

ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มารับบริการคลินิกดูแลและบรรเทาอาการ

Nutritional Status and Associated Factors of Food Consumption among Patients in Palliative Care Clinic

สุมนทิพย์ นาควิจิตร^{1*}, กิติพล นาควิโรจน์¹, พรพิมล โอเจริญ¹ และ ศศิปรียากานต์ มิ่งวงศ์¹

Sumonthip Narkvijitr^{1*}, Kittiphon Nagaviroj, Pornpimon Ocharoen and Sasipreeyakan Mingwong

บทคัดย่อ

การศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกดูแลและบรรเทาอาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นและ ศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกดูแลและบรรเทาอาการจำนวน 103 ราย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบฟอร์มซักประวัติทั่วไป แบบประเมิน Subjective global assessment (SGA) ร่วมด้วยประวัติการรับประทานอาหารใน 24 ชั่วโมง การคำนวณหาระดับของ body mass index (BMI) และ ทำแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยจาก Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) วิเคราะห์ด้วยสถิติสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการศึกษาภาวะโภชนาการกับปัจจัยต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วย 103 ราย ข้อมูลทั่วไปจำนวนเพศชายและหญิงร้อยละ 50.5 และร้อยละ 49.5 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 51-60 ปี ร้อยละ 30.1 สถานะภาพคู่ร้อยละ 66 สิทธิการรักษาข้าราชการร้อยละ 48.5 อาชีพแม่บ้านหรือว่างงานร้อยละ 23 ระดับการศึกษาประถมร้อยละ 36.9 ข้อมูลการเจ็บป่วยตำแหน่งร่างกายที่ป่วยเป็นมะเร็งปอดร้อยละ 32 กระเพาะอาหารลำไส้และทวารหนักจำนวนร้อยละ 15.5 มะเร็งตับร้อยละ 6.8 ข้อมูลด้านโภชนาการ ผู้ป่วยมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 38.8 น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 31.1 การซักประวัติทางโภชนาการ พลังงานอาหารโดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับในกลุ่มภาวะโภชนาการปกติ เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการและภาวะทุพโภชนาการมีค่า 968.27 990.88 และ 737.44 กิโลแคลอรีตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (SGA B) ร้อยละ 48 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมีการบริโภคอาหารและปริมาณไขมันที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) ตลอดจนรวมถึงปัจจัยข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ท้องบวม ขาบวมหรือภาวะเบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการเบื้องต้น/ ปัจจัยเกี่ยวข้องภาวะทุพโภชนาการ/ บรรเทาอาการคลินิกดูแล

Abstract

A study of nutrition and associated factors that impact food consumption among patients who came to palliative care clinic with the purpose of evaluating the condition of preliminary nutrition was conducted. The study had a sample size of 103 patients that consisted of both male and female. Study participants were receiving care at the palliative care clinic from November 2015 to July 2016. The tool used to aid the study was an evaluation form asking for general personal history. Subjective global assessment (SGA)

¹ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Department of Family Medicine, Mahidol University Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Family Medicine

* Corresponding author: Sumonthip.phr @mahidol.ac.th

included history on food intake within 24 hours, body mass index (BMI) calculation, and documentation on changes in food the patients take from Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). These were calculated from the data within the evaluation form. Relationship between change-oriented group, and the comparison between the average nutrition condition and various factors were analyzed. The results of the study; male 50.5 per one-hundred and female 49.5 per one-hundred, with the average of 51-60 years of age 30.1 per one-hundred, couple status 66 per one-hundred, universal health care user 48.5 per one-hundred, house wife or unemployed 23 of one-hundred, those completed primary school 36.9 of one-hundred, patients with lung cancer 32 of one-hundred, stomach and intestines and anus complications 15.5 per one-hundred, patients with liver cancer 6.8 per one-hundred, patients with acceptable weight 38.8 per one-hundred, patients with less than acceptable weight 31.1. The average calorie the patients received in the group with normal nutrition compared to the risk of malnutrition and malnutrition was 968.27, 990.88 and 737.44 kcal, respectively, with the majority of the patients experiencing the risk of malnutrition, (SGA B) 48 per one-hundred. For patients in the malnutrition group, there was a correlation of food and blood lipid content that were less than patients who received normal nutrition statistically ($P \leq 0.05$) throughout including limiting activity, the stomach swelling, leg swelling and anorexia were correlated malnutrition statistically ($P \leq 0.05$).

Keywords: Preliminary Nutrition/ Factor Pertaining to Malnutrition/ Palliative Care Unit

1. บทนำ

ภาวะเบื่ออาหาร เป็นปัญหาทางกายที่มักไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคในระยะสุดท้าย (ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคองในเรื่องของการเจ็บปวดและอาการอื่น ๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อย ๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด) เช่น โรคมะเร็ง เบาหวาน โรคเอดส์ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะไตวายเรื้อรัง วัณโรคและโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น [1, 2, 3] ผลจากการเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลงมาก ๆ เป็นเวลานานจะนำมาสู่ภาวะทุพโภชนาการ ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวที่ลดลงจนมีภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (cachexia) ผลที่ตามมาจะทำให้เกิดภาวะความบกพร่องของการทำงานของร่างกายอย่างต่อเนื่องรวมถึง การฟื้นคืนสภาพของร่างกายให้กลับมาเป็นปกติ ไม่ว่าจะให้โภชนบำบัดไปเท่าไร หรือใช้ยาช่วยอย่างไร ก็เป็นไปได้ยาก หรือแทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่จะกลับมาสู่ภาวะปกติ[4] ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยได้ตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะทุพโภชนาการจะเป็นการช่วยป้องกันการสูญเสียของกล้ามเนื้อ กระดูก อวัยวะและมวลส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผลที่ได้จะช่วยผู้ป่วยให้สามารถทนต่อวิธีการรักษาโรคได้ดีขึ้น รักษาระดับภูมิคุ้มกันให้สามารถต้านทานต่อการติดเชื้อและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

รวมทั้งอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเอง[5] ดังนั้นประเด็นสำคัญของการดูแลเรื่องโภชนาการในผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรคในระยะสุดท้าย จึงไม่ใช่การให้โภชนบำบัดเพื่อ “รักษา” ภาวะทุพโภชนาการ แต่เป็นการ “ป้องกัน” ไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการจนเกิดภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (cachexia) มากกว่า การช่วยหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีภาวะโภชนาการที่ดีเหมือนเป็นการช่วยประคับประคองป้องกันการสูญเสียน้ำหนักและมวลของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่สูญเสียไปให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ[6]

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง ในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) Palliative Care มุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิตไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ไม่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียทุกข์ทรมาน และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค ผู้ดูแลต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ผู้ดูแลและญาติ ดูแลได้อย่างเหมาะสมเป็นการประคับประคองให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมานจากการรักษาพยาบาลที่

ไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ความเปลี่ยนแปลงที่พบได้ในผู้ป่วยใกล้ตายมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกาย [7,8] เช่น อาการเบื่ออาหาร อาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้ง (Anorexia and cachexia) มักไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการไม่ได้รับโภชนาบำบัดที่ถูกต้องเหมาะสมและทันเวลา จะส่งผลให้การดำเนินของโรคเป็นอย่างรวดเร็วมากขึ้น ปัญหาทางกายด้านโภชนาการ ถ้าสามารถประเมินได้ตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะทุพโภชนาการ จะช่วยป้องกันการสูญเสียกล้ามเนื้อ กระดูก อวัยวะและมวลร่างกายอื่น ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อวิธีการรักษาโรคได้ดีขึ้น รักษาระดับภูมิคุ้มกันเพื่อให้ผู้ป่วยต้านทานการติดเชื้อได้ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น [9] ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (cachexia) คือกลุ่มอาการที่มีกระบวนการเผาผลาญอาหารที่ซับซ้อนซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคที่เป็น โดยพบการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อโครงสร้างอย่างต่อเนื่อง และ/หรือร่วมกับการสูญเสียไขมันในร่างกาย ซึ่งภาวะนี้จะไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้โดยการให้สารอาหารทั่วไป จึงนำไปสู่ภาวะความบกพร่องของการทำงานของร่างกายอย่างต่อเนื่อง [10] สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคในระยะสุดท้าย เช่น โรคมะเร็ง เบาหวาน โรคเอดส์ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะไตวายเรื้อรัง วัณโรคและโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น [11] ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูกออกแบ่งเป็น 3 ช่วง [12] ได้แก่ 1. pre-cachexia (ระยะก่อนภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก) สามารถติดตามและเฝ้าระวัง ให้การรักษาและป้องกัน 2. Cachexia (ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก) ประเมินความรุนแรง ค้นหาสาเหตุ รักษาตัวโรค การใช้ยาในการรักษา แก้ไขสาเหตุและปัจจัยร่วมให้สารอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม รักษาภาวะจิตใจ และสังคมและ 3. refractory cachexia (ระยะที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ในภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก) ให้การรักษาประคับประคองตามอาการ ให้การสนับสนุนทางด้านกาย จิต สังคม จากผลการศึกษาและงานวิจัย [13-18] พบว่าการเกิดภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูกจะส่งผลกระทบต่อการรักษา รวมทั้งอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยถ้าจะให้ เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก คือ ประคับประคองน้ำหนักของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสูญเสียน้ำหนักเพิ่ม น้ำหนักและมวลกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่สูญเสียไปเข้าสู่ภาวะปกติมากที่สุด [8] โดยผู้ป่วยอาจจะมีอาการนำมาจากภาวะเบื่ออาหาร การรับประทานอาหารที่น้อยลง

การป้องกันการเกิดภาวะ refractory cachexia ด้วยการประคับประคองไม่ให้น้ำหนักตัวลดลงกระตุ้นความอยากอาหารให้สารอาหารเพื่อเพิ่มน้ำหนักมวลกล้ามเนื้อซึ่งมีผลต่อคุณภาพการรักษา [1,5] อัตราการรอดชีวิต ซึ่งการเกิดภาวะการณีสัญเสียมวลกล้ามเนื้อ และโครงสร้างจะมีอัตราการรอดชีวิตสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [19] ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้น มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย มีข้อมูลพบว่าสาเหตุของภาวะทุพโภชนาการไม่ได้เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าปกติเท่านั้น แต่พบว่าร่างกายมีการสร้างสารเคมีต่าง ๆ ออกมา เป็นเหตุให้กระบวนการทางเมตาบอลิซึมของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป เรียกอาการนี้ว่าพารานีโอพลาสติกซินโดรม (paraneoplastic syndrome) ดังนั้นการรักษาภาวะนี้มีการให้ยาตามพยาธิสรีรวิทยา การรักษาด้วยยาและเพิ่มปริมาณสารอาหารและแคลอรีช่วยให้ผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น [20] การประเมินด้วยการทดสอบภาวะทางโภชนาการโดยอาศัยข้อมูลจากตัวบุคคลแบบองค์รวมหรือ subjective global assessment (SGA) การประเมินด้วยวิธีดังกล่าวจะใช้แบบบันทึกข้อมูล มาตรฐานที่ได้รับการยอมรับว่าใช้ประเมินผู้ป่วยได้ดีพอสมควรและมีความแตกต่างระหว่างผู้ประเมินน้อย เหมาะสมที่จะใช้ได้ทางคลินิก โดยสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีทุพโภชนาการสงสัยว่าจะมีและมีภาวะทุพโภชนาการมาก [21] Sacks และคณะ [22] ได้นำ SGA มาใช้เพื่อประเมินถึงความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการกับอัตราการตายในผู้ป่วยสูงอายุพบว่าภาวะโภชนาการที่ประเมินได้จาก SGA สามารถที่จะบอถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการและอัตราการตายในผู้ป่วยสูงอายุได้ นอกจากนี้ยังมีการนำ SGA ไปประเมินถึงภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตด้วยเครื่องพบว่ามีความสัมพันธ์กับการประเมินภาวะโภชนาการด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และผลเลือดทางเมตาบอลิก [23] ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตประการหนึ่งซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของผู้ป่วยในหออภิบาล พบว่าผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และหออภิบาลจะมีภาวะทุพโภชนาการประมาณร้อยละ 40-50 นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะมีน้ำหนักตัวลดลงประมาณ 5 กิโลกรัม การรักษาผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ อาจไม่ได้พิจารณาหรือคำนึงถึงภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยวิกฤตยิ่งจะประสบกับปัญหาทุพโภชนาการ

เพิ่มขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของกระบวนการเมตาโบลิสมของร่างกายจากภาวะเครียดตั้งนั้นความรู้และความเข้าใจในโภชนบำบัดพื้นฐานจะส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยดีขึ้น [24]

คลินิกดูแลและบรรเทาอาการ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี ได้เปิดทำการรักษาและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2556 ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกดูแลและบรรเทาอาการ คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยร่วมกับอาการต่างๆ เช่น ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล ง่วงซึม/สับสนซึมเศร้า เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายไม่สบายใจ หอบเหนื่อย รวมทั้งการหาความสัมพันธ์ที่มีปัจจัยอื่นเช่น การมีน้ำในช่องท้อง (ascites) แผล (wound) การไม่สามารถรับรู้หรือเข้าใจ (poor cognition) ความเครียด (stress) รสชาติอาหารที่เปลี่ยนไป (taste Alteration) การจำกัดความสามารถในการเคลื่อนไหว (limited activity) ปัญหาเรื่องฟัน (dental problem) อาเจียน (vomiting) ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง (GI/side effect chemo) แผลในปาก (mouth sore) ภาวะบวม (edema) จะมีผลส่งเสริมที่ทำให้มีภาวะทุพโภชนาการหรือผลต่อการรับประทานอาหารที่ลดลงเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพื่อเป็นพื้นฐานและเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยที่แพทย์ผู้ทำการรักษาจะระดับประคองไม่ให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยลดลงตลอดจนกระตุ้นความอยากอาหารร่วมกับการให้สารอาหารเพื่อเพิ่มน้ำหนักมวลกล้ามเนื้อแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงประโยชน์ของการป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียกล้ามเนื้อและ/หรือสูญเสียมวลไขมันในอนาคตอันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาตลอดจนอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเอง [19]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกดูแลและบรรเทาอาการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกับการบริโภคอาหาร

2. วัสดุและวิธีการ

ศึกษากลุ่มประชากรผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกดูแลและบรรเทาอาการ ของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 103 ราย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการศึกษาที่เน้นการศึกษารวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อศึกษาผลที่ตามมาแต่เป็นการค้นหาข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมงานวิจัย ได้แก่ การออกแบบรูปแบบการวิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและเขียนโครงการวิจัยและการนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุมัติทำการวิจัยในคน ดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคองในเรื่องของการเจ็บปวดและอาการอื่น ๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อยๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะไตวายเรื้อรัง วัณโรค และโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกดูแลและบรรเทาอาการ อาจเป็นทั้งผู้ป่วยนัดหรือผู้ป่วยที่ส่งมารับคำปรึกษาจากต่างแผนก อยู่ในระยะรอรับการตรวจกับแพทย์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถสื่อสารได้มีอาการปวดหรือมีความไม่สบายจากอาการของโรค เพื่อจะได้ไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วย และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อที่ 1-4 และ แบบสัมภาษณ์ข้อที่ 5

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเป็นแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานได้แก่ ชื่อ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลิขสิทธิ์การรักษา

2. การประเมินภาวะทางโภชนาการ (Nutrition Assessment)

2.1 ใช้แบบประเมิน Subject global assessment (SGA) ในการคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยการประเมินผู้ป่วยว่ามีภาวะระดับโภชนาการระดับ 1 (คะแนน 0-3) ไม่มีหรือมีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ ระดับ 2 (คะแนน 4-8) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ ระดับ 3 (คะแนน >8) มีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง

3. แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ: การมีน้ำในช่องท้อง (ascites) แผล (wound) การไม่สามารถรับรู้หรือเข้าใจ (poor cognition) ความเครียด (stress) รสชาติอาหารที่เปลี่ยนไป (taste alteration) จำกัดความสามารถในการเคลื่อนไหว (limited activity) ปัญหาเรื่องฟัน (dental problem) อาเจียน (vomiting) ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง (GI/side effect chemo) แผลในปาก (mouth sore) ภาวะบวม (edema)

4. แบบประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมินอาการที่ควรประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด 5. แบบสำรวจการบริโภคอาหาร โดยการซักประวัติการบริโภคอาหารใน 24 ชั่วโมง แล้วนำมาคำนวณหาค่าสารอาหารและพลังงานอาหาร (โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต) ที่รับประทานใน 1 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

หาค่าเฉลี่ยโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยสถิติเชิงบรรยายเช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้เปรียบเทียบ ปริมาณโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตและพลังงานที่ผู้ป่วยบริโภคใน 24 ชั่วโมงโดยแบ่งตามระดับภาวะโภชนาการ (SGA) ด้วยสถิติทดสอบ One Way ANOVA Analysis

3. วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับระดับภาวะโภชนาการ (SGA) และระดับอาการเปลี่ยนแปลง (ESAS) กับภาวะโภชนาการ (SGA) โดยใช้ค่าสถิติ odd ratio, Chi-square test และ 95% confidence interval

ระยะเวลาในการทำวิจัยช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 จนถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลา 7 เดือน

สถานที่ทำการวิจัยและ/หรือ เก็บข้อมูล อาคาร 4 ตึกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี

3. ผลการวิจัย และอภิปรายผล

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละผู้ป่วยแบ่งตามเพศและสถานะภาพสมรส

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	52	50.5
หญิง	51	49.5
สถานะภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	14	13.6
แต่งงาน	68	66.0
หม้าย	15	14.6
หย่า/แยกกันอยู่	6	5.8

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละผู้ป่วยแบ่งตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	5.8
ประถมศึกษา	38	36.9
มัธยมต้น	14	13.6
มัธยมปลาย	8	7.8
ป.ว.ส/ อนุปริญญา	5	4.9
ปริญญาตรี/ สูงกว่า	26	25.2
อื่นๆระบุ	6	5.9

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละผู้ป่วยแบ่งตามช่วงอายุ

อายุ(ปี)	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุไม่เกิน20	2	1.9
21-30	1	1.0
31-40	2	1.9
41-50	11	10.7
51-60	31	30.1
61-70	28	27.2
71-80	15	14.6
มากกว่า 80	13	12.6

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยแบ่งตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
นักเรียน / นักศึกษา	4	3.9
รับราชการ	14	13.6
รัฐวิสาหกิจ	6	5.8
พนักงานมหาลัย	3	2.9
พนักงานบริษัท	5	4.9
รับจ้าง	15	14.6
ค้าขาย	16	15.5
เกษตรกร	4	3.9
แม่บ้าน/ ว่างงาน	23	22.3
เกษียณอายุ	6	5.8
ธุรกิจส่วนตัว	6	5.8
นักบวช	0	0
อื่นๆ	1	1.0

ตารางที่ 5 แบ่งตามการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ร้อยละ
headneck	6	5.8
breast	6	5.8
lung	33	32.0
esophagus	3	2.9
stomach	4	3.9
colon	10	9.7
rectum	2	1.9
liver	7	6.8
Biliary system	5	4.9
pancrease	3	2.9
kidney	2	1.9

การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ร้อยละ
Urinary tract	3	2.9
ovary	3	2.9
endometrium	2	1.9
cervix	4	3.9
brain	2	1.9
bone	2	1.9
prostate	6	5.8

ตารางที่ 6 ระดับภาวะโภชนาการ(SGA) ของผู้ป่วย

ระดับภาวะ โภชนาการSGA (Subject Global Assesment)	จำนวน	ร้อยละ	พลังงาน อาหาร Kcal
1=ปกติ	16	15.5	968.26
2=เสี่ยงภาวะทุพ โภชนาการ	50	48.5	990.89
3=ทุพโภชนาการ	37	35.9	737.46

ตารางที่ 1 พบว่า จำนวนร้อยละผู้ป่วยแบ่งเพศนั้นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 50.5 และ ร้อยละ 49.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 30.1 สถานภาพคู่ร้อยละ 66

ตารางที่ 2 พบว่า จำนวนร้อยละผู้ป่วยตามระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.9 รองลงมา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25.2

ตารางที่ 3 พบว่า จำนวนร้อยละผู้ป่วยแบ่งตามช่วงอายุส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 30.1

ตารางที่ 4 พบว่า จำนวนผู้ป่วยแบ่งตามอาชีพส่วนใหญ่ คือ แม่บ้านหรือว่างงาน ร้อยละ 23 รองลงมาคือค้าขาย ร้อยละ 15.5

ตารางที่ 5 พบว่า จำนวนผู้ป่วยแบ่งตามการวินิจฉัยโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดมากที่สุด ร้อยละ 32 รองลงมา เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร ลำไส้ และทวารหนัก จำนวนร้อยละ 15.5 มะเร็งตับ ร้อยละ 6.8

ตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 15.5 เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 48.5 และมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 34.0 จะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบปริมาณโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตและพลังงานที่ผู้ป่วยบริโภคใน 24 ชั่วโมง โดยแบ่งตามระดับภาวะโภชนาการ (SGA)

สารอาหาร	ระดับภาวะโภชนาการ(SGA)						F	p-value
	ระดับ1		ระดับ2		ระดับ3			
	ปกติ		เสี่ยงภาวะทุพโภชน		ทุพโภชนการ			
	กรัม	พลังงาน (กิโลแคลอรี)	กรัม	พลังงาน (กิโลแคลอรี)	กรัม	พลังงาน (กิโลแคลอรี)		
โปรตีน	46.16	184.65	46.10	184.41	38.27	153.09	2.05	0.13
ไขมัน	30.58	275.26	34.28	308.55	22.38	201.44	3.84	0.025*
คาร์โบไฮเดรต	126.45	505.83	121.52	486.12	98.14	392.54	1.66	0.19
พลังงานรวม		968.27		990.88		737.44	4.29	0.01*

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับระดับภาวะโภชนาการ (SGA)

รายละเอียดปัจจัย	ระดับภาวะโภชนาการ (SGA)						95%CI	p-value	
	ระดับ3	ระดับ1และระดับ2		total	Odds ratio	lower			upper
	ภาวะทุพโภชนาการ	ปกติและภาวะเสี่ยงภาวะทุพโภชนการ							
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)							
wound	50.0(2)	50.0(2)		4	.547	0.07	4.05	0.54	
non wound	35.4(35)	64.6(64)		99					
poor cognition	33.3(2)	66.7(4)		6	1.13	0.20	6.48	0.89	
non poor cognition	36.1(35)	63.9 (62)		97					
stress	38.5(5)	61.5(8)		13	0.88	0.27	2.92	0.84	
non stress	35.6(32)	64.4(58)		90					
taste alteration	41.2 (7)	58.8(10)		17	0.77	0.26	2.22	0.62	
non taste alteration	34.9(30)	65.1(56)		86					
limited activity	54.2(13)	45.8(11)		24	0.37	0.15	0.94	0.03*	
non limited activity	30.4(24)	69.6(55)		79					
dental problem	47.4(9)	52.6(10)		19	0.56	0.20	1.52	0.25	
non dental problem	33.3(28)	66.7(56)		84					
vomiting	62.5(5)	37.5(3)		8	0.30	0.68	1.36	0.10	
non vomiting	33.7(32)	66.3(63)		95					
ascites	90.0(9)	10.0(1)		10	0.04	0.00	0.39	0.00*	
non ascites	30.1(28)	69.9(65)		93					
GI/side effect chemo	38.1(8)	61.9(13)		21	0.89	0.33	2.39	0.81	
non G I /side effect chemo	35.4(29)	64.6(53)		82					

รายละเอียดปัจจัย	ระดับภาวะโภชนาการ (SGA)							
	ระดับ3	ระดับ1และ ระดับ2		total	Odds ratio	95%CI		p-value
	ภาวะทุพ โภชนาการ	ปกติและภาวะ เสี่ยงภาวะทุพ โภชนาการ				lower	upper	
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)						
anorexia	66.7(10)	33.3(5)		15	0.22	0.06	0.71	0.007*
non anorexia	30.7(27)	69.3(61)		88				
edema	69.2(9)	30.8(4)		13	0.20	0.05	0.70	0.007*
non edema	31.1(28)	68.9(62)		90				

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับอาการเปลี่ยนแปลง(ESAS) กับภาวะโภชนาการ (SGA)

ระดับอาการเปลี่ยนแปลง (ESAS)		ระดับภาวะโภชนาการ(SGA)			Total	odds Ratio	95%CI		p-value
		ระดับ3	ระดับ 1และ ระดับ 2				Lower	Upper	
		(ทุพ โภชนาการ)	(ปกติและเสี่ยง ทุโภชนาการ)						
		ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)						
ปวด	Severe7- 10	33.3.0(2)	66.7(4)		6	0.88	0.15	5.08	0.89
เหนื่อย/ อ่อนเพลีย	Severe7- 10	50.0(7)	50.0(7)		14	1.96	0.63	6.12	0.23
คลื่นไส้	Severe7- 10	2.7(1)	-		1	2.83	2.17	3.68	0.18
ซีมีเศร้า	Severe7- 10	33.3(1)	66.7(2)		3	0.88	0.07	10.14	0.92
วิตกกังวล	Severe7- 10	50.0(2)	50.0(2)		4	1.82	0.24	13.54	0.54
ง่วงซึม/ สะสมสะสม	Severe7- 10	33.3(3)	66.7(6)		9	0.88	0.27	3.75	0.86
เบื่ออาหาร	Severe7- 10	65.0(13)	35.0(7)		20	4.56	1.62	12.84	0.003*
ความไม่ สบายกายไม่ สบายใจ	Severe7- 10	58.3(7)	41.7(5)		12	2.84	0.83	9.72	0.08
หอบเหนื่อย	Severe7- 10	0.0(0)	100.0(4)		4	1.59	1.37	1.86	0.12

ตารางที่ 7 จากการศึกษาพบว่าปริมาณการบริโภคอาหารโปรตีน คาร์โบไฮเดรตแบ่งตามระดับภาวะโภชนาการ(SGA)มีแนวโน้มการบริโภคลดลงจากรดับภาวะโภชนาการปกติ เสี่ยงภาวะทุพโภชนาการ และทุพโภชนาการ (โปรตีน 46.16 46.10 และ 38.27 กรัม) (คาร์โบไฮเดรต 126.45 121.52 และ 98.14 กรัม) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พลังงานอาหารทั้งหมดที่ผู้ป่วยบริโภคใน 24 ชั่วโมงประมาณ 968.27 990.88 และ 737.44 กิโลแคลอรี และสารอาหารไขมัน ประมาณ 30.58 34.28 และ 22.38 กรัม ลดลงในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P \leq 0.05$)

ตารางที่ 8 จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้านจำกัดการเคลื่อนไหว (limited activity) ภาวะท้องมาน (ascites) และบวม (Edema) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการมากเป็น 0.37, 0.04 และ 0.20 เท่าของผู้ป่วยที่ จำกัดการเคลื่อนไหว (Non Limited Activity) ไม่มีภาวะท้องมาน (non ascites) และไม่มีภาวะบวม (non Edema)ตามลำดับและมีความสัมพันธ์ระหว่าง limited activity ascites และ edema กับภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P \leq 0.05$)

ตารางที่ 9 ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเบื่ออาหารมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเป็น 4.56 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเบื่ออาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$)

ผลการวิจัย

จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย 103 ราย ข้อมูลทั่วไปเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 50.5 และ ร้อยละ 49.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 30.1 สถานภาพคู่ร้อยละ 66 สิทธิการรักษาข้าราชการร้อยละ 48.5 อาชีพแม่บ้านหรือว่างงานร้อยละ 23 รองลงมาคือค้าขายร้อยละ 15.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 36.9 รองลงมา ระดับปริญญาตรีร้อยละ 25.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดมากที่สุดร้อยละ 32 รองลงมาเป็นผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารลำไส้และทวารหนักจำนวนร้อยละ 15.5 มะเร็งตับร้อยละ 6.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 1-5)

1. ประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกดูแลและบรรเทาอาการ

1.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน(ปกติ) ดัชนีมวลกาย ($18.5 - 20 \text{ kg/m}^2$)

ร้อยละ 38.8 และ (ผอม) ดัชนีมวลกาย ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 31.1

1.2 การชั่งประวัติทางโภชนาการ SGA (subjective global Assessment Scores) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (SGA B) ร้อยละ 48.5 มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (SGA C) ร้อยละ 35.95 มีภาวะโภชนาการปกติ (SGA A) ร้อยละ 15.5 ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง มีแนวโน้มการบริโภคอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย ($P \leq 0.05$) (ตารางที่ 6)

1.3 จากค่าพลังงานอาหารทั้งหมดและสารอาหารไขมันที่ผู้ป่วยบริโภค มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) (ตารางที่ 7)

2. ความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกับการบริโภคอาหาร

2.1 ปัจจัยทางด้านร่างกาย การที่มีจำกัดการเคลื่อนไหว (limited activity) ภาวะท้องมาน (Ascites) และการบวม (Edema) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อยกว่าเป็น 0.37 0.04 และ 0.20 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ และมีความสัมพันธ์ระหว่างจำกัดการเคลื่อนไหว (limited activity) ภาวะท้องมาน (Ascites) และการบวม (Edema) กับภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) ส่วนแผล (wound) การสูญเสียความจำ (poor cognition) ความเครียด (Stress) รสชาติอาหารที่เปลี่ยนไป (taste Alteration) ปัญหาเรื่องฟัน (dental problem) อาเจียน (vomiting) ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง (GI/side effect chemo) แผลในปาก (mouth sore) ภาวะบวม (edema) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (ตารางที่ 8)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับอาการเปลี่ยนแปลง (ESAS) กับภาวะโภชนาการ (SGA) ผู้ป่วยที่มีภาวะเบื่ออาหารมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเป็น 4.56 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเบื่ออาหาร (ตารางที่ 9)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกดูแลและบรรเทาอาการมีการบริโภคอาหารที่ได้จากการชั่งประวัติอาหารใน 24 ชั่วโมงน้อยกว่าค่ามาตรฐานการบริโภคอาหารที่แนะนำสำหรับคนไทย โดยแบ่งตามภาวะโภชนาการคือ ภาวะโภชนาการปกติ เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการและภาวะทุพโภชนาการ โดยผู้ป่วยได้รับพลังงานสารอาหาร (energy) เฉลี่ย 968.27 990.88 และ 737.44 กิโลแคลอรี (ค่าปกติ

1600-2400 กิโลแคลอรี) สารอาหารไขมัน 30.58 34.28 และ 22.38 กรัม (ค่าปกติ 65 กรัม) สารอาหารคาร์โบไฮเดรต 126.45 121.52 และ 98.14 กรัม (ค่าปกติ 300 กรัม) และ สารอาหารโปรตีน 46.16 46.10 และ 38.27 กรัม (ค่าปกติ 50 กรัม) ซึ่งการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย [24] ได้จากการประเมินอาการไม่สุขสบายความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่อาการปวด (Pain) เบื่ออาหาร (Anorexia) ผอมแห้ง (Cachexia) หายใจหอบหรือหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea) คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) อ่อนแรงหรือเหนื่อยล้า (Weakness/fatigue) ปากแห้ง (Dry mouth) ถ่ายเหลวหรือท้องผูก (Diarrhea) ผลจากอาการทางกายที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลทำให้ความสามารถในการรับประทานอาหารได้น้อยลงในผู้ป่วยระยะสุดท้าย [25] เมื่อคำนวณค่าพลังงานอาหาร สารอาหารโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตที่จึงมีปริมาณน้อยลง [21] รวมทั้งร่างกายต้องใช้พลังงานสูงมากในการเจริญของก้อนเนื้อ (tumor growth) ทำให้มีการแย่งอาหารจากเซลล์ปกติ แต่เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ในปริมาณที่น้อยลง พลังงานที่ได้รับจากการเผาผลาญสารอาหารนั้น ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายการเผาผลาญพลังงานที่มากขึ้นนี้ มีผลทำให้เกิดภาวะ hyper metabolism และเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมานอกจากนั้นจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเบื่ออาหาร (Anorexia) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเป็น 4.56 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเบื่ออาหารซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากนกพร วิสุทธิกุล [26] กล่าวว่า ภาวะเบื่ออาหาร (Anorexia) เป็นปัญหาหลักอันหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ภาวะเบื่ออาหารนี้มีผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับพลังงานและสารอาหารที่ไม่เพียงพอ เกิดความผิดปกติของการทำงานภายในร่างกายมากขึ้น เมื่อภาวะนี้ดำเนินต่อไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะ (1) มีน้ำหนักตัวลดลงซึ่งนำมาสู่การเกิดภาวะทุพโภชนาการ (2) มีสภาพจิตใจหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า (3) รับประทานอาหารได้น้อยลงซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมีการบริโภคอาหารใน 24 ชั่วโมง และอาหารไขมัน น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ และกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) (4) เมื่อมีภาวะเบื่ออาหารที่รุนแรงมากขึ้น การรับประทานอาหารได้น้อยนานยิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งหากภาวะเบื่ออาหารนี้ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหาร

ประเภทโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตที่เก็บสะสมในตับและกล้ามเนื้อต่าง ๆ สูงกว่าปกติ ดังนั้นการช่วยแก้ปัญหาเฉพาะด้านที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ อาจแนะนำโดย เลือกอาหารที่ผู้ป่วยพอกินได้ กลิ่น รสไม่จัด เช่น ขนมปังกรอบ ขนมต่าง ๆ ให้กินเป็นอาหารว่าง ควรกำหนดมื้อหลักในช่วงเช้า กินทีละน้อยแต่ทานบ่อย ๆ เช่น จัดอาหารมื้อเล็ก 4 - 6 มื้อ ให้เครื่องต้มเสริมพลังงานและโปรตีนสูง เช่น ถ้าผู้ป่วยดื่มนมได้ ให้เครื่องต้มที่มีส่วนผสมนม ไอศกรีมนม แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ชอบนม ให้พวกน้ำผลไม้ น้ำหวาน ไอศกรีมหวานเย็น ผลไม้ในน้ำเชื่อม ฯลฯ นอกจากนั้นการที่พบว่าอาการที่มีน้ำหนักมากในร่างกายจากการบวมหรือมีน้ำในช่องท้อง (Edema, ascites) [27] ซึ่งการบวมน้ำเกิดได้เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกหรือจากการอุดตันของหลอดเลือดดำในตับ (portal venous obstruction) เช่น โรคตับแข็ง (cirrhosis) โรคมะเร็งตับ มะเร็งรังไข่ ที่กระจายมาตับ เป็นต้น จะทำให้เกิดแรงดันของหลอดเลือดดำในตับ (portal vein) เพิ่มขึ้น จึงทำให้น้ำเข้าสู่ช่องท้องเกิดภาวะท้องมาน (ascites) ทำให้น้ำหนักขึ้นเพราะมีการปิดบังไขมันและกล้ามเนื้อที่หายไปโดยการบวมน้ำ หรือสาเหตุอาจเกิดได้จากการสร้างหรือได้รับโปรตีนลดลงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเกิดภาวะท้องมาน (ascites) และการบวมน้ำ (Edema) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการมากเป็น 0.04 และ 0.20 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) นอกจากนั้นจากการศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย (limited activity) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการมากเป็น 0.03 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) จากการที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย (limited activity) ทำให้ในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สะดวกหรือไม่สามารถในการจัดเตรียมอาหารสำหรับรับประทานในขณะที่เจ็บป่วย ซึ่งส่งผลทางอ้อมในการเกิดภาวะทุพโภชนาการแต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านอื่นเช่นการได้รับยาเคมีบำบัดการฉายแสง ปัญหาเรื่องความจำ การรับรสที่เปลี่ยนไป ปัญหาเรื่องของฟัน ความเครียด อาเจียน ไม่มีความสัมพันธ์กับเกิดภาวะทุพโภชนาการอาจเป็นเพราะช่วงที่ซักประวัติผู้ป่วยสามารถมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย มี

ญาติดูแลหรือช่วงที่ฉายแสงหรือได้รับเคมีบำบัด ความสามารถในการรับประทานอาหารจะลดลงในช่วงที่ได้รับยาเท่านั้น หลังจากหยุดยาหรือหยุดฉายแสงผู้ป่วยก็จะสามารถกลับมารับประทานอาหารได้ตามเดิม รวมทั้งมีการรับประทานอาหารเสริมมากขึ้นเช่นการศึกษาของ ธิญานต์ สุรคุปต์ [28]

สรุปจากศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสี่ยงที่จะมีปัญหาทุโภชนาการ เนื่องจากมีปัจจัยที่ส่งเสริมนอกเหนือจากตัวโรคของผู้ป่วยเองแล้วยังมีโอกาสเกิดภาวะเบื่ออาหาร หรือการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ภาวะบวม ภาวะท้องมาน อันจะส่งผลทำให้มีการบริโภคอาหารได้ลดลงพลังงานอาหารและสารอาหารต่าง ๆ ก็ลดลงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำเอกสารหรือแผ่นพับให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ให้ความรู้ความเข้าใจพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุโภชนาการ
3. ศึกษาเพิ่มเติมหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะทุโภชนาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. เอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม

1. Morley JE, Thomas DR, Wilson GMM. Cachexia: pathophysiology and clinical relevance. *Am J Clin Nutr.* 2006 April; 83(4): p. 735-743.
2. Dodson S, Baracos VE, Jatoi A, et al. Muscle wasting in cancer cachexia: clinical implication diagnosis, and emerging treatment strategies. *Annu Rev Med* 2011 February; 62: p. 265-279
3. สุภัทสร สุนงกช และคณะ. ภาวะผอมหนังหุ้มกระดูก: ทบทวนแนวทางการบำบัดรักษา. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน.* 2555 ม.ค. - เม.ย; ฉบับที่ 1 ปีที่ 8: หน้า 1-14.
4. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, et al. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr.* 2008 Dec; 27(6): p.793-799
5. Peng P Van Vledder MG, Tsai S, et al. Sarcopenia negatively impacts short-term outcomes in patients undergoing hepatic

- resection for colorectal liver metastasis. *HBO(Oxford).* 2011 Jul;13(7): p.439-446.
6. Radbruch L, Elsner F, Trottenberg P, et al. Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients. Aachen: Department of Palliative Medicinen/ European Palliative Care Research Collaborative; 2010.
7. สุมาลี นิมนานิตย์. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์; 2550.
8. อนุพันธ์ ตันติวงศ์ ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์ และสุชาย สุนทรภา. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: เอช.พี.เพรส; 2550.
9. สถาพร งามอุโฆษ. โภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะทุโภชนาการและผอมหนังหุ้มกระดูก. *วารสารโภชนาการ* 2555; 47(2):1-14
10. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, et al. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr.* 2008 September; 27(6): 793-9.
11. Dodson S, Baracos VE, Jatoi A, et al. Muscle wasting in cancer cachexia: clinical implications, diagnosis, and emerging treatment strategies. *Annu Rev Med* 2011 February; 62: 265-279.
12. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol* 2011; 12: 489-495.
13. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med* 1980 Oct; 69(4): 491-497.
14. Prado CM, Lieffers JR, McCargar LJ, et al. Prevalence and clinical implications of sarcopenic obesity in patients with solid tumours of the respiratory and gastrointestinal tracts: a population-based study. *Lancet Oncology* 2008 August ; 9(7): 629-635.
15. Prado CM, Baracos VE, McCargar LJ, et al. Body composition as an independent determinant of 5-fluorouracil-based chemotherapy toxicity. *Clin Cancer Res* 2007 Jun ; 13(11): 3264-3268.

16. Prado CM, Baracos VE, McCargar LJ, et al. Sarcopenia as a determinant of chemotherapy toxicity and time to tumor progression in meta- static breast cancer patients receiving capecitabine treatment. *Clin Cancer Res* 2009 Apr ; 15(8):: 2920-2926.
17. Radbruch L, Elsner F, Trottenberg P, et al. Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients. Aachen: Department of Palliative Medicinen/European Palliative Care Research Collaborative; 2010
18. Prado CM, Lima IS, Baracos VE, et al. An exploratory study of body composition as a de- terminant of epirubicin pharmacokinetics andtoxicity. *Cancer Chemother Pharmacol* 2011 Jan ; 67(1): 93-101.
19. ธนเดช เดชาพันธุ์กุล. ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูกจากมะเร็ง. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2554; ปีที่ 29 ฉบับที่ 5 ก.ย.-ต.ค. : หน้า 245-258
20. โสภณ เรืองดิษฐ์ และภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์. ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดในผู้ป่วยมะเร็ง. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2552; ฉบับที่ 27 ปีที่ 6 พ.ย.-ธ.ค. : หน้า 504-508.
21. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N,Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutrition status? *J Parenter Enteral Nutr* 1987 Jan-Feb;11(1):8-13.
22. Sacks GS, Dearman K, Replogle WH, Cora VL, MeeksM, Canada T. Use of subjective global assessment toidentify nutrition-associated complications and death in geriatric long-term care facility residents. *J Amer Coll Nutri* 2000 oct;19(5):570-7.
23. Enia G, Sicuso C, Alati G, Zoccali C. Subjective global assessment of nutrition in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1993;8(10):1094-8.
24. รังสรรค์ ภูรยานนทชัย. การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2549; ปีที่ 24 ฉบับที่ 5 ก.ย.-ต.ค.: หน้า426-443
25. Jaturapatporn D. Symptom Anorexia care in cancer patients Anorexia-Cachexia syndrome [Internet]. 2009 [cited 2016 Jul 3]. Available from:URL:<http://thaifp.com/palliative/symptom/anorexia/anorexia.html> (in Thai)
26. กนกพร วิสุทธิกุล.การจัดการทางพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสพภาวะเบื่ออาหาร. *Journal of Nursing Science* 2554; 29(3) กรกฎาคม - กันยายน: หน้า 8-16
27. ดิว สอบสภากาพยาบาล. การบวมหน้า [อินเทอร์เน็ต]2557[เข้าถึงเมื่อ3กรกฎาคม2559] เข้าถึงได้จาก <https://www.facebook.com/tiwnurs/posts/1511170109144850>
28. ัญญกานต์ สุรคุปต์. ผลของสูตรอาหารการแพทย์ต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ในระหว่างรับการรักษาด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.