

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ มีความสำคัญต่อร่างกายและจิตใจในการสร้างรากฐานคุณภาพที่ดี เพราะอาหารทำให้ร่างกายเจริญเติบโตมีความสมบูรณ์แข็งแรง อวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความต้องการอาหารของแต่ละคนจะแตกต่างกันตามอายุ เพศ ลักษณะการทำงาน และสภาพร่างกาย (ประสิทธิ์ ทองอุ่น, 2542) การจะได้รับสารอาหารเพียงพอทั้งปริมาณ และสารอาหารครบถ้วนหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับบริโภคนิสัยของแต่ละบุคคล บริโภคนิสัยที่ดีย่อมนำมาซึ่งสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพราะอาหารเป็นสิ่งที่เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย และโภชนาการเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับระบบการเปลี่ยนแปลงทางฟิสิกส์ และทางเคมีของอาหาร อันเกิดจากการใช้สารอาหารเพื่อไปหล่อเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อและควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ (วลัย อินทรมพรรษ์, 2540) อาหารและโภชนาการจึงมีความจำเป็นต่อมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา โดยเฉพาะในขณะเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ซึ่งร่างกายต้องการสารอาหารที่เหมาะสมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อช่วยให้หายจากโรคร้ายไข้เจ็บ

การเจ็บป่วยบางอย่างจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดทำให้เมตาบอลิซึมของสารอาหารในร่างกายดำเนินไปในทางสูญเสียมากกว่าการสร้าง และการที่ร่างกายมีเมตาบอลิซึมสูง ประสิทธิภาพในการนำสารอาหารไปใช้ลดลง ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แผลผ่าตัดหายช้า แผลจะฉีกหรือขาดได้ง่าย กระดูกประสานกันได้ช้า (เกษนภา เตกาญจนวนิช, 2537) เนื่องจากร่างกายมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะแรก ผู้ป่วยจะมีเมตาบอลิซึมสูงมาก ตรวจพบไนโตรเจนในปัสสาวะ เนื่องจากร่างกายจะใช้ไขมันเป็นแหล่งพลังงานและมีการใช้โปรตีนร่วมด้วย 2) ระยะต่อมา ผู้ป่วยจะมีการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น การใช้พลังงานและโปรตีนที่สะสมไว้ลดลงพบภาวะสมดุลไนโตรเจนเป็นบวก ระยะนี้อาจใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ ถึง 2-3 เดือน ซึ่งขึ้นอยู่กับการผ่าตัดแต่ละชนิด และ 3) ระยะสุดท้ายอาจมีระยะเวลานานหลายเดือน ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักคืนสู่ภาวะปกติ (วิวัฒน์ พุทธิวรรณไชย และวิวัฒน์ เหลืองชนะ, 2539) ซึ่งการสูญเสียน้ำหนักจะเกิดขึ้นจะมีระยะเวลานานเท่าใดขึ้นอยู่กับประเภทของการผ่าตัด การผ่าตัด

เล็ก เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง การสลายสารอาหารจะมีระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน ส่วนการผ่าตัดใหญ่ เช่น การตัดปอด การผ่าตัดกระดูกสันหลัง เป็นต้น จะมีระยะเวลานานหลายสัปดาห์ (วิชัย ต้นไพจิตร, 2538)

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain) สถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 ถึง พ.ศ. 2535 ในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี มีจำนวนเฉลี่ย 73.33 คนต่อปี และ 64.14 คนต่อปี ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี (ศรัญญา มีชูทรัพย์, 2539) การผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยจะมีการเสียเลือดประมาณ 200–500 มิลลิลิตร อาจพบภาวะช็อคหลังการผ่าตัดได้ ซึ่งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีธาตุเหล็กจึงมีความจำเป็น หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียง (Absolute bed rest) 2–3 วัน แพทย์จึงจะอนุญาตให้เริ่มลุกเดิน และต้องพักผ่อนหลังผ่าตัด จำกัดกิจกรรม ไม่สามารถทำงานหนักได้น้อย 4–6 สัปดาห์ (วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม และคณะ, 2539) การที่ผู้ป่วยต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลาหลายวัน ทำให้เกิดการสูญสลายเมตาบอลิซึมของสารอาหารอย่างต่อเนื่อง ร่างกายจะมีการสลายแคลเซียมเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมักจะเกิดอาการท้องอืด และท้องผูกหลังผ่าตัด เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ซึ่งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีแคลเซียมสูง เพื่อส่งเสริมการเชื่อมติดของกระดูก และการได้รับอาหารที่มีเส้นใยสูง เพื่อป้องกันอาการท้องอืด จึงมีความจำเป็น และผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังจะได้รับการตัดไหมบริเวณแผลผ่าตัดในวันที่ 14 หลังผ่าตัด ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงจะช่วยส่งเสริมการหายของแผล ป้องกันแผลแยก (Footner, A., 1992) ดังนั้นภาวะโภชนาการที่ดีการได้รับสารอาหารที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด การเชื่อมติดของกระดูกและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งส่งเสริมให้การรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้ผลดียิ่งขึ้น (วลัย อินทร์ทรัพย์, 2540)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รับรักษาผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งรักษาทั้งวิธีอนุรักษ์ (การบรรเทาอาการ กายภาพบำบัด และการให้พักทำกิจกรรม) และวิธีผ่าตัด หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 3 เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยในปี พ.ศ. 2538 ถึงปี พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยรับใหม่ทั้งสิ้น 1,648 รายป่วยด้วยโรคปวดหลังส่วนล่าง 460 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.90 และเป็นผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ร้อยละ 42.86 ของผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดในหอผู้ป่วย (การุณ การดำรง, 2543) และปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยมาใช้บริการ 622 ราย ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 86 ราย เฉลี่ยเดือนละ 8 ราย (หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 3 โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่, 2546)

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เมื่อแพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด การรับประทานยา การปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย การดูแลแผลผ่าตัด และแจกแผ่นพับเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำท่าง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งความรู้เป็นสิ่งสำคัญต่อพฤติกรรมของแต่ละบุคคล อาจกล่าวได้ว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม (สุมาลี คุณแสง, 2537) ดังนั้นการมีความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สามารถเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ซึ่งการบริโภคอาหารที่ถูกต้องช่วยส่งเสริมการหายของแผล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อีกด้วย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยเน้นความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพื่อให้ได้แนวทางในการส่งเสริมความรู้ทางโภชนาการแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สมมติฐานการศึกษา

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โภชนศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับ โภชนศึกษา
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับ โภชนศึกษาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับ โภชนศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โภชนศึกษากับกลุ่มที่ไม่ได้รับ โภชนศึกษา

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi - experimental study) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อน-หลังการทดลอง (two group pre-posttest design)

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2548 – กรกฎาคม พ.ศ. 2548 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- เป็นเพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป
- รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดกระดูกสันหลัง
- ไม่มีโรคประจำตัว
- แพทย์อนุญาตให้ลุกเดินได้
- ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่าง 15 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง 15 คน เป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโภชนศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาผลการให้โภชนศึกษาครั้งนี้มีเนื้อหาครอบคลุม เรื่อง อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประโยชน์ของอาหารแต่ละชนิด อาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ไม่ควรบริโภค ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรวมถึงจำนวนมื้ออาหาร ความถี่ของอาหารที่บริโภค ความเชื่อเรื่องอาหาร ตลอดจนอาหารที่งดเว้นในภาวะปกติ ภาวะเจ็บป่วย และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผลการให้โภชนศึกษา หมายถึง ผลของการให้ความรู้เรื่อง อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประโยชน์ของอาหารแต่ละชนิด อาหารที่ควรบริโภค และอาหารที่ไม่ควรบริโภค

ความรู้ทางโภชนาการ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประโยชน์ของอาหารแต่ละชนิด อาหารที่ควรบริโภค และอาหารที่ไม่ควรบริโภค ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้ทางโภชนาการที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกลิ้นหลัง ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำในแต่ละวัน ได้แก่ จำนวนมื้ออาหาร ความถี่ที่บริโภคอาหาร ความเชื่อเรื่องอาหาร ตลอดจนอาหารที่งดเว้นในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกลิ้นหลัง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกลิ้นหลัง ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2548 – กรกฎาคม พ.ศ. 2548

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกลิ้นหลัง ที่ได้รับโภชนศึกษามีความรู้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมขึ้น
2. ทราบผลของการให้โภชนศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกลิ้นหลัง
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการสร้างแบบแผนการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป