

การประเมินและการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอโดยพยาบาล

Nutrition Assessment and Nutrition Care in Head and Neck Cancer Patient by Nurse

อาทิตย์ กระภูทิต (Arthit Krapoohrit)* จีรนันท์ แก้วกล้า (Jeeranun Keawkha)** จตุรงค์ จงสถิตไพบูลย์ (Jaturong Jongsatitpaiboon)*** อาภาพร เฝ้าวัฒนา (Arpaporn Powwattana)****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการประเมินและการดูแลทางโภชนาการของพยาบาล ในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 140 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ โดยดูความสอดคล้องของการประเมินและการดูแลทางโภชนาการของพยาบาล กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่ประเมินจากแบบประเมินภาวะโภชนาการ (PG-SGA) ผลการวิจัย พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง 98 ราย (ร้อยละ 70.0) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้พยาบาลได้ประเมินภาวะโภชนาการ 94 ราย (ร้อยละ 95.91) แต่ไม่พบข้อมูลที่สามารถบอกระดับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ ส่วนด้านการดูแลทางโภชนาการ พบว่า ในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงทั้งหมด มีการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการ 83 ราย (ร้อยละ 85.0) ซึ่งเป็นคำแนะนำหรือคำปรึกษาทั่วไป สรุปการประเมินและการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยพยาบาล มีไม่สอดคล้องกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

ABSTRACT

A survey was conducted to investigate nutritional assessment and nutritional improvement among hospitalized patients with any stages of head and neck cancer by nurses. Information was extracted from nurse note and compare with Patient Generated Subjective Global Assessment [PG-SGA] assessed by a nutritionist. Nutritional assessment verified by a nutritionist reported 98 patients [70%]. Among 98 severe malnourished patients, 94 patients [95.91%] underwent nutritional status that could not be determined the nutritional status by nurse. 83 patients [84.69%] received education on nutritional improvement but information was not specific to each individual. Nutritional assessment by nurses was done in most patients however inadequate information was obtained and thus nutritional Improvement could not be appropriately given.

คำสำคัญ: การประเมินทางโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ

Key Words: Nutrition assessment, Malnutrition, Patient with head and neck cancer

* นักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาโภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

โรคกระเจ็กรเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย พบได้ในประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ทุกระดับเศรษฐกิจและสังคม เป็นโรคที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตมนุษย์ อีกทั้งเป็นโรคที่ต้องรับการดูแลรักษาที่ยาวนาน และมีผลข้างเคียงค่อนข้างรุนแรง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้ง ทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ อุบัติการณ์การเกิดโรคกระเจ็กรเพิ่มสูงขึ้นในทุกประเทศ (ัชมน, 2552) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งของคนไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 ติดต่อกันมาเป็นเวลา 10 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2010) แสดงถึงว่ายังคงเป็นปัญหาปัญหาและอาจทวีความรุนแรงขึ้น หากไม่มีมาตรการป้องกัน ควบคุม และการตรวจวินิจฉัยร่วมกับการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (Middleton et al., 2001) จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น เกิดการติดเชื้อและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งขาดคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น (Gallagher et al., 1996; Nourissat et al., 2008) นอกจากผลกระทบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีผลกระทบที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากกับผู้ป่วยโรคกระเจ็กร คือ การเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Stratton et al., 2003; Van den Berg et al., 2008) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีคุณภาพชีวิตลดลงระหว่างการรักษา (กรมการแพทย์, 2554) ปี พ.ศ. 2552 มีการศึกษาที่รายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคกระเจ็กรและลำคอกับภาวะทุพโภชนาการ พบว่า มีผู้ป่วยโรคกระเจ็กรและลำคอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศมากเป็นอันดับ 5 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งหมด และมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยนานถึง 14 วัน ซึ่งนานกว่าโรคกระเจ็กรชนิดอื่น สาเหตุเนื่องมาจาก หลังการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องใช้วิธีการรับประทานอาหารทางสายให้อาหาร จึงส่งผลให้ต้องนอนพักรฟื้นเป็นระยะเวลานาน และ

การรักษาโรคกระเจ็กรและลำคอ แพทย์ผู้รักษาใช้วิธีการให้เคมีบำบัด การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี ถึงแม้จะได้ผลในการรักษาที่ดี แต่สำหรับผู้ป่วยมักประสบปัญหาความพิการของอวัยวะใกล้เคียง ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการฉายรังสี เช่น การเกิดแผลในช่องปาก ประสาทการรับรสและกลิ่นเปลี่ยน ค่อม น้ำลายผลิตน้ำลายได้น้อยลง อีกทั้งเสี่ยงต่อ ฟันผุ และส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา (Harriet, 2007)

การประเมินและการดูแลทางโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรต้องปฏิบัติในระหว่างการรักษา แพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มแรกที่ได้เจอผู้ป่วย หากไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการ ผู้ป่วยก็ไม่สามารถได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการรายงานเรื่องการประเมินและการดูแลทางโภชนาการ ที่ไม่สอดคล้องและไม่เพียงพอกับภาวะโภชนาการจริงของผู้ป่วย โดยแพทย์และพยาบาลสามารถตรวจพบผู้ป่วยมีปัญหาในการสูญเสียความอยากอาหารได้เพียงร้อยละ 52 และน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 18 ของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจริง (Adam et al., 2008) และยังมีรายงานการศึกษาที่ศึกษาจากบันทึกทางการแพทย์และการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ 324 ราย มีผู้ป่วยเพียง 51 ราย ที่ได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการจากนักโภชนาการของโรงพยาบาล และมีการประเมินทางด้านโภชนาการในผู้ป่วยระหว่างที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจากแพทย์และพยาบาลเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษารายงานเรื่องการประเมินและการดูแลทางด้านโภชนาการพบว่า ยังขาดการนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันและรักษาอย่างเพียงพอ ถึงแม้ว่าจะมีการจัดอบรมให้ความรู้ทางด้านโภชนาการในผู้ป่วย ให้กับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องแล้วก็ตาม (Bavelaar & Otter, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีรายงานการศึกษาของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่พักร

รักษาตัวในโรงพยาบาลเพียงเล็กน้อย และศึกษาในผู้ป่วย ที่ป่วยด้วยโรคทั่วไป นอกจากนี้ในเมืองไทยยังไม่มีพบการศึกษาในลักษณะนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการประเมินและการดูแลทางโภชนาการของพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดการดูแลทางด้านโภชนาการของผู้ป่วยในระยะยาว นำไปสู่การให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการประเมินและการดูแลทางโภชนาการของพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้น เพื่อศึกษาการประเมินและการดูแลทางโภชนาการของพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยทุกช่วงอายุ เพศ ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอ อยู่ระหว่างการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วย และยินยอมให้ทำการศึกษายกเว้นผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่หมดสติไม่รู้สีกตัว

วิธีการศึกษาแบ่งได้ 2 ส่วน คือ 1.ศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและการดูแลทางโภชนาการของพยาบาล จากบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่จัดเก็บผ่านระบบ Hospital Information System (HIS) ซึ่งเป็นระบบการจัดเก็บฐานข้อมูลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา 2.ศึกษาจากการทำการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วย PG-SGA (Patient Generated Subjective Global Assessment) โดยแบบ PG-SGA สามารถประเมินได้ 3 ระดับ คือ ภาวะโภชนาการปกติ(คะแนนน้อยกว่า 9) ภาวะทุพโภชนาการปานกลาง(คะแนนระหว่าง 9-18) และภาวะทุพโภชนาการ

รุนแรง (คะแนนมากกว่า 18) (Bauer et al., 2002) ซึ่งแบบประเมิน PG-SGA มีความน่าเชื่อถือ มีความถูกต้อง และแม่นยำสูง โดยได้รับการยอมรับจาก Oncology Issues Editorial Board ว่าเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ ถึงแม้ยังไม่ถึงกับยอมรับ PG-SGA ว่าเป็นมาตรฐานสากล (Gold Standard) ในการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่แบบประเมิน PG-SGA ก็ถูกนำไปใช้ในการเปรียบเทียบความแม่นยำของตัวคัดกรองภาวะโภชนาการในหลายๆการศึกษาในปัจจุบัน (Reference standard) (Roulston & McDermott, 2009; Amaral et al., 2008)

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะ โภชนาการผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน PG-SGA ใน 48 ชั่วโมงแรกและเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกทางการแพทย์หลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อศึกษาลักษณะการประเมินและการดูแลทางโภชนาการ ความสอดคล้องของการประเมินและการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยของพยาบาลกับภาวะโภชนาการที่ประเมินได้จริงจากนักโภชนาการ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่เข้าร่วมการศึกษานี้ 140 ราย มีอายุเฉลี่ย 53.16 ± 15 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 21.11 ± 4.72 น้ำหนัก/ส่วนสูงเมตร² และป่วยเป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะที่ 4 มากที่สุด 76 ราย (ร้อยละ 54.30) ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ Nasopharynx (มะเร็งหลังโพรงจมูก) 52 ราย (ร้อยละ 37.14) ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร 75 ราย (ร้อยละ 53.57) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มียาที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ทั้งในเรื่องการเดินได้เอง และการทำกิจวัตรประจำวันได้เองในระดับดี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	n=140
1. เพศ	
- ชาย	93 (66.43%)
- หญิง	47 (33.57%)
2. อายุเฉลี่ย ปี $\pm$ SD	53.16 $\pm$ 15 ปี
3. ค่าดัชนีมวลกาย Kg/m ² $\pm$ SD	21.11 $\pm$ 4.72
4. ชนิดโรคมะเร็ง	
- Nasopharynx	52 (37.14%)
- Glottic larynx	7 (5%)
- Hypopharynx	7 (5%)
- มะเร็งชนิดอื่นๆ	68 (48.57%)
4. ระยะโรคมะเร็ง	
- ระยะที่ 1	6 (4.30%)
- ระยะที่ 2	13 (9.30%)
- ระยะที่ 3	23 (16.40%)
- ระยะที่ 4	76 (54.30%)
- ไม่ได้ระบุ	22 (15.70%)
5. ให้อาหารทางสายให้อาหาร	75 (53.57%)
6. สภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน	
- เดินได้เองดี	108 (77.14%)
- ทำกิจวัตรประจำวันได้เองดี	108 (77.14%)

จากการประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน PG-SGA พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง 98 ราย (ร้อยละ 70.0) และพบผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติเพียง 12 ราย (ร้อยละ 8.57) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยแยกตามระดับภาวะโภชนาการจากการประเมินด้วย PG-SGA

ผู้ป่วย (ราย)	โภชนาการ ปกติ/ (%)	ทุพโภชนาการ ปานกลาง/ (%)	ทุพโภชนาการ รุนแรง/ (%)
140	12/(8.57)	30/(21.43)	98/(70.0)

ในเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยด้วยวิธีการสอบถามปัญหาทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการตามแบบฟอร์มเรกรับผู้ป่วยในบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งมีคำถามเรื่อง ภาวะน้ำหนักลด (ใน 6 เดือนที่ผ่านมา) กับภาวะเบื่ออาหาร ส่วนอาการอื่นๆ ได้รับข้อมูลจากการบันทึกในส่วนอื่นๆ ของบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งอาจได้มาจากการสอบถามของพยาบาล หรือจากการแจ้งอาการของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า ไม่พบว่ามีกรบันทึกการประเมินและสอบถามปัญหาของผู้ป่วยเลย 5 ราย ซึ่งในนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง 4 ราย ที่เหลืออีก 135 ราย (ร้อยละ 96.43) มีการบันทึก ภาวะเบื่ออาหารมากที่สุด 130 ราย (ร้อยละ 92.86) ลดลงมาเป็นภาวะน้ำหนักลด 123 ราย (ร้อยละ 87.86) โดยพบว่า มีการบันทึกปัญหาทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่จำนวนใกล้เคียงกันในทุกระดับภาวะโภชนาการ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะการสอบถามปัญหาทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ

หัวข้อการประเมิน และสอบถาม	ผู้ป่วย/(%) n=140	โภชนาการ ปกติ/(%) n=12	ทุพโภชนาการ ปานกลาง/(%) n=30	ทุพโภชนาการ รุนแรง/(%) n=98
ไม่มีการประเมิน	5/(3.57)	1/(8.33)	-	4/(4.09)
ประเมินผู้ป่วย	135/(96.43)	11/(91.67)	30/(100)	94/(95.91)
- ภาวะน้ำหนักลด	123/(87.86)	11/(100)	28/(93.33)	84/(89.36)
- ภาวะเบื่ออาหาร	130/(92.86)	11/(100)	30/(100)	89/(94.7)
- คลื่นไส้	83/(59.2)	8/(72.73)	19/(63.33)	56/(59.57)
- อาเจียน	79/(56.43)	7/(63.64)	19/(63.33)	53/(56.38)
- ท้องผูก	83/(59.29)	8/(72.73)	16/(53.33)	59/(62.77)
- ท้องเสีย	28/(20)	4/(36.36)	6/(20)	18/(19.15)
- ปากแห้ง	3/(2.14)	-	1/(3.33)	2/(2.13)
- เจ็บแผลในปาก	43/(30.71)	6/(54.55)	9/(30)	28/(29.79)
- รสอาหารเปลี่ยน	2/(1.43)	-	1/(3.33)	1/(1.06)
- แน่นท้อง	83/(59.29)	7/(63.64)	17/(56.67)	59/(62.77)
- การไถ่กลืน	89/(63.57)	8/(72.73)	20/(66.67)	61/(64.89)
- การกลืน	39/(27.86)	1/(9.10)	8/(26.67)	30/(31.91)
- การรับประทานอาหาร อาหาร(บริโภคได้ บริโภคไม่ได้	23/(16.43)	3/(27.27)	6/(20)	14/(14.89)

การศึกษาด้านการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยของพยาบาล โดยดูจากการบันทึกการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการ ตลอดจนการส่งตัวให้นักโภชนาการ พบว่า มีการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการแก่ผู้ป่วย 117 ราย (ร้อยละ 83.57) เมื่อแบ่งตามระดับภาวะโภชนาการ พบว่า พยาบาลให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยได้ใกล้เคียงกันในทุกระดับภาวะโภชนาการ โดยข้อมูลที่ให้คำแนะนำส่วนใหญ่ คือ

- หากได้รับอาหารทางสายให้อาหารครบ 4 มื้อ สามารถให้อาหารเหลวอย่างอื่นเสริมได้ และ

อาหารที่ไม่มีกากที่สามารถให้เสริมได้ เช่น น้ำผลไม้ นม โอวัลติน น้ำเต้าหู้ ส่วนน้ำซุปล น้ำแกงจืดควรกรองเอากากออกก่อนให้ทางสายให้อาหาร 62 ราย (ร้อยละ 44.29)

- ขณะรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย แจ้งพยาบาล 33 ราย (ร้อยละ 28.20)

- บริโภคอาหารให้เหมาะสม ครบ 5 หมู่ เพียงพอกับความต้องการของร่างกายผู้ป่วย และทานอาหารอ่อนได้ไม่จำกัด เช่น ไอศกรีม เยลลี่ น้ำซุปล อาหารบด กว๊าดเต๋ว นม 26 ราย (ร้อยละ 22.22)

สำหรับการส่งตัวให้นักโภชนาการ พยาบาลจะมีการส่งผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการชงอาหารสูตรสำเร็จรูปที่มีการเพิ่มสารอาหารลงไปเพื่อ

ความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพบว่า พยาบาลส่งผู้ป่วยให้นักโภชนาการ 44 ราย ซึ่ง 35 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ลักษณะการการปฏิบัติของพยาบาลในการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการ

การปฏิบัติของพยาบาล	ผู้ป่วย /(%) n=140	โภชนาการ ปกติ/(%) n=12	ทุพโภชนาการ ปานกลาง/(%) n=30	ทุพโภชนาการ รุนแรง/(%) n=98
1. ได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการรายละเอียด ดังนี้	117/(83.57)	11/(91.67)	23/(76.67)	83/(84.69)
- บริโภคอาหารให้เหมาะสมและครบ 5 หมู่	26/(22.22)	-	2/(6.67)	24/(24.49)
- ให้บริโภคอาหารทางปากเป็นหลักถ้าบริโภคได้น้อยให้เพิ่มอาหารทางสายให้อาหาร	18/(12.86)	-	4/(13.33)	14/(14.26)
- หากได้รับอาหารทางสายให้อาหารครบ 4 มื้อสามารถให้อาหารเหลวอื่นๆเสริมได้ และอาหารที่ไม่มีกากที่สามารถให้เสริมได้	62/(44.29)	5/(41.67)	10/(33.33)	47/(47.96)
- เสริมเกลือ	20/(17.09)	2/(16.67)	3/(10.0)	15/(15.30)
- แหล่งอาหารที่มีแคลเซียมสูง	4/(3.42)	-	3/(10.0)	1/(1.02)
- แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง	2/(1.71)	-	-	2/(2.04)
- อาหารที่ป้องกันท้องผูก	2/(1.71)	1/(8.33)	1/(1.02)	-
- อาหารที่ไม่ทำให้ท้องอืด	1/(0.85)	-	-	1/(1.02)
- อาหารช่วยลดการคลื่นไส้	17/(14.53)	2/(16.67)	6/(20)	9/(9.18)
- ขณะรักษาเป็นผู้ป่วยใน ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย แจ้งพยาบาล	33/(28.20)	3/(25)	9/(30)	21/(21.43)
- เมื่อออกโรงพยาบาลมี ถ้วยเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ที่รุนแรง ทานได้น้อยหรือทานไม่ได้ให้มาพบแพทย์	18/(15.39)	2/(16.67)	3/(10)	13/(13.27)
- แจ้งญาติให้ดูแลการทานอาหารของผู้ป่วย	12/(10.26)	-	4/(13.33)	8/(8.16)
- ใช้ออดขอความช่วยเหลือเมื่อจะรับประทานอาหารขณะนอนโรงพยาบาล	6/(5.13)	1/(8.33)	2/(6.67)	3/(3.06)
2. พยาบาลส่งตัวผู้ป่วยให้นักโภชนาการ	44/(31.43)	3/(25.0)	6/(20.0)	35/(35.71)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ทั้งหมด 140 ราย ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 53.16 ± 15 ปี ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่พบส่วนใหญ่ อยู่ในในระยะที่ 4 ซึ่งแตกต่างจากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งพบผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดรายใหม่ ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2009) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงแต่ก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเห็นได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ทั้งในเรื่องการเดินได้เอง และการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง

การศึกษานี้ ในเรื่องปริมาณการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า พยาบาลมีการบันทึกเกี่ยวกับประเมินผู้ป่วย 135 ราย ใน 140 ราย และมีการดูแลทางโภชนาการ 117 ราย ใน 140 ราย จึงมีจำนวนมากพอสมควร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า พยาบาลขาดการสรุปข้อมูลทางด้านโภชนาการในบันทึกทางการพยาบาล (Bavelaar & Otter, 2008) อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาในรายละเอียดของการศึกษานี้พบว่า ข้อมูลที่บันทึก มีไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับภาวะโภชนาการผู้ป่วย

ผลการประเมินระดับภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล ด้วยแบบประเมิน PG-SGA จำนวน 140 ราย หากพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทุพโภชนาการ โดยรวมกลุ่มของจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่ปานกลางถึงรุนแรง พบว่า มีจำนวนมากถึง 128 ราย (91.43%) มีปริมาณร้อยละใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา พบว่า มีภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย 31-87% ซึ่งจะพบภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอกว่ามะเร็งในตำแหน่งอื่น (Harriet, 2007) ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยเกือบทั้งหมด แต่ก็ไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่ามีการประเมินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับภาวะโภชนาการจริงของผู้ป่วย เนื่องจากการ

ประเมินนั้นจะเน้นการสอบถามปัญหาทางด้านร่างกายที่อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการผู้ป่วยโดยบางคำถาม เช่น ภาวะเบื่ออาหาร ภาวะน้ำหนักลด จะเป็นคำถามที่มีอยู่ในแบบฟอร์มแรกรับผู้ป่วยในบันทึกการพยาบาลอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม พบว่า ไม่มีการบันทึกผลการประเมินภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย 10 ราย และน้ำหนักลด 17 ราย อีกด้วย การไม่พบการบันทึกภาวะดังกล่าว อาจเป็นไปได้ว่า พยาบาลมีการประเมินแต่ไม่ได้บันทึก ซึ่งอาจจากรายงานการศึกษาที่พบว่า มีพยาบาลเพียงครึ่งหนึ่งจากพยาบาลทั้งหมด ได้ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับน้ำหนักลด และคำตอบที่ได้มีการบันทึกลงในแบบบันทึกเพียงครึ่งเดียว (Lennard et al., 1995) นอกจากนี้เป็นที่น่าสนใจว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง มีการประเมินและสอบถามปัญหาทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในจำนวนที่น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติและทุพโภชนาการปานกลางในหลายคำถาม ไม่ว่าจะเป็นคำถามเรื่อง ภาวะน้ำหนักลด (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) ภาวะเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรืออื่นๆ ที่ทำตามหลักความเป็นจริงแล้วในกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงควรได้รับการเอาใจใส่ในการประเมินและสอบถามปัญหา มากกว่ากลุ่มที่มีปัญหาน้อยกว่า ยิ่งไปกว่านี้ยังพบอีกว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการบันทึกเรื่องการประเมินและสอบถามปัญหาทางโภชนาการ 5 ราย พบอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงถึง 4 ราย อีกด้วย

การดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการมีหลากหลายวิธีที่พยาบาลสามารถทำได้ เช่น การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการ การส่งตัวผู้ป่วยให้นักโภชนาการดูแลทางด้านโภชนาการ เหล่านี้ ถ้าไม่มีความเหมาะสม ไม่เพียงพอ สามารถส่งผลเสียต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังถูกจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลได้ (Adam et al., 2008; Bavelaar & Otter, 2008) จากการศึกษาครั้งนี้ พบการดูแลที่มีการบันทึกข้อมูลลงใน

บันทึกทางการแพทย์ที่เห็นได้ชัดเฉพาะในเรื่องของการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการในผู้ป่วย โดยพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาดังกล่าวถึงร้อยละ 83.57 แต่พบว่า คำแนะนำหรือคำปรึกษาเหล่านี้เป็นเพียงข้อมูลทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มที่มีปัญหาทางโภชนาการ นอกจากนี้ ยังพบลักษณะการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติหรือปานกลางมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงในหลายเรื่อง ซึ่งไม่แตกต่างจากเรื่องการประเมินและการสอบถามปัญหาทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการไว้ก่อนหน้านี้อีกด้วย สำหรับการส่งตัวผู้ป่วยให้นักโภชนาการเพื่อดูแลนั้น จากการศึกษาพบว่า มีการส่งตัวผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้วิธีการชงอาหารสูตรสำเร็จรูปที่มีการเพิ่มสารอาหารลงไปเพื่อความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้ จะเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ แต่พบว่า มีผู้ป่วย 3 รายที่ไม่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการถูกส่งให้นักโภชนาการเหมือนกัน โดย 3 รายนี้ มี 1 ราย คาดการณ์ว่าอาจเกิดปัญหาในการรับประทานอาหารในอนาคต และ 2 ราย มีปัญหาในการรับประทานไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้เนื่องจากเป็นมะเร็งในช่องปาก

จากข้อมูลดังกล่าวทั้งหมด เป็นไปได้ว่า เพราะการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยที่ไม่มีการนำเครื่องมือใดๆ มาใช้ในแบ่งระดับภาวะโภชนาการ อาจทำให้พยาบาลไม่ทราบถึงระดับปัญหา จึงไม่ได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการจริง ส่งผลให้มีการประเมินปัญหาทางโภชนาการด้านอื่นๆ และการดูแลรักษาทางด้านโภชนาการไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยจริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า พยาบาลมีการรับรู้ถึงภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุน้อยกว่าภาวะโภชนาการที่ประเมินได้จริง จึงส่งผลให้พยาบาลมีการประเมินและดูแลผู้ป่วยในด้าน

โภชนาการน้อยลง (Suominen et al., 2007) การศึกษาค้างนี้ เป็นการเก็บข้อมูลจากการบันทึกทางการแพทย์ ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงข้อความสั้นๆ ซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินทางโภชนาการมีไม่เพียงพอที่จะบอกภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ส่งผลต่อการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยได้

โดยสรุปในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงการประเมินและการดูแลทางโภชนาการของพยาบาลที่ยังไม่สอดคล้องกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริง ในอนาคตควรทำการศึกษการประเมินและการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยของพยาบาลโดยมุ่งเน้นในการสอบถามพยาบาลในการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางโภชนาการ หรือแม้แต่การประเมินทางโภชนาการ ควรมีการออกแบบสอบถามรายละเอียดจากพยาบาลในสิ่งที่ประเมินและสอบถามผู้ป่วยแต่ละเรื่องว่าเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหรือไม่ เนื่องจากอาการบางอย่างเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและแจ้งให้พยาบาลรู้โดยที่พยาบาลยังไม่ได้สอบถามและเมื่อพยาบาลมีการประเมินหรือสอบถามอาจจะไม่ได้คิดถึงเรื่องภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเลยแม้แต่น้อย เช่นเดียวกัน ควรมีการประเมินความรู้ของพยาบาลด้านโภชนาการ เพื่อนำมาวิเคราะห์กับการปฏิบัติงานด้านโภชนาการว่าเป็นอย่างไร ฉะนั้น ผู้วิจัยควรหาวิธีการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลการประเมินและการดูแลทางโภชนาการของพยาบาลที่เป็นจริง และเกิดจากความรู้ความสามารถทางด้านโภชนาการของพยาบาลที่มีอยู่จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ เจ้าหน้าที่พยาบาลบนหอผู้ป่วย ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งนี้ ที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. 2554. 69 ปี กรมการแพทย์ ดูแลหัวใจ
หายได้ด้วยเทคโนโลยี. นนทบุรี: กรมการ
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชัยมน คำรงค์ธรรม. 2552 การพัฒนาแนวปฏิบัติ
เรื่องการพัฒนาแนวทางการประเมินและ
ส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่
ได้รับยาเคมีบำบัดด้วยการใช้ผลงานวิจัยใน
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดด้วยการใช้
ผลงานวิจัย สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2010. Cancer in Thailand.
กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- Adams, E., Bowie, J., Crowe, C. 2008. Recognition
by medical and nursing professionals of
malnutrition and risk of malnutrition in
elderly hospitalised patients. *Nutr Diet*.
65: 144-150.
- Amaral, TF., Antunes, A., Cabral, S. 2008. An
evaluation of three nutritional screening tools
in a Portuguese oncology centre. *J Hum Nutr
Diet*. 21:575-83.
- Bauer, J., Capra, S., and Ferguson, M. 2002. Use of
the scored Patient-Generated Subjective
Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition
assessment tool in patients with cancer. *Eur J
Clin Nutr*. 56:789-795.
- Bavelaar, jw., Otter, CD. 2008. Diagnonsis and
treatment of (Disease-related)in-hospital
malnutrition: The performance of medical
and nursing staff. *Clin Nutr*. 27: 431-438.
- Gallagher, CR., Voss, AC., Finn, SC., and
McCamish, MA. 1996. Malnutrition
and clinical outcomes: The case for
medical nutrition therapy *J Am Diet
Assoc*.96:361-369.
- Harriet, J.2007. Critical weight loss in heard and neck
cancer-prevalence and risk factors at
diagnosis: an exporative study. *Support Care
Cancer*: 1045-1050.
- Lennard-Jones, J.E., Arrowsmith, H., Davison,
A.1995. Screening by nurses and junior
doctors to detect malnutrition when patients
are first assessed in hospital. *Clinical
Nutrition*. *Clin Nutr*. 14:336-340.
- Middleton, HM., Nazarenko, G., Niverson, I., and
Smerdel, P. 2001. Prevalence of malnutrition
and 12 month incidence of mortality in two
Sydney teaching hospitals. *Int Med J*. 31:
455-461.
- Nourissat, A., Vasson, MP., Merrouche, Y.,
Bouteloup, C., and Goutte, M. 2008.
Relationship between nutritional status and
quality of life in patients with cancer. *Eur J
Cancer*. 44(9):1238-1242.
- Roulston, F., McDermott, R. 2009. Comparison of
three validated nutritional screening tools in
the oncology setting. *P Nutr Soc*. 67:260.
- Stratton, RJ., Green, SJ., Elia, M. 2003
Disease-Related Malnutrition: An Evidence-
Based Approach to Treatment. Wallingford:
CABI Publishing
- Suominen, MH., Sandelin, E., Soini, H., and Pitkala,
KH. 2007. How well do nurses recognize
malnutrition in elderly patients? *Eur J Clin
Nutr*. 63(2):292-6.
- Van den Berg, MGA., Rasmussen, EL., Van, L., Van
Binsbergen, JJ., and Merckx MAW, A.
2008. Prospective study on malnutrition and
quality of life in patients with head and neck
cancer. *Oral Oncol*. 44(9):830-837.