



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ก่อนได้รับการผ่าตัด

The Factors Related to Preoperative Nutritional Status among Patients with Liver Pancreas and Biliary Tract Disease

ยุภา ภูผา¹, เบญญพร บรรณสาร^{1*}, ศานิต วิชานศวกุล²

¹สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

²ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

Yupa Phootha¹, Benyaporn Bannaasan^{1*}, Sanit Wichansawakun²

¹Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani 12120

²Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathum Thani 12120

*Corresponding authors, e-mail : benyaporn@tu.ac.th

บทคัดย่อ

โรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี เป็นโรคที่พบบ่อย ส่งผลต่อกระบวนการย่อยและการดูดซึมอาหารซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด จำนวน 84 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการ 3) แบบประเมินภาวะโรคร่วม 4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบประเมินอาการวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการมากที่สุด ร้อยละ 45.2 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 33.3 นอกจากนี้ พบว่า ภาวะโรคร่วมและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .406$, $p < .01$, $r = .214$, $p < .05$) ตามลำดับผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดทุกรายเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการก่อนเข้ารับ

คำสำคัญ: โรคตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี ภาวะโภชนาการ โรคร่วม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร



Abstract

Diseases of the liver, pancreas, and biliary tract are common diseases affecting the process of digestion and food absorption, causing malnutrition. This study aimed to determine the factors associated with nutritional status in preoperative patients with liver, pancreas, and biliary tract disease. Eighty-four (84) preoperative patients with liver, pancreas, and biliary tract diseases were the subjects of the study. Data were collected using a demographic data form, the Nutrition Alert Form (NAF), the Charlson Co-morbidity Index (CCI), a food consumption behavior questionnaire, a social support questionnaire, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Pearson correlation coefficient.

The results showed that the sample group had the highest risk of malnutrition at 45.2%, followed by the group with malnutrition at 33.3%. In addition, co-morbidities and food consumption behavior showed a significant positive correlation with nutritional status among preoperative patients with liver, pancreatic, and biliary tract diseases ($r = .406, p < .01$, $r = .214, p < .05$, respectively). The results of this study show that Patients with liver, pancreas, and biliary tract disease Most of them had nutritional status changes. Therefore, there should be a nutritional status assessment for all patients to promote nutritional status for those in preoperative conditions.

Keywords: liver, pancreatic and biliary tract diseases, nutritional status, co-morbidity, eating behavior

บทนำ

ปัจจุบันโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุข และพบว่า มีผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีเป็นอันดับ 6 ของประเทศไทย ส่วนใหญ่โรคที่พบเกี่ยวข้องับตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ได้แก่ ตับและตับอ่อนอักเสบ ไชมันพอกตับ มะเร็งตับ มะเร็งตับอ่อน มะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดีอักเสบ และนิ่วในถุงน้ำดี⁽¹⁾ ข้อมูลของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษด้วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 เท่ากับ 1,606 ราย 1,223 ราย และ 1,411 ราย ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อเกิดพยาธิสภาพเกี่ยวกับโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการย่อยอาหาร กระบวนการเมแทบอลิซึม (Metabolism) การกำจัดสารพิษได้น้อยลง ประสิทธิภาพการสร้างน้ำดีลดลง เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูดซึม ทำให้ร่างกายขาดพลังงานสำรอง ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา และยิ่งส่งผลกระทบต่อทุกระบบของร่างกาย⁽³⁾ การรักษาโรคที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ปัจจุบันมีหลากหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การใส่สายระบาย และการรักษาแบบประคับประคองด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่หวังผลหายขาดและ



เป็นการรักษาตามอาการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยต่าง ๆ กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติมากที่สุด โรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีส่วนใหญ่รักษาวิธีการผ่าตัด มี 2 วิธีใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ การผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) และการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Open exploratory surgery)⁽⁴⁾ เมื่อร่างกายได้รับการผ่าตัด เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บ มีการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในร่างกาย ร่างกายต้องการพลังงานมากขึ้น อัตราเมแทบอลิซึมเพิ่มสูงขึ้น มีการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับผ่าตัด พบว่าการศึกษาล้วนศึกษาในผู้สูงอายุและผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น แต่ไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับผ่าตัด ซึ่งในการศึกษานี้ได้คัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ภาวะโรคร่วม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล⁽⁵⁻⁸⁾ เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้เป็นตัวแปรที่ยังไม่มีผลการศึกษาที่ชัดเจน มีศึกษาน้อย และยังไม่มีการทำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี อีกทั้งเป็นตัวแปรที่อยู่ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลสามารถจัดการได้อย่างอิสระ นอกจากนี้ปรากฏการณ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเคมส์และโคลส (Kemm and Close)⁽⁹⁾ ที่อธิบายภาวะสุขภาพประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย เป็นการปราศจากโรคทางร่างกาย ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีรูปแบบการดำรงชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ด้านสุขภาพจิต เป็นการปราศจากโรคทางจิต มีจิตใจมั่นคงและสามารถยืดหยุ่นได้ และด้านสุขภาพสังคม เป็นการปราศจากปัญหาทางครอบครัวหรือสังคม ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ ในที่นี้ภาวะสุขภาพ คือ ภาวะโภชนาการที่ดีปราศจากภาวะแทรกซ้อน และจากปัจจัยคัดสรรที่กล่าวมาข้างต้นสามารถนำมาจัดอยู่ในกรอบแนวคิดทฤษฎีของเคมส์และโคลส คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ภาวะโรคร่วม (โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความวิตกกังวล และด้านสุขภาพสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

สรุปได้ว่าภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่กลับพบผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี มีภาวะทุพโภชนาการเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีไม่มากนัก และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด มีปัญหาทุพโภชนาการระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 75⁽²⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักในปัญหาดังกล่าวและสนใจที่จะศึกษาภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเพื่อหาภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี อีกทั้งในปัจจุบันพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ควรทราบถึงภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด เพื่อจะได้หาทางส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการให้กับผู้ป่วย และยังเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับ ตับอ่อน



และทางเดินน้ำดี จะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี ได้รับการวางแผนในการดูแลด้านภาวะโภชนาการและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาอื่น ๆ ที่ตามมา อีกทั้งยังเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) ศึกษาข้อมูลในผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ 034/2565

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยกำหนดคุณสมบัติคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี 3) ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ผ่าตัดแบบส่องกล้อง หรือผ่าตัดใส่สายระบาย 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารเข้าใจภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบคัดเลือกเฉพาะเจาะจง (Purpose sampling) และมีคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และกำหนดขนาดของอิทธิพล เท่ากับ .30 (Medium effect size) จากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มีความคล้ายคลึงกัน ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูลประกอบไปด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมาชิกในครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ชนิดการผ่าตัด และแบบบันทึกภาวะโภชนาการ ประกอบด้วยส่วนสูง น้ำหนักปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย (BMI) และผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น อัลบูมิน



2. แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form : NAF) เป็นแบบคัดกรองประเมินความเสี่ยงของโภชนาการสร้างโดยสุรรัตน์ โคมินทร์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าและประกอบด้วยรายการที่ต้องประเมินมี 8 ข้อ ได้แก่ 1) น้ำหนักตัว 2) ดัชนีมวลกาย 3) รูปร่างผู้ป่วย 4) น้ำหนักที่เปลี่ยนใน 4 สัปดาห์ 5) อาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 6) อาการที่มีต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 7) ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร และ 8) โรคที่เป็นอยู่ ผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนรวมมีค่า 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ คะแนนรวมมีค่า 6-10 คะแนน หมายถึง พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง⁽¹⁰⁾

3. แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson Co-morbidity Index) ซึ่งพัฒนาโดยชาร์ลสันและคณะในปี 1987 แปลเป็นไทยโดยเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ เป็นแบบประเมินโรคร่วมที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย สามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วยและจากการสอบถามผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกรายงาน แพ้ประวัติการรักษาของผู้ป่วย ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงซึ่งแบบประเมินมีทั้งหมด 19 โรคร่วม คะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดถูกแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน ไม่มีโรคร่วม, 1-2 คะแนน มีโรคร่วมน้อย 3-4 คะแนน มีโรคร่วมปานกลาง และคะแนนมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป มีโรคร่วมมาก^(11,12)

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พัฒนาโดยนพวรรณ เปียชื่อ และคณะ แบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร มี 30 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 - 4 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 120 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม คะแนนน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม⁽¹³⁾

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของโสมทและคณะ แปลโดยนพวรรณ เปียชื่อ เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว 2) การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน และ 3) การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากองค์กรต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ คำถามแบ่งเป็นด้านละ 4 ข้อ รวมเป็น 12 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 - 4 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 48 คะแนน โดยคะแนนน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก^(14,15)

6. แบบประเมินอาการวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินอาการวิตกกังวลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) จากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ เพื่อนำมาประเมินความวิตกกังวล มี 7 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 21 คะแนน โดยคะแนน 0-7 หมายถึง มีอาการวิตกกังวลระดับต่ำ/ ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8-10 หมายถึง มีอาการวิตกกังวลระดับปานกลาง แต่ยังไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน และคะแนน 11-21 หมายถึง มีอาการวิตกกังวลระดับสูง มีความผิดปกติทางจิตเวช⁽¹⁶⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form : NAF) แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson Co-morbidity Index) และแบบประเมินอาการวิตกกังวล ผู้วิจัยไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงของ



เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เนื่องจากไม่ได้มีการตัดแปลงเนื้อหาและเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันและไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ผลการทดสอบดังนี้ แบบประเมินภาวะโภชนาการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest reliability) เท่ากับ .99 แบบประเมินภาวะโรคร่วมทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest reliability) เท่ากับ 1.00 และแบบประเมินอาการวิตกกังวลทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยมีการตัดแปลงเนื้อหาเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ผลการทดสอบดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันโดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ทดสอบโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลการทดสอบเท่ากับ .79 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลก่อนผ่าตัด 1 วัน ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ที่แผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรม 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษยูทง 4 ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างและสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ แรงจูงใจสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการจากกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลในเวชระเบียนร่วมด้วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยมารับการรักษาก่อนที่จะทำการผ่าตัด 1 วัน
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามโดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30-40 นาที
4. หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งขั้นตอนในการวิเคราะห์มีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบภาวะโภชนาการจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด โดยการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด จำนวน 84 ราย ในครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.8 มากกว่าครึ่งเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.9 และมีอายุเฉลี่ย 61.56 ปี (SD=14.16) การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 76.2 และกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 71.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่าครึ่งอยู่กัน 3 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.9 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากกว่าครึ่งอยู่ในช่วง 15,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.4 และมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 15,500 บาท ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง ไชมัน โรคกระเพาะ คิดเป็นร้อยละ 58.3 การรักษาใช้สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 45.2 รองลงมา คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 36.9 ชนิดการผ่าตัดมากกว่าครึ่งเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ร้อยละ 52.4 ยังพบอีกว่าดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 67.9 และมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ที่ 23.63 (SD = 4.35) ระดับภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการมากที่สุด ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 33.3 และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคกระเพาะ มะเร็งตับอ่อน และมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี ร้อยละ 39.3 โรคนี้ในถุงน้ำดีและในท่อน้ำดี ร้อยละ 35.7 โรคตับอักเสบ ถุงน้ำดีอักเสบ และท่อน้ำดีอักเสบ ร้อยละ 25.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=84 ราย)

ตัวแปร	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	54.8
หญิง	38	45.2
อายุ		M = 61.56 (SD = 14.61)
น้อยกว่า 60 ปี	32	38.1
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	52	61.9



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=84 ราย) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	64	76.2
ปริญญาตรีขึ้นไป	20	23.8
สถานภาพ		
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	24	28.6
คู่	60	71.4
สมาชิกในครอบครัว		
น้อยกว่า 2 คน	32	38.1
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	52	61.9
รายได้		
น้อยกว่า 15,000 บาท	40	47.6
15,000 บาท ขึ้นไป	44	52.4
โรคร่วม		
ไม่มี	35	41.7
มี (เช่น เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมัน โรคมะเร็ง)	49	58.3
สิทธิการรักษา		
จ่ายเงินเอง	2	2.4
บัตรประกันสุขภาพ	31	36.9
ตนสังกัด	38	45.2
ประกันสังคม	10	11.9
ประกันชีวิต	3	3.6
ชนิดการผ่าตัด		
เปิดหน้าท้อง	44	52.4
ไม่เปิดหน้าท้อง	40	47.6
ดัชนีมวลกาย (BMI)		M = 23.63 (SD = 4.35)
อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.90)	27	32.1
ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (<18.5, >22.90)	57	67.9
ภาวะโภชนาการ (NAF)		
ไม่พบความเสี่ยง	18	21.5
พบความเสี่ยง	38	45.2
มีภาวะทุพโภชนาการ	28	33.3



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=84 ราย) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ
โรคที่พบ		
มะเร็งตับ มะเร็งตับอ่อน มะเร็งทางเดินน้ำดี	33	39.3
นิ่วในถุงน้ำดี ท่อน้ำดีอักเสบ	30	35.7
ตับอักเสบ ถุงน้ำดีอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบ	21	25.0

เปรียบเทียบภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า อายุ และโรคร่วม มีระดับภาวะโภชนาการก่อนได้รับการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ .05 (Chi-square = 14.330, $p < .01$; Chi-square = 24.041, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบของภาวะโภชนาการจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=84 ราย)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะโภชนาการ			Chi-square	P value
		ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	ทุพโภชนาการ		
เพศ						
ชาย	46 (54.8)	10 (21.7)	21 (45.7)	15 (32.6)	.024	.988
หญิง	38 (45.2)	8 (21.1)	17 (44.7)	13 (34.2)		
อายุ						
น้อยกว่า 60	32 (38.1)	11 (34.4)	18 (56.3)	3 (9.3)	14.330	.001**
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	52 (61.9)	7 (13.5)	20 (38.5)	25 (48.1)		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	64 (76.2)	14 (21.7)	28 (43.8)	22 (34.4)	.244	.885
ปริญญาตรีขึ้นไป	20 (23.8)	4 (20.0)	10 (50.0)	6 (30.0)		
สถานภาพ						
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	24 (28.6)	7 (29.2)	12 (50.0)	15 (20.8)	2.682	.262
คู่	60 (71.4)	11 (18.3)	26 (43.3)	23 (38.3)		
สมาชิกในครอบครัว						
น้อยกว่า 2 คน	32 (38.1)	8 (25.0)	15 (46.9)	9 (28.1)	.759	.684
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	52 (61.9)	10 (19.2)	23 (44.2)	19 (61.9)		
รายได้						
น้อยกว่า 15,000 บาท	40 (47.6)	7 (17.5)	18 (45.5)	15 (37.5)	.949	.622
15,000 บาทขึ้นไป	44 (52.4)	11 (25.0)	20 (45.5)	23 (29.5)		



ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบของภาวะโภชนาการจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=84 ราย) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะโภชนาการ			Chi- square	P value
		ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	ทุพโภชนาการ		
โรคร่วม						
ไม่มี	35 (41.7)	15 (42.9)	17 (44.7)	3 (10.7)	24.041	.000***
มี (เช่น เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมัน โรคมะเร็ง)	49 (58.3)	3 (6.1)	21 (42.9)	25 (51.0)		
ชนิดการผ่าตัด						
เปิดหน้าท้อง	44 (52.4)	11 (25.0)	18 (40.9)	15 (34.1)	.954	.621
ไม่เปิดหน้าท้อง	40 (47.6)	7 (17.5)	20 (50.0)	13 (32.5)		
ดัชนีมวลกาย (BMI)						
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	27 (32.1)	7 (26.0)	10 (37.0)	10 (37.0)	1.131	.568
ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ	57 (67.9)	11 (19.3)	28 (49.1)	18 (31.6)		

Chi-square, ** = $P < .01$, *** = $P < .001$

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะโรคร่วม (ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคมะเร็ง) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .406$, $p < .01$, $r = .214$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัดโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=84 ราย)

ตัวแปร	โรคร่วม	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ความวิตกกังวล	การสนับสนุนทางสังคม	ภาวะโภชนาการ
โรคร่วม	1				
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	0.63	1			
ความวิตกกังวล	-.022	-.269*	1		
การสนับสนุนทางสังคม	0.96	.124	-.042	1	
ภาวะโภชนาการ	.406**	.214*	-.072	.093	1

* = $P < .05$, ** = $P < .01$, *** = $P < .001$

Pearson's product moment correlation coefficient



อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.20 รองลงมา คือ มีภาวะทุพโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 33.30 และโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรคมะเร็งตับ มะเร็งตับอ่อน และมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ร้อยละ 39.30 โรคนี้ในถุงน้ำดีและในท่อทางเดินน้ำดี ร้อยละ 35.70 โรคตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบและถุงน้ำดีอักเสบ ร้อยละ 21.00 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในกลุ่มโรคนี้ จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการย่อยและการดูดซึมอาหาร รวมถึงกระบวนการเมแทบอลิซึม และในการศึกษาวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งตับ มะเร็งตับอ่อน และมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ถึงร้อยละ 39.30 โรคมะเร็งส่งผลให้ผู้ป่วยมักเบื่ออาหาร กินได้น้อย การรับรสผิดปกติ การสะสมของไกลโคเจนที่ตับลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยโรคตับมีความต้องการพลังงานมากจึงส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ ส่วนผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบจะทำให้เกิดภาวะพร่องน้ำย่อยซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้กระบวนการย่อยและการดูดซึมอาหารที่ผิดปกติ ที่พบบ่อยมักเกี่ยวกับการย่อยไขมันเนื่องจากเอนไซม์ไลเปสย่อยไขมันผลิตจากตับอ่อน ส่งผลทำให้ได้รับพลังงานลดลงจากการดูดซึมไขมันที่ผิดปกติ จึงส่งผลกระทบต่อภาวะเสี่ยงทุพโภชนาการและทุพโภชนาการ^(17,18) และผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.90 มีภาวะทุพโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 48.10 สามารถอธิบายได้ว่า อายุมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นมีการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลทำให้มีอาการเบื่ออาหาร เป็นผลทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ความสามารถในการรับรส การได้กลิ่น อาการ ปากแห้ง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารช้าลง การหลั่งกรดลดลง ส่งผลต่อการย่อยอาหาร และรับประทานอาหารได้ลดลงทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะทุพโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธิพร พิชานธนานุกูล และภริยา รัชตะนันท์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ⁽⁷⁾

โรคร่วม ในการศึกษานี้พบว่า โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .406, p < .01$) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม ร้อยละ 58.30 และโรคร่วมที่พบ ได้แก่ เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง และโรคมะเร็ง โรคร่วมมีความจำเป็นต้องได้รับยาหลายตัว ยาอาจมีผลขัดขวางต่อการย่อยและดูดซึมอาหาร และผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานงานได้เต็มที่ ต้องนำไขมันและโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้ รวมทั้งต้องควบคุมอาหารและได้ยาเบาหวานบางตัว ได้แก่ Metformin ซึ่งยาไปทำให้การรับรสเสียไป ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงส่งผลกระทบต่อโภชนาการ⁽¹⁹⁾ โรคหัวใจ ผู้ที่เป็นมักเกิดความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารมีอาการบวมของลำไส้ ตับบวม น้ำ ทำให้ผู้ป่วยอึดอัดและมีอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้⁽²⁰⁾ ส่วนโรคมะเร็ง ในการศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 39.50 ซึ่งเซลล์มะเร็งจะสร้างสารเคมีที่ทำให้กระบวนการเผาผลาญอาหารเพิ่มขึ้น มีการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนี้หากมะเร็งเกิดในอวัยวะต่าง ๆ แล้วไปอุดกั้นทางเดินอาหารทำให้ส่งผลต่อการดูดซึมสารอาหารอาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการได้⁽²¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของของสมจิตร มาตยารักษ์ และผ่องพรรณ อรุณแสง⁽²²⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังหรือมีโรคร่วมจะได้รับยาในการรักษาโรคนั้น ๆ



จึงทำให้ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ เช่นเดียวกับการศึกษาของพุทธิพร พิธานานกุล และภิรมย์ รัชตะนันท์⁽⁷⁾ พบว่าภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .214, p < .05$) และพบกลุ่มตัวอย่างมีโภชนาการปกติ ร้อยละ 21.50 อีกทั้งยังพบว่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่เหมาะสมมาก กลุ่มตัวอย่างเลือกอาหารที่เป็นประโยชน์ ต้ม نرم รับประทานอาหารประเภทโปรตีนจากไข่และเนื้อสัตว์ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่ดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ได้แก่ ของหมักดอง เนื้อสัตว์ที่ติดมัน และมีความถี่ในการบริโภคอาหารอย่างน้อย 3 มื้อต่อวัน ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอและครบถ้วน และก่อนผ่าตัดได้รับคำแนะนำในการบริโภคอาหารจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเตรียมพร้อมให้สุขภาพแข็งแรงก่อนเข้ารับการรักษา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารดีส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามมา⁽²³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาณี ศรีสวัสดิ์ และคณะ⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการในระดับปานกลาง ($r = -0.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด และผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.40 มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.40 สมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 61.90 อีกทั้งคะแนนการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่าคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ให้กำลังใจและส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และยังมีรายได้ที่มากพอในการเลือกสรรอาหารที่เป็นประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สมาชิกในครอบครัวยังช่วยดูแลหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถออกไปเลือกหาอาหารเองได้ แต่การศึกษาในครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด อาจเป็นเพราะมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเกิดโรคเกี่ยวกับตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีส่งผลต่อกระบวนการย่อยและดูดซึมอาหารและบางครั้งมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง⁽¹⁷⁾ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง กล่าวคือ ครอบครัวและญาติสามารถจัดเตรียมอาหารเลือกสรรอาหารที่มีประโยชน์และกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างให้บริโภคอาหาร และก่อนได้รับการผ่าตัดยังได้รับคำแนะนำการรับประทานอาหารจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ ร้อยละ 45.20 และมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 33.30 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของรุ่งนภา คงภักดี และคณะ⁽²⁵⁾ ที่ได้ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความวิตกกังวล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 67.80 ซึ่งความวิตกกังวลเป็นภาวะทางจิตใจ ความรู้สึก ตึงเครียดทางอารมณ์ ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ รู้สึก



หวาดกลัว หวาดหวั่นกับเหตุการณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญในขณะนั้น⁽²⁶⁾ แต่ในขณะเดียวกันถ้ามีความวิตกกังวลสูงจะส่งผลต่อระบบประสาท การปล่อยฮอร์โมน ส่งผลทำให้กระสับกระส่าย เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การเผาผลาญอาหารเพิ่มขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.40 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 61.90 มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป และก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดยังได้รับการอธิบายในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อคลายความวิตกกังวล และคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดคอยให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ จึงไม่มีผลต่อการรับประทานอาหาร หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลระดับต่ำแต่ผลการวิจัยก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 33.30 จึงทำให้ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการบำบัดของ ภทริกา ปัญญา และคณะ³ พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการในระดับสูง ($r = -.725$, $p < .01$) ซึ่งความวิตกกังวลสูงทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ จึงส่งผลต่อภาวะโภชนาการ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่มีรูปแบบเฉพาะเจาะจง อาจทำให้การนำผลการศึกษาไปอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการได้เฉพาะโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกันเท่านั้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

การศึกษานี้พบว่าภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัดอยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการและมีภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีก่อนได้รับการผ่าตัดต้องให้การแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร และประเมินภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดและยังเป็นการป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี

ข้อเสนอแนะงานวิจัยครั้งต่อไป

เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในกลุ่มโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี หรือในกลุ่มโรคอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่ให้ความอนุเคราะห์และความสะดวกในการเข้าไปเก็บข้อมูลงานวิจัย จึงให้งานวิจัยนี้สำเร็จ



เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Annual report in 2019 [intranet]. 2021 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8297> (in Thai)
2. Thammasat University Hospital. Statistics of liver pancreatic and biliary tract patients admitted to Thammasat hospital. Pathumtani: Thammasat university hospital, 2022. (in Thai)
3. Fongchan S, Vorapongsathorn S, Bhavabudananda P, Chooratna K. Liver cancer prevention and control. Thai Cancer J. 2019;39(2):64-74. (in Thai)
4. Punsri S, Putwatana P, Piaseu N. Nutritional risk, nutritional care and clinical outcomes of patients with major surgery. Thai J Nurs. 2018;67(4):44-52. (in Thai)
5. Phamornpon S. Role of nurses in promoting postoperative bowel function recovery. Thai Red Cross Nurs J. 2013;6(1):1-11. (in Thai)
6. Pitantanakun P, Rajatanun B. Nutritional status and factors related to nutritional status of elderly living in the community. J Sakon Nakhon Hospital. 2019;22(1):1-13. (in Thai)
7. Panya P, Saneha C, Puwarawuttipanit W, Soparattanapaisarn N. Factors Influencing on nutritional status in patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. J Nurs Sci. 2016;34(1):66-76. (in Thai)
8. Chaikham R, Raksanaves L, Pichaya N, Sooksrisawat C. Factors predicting nutritional behaviors among patients with head and neck cancer at Chonburi cancer hospital. J Department Med Services. 2018;43(6):68-73. (in Thai)
9. Kemm J, Close A. Health promotion: theory and practice. London: Macmillan; 1995.
10. Komindr S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. Asia Pac J Clin Nutr. 2013;22(4):516-21.
11. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.
12. Utriyaprasit K. The relationship between recovery symptoms and functional outcomes in Thai CABG patients. J Transcult Nurs. 2005;16(2):97-106.
13. Piaseu N, Tatsanachantane D, Kittipoom S, Putwatana P. Nutritional knowledge, attitude toward food, food behavior, and nutritional status among nursing students. Ramathibodi Nurs J. 2009; 15(1):48-59. (in Thai)



14. Piaseu N. Food insecurity and health among low income families living in crowded urban areas in Thailand [thesis]. Washington: University of Washington; 2003.
15. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41.
16. Chairit W, Piase N, Jarupat MS. Factors related to food security among older adults in a rural community of Southern Thailand. *Ramathibodi Nurs J.* 2012;18(3):311-26. (in Thai)
17. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale (HADS). *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.
18. Lakkhananurak N. Nutrition management in chronic pancreatitis. *Thai J Parenteral Enteral Nutr.* 2017;25(2):1-7. (in Thai)
19. Khuntikeo N, Pugkhem A. Current treatment of cholangiocarcinoma. *Srinagarind Med J.* 2012;27:340-50. (in Thai)
20. Plaengman C, MeenaSantirak N. Development of food recipes and nutritional value of local food to promote health of diabetic patients in Muang district Mahasarakham province. *J Soc Sci Local Rajabhat Mahasarakham University.* 2021; 5(4):20-30. (in Thai)
21. Juntratip N. Nursing care for monitoring of the malnutrition in patients cardiac surgery. *Region 11 Med J.* 2019;33(3):613-28. (in Thai)
22. Augsornwan D, Taewsopa P, Surakunprapha P. Nutritional status of surgical and orthopedic patients: patients with cancer in 3C ward. *Srinagarind Med J.* 2019;34(4):393-7. (in Thai)
23. Mattayaruk S, Aroonsang P. Nutritional status and factors related to nutritional status in chronically ill older persons attended outpatient. *J Nurs Health Care.* 2015;32(4):152-61. (in Thai)
24. Kaewnaluang S. Food consumption behavior, nutritional status and health status of patients at Thai traditional medicine clinic Thoen hospital Lampang province [thesis]. Chaing Mai: Chaing Mai University; 2015.
25. Srisawat S, Kumpolsiri T, Panuthai S. Food consumption behaviors and nutritional status in older persons with stroke. *Nurs J CMU.* 2021;48(1):54-66. (in Thai)
26. Kongpakdee R, Detprapon M, Monkong S. Factors related to nutritional status of the head and neck cancer older patients receiving concurrent radiochemotherapy. *Ramathibodi Nurs J.* 2021;27(2):216-31. (in Thai)
27. Jampawal T. State anxiety. *Buddh Psychol J.* 2018;3(1):13-20. (in Thai)