท 10,001 – 20,000 บาท
 มากกว่า 20,000 บาท
- โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
- ตำแหน่งที่เป็นโรคมะเร็ง
- ระยะของโรคมะเร็ง ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ระยะที่ 4 ไม่ทราบ
- การรักษาโรคมะเร็ง ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ยาเคมีบำบัดอย่างเดียว
 รังสีรักษาอย่างเดียว ประคับประคองอาการ
 อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (Screening)



Center Selection 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 ชั่งตาม 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						
	ผู้คัดกรอง					

ผลการคัดกรอง

ถ้าตอบ ใช่ ≥ 2 ข้อ ทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อ หรือปรึกษานักกำหนดอาหาร/ทีมโภชนาบำบัด

ถ้าตอบ ใช่ ≤ 1 ข้อ ให้คัดกรองซ้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Triage (NT 2013 : Nutrition Assessment)

การประเมินภาวะทุพโภชนาการ (NT 2013 : Nutrition Assessment)



ประยุกต์จากแบบประเมินที่จัดทำโดย White JV, et al. Consensus Statement : J Acad Nutr Diet 2012; 112(5):730-738

วัตถุประสงค์ของการประเมิน..... ชื่อนามสกุลผู้ป่วย..... อายุ..... ปี HN..... AN.....
 เพศ ชาย / หญิง, ประเภท OPD..... / IPD หรือผู้ป่วย..... การวินิจฉัยโรค.....
 ส่วนสูง..... cm, IBW....., UBW....., CBW....., Weight loss gain..... kg., BMI.....
 (IBW : Ideal body weight : นน.มาตรฐาน หรือ ที่ควรจะเป็น; UBW : Usual body weight : นน. ปกติ; CBW : Current body weight : นน. ปัจจุบัน)

สภาพผู้ป่วย (Patient performance status score)

ECOG	0	1	2	3	4
Karnofsky	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

6. ตรวจร่างกายหาคือ (ประเมินด้วยตัวเอง)

	0	1	2	3
--	---	---	---	---

คะแนน 0 = ระดับ 4-5 (strong), 1 = ระดับ 2-3, 2 = ระดับ 1, 3 = ระดับ 0 (no strength)

1. ประวัติการรับประทานอาหาร หรือ สารอาหาร

พิจารณาการทานที่ **ประเภท-ปริมาณ-คุณภาพ** ของสารอาหาร และ **ระยะเวลา** ที่เปลี่ยนแปลง

ให้คะแนน 0 = ปกติ หรือ เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ไปจนถึงคะแนน 4 = ติดกึ่งรุนแรง

ประเภท-ปริมาณ-คุณภาพอาหาร หรือ สารอาหาร ที่รับได้จริง	ระยะเวลา ที่เปลี่ยนแปลง / คะแนน	ค่าจริง	1	2	3	4
[] กินเอง [] TF [] PN [] Standard IV	≤ 7 วัน	8-14 วัน	> 14 วัน			
[] Combustion	[]	[]	[]			
TF : tube feeding, PN : Parenteral nutrition						
[] < 10% (NPO, ได้รับแค่ น้ำเกลือ นวกรวม)	[0] [1] [2]	[2] [3]	[3] [4]			
[] 10-25% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0] [1]	[1] [2]	[2] [3]			
[] 25-50% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0]	[0] [1]	[1] [2]			
[] 50-75% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0]	[0]	[1]			
[] 75-100% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0]	[0]	[0]			

7. ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย (≥ 3 เดือน) ที่มีผลกระทบ ต่อ ภาวะโภชนาการ และ ผลปฏิบัติ

(0 = ไม่มีโรคเลย ให้ได้, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, และ 3 = รุนแรง)

โรคและ ภาวะแทรกซ้อน	คะแนน	0	1	2	3
โรคมะเร็ง (Stage I = 0, II = 1, III = 2, IV = 3)					
โรคปอด (TB, COPD, ...)					
โรคไต (ไตวายเรื้อรัง แต่ยังมีสภาวะ = 2, HD/PD = 3)					
โรคตับ (Hepatic Encephalopathy = 3)					
HIV (น้ำหนัก-นบ. ลด < 10% = 1-2, นบ. ลด > 10% + wasting = 3)					
โรค/สภาวะอื่นๆ (eg. Short bowel, ...)					
ต้องยาน (น้ำหนัก-นบ. ลด < 2, ห้ามท้อง = 3)					
แผลกดทับ (พิจารณาความกว้างลึก ถึงไขมัน = 2, กล้ามเนื้อ = 3)					
แผลเรื้อรังอื่นๆ					

หมายเหตุ ให้คะแนน แต่ละ ภาวะ แล้วรวมคะแนน แต่ละรวมสุดท้าย ไม่เกิน 3

2. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

[] เพิ่มขึ้น หรือ [] เพิ่มขึ้น กก. / เวลา..... (คะแนน = 0)

[] ลดลง..... ในระยะเวลา..... เดือน หรือ..... สัปดาห์

ระยะเวลา	% น้ำหนักที่ลดลง		
	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง
คะแนน	1 [1]	2 [2]	3 [3]
[] 1 สัปดาห์	< 1%	1-2%	> 2%
[] 2-3 สัปดาห์	< 2%	2-3%	> 3%
[] 1 เดือน	< 4%	4-5%	> 5%
[] 3 เดือน	< 7%	7-8%	> 8%
[] > 5 เดือน	< 10%	10%	> 10%

8. ประเมินความรุนแรง ของ ภาวะเจ็บป่วย **เฉียบพลัน** หรือ **ตั้งเฉียบพลัน** ที่มีผลกระทบ ต่อ ภาวะโภชนาการ และ ผลปฏิบัติ

(0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, และ 3 = รุนแรง)

Stress : severity of hypermetabolism / catabolism	คะแนน	0	1	2	3
อุบัติเหตุ, บาดเจ็บ, การอักเสบ-ติดเชื้อ, Burns, ...					
Non neurological trauma					
Head injury, Acute spine injury (GCS 15 = 0, 14-13 = 1, 12-8 = 2, 7-3 = 3)					
Burn (minor : ตื้น < 15%, mod. : ลึก > 5%, major : ตื้น > 20% / ลึก > 10%)					
Sepsis (sepsis = 1, severe sepsis = 2, septic shock = 3)					
Recent major operation (1-2 wk.)					
Acute pancreatitis, Hepatitis, Peritonitis, Necrotizing fasciitis					
Disease / Other condition (eg. MI, GI bleed, shock, severe diarrhea, EC-fistula)					

หมายเหตุ ให้คะแนน แต่ละ ภาวะ แล้วรวมคะแนน แต่ละรวมสุดท้าย ไม่เกิน 3

modified from Kovacevich DS, et al. N. risk classification in PN Handbook. A.S.P.E.N.2009
 or CBW < IBW - 20% : severe (EN Handbook, ASPEN, 2009, p.5)
 or CBW < previous 1 year BW - 20% : severe (PN Handbook, ASPEN, 2014, p.9)

3. ภาวะบวม (Fluid accumulation)

พิจารณาตำแหน่ง (เฉพาะที่-หลายแห่ง) / กลุ่ม (มาก-น้อย)	คะแนน
ไม่มีบวม (มี-บวม ทั้ง 2 ข้าง-หน้าอก-ลำตัว-ท้องขา ทั้ง 2 ข้าง)	0
บวมเล็กน้อย (บวมทั้ง 2 ข้าง-หน้าอก-ลำตัว-ท้องขา ทั้ง 2 ข้าง)	1
บวมปานกลาง (มี-บวม หรือ ขบทั้งท้องขา ทั้ง 2 ข้าง)	2
บวมทั่วตัว (ระดับ 3'-4' (รอบ) ไม่ลึก 6-8 มม.)	3

9. สรุปคะแนนรวม (ข้อ 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 = ข้อ 9)

[] กรณี **ไม่** สามารถประเมินได้แน่นอน **รวม** ไม่รู้สึกตัว

ระดับภาวะทุพโภชนาการ	ช่วงคะแนนรวม	การปฏิบัติ
[] NT-1 (ไม่มีหรือ มีเล็กน้อย)	0-4 คะแนน	ติดตามประเมินทุก 6-8 สัปดาห์
[] NT-2 (เล็กน้อย)	5-7 คะแนน	ติดตามประเมินทุก 4-6 สัปดาห์
[] NT-3 (ปานกลาง)	8-10 คะแนน	ควรเริ่มให้โภชนาการ ประเมินทุก 3-7 วัน
[] NT-4 (รุนแรง)	> 10 คะแนน	พิจารณาส่งปรึกษาทีมโภชนาการ

4. ระดับการสูญเสียไขมัน (Body fat loss) ประเมินด้วยตัวเอง

	0	1	2	3
--	---	---	---	---

0 = ปกติ, 1 = มีไขมันน้อย, 2 = ไขมันน้อยมาก, 3 = หนังเริ่มกระตุก

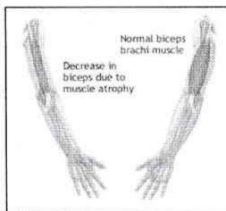
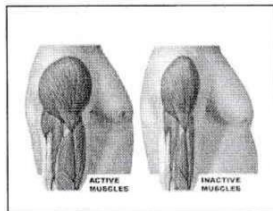
5. ระดับการสูญเสียกล้ามเนื้อ (Muscle loss) ประเมินด้วยตัวเอง

	0	1	2	3
--	---	---	---	---

0 = ปกติ, 1 = กล้ามเนื้อบวม, 2 = กล้ามเนื้อลีบ, 3 = หนังไม่กระตุก

ผู้ประเมิน [] แพทย์ [] พยาบาล [] นักโภชนาการ [] อื่นๆ
 แพทย์ รับผิดชอบการประเมิน

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status			Karnofsky Performance Status	
Score	Description		Score	Description
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction.		100	Normal, no complaints, no evidence of disease.
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light housework, office work.		90	Able to carry on normal activity, minor signs or symptoms of disease.
2	Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours.		80	Normal activity with effort, some signs or symptoms of disease.
3	Capable of only limited self-care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours.		70	Cares for self, unable to carry on normal activity or do active work.
4	Completely disabled. Cannot carry on any self-care. Totally confined to a bed or chair.		60	Requires occasional assistance, but is able to care for most of his/her needs.
			50	Requires considerable assistance and frequent medical care.
			40	Disabled, requires special care and assistance.
			30	Severely disabled, hospitalization indicated. Death not imminent.
			20	Very sick, hospitalization indicated. Death not imminent.
			10	Moribund, fatal processes progressing rapidly.



ตรวจประเมิน มวลกล้ามเนื้อ ที่ลดลง (ในภาพรวม)
 * มือ แขน ขา หน้าตรงอก กล้ามเนื้อท้อง

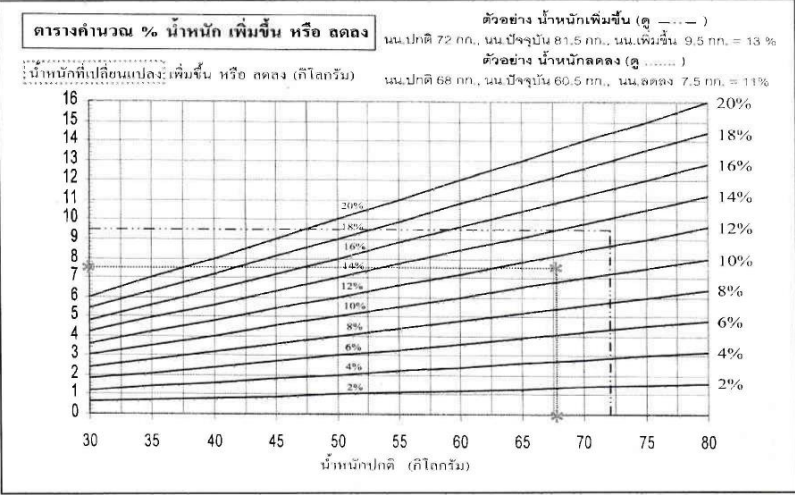
ตรวจประเมิน มวลไขมัน ได้ผิวหนัง ของร่างกาย (ในภาพรวม)
 * ไขมัน (periorbital fat) ขบ (temporal area)
 * สันเขน (หน้า M. biceps), หลังสันเขน (บริเวณ M. triceps)
 * ใต้กระดูกโพล่ง (subpectoral), ไขมันหน้าท้อง

วิธีการตรวจ สมรรถภาพ กล้ามเนื้อผู้ป่วย
 มือ : กำหรือบีบ มือผู้ตรวจ เท้า : กระดก ข้อเท้า ขึ้น-ลง
 แขน : ยก งอเหยียด สอด ไหล่ ขา : ยกขา งอ-เหยียด เข่า

วิธีหาน้ำหนักที่ควรจะเป็น (Ideal body weight)
 ชาย = ส่วนสูง (ซม.) - 100 , หญิง = ส่วนสูง (ซม.) - (105-110)

M : IBW (kg) = 50 + (0.91 x (ht. in cm. - 152.4))
 F : IBW (kg) = 45.5 + (0.91 x (ht. in cm. - 152.4))
 (from : ARDS Network, NEJM, May 2000, 342 (18) : 1301-08)

สมรรถภาพกล้ามเนื้อ (The Medical Research Council grading of muscle power)
 Grade 0 ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย (อัมพาต) (3 คะแนน)
 Grade 1 สามารถเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย แต่เฉพาะในแนว horizontal (2 คะแนน)
 Grade 2 สามารถเคลื่อนไหว ด้านแรงดึงสุดของไกลดามแนว vertical ได้ (1 คะแนน)
 Grade 3 สามารถเคลื่อนไหวตามแนว vertical และ ด้านแรงขึงสุดของข้อได้ (1 คะแนน)
 Grade 4 มีอาการอ่อนแรงเพียงเล็กน้อย (0 คะแนน)
 Grade 5 ปกติ (0 คะแนน)
 อ้างอิง: ดัชนีแพทย์ อัมพาต : ประเมินสมรรถภาพ M, ของ แขน-ขา วรวิธ ส่วน M, ที่มียंत्र



ส่วนที่ 4 แบบประเมินพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามและทำเครื่องหมาย / ในข้อความที่ท่านเลือก

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ท่านพึงพอใจในกระบวนการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ					
ท่านพึงพอใจในการประเมินภาวะทุพโภชนาการในระหว่างการรักษา					
ท่านพึงพอใจในกระบวนการให้โภชนบำบัด					
ท่านพึงพอใจในการติดตามภาวะทุพโภชนาการ					
ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน					
สื่อที่ใช้ทันสมัยและเหมาะสม					
ความพึงพอใจในภาพรวมต่อกระบวนการให้โภชนบำบัด					

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ภาคผนวก ง

แผ่นพับประกอบการสอน เรื่อง High Calories Diet อาหารเพิ่มพลังงานและปีชรตินสูง ในผู้ป่วยมะเร็ง

อาหารสำหรับผู้ป่วยที่เบื่ออาหาร

เมนูตัวอย่าง โยเกิร์ตผสมผลไม้

กล้วยน้ำว้าสุก	1 ผล
มะละกอสุก	6-8 ชิ้น
โยเกิร์ตธรรมชาติ	1 ถ้วย
อาหารทางการแพทย์	1 แก้ว
หรือนมพร่องมันเนย	1 ถ้วย
น้ำมะนาว	1 ช้อนชา
เกลือป่นเล็กน้อย	

วิธีทำ
นำส่วนผสมทั้งหมดปั่นในโถปั่นให้ละเอียด เทใส่แก้วดื่ม อาหารเสริมระหว่างมื้อ สูตรนี้ ให้พลังงาน ประมาณ 320 กิโลแคลอรี โปรตีนประมาณ 14 กรัม



อาหารสำหรับผู้ป่วยมีปัญหาท้องอืด

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลทำให้ท้องอืด และมีไขมันสูง ย่อยยาก เช่น นมวัว ช็อกโกแลต โยเกิร์ต ขนมเค้ก ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารทอด แมกะทิ และผักต่างๆ เช่น กะหล่ำปลี ถั่วฝักยาว ผักขอม บรอกโคลี ัญพืชต่างๆ และถั่วเมล็ดแห้งไม่ควรรานย่อย
- ผักผลไม้ควรรับประทานครั้งละน้อย ๆ
- เนื้อสัตว์ควรรับประทานให้หลากหลาย
- รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง
- ทานเนื้อสัตว์ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา เต้าหู้ เนื้ออกไก่ ไข่ขาว
- อาหารทางการแพทย์รับประทานที่มีส่วนผสมของโปรตีนเวย์ มากกว่าเคซีน และไม่มีถั่วเหลืองเป็นส่วนประกอบมากนัก
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจังก์
- ไม่ควรรับประทานอาหารจังก์เป็นประจำ
- ไม่ควรดื่มน้ำก่อนรับประทานอาหาร
- หลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ไม่ควรนอนราบ อาจจะมีหรือเดิน ย่อยอาหารสักพักก่อน
- งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม และหลีกเลี่ยง เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

ด้วยความปรารถนาดี
กรมการโรคทางระบบทางเดินอาหารและตับ

054 335 262-8 ต่อ 183
199 หมู่ 12 ต.บึงขาคี อ.เมือง จ.ลำปาง 52000





High Calories Diet
อาหารเพิ่มพลังงานและโปรตีนสูงในผู้ป่วยมะเร็ง



อาหารเพิ่มพลังงานสูง

เหมือนอาหารคนปกติทั่วไป แต่ต้องเพิ่มปริมาณอาหารมากขึ้น การเพิ่มสารอาหาร สามารถทำได้ดังนี้

- สารอาหารที่ให้พลังงาน การจัดการควรเพิ่มปริมาณทีละน้อย เช่น เพิ่มวันละ 300 กิโลแคลอรี ต่อวัน ถ้าคนใช้รับหมด ค่อยๆ เพิ่มอาหารขึ้นตามลำดับ
- อาหารควรเพิ่ม โปรตีนร่วมด้วย ผู้ใหญ่ควรเพิ่ม 1.5 - 2 กรัม ต่อร่างกายตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน ส่วนในเด็ก วัยเจริญพันธุ์ อาจเพิ่มมากกว่านี้ได้

ตัวอย่างอาหารเพิ่มพลังงาน
ไข่ดาว ไข่เจียว ข้าวกล้อง แมกะทิ อกไก่ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ผักชีวี่ ผักโขม ราชหน้า ขนมเค้ก ขนมปัง ขนมหวานต่าง ๆ กล้วยสุก ข้าวโพค กล้วยเชื่อมอบแห้ง นมสด ฟักทองนึ่ง เป็นต้น

โปรตีน
คือสารอาหารที่ประกอบไปด้วยกรดอะมิโนที่จำเป็นสำหรับร่างกาย มีหน้าที่สร้างความแข็งแรงและซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกายและช่วยในการทำงานของ กระดูก กล้ามเนื้อ และผิวหนังโปรตีนมาจาก 2 แหล่ง

- โปรตีนจากสัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ หรือเนื้อสัตว์ทุกชนิด นมวัว ไข่
- โปรตีนจากพืช เช่น นมถั่วเหลือง เต้าหู้ ัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น

อาหารที่มีโปรตีนสูง

- เนื้อสัตว์ทุกชนิด เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ ไข่ไก่ เป็นต้น
- ผลิตภัณฑ์จากนมและอาหารทางการแพทย์
- ถั่วเมล็ดแห้งและถั่วฝักยาว

เมนูอาหารโปรตีนสูงสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

ไข่ขาวตุ๋นทรงเครื่อง

ไข่ไก่	1 ฟอง
ไข่ขาว	4 ฟอง
แครอทหั่นสี่เหลี่ยมลูกเต๋า	1 ช้อนโต๊ะ
ฟักทองหั่นลูกเต๋า	1 ช้อนโต๊ะ
เห็ดหอมหั่น	4 ดอก
เนื้ออกไก่สับละเอียด	1 ช้อน
ข้าวโพคหั่นบาง ๆ	1 ช้อนโต๊ะ
ผักชี	1 ลูก

ปรุงรสด้วยพริกไทยป่น ซีอิ้วขาว

วิธีทำ

- นำแครอท ฟักทอง เห็ดหอม ข้าวโพคผสมกับไข่ขาวดิบ และเนื้ออกไก่สับ ปรุงรสด้วยพริกไทยป่น ซีอิ้วขาว
- นำส่วนผสมใส่กระทงหรือถ้วย นำไปนึ่งให้สุก ตกแต่งด้วยต้นหอมผักชี



สูตรอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก

มีส่วนผสม ดังนี้

ไข่ไก่	4 ฟอง
อกไก่หรือเนื้อปลา	130 กรัม
ฟักทอง	100 กรัม
กล้วยน้ำว้าสุก	150 กรัม
น้ำคาลทราล	95 กรัม
น้ำมันพืช	2 ช้อนชา
เกลือ	1 ช้อนชา
ข้าวสวย	165 กรัม

วิธีทำ

- ล้างส่วนผสมที่เตรียมไว้ให้สะอาด ทั้งส่วนผสมและชิ้นไก่ในหม้อ
- เติมน้ำสะอาดลงในหม้อต้มจนพารวม
- นำอาหารที่สุกแล้วเอาไปปั่นให้ละเอียด
- เติมน้ำมันพืชให้ถึง 1500 ซีซี ปั่นไปจนมีเนื้อเนียน
- นำอาหารใส่ภาชนะที่สะอาด เก็บแช่ตู้เย็นไว้แบ่งให้ผู้ป่วยรับประทาน



ภาคผนวก จ
หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม



โดยชนวนาตมมะเร็งลำปาง
ภคณภพชชช

ใบรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
เลขที่หนังสือ 16 / 2567

ชื่อโครงการ: ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลโภชนบำบัดต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
(Effectiveness of Nutrition Support Nursing Program on Malnutrition in Cancer Patient, Lampang Cancer Hospital)

รหัสโครงการ: 16/2567

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางวารภรณ์ ไชยताल

หน่วยงานที่สังกัด: งานพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

สถานที่ทำวิจัย: โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

เอกสารที่รับรอง:

1. โครงร่างการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
4. เครื่องมือดำเนินการวิจัย
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (Screening)
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Triage (NT 2013: Nutrition Assessment)
 - ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด

วันที่รับรอง : 18 มกราคม 2567

วันที่สิ้นสุดการรับรอง: 17 มกราคม 2568

การพิจารณา: แบบเต็มชุด (Full board)

คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งบ้าง
ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ

ลงนาม.....

(นายพิพัฒน์ คุประเสริฐยิ่ง)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(นายวีรวัต อุดรพันธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งบ้าง

ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงทัศนวรรณ อาษากิจ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานรังสีรักษา
ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2. นางสุภา เกียรติทองแก้ว โภชนากรชำนาญงาน กลุ่มงานโภชนศาสตร์ ภารกิจด้านวิชาการ
และการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
3. นางยุพา วงศ์มูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์

ภาคผนวก ข

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ - สกุล

นางวราภรณ์ ไชยताल

วัน เดือน ปีเกิด

30 กรกฎาคม 2515

ประวัติการศึกษา

- มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนารีรัตน์ จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2534

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2538

ประวัติการทำงาน

1. พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในชาย ศูนย์ป้องกันและควบคุม โรคมะเร็ง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 – 2549
2. พยาบาลปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ศูนย์ป้องกันและควบคุม โรคมะเร็ง จ. ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 – 2555
3. พยาบาลปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 – 2566
4. หัวหน้างานพยาบาลโภชนบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2566 – ปัจจุบัน

ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์

1. ร่วมทีมในการทำวิจัยกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
2. พะเยา เรื่อง อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการฉายรังสีและการฝังแร่ ตีพิมพ์ใน Journal of Health and Nursing Research Vol. 37 No. 1 January – April 2021

ผู้ร่วมวิจัย**ชื่อ - สกุล**

นางรัตนารณณ์ รักชาติ

วัน เดือน ปีเกิด

1 มกราคม 2513

ประวัติการศึกษา

- มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแจ้ห่มวิทยา ปี 2532
- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์เทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี)
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ปี 2546

ประวัติการทำงาน

1. หัวหน้างานเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ. 2546 - 2548
2. หัวหน้าหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ. 2548 - 2551
3. หัวหน้างานสุขศึกษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ. 2553 - 2558
4. หัวหน้างานพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ. 2558 - 2561
5. หัวหน้างานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ. 2561 - ปัจจุบัน

ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์

1. ปี 2565 ผลงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในจังหวัดลำปาง : การวิจัยและพัฒนาตีพิมพ์วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565)
2. ปี 2564 ผู้ร่วมวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ : การวิจัยและพัฒนาตีพิมพ์วารสารวารสารกองการพยาบาลปีที่ 48 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564)
3. ปี 2565 ผู้ร่วมวิจัย “ผลลัพธ์ทางสุขภาพของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง: การศึกษาเวชปฏิบัติในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง” ตีพิมพ์วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 เดือน (เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2567)

ชื่อ - สกุล นางกัญญา ศรีอรุณ
 วัน เดือน ปีเกิด 3 มกราคม 2515
 ประวัติการศึกษา
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย จังหวัดลำปาง พ.ศ.2534
 - พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พ.ศ.2542

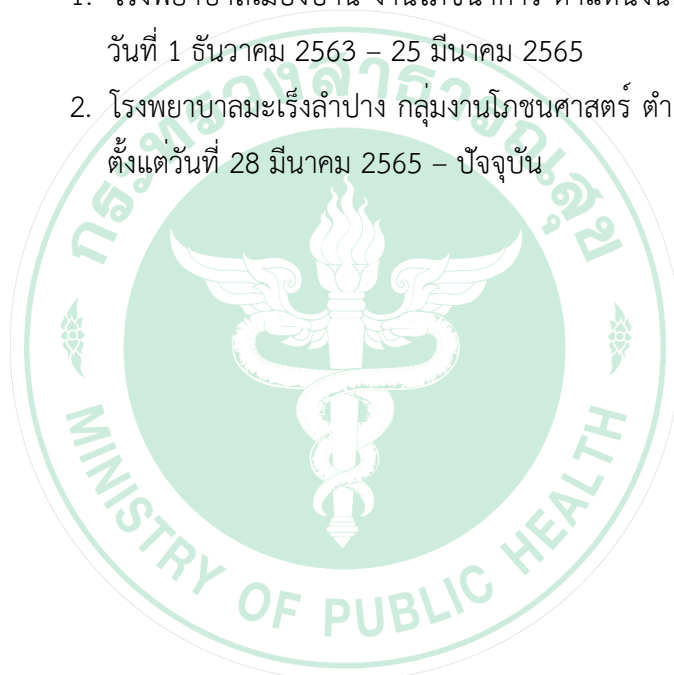
ประวัติการทำงาน

1. พยาบาลปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในหญิง ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 - 2548
2. รองหัวหน้างานหอผู้ป่วยในหญิง ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2551
3. รองหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จ.ลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 - 2554
4. รองหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 - 2558
5. หัวหน้างานหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 - 2565
6. หัวหน้างานพยาบาลประคับประคอง ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 - ปัจจุบัน

ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์

1. ร่วมวิจัย ปี 2565 ผลงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยความร่วมมือของชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในจังหวัดลำปาง : การวิจัยและพัฒนา” ตีพิมพ์วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2565)
2. ผลงานวิจัย เรื่อง ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ดูแล ส่งตีพิมพ์วารสารกรมการแพทย์ อยู่ระหว่างตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

- ชื่อ - สกุล นายณัฐรินทร์ กันจะสิน
- วัน เดือน ปีเกิด 6 พฤษภาคม 2541
- ประวัติการศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพะเยาพิทยาคม
 - คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขาโภชนาการและการกำหนดอาหาร มหาวิทยาลัยพะเยา
- ประวัติการทำงาน
1. โรงพยาบาลเมืองปาน งานโภชนาการ ตำแหน่งนักโภชนาการ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2563 - 25 มีนาคม 2565
 2. โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กลุ่มงานโภชนศาสตร์ ตำแหน่งนักโภชนาการ ตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม 2565 - ปัจจุบัน



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์