

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

รุ่งนภา คงภักดี* พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

มุกดา เดชประพนธ์** ปร.ด. (การพยาบาล)

สุปรีดา มั่นคง*** Ph.D. (Gerontological Nursing)

บทคัดย่อ :

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงการรับรส ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุ มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 80 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรส แบบประเมินความเครียด แบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะโภชนาการ เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.50 เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.25 มีภาวะทุพโภชนาการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงการรับรสในระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย แต่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง การเปลี่ยนแปลงการรับรส และความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการ รวมทั้งการจัดการความเครียด และการเปลี่ยนแปลงการรับรส อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การเปลี่ยนแปลงการรับรส ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะโภชนาการ มะเร็งศีรษะและคอ การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: mukda.det@mahidol.edu

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 11 กันยายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 10 มกราคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 18 มกราคม 2564

Factors Related to Nutritional Status of the Head and Neck Cancer Older Patients Receiving Concurrent Radiochemotherapy

Rungnapa Kongpakdee* *M.N.S. (Gerontological Nursing)*

Mukda Detprapon** *Ph.D. (Nursing)*

Supreeda Monkong*** *Ph.D. (Gerontological Nursing)*

Abstract:

This descriptive research aimed at studying the relationships among taste alteration, stress, social support, and nutritional status in older patients with head and neck cancer receiving concurrent radiochemotherapy. The sample consisted of 80 patients aged 60 years and above. The older patients who met the inclusion criteria were recruited in this study. The participants were interviewed using five instruments: the Demographic Questionnaire, the Taste Alteration Questionnaire, the Stress Questionnaire, the Social Support Questionnaire, and the Mini Nutrition Assessment–Short Form. Data were collected from April 2019 to January 2020. Descriptive statistics and Spearman’s Rank Correlation Coefficient were used to analyze the data. The results revealed that 52.50% of the sample was at risk for malnutrition, and 36.25% had malnutrition. The sample’s taste alteration was between mild and severe levels. Most of them had low-level stress but high-level social support. Taste alteration and stress had a significant negative correlation with the nutritional status. However, there was no significant relationship between social support and nutritional status. Nurses should realize the importance of nutritional assessment, including stress and taste alteration, to continuously provide patients with the most appropriate treatment.

Keywords: Taste alteration, Stress, Social support, Nutritional status, Head and neck cancer, Concurrent radiochemotherapy

*Master’s student, Master of Nursing Science Program (Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: mukda.det@mahidol.edu

***Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received September 11, 2020, Revised January 10, 2021, Accepted January 18, 2021

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งศีรษะและคอในผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา โดยพบว่ามีประมาณครึ่งของผู้ป่วยรายใหม่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีอัตราการรอดชีวิตลดลงในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี¹ เนื่องจากกระบวนการสูงอายุส่งผลให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษามากขึ้น และความทนต่อการรักษาลดลง ประกอบกับตำแหน่งการเกิดโรคเป็นอวัยวะที่สังเกตอาการผิดปกติได้ยาก เช่น ช่องจมูก โพรงอากาศ รอบจมูก โพรงหลังจมูก กล้องเสียง ใต้กล่องเสียง และโคนลิ้น เป็นต้น ตลอดจนความผิดปกติที่เยื่อหูทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนต้น ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์เมื่อมีอาการในระยะที่ 3 และ 4² ซึ่งมักเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะใกล้เคียง การผ่าตัดจึงเป็นไปได้ยาก จุดมุ่งหมายของการรักษาจึงเพื่อประคับประคอง หรือจำกัดการแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง ด้วยการฉายรังสีหรือการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ซึ่งการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอมักทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายในช่องปาก การเปลี่ยนแปลงการรับรส น้ำลายแห้ง กลืนลำบาก และเยื่อหูช่องปากอักเสบ ในขณะที่เคมีบำบัดมีผลทำให้คลื่นไส้อาเจียน เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรส เยื่อหูช่องปากอักเสบ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะแทรกซ้อนทางไต และสูญเสียการได้ยิน¹

การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดเป็นวิธีมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอระยะที่ 3-4² แม้ว่าการรักษาด้วยวิธีนี้จะมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาวิธีการฉายรังสีเพื่อทำลายก้อนมะเร็งโดยตรงและช่วยลดผลกระทบต้ออวัยวะข้างเคียงของก้อนมะเร็ง รวมทั้งวิธีการให้ยาเคมีบำบัดในขนาดต่ำเพื่อลดอาการข้างเคียงก็ตาม แต่ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมักประสบปัญหาเกี่ยวกับ การ

เปลี่ยนแปลงการรับรส การกลืนลำบาก ปากแห้ง และช่องปากอักเสบ³ ประกอบกับตำแหน่งของโรค มักอยู่ใกล้เคียงกับทางเดินอาหารส่วนต้น ทำให้ปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับลดลง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการขณะรับการรักษา⁴ นำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ การตอบสนองต่อการรักษาลดลง ระยะเวลาของการรักษาจะยาวนานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา ได้แก่ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ช่องปากอักเสบระดับรุนแรง และการติดเชื้อ ส่งผลต่อการพักการฉายรังสีหรือการให้เคมีบำบัด นำไปสู่การพยากรณ์โรคที่เลวลง รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตลดลงในระหว่างการรักษาและหลังสิ้นสุดการรักษา¹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ ขณะที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดสามารถจำแนกได้ 5 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล พยาธิสภาพของโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา ปัจจัยด้านจิตใจ และด้านจิตสังคม ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลและพยาธิสภาพของโรค เกิดจากก้อนมะเร็งมีการหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokine) ส่งผลให้เพิ่มการใช้พลังงานและการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ⁵ และการตอบสนองของระบบการทำงานของร่างกายต้อก้อนมะเร็ง การเกิดกระบวนการอักเสบ เพิ่มการเผาผลาญสารอาหาร อีกทั้งกระบวนการสูงอายุที่ส่งผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เช่น การรับรสจำนวนของฟันที่ใช้งานได้เดียว การย่อย และการดูดซึม มีประสิทธิภาพลดลง⁶ ตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่ทำให้เกิดการอุดตันหรือกีดเบียดทางเดินอาหาร⁴ และการบวมของเซลล์เยื่อหูช่องปากที่เกิดจากกระบวนการอักเสบขณะได้รับการฉายรังสี⁷ และเคมีบำบัด³ ทำให้รับประทานอาหารได้ในปริมาณที่ลดลง เมื่อเข้าสู่กระบวนการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยและเกิดขึ้นได้ตั้งแต่สัปดาห์แรกคือ การเปลี่ยนแปลงการรับรส ระยะเวลาในการเกิดพบได้ตั้งแต่เป็นชั่วโมงในแต่ละวันระหว่างรับ

การรักษา จนถึงระยะเวลาเป็นเดือนหลังสิ้นสุดการ รักษา⁸ ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงการรับรสรหว่าง รักษา⁹ ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่อร่อย มีความอยาก อาหารลดลง และรับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลต่อน้ำหนักตัวที่ลดลง อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงการรับรสในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการรักษา ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดเรื้อรังขณะรับ การรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มักประสบกับความเครียดจากการรักษา และอาการข้างเคียงจากการรักษา โดยความเครียดทำให้เกิดความอยากอาหารลดลงจากกระบวนการหลั่งฮอร์โมนเพื่อควบคุมความอยากอาหารและเผาผลาญพลังงานจากไกลโคเจนและไขมันที่สะสมไว้ ทำให้แบบแผนการรับประทาน อาหารเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องร่วมรับประทาน อาหาร เมื่ออาการข้างเคียงของการรักษาและความเครียดไม่ได้ถูกจัดการ ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง และนำมาสู่ภาวะทุพโภชนาการในที่สุด¹⁰ ทั้งนี้หากผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอมีสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่มีความเข้าใจต่อการจัดการความเครียด และการดูแลการรับประทานอาหารจะสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ซึ่งการช่วยเหลืออาจเป็นทักษะการแก้ปัญหา แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีทั้งทางตรงและทางอ้อม ในผู้ป่วยบางคนอาจต้องการเพียงการให้ข้อมูล การช่วยเหลือเพื่อจัดการอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางอ้อม ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนต้องการแรงสนับสนุนทางตรง คือ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ และแรงงาน โดยในผู้ป่วยมะเร็งความยากลำบากในการรับประทานอาหาร และการเตรียมอาหารเป็นปัญหาที่พบได้เสมอ การมีสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลทำหน้าที่เตรียมอาหาร จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะ

ในผู้สูงอายุครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอเมื่อประสบปัญหาด้านการ รับประทานอาหาร¹¹ อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะ สุขภาพ และช่วยส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง¹² ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตระหว่างรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ ศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เป็นการศึกษาในกลุ่มช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงตอน ปลาย และได้รับการรักษาด้วยหลากหลายวิธี แต่ยังไม่พบการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการ รักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ซึ่งในผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบทางเดินอาหาร และการทำงานของไต เป็นต้น อีกทั้งวิธีการรักษาเป็นการรักษาร่วมกันทั้งการฉายรังสีและเคมีบำบัด ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการได้มากกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงระหว่างการรักษา¹ รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การรับรสในประเทศไทยยังมีข้อมูลค่อนข้างจำกัด ส่วนด้านความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิต ซึ่งยังไม่ชัดเจนในการอธิบายความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการ ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด เพื่อช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพมีความเข้าใจ ในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำเป็นแนวทางการประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการในระหว่างที่ได้รับการรักษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงการรับรส ความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดของการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งศีรษะและคอ ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด และการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะโภชนาการมีความสำคัญอย่างมาก เพราะเป็นวัยที่มีการถดถอยของเซลล์มากกว่าการสร้าง อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ มีสาเหตุหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการและความไม่สมดุลของสารอาหารที่ร่างกายได้รับ ประกอบด้วย พยาธิสภาพของโรค การตอบสนองของร่างกายต่อเซลล์มะเร็ง การกดเบียดของก้อนมะเร็งบริเวณตำแหน่งทางเดินอาหาร สภาวะด้านจิตใจ จิตสังคม และผลข้างเคียงจากการรักษาแต่ละวิธี ซึ่งการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอใช้ปริมาณรังสี 66-70 เกรย์ ใน 35 ครั้ง เฉลี่ยวันละ 1.6-2.2 เกรย์ 5 วัน/สัปดาห์ เมื่ออนุภาคของรังสีตกกระทบบริเวณไมโครวิลลี (microvilli) ที่ลิ้น และผิวชั้นนอกของต่อมรับรส ทำให้เกิดความเสียหายของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นตั้งแต่ 2-4 เกรย์ ในช่วงสัปดาห์แรกของการฉายรังสี โดยพบว่าปริมาณรังสีในช่วง 1.4-15.2 เกรย์⁶ ทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อและต่อมรับรสบริเวณปลายและข้างลิ้น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการ

รับรสขึ้น ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงระยะเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง เมื่อได้รับปริมาณรังสีมากขึ้น จะส่งผลให้ต่อมน้ำลายฝ่อลีบ การผลิตน้ำลายลดลงและเกิดภาวะน้ำลายแห้งถาวร รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรสในระดับรุนแรง จนส่งผลต่อภาวะโภชนาการ และความต้องการอาหารทางสายยาง ขณะที่ยาเคมีบำบัดที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอคือ ซิสพลาติน (cisplatin) และ คาร์โบพลาติน (carboplatin) ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ โดยทำลายโครงสร้างของ DNA ในระยะหลังสร้าง DNA ก่อนการแบ่งโครโมโซม และไซโทพลาสซึม (G2 phase) และในกรณีที่เป็นการรักษาพร้อม (concurrent radiochemotherapy) จะทำหน้าที่กระตุ้นการทำงานของอนุภาครังสีที่ตกกระทบสู่เซลล์ ทำให้เกิดการตายของเซลล์¹³ เนื่องจาก cisplatin เป็นยาในกลุ่ม platinum base เมื่อเข้าสู่ร่างกาย และถูกตัดหลังออกมากับน้ำลาย ผู้ป่วยมักเกิดการรับรสคล้ายโลหะ หรือเผื่อนฝาด⁵ ส่งผลให้รับประทานอาหารไม่อร่อย รับประทานอาหารลดลง เกิดความเบื่อหน่าย น้ำหนักตัวลดลง และเป็นอาการที่ถูกรายงานว่าก่อให้เกิดความเครียดขณะรับการรักษาที่สามารถนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและค่อมักประสบความเครียดจากความผิดปกติบริเวณอวัยวะที่พบก้อนมะเร็ง และความยากลำบากในการรับประทานอาหาร^{3,4} รวมทั้งเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในขณะที่รับการรักษา ซึ่งเกิดได้ทั้งจากปัจจัยภายนอกและภายในที่มากกระตุ้น เมื่อร่างกายตอบสนองต่อความเครียด จะมีการหลั่งแอดรีโนคอร์ติโคทรอปิกฮอโมน (adrenocorticotrophic hormone) ออกมากระตุ้นที่ต่อมหมวกไต ทำให้คอร์ติซอล (cortisol) ถูกปล่อยออกมา เป็นผลให้มีการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง รวมทั้งมีการสลายไกลโคเจนและไขมันที่สะสมไว้ ทำให้ระดับน้ำตาลและสารอาหารในเลือดเพิ่มขึ้น ความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น¹⁴ ความ

อยากอาหารและความสนใจในการรับประทานอาหารจึงลดลง อีกทั้งการได้รับ cisplatin มีฤทธิ์ในการยับยั้งฮอร์โมนอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดยังคงสูงแต่ร่างกายไม่สามารถนำไปใช้ได้ จึงเกิดกระบวนการเผาผลาญน้ำตาลรุนแรง ส่งผลต่อการลดลงของน้ำหนักตัว และมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนความเครียดที่เพิ่มขึ้น¹⁵

การเจ็บป่วย หรือการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการอาศัยอยู่เพียงลำพัง ส่งผลต่อการจัดหาและเตรียมอาหารที่เหมาะสม¹¹ ผู้ป่วยสูงอายุ มะเร็งศีรษะและคอต้องเผชิญกับผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และด้านจิตสังคมตลอดเวลา ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมทุกขั้นตอนการรักษา หากไม่ได้รับการตอบสนอง อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาและการฟื้นฟูลดลง ครอบครัว หรือผู้ดูแล จึงเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดี¹⁶ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁷ ที่อธิบายถึงการให้ความช่วยเหลือระหว่างบุคคล 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ แรงงาน หรือสิ่งของ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญทั้งด้านการมีผู้ดูแลที่ให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร และการมีผู้สนับสนุนทางจิตใจเพื่อการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง

สมมติฐาน

การเปลี่ยนแปลงการรับรส และความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุ มะเร็งศีรษะและคอขณะรับ การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงการรับรส ความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุ มะเร็งศีรษะและคอ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกรังสีรักษา หลังผู้ป่วยพบแพทย์ในวันที่ตรวจประจำสัปดาห์ และผู้ป่วยที่พักในหอผู้ป่วยเมื่อมารับยาเคมีบำบัดที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ได้รับการฉายรังสีตั้งแต่ 5 เกรย์ขึ้นไป ซึ่งเป็นปริมาณรังสีที่น้อยที่สุดที่ได้รับใน 1 สัปดาห์ร่วมกับการได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และไม่มี การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งบริเวณอื่นร่วมด้วย (second primary tumor)

2. อุณหภูมิร่างกายไม่มากกว่าหรือเท่ากับ 38.0 องศาเซลเซียส ติดต่อกัน 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง หรือ 38.5 องศาเซลเซียส 1 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง หรือไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ว่ามีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (WBC) น้อยกว่า 3000 เซลล์/ไมโครลิตร หรือ absolute neutrophil count (ANC) น้อยกว่า 1500 เซลล์/ลบ.มม. เนื่องจากหากมีภาวะดังกล่าว จะได้รับการพักการฉายรังสีหรือให้ยาเคมีบำบัด

3. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยและเข้าใจภาษาไทยได้ และผ่านการทดสอบการรู้คิดปกติ โดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุ (Mini-Cog) ได้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนน ขึ้นไป

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่น (alpha) .05 อำนาจการทดสอบ (power)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

.80¹⁸ แทนค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .32 ซึ่งได้จากการคำนวณค่าเฉลี่ยของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยอ้างอิงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยที่ผ่านมา ในช่วง .26-.37^{10,19,20} ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 69 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 80 ราย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรองและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรอง ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุ Mini-cog พัฒนาโดยบอร์สันและคณะ²¹ แปลเป็นภาษาไทยโดยสุภาพร ตรงสกุลและคณะ²² เพื่อประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการทดสอบความจำ โดยให้จำคำ 3 คำ และส่วนที่สองคือการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. แปลผลโดยการจำคำ ตอบถูกคำละ 1 คะแนน และการวาดหน้าปัดนาฬิกา ให้ 1-2 คะแนน ถ้าองค์ประกอบของเข็มนาฬิกาตำแหน่งและตัวเลขครบ คะแนนรวมตั้งแต่ 3 ขึ้นไป หมายถึงไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งรวมถึงข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ยาหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ใช้ในปัจจุบัน โรค ระยะของโรค ปริมาณรังสีที่ได้รับ สูตรยาเคมีบำบัด จำนวนครั้งของการมารับเคมีบำบัด น้ำหนัก ส่วนสูง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพศและอายุของผู้ดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อาชีพ และรายได้ของผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรส ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้และปรับจากแบบประเมินการ

เปลี่ยนแปลงการรับรสในเด็กป่วยโรคมะเร็งของภาวณิ โอภาสธิระกุล²³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด โดยปรับคำว่า “หนู” เป็น “ท่าน” และ “การให้เคมีบำบัด” เป็น “การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด” ในทุกข้อ คำถามมีจำนวน 6 ข้อ ประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรส 6 รสชาติ คือ รสหวาน รสขม รสเค็ม รสเปรี้ยว รสเผื่อนฝาด และรับรสชาติไม่ได้ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า คะแนนอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน แปลผลโดย คะแนนรวม ตั้งแต่ 0-18 คะแนน แบ่งการเปลี่ยนแปลงการรับรส เป็น 3 ระดับ คือ 1-6 คะแนน มีการเปลี่ยนแปลงการรับรสน้อย 7-12 คะแนน มีการเปลี่ยนแปลงการรับรสปานกลาง และ 13-18 คะแนน มีการเปลี่ยนแปลงการรับรสมาก การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับแล้วไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงด้านมะเร็งศีรษะและคอ 1 ท่าน ได้ค่า CVI (content validity index) เท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .89

2.3 แบบประเมินความเครียด ST-5 ใช้เพื่อประเมินความเครียด ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข²⁴ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า ช่วงคะแนน 0-3 คะแนน แปลผลโดย คะแนนรวม 0- 15 คะแนน แบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ 0-3 คะแนน มีความเครียดน้อย 5-7 คะแนน มีความเครียดปานกลาง 8-9 คะแนน มีความเครียดมาก และ 10-15 คะแนน มีความเครียดมากที่สุด การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .80 และการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .81

2.4 แบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และปรับจากแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งพัฒนาโดยสุภาพ อิมอ้วน และกล้าเผชิญ โชคบำรุง¹⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ข้อคำถาม 32 ข้อ เป็นการวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร การเงิน และแรงงาน คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 1-5 คะแนน แปลผลโดยคะแนนรวม 32-160 คะแนน แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ 32-74 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ 75-117 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 118-160 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษาครั้งนี้ เช่น “การล้างไต” ปรับเป็น “การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด” “อาหารเพื่ออาหาร หรือระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ” เป็น “มีปัญหาเรื่องการเปลี่ยนแปลงการรับรส หรือน้ำหนักลด” เป็นต้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับแล้วตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการ ชั้นสูงด้านมะเร็งศีรษะและคอ 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ .89

2.5 แบบประเมินภาวะโภชนาการ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการฉบับย่อ (The Mini Nutritional Assessment-Short Form: MNA-SF)

พัฒนาโดย รูเบนสไตน์และคณะ²⁵ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ฉบับภาษาไทย จากรูเบนสไตน์ แบบประเมิน ประกอบด้วย การประเมิน 6 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การรับประทานอาหารน้อยลงหรือความอยากอาหารลดลงจากปัญหาเรื่องการย่อยอาหาร การเคี้ยว และการกลืน ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีคะแนน 0-2 ด้านที่ 2 น้ำหนักตัวที่ลดลง มีคะแนน 0-3 ด้านที่ 3 ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง มีคะแนน 0-2 ด้านที่ 4 ภาวะเครียดรุนแรงหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีคะแนน 0-2 ด้านที่ 5 ภาวะทางระบบประสาท มีคะแนน 0-2 และ ด้านที่ 6 ดัชนีมวลกาย มีคะแนน 0-3 โดยคะแนน 0 คือ มีปัญหารุนแรงและคะแนนสูงสุดในแต่ละด้าน คือ ปกติ แปลผลโดยคะแนนรวมช่วง 0-14 คะแนน แบ่งภาวะโภชนาการเป็น 3 ระดับ คือ 0-7 คะแนน มีภาวะทุพโภชนาการ 8-11 คะแนน เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และ 12-14 คะแนน ภาวะโภชนาการปกติ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 และการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .75 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการร่วมกับการใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าเซลล์เม็ดเลือดแดง ค่าฮีโมโกลบิน ค่าฮีมาโตคริต และค่าอัลบูมิน เพื่อพิจารณาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เอกสารรับรองเลขที่ 2019/202 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เอกสารรับรองเลขที่ 025/2562 และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เอกสารรับรองเลขที่ 639/25 คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

ความลับ และนำเสนอในภาพรวม ในระหว่างการสัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจ อ่อนเพลียหรือต้องการยุติการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง สามารถขอลอนตัวได้ทันที และไม่มีผลต่อการรับบริการในโรงพยาบาล กรณีพบความผิดปกติจากการคัดกรองและรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการดูแลช่วยเหลือต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทั้ง 3 แห่ง โดยผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลเข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการวิจัย หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแฟ้มประวัติล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และการสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วคัดกรองด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุ (Mini-Cog) เมื่อผ่านการคัดกรองจึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรส แบบประเมินความเครียด แบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และบันทึกข้อมูลการรักษาจากแฟ้มประวัติ ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ปริมาณรังสี ปริมาณยาเคมีบำบัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ น้ำหนัก และส่วนสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผู้ดูแล และข้อมูลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงการรับรส ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะโภชนาการ เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล พบว่า การเปลี่ยนแปลงการรับรส ความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 80 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นร้อยละ 78.75 มีอายุระหว่าง 60-84 ปี อายุเฉลี่ย 65.70 ปี (SD = 5.94) เป็นเพศชาย ร้อยละ 85 และมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.75 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อ/เดือน ร้อยละ 40 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.50 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ในจำนวนนี้พบว่า ร้อยละ 45 มีโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค มีการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ร้อยละ 88.75 ซึ่งเลือกใช้ตามคำแนะนำของแพทย์มากที่สุดจำนวน ร้อยละ 71.30 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งช่องปาก มากที่สุด ร้อยละ 27.50 และอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 55 ยาเคมีบำบัดที่ได้รับร่วมกับการฉายรังสีมากที่สุดคือ cisplatin ร้อยละ 78.75 บริหารยาทุกสัปดาห์ ร้อยละ 62.5 และทุก 3 สัปดาห์ ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1-3 ร้อยละ 51.25 ปริมาณรังสีที่ได้รับเฉลี่ย 27.53 เกรย์ (SD = 12.72) จำนวนครั้งของการฉายรังสีเฉลี่ย 13.06 ครั้ง (SD = 6.06) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.75 มีค่าดัชนีมวลกายต่ำ

กว่า 18.50 กิโลกรัม/ เมตร² และมีน้ำหนักตัวลดมากกว่าร้อยละ 2 ใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 68.75

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีผู้ดูแล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.75 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.63 ปี (SD = 12.79) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สมรส ร้อยละ 58.75 ประกอบธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 27.50

ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา

ภาวะโภชนาการ

ระดับความรุนแรงของคะแนนภาวะโภชนาการ พบว่าร้อยละ 52.50 เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 36.25 และภาวะโภชนาการปกติเพียง ร้อยละ 11.25 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของแบบประเมิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเช้าได้น้อยลงหรือมีความอยากอาหารลดลงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจากมีปัญหาการย่อย การเคี้ยว และการกลืนลำบากในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.50 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.20 มีน้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เดิน และเคลื่อนไหวได้เองปกติ ร้อยละ 88.80 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.50 มีภาวะเครียดรุนแรง หรือเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 23.75 มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร²

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเซลล์เม็ดเลือดแดง อยู่ในช่วง $2.73-13.2 \times 10^6$ /ไมโครลิตร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20×10^6 /ไมโครลิตร (SD = 1.15) ส่วนใหญ่มีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 51.25 ค่าฮีโมโกลบินอยู่ในช่วง 8.6-15.8 กรัม/เดซิลิตร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.76 กรัม/เดซิลิตร (SD = 1.59) ร้อยละ 91.25 อยู่ในเกณฑ์น้อยกว่าปกติ ค่าฮีมาโตคริตอยู่ในช่วง 25.4-46.5 % ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.06 % (SD = 4.55) ร้อยละ 82.50 อยู่ในเกณฑ์น้อยกว่าปกติ และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 ราย ที่มีการรายงานค่าอัล

บูมิน ซึ่งอยู่ในช่วง 1.98-4.8 กรัม/เดซิลิตร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.8 กรัม/เดซิลิตร (SD = 0.54) ร้อยละ 25.38 มีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ

ความเครียด

กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความเครียด และคะแนนระดับความเครียดอยู่ในช่วง 1-15 คะแนน เฉลี่ย 5.01 คะแนน (SD = 3.60) ร้อยละ 57.50 มีความเครียดระดับน้อย รองลงมา ร้อยละ 13.75 มีความเครียดในระดับปานกลางและระดับมากเท่ากัน และ ร้อยละ 15 มีความเครียดระดับมากที่สุด

การเปลี่ยนแปลงการรับรส

กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการเปลี่ยนแปลงการรับรส และคะแนนการเปลี่ยนแปลงการรับรสโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย เท่ากันกับระดับมาก ร้อยละ 36.25 และระดับปานกลางร้อยละ 27.50 เฉลี่ย 9.83 คะแนน (SD = 5.67) เมื่อจำแนกตามชนิดของการเปลี่ยนแปลงการรับรส พบว่าการรับรสหวานมีการเปลี่ยนแปลงในระดับมาก ร้อยละ 46.25 รองลงมาคือรสเค็ม ร้อยละ 40 และรสเปรี้ยว ร้อยละ 33.75 ตามลำดับ

แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ระดับปานกลางร้อยละ 30 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 122.14 คะแนน (SD = 18.24) เมื่อจำแนกคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน พบว่าด้านอารมณ์ ด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร และด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน มีคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.50 50 และ 82.50 ตามลำดับ มีเพียงด้านการประเมินเท่านั้นที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.75 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโดยรวมมีทั้งหมด 7 แหล่ง ครอบคลุมเป็นแหล่งสนับสนุนที่ได้รับมากที่สุด รองลงมาคือพยาบาล และแพทย์ ตามลำดับ

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด**

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงการรับรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.22, p = .049$) และความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($r_s = -.51, p < .001$) มีเพียงแรงสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนของ การเปลี่ยนแปลงการรับรส ความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะโภชนาการทางสังคมของตัวอย่าง (N = 80)

ปัจจัย	1	2	3	4
1 การเปลี่ยนแปลงการรับรส	-			
2 ความเครียด	.19	-		
3 แรงสนับสนุนทางสังคม	.00	-.21	-	
4 ภาวะโภชนาการ	-.22*	-.51**	-.00	-

*p = .05, **p = .01

การอภิปรายผล

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพโภชนาการเพียงร้อยละ 36.25 ในขณะที่มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเท่านั้น สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งช่องปาก และพบว่าเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาจากการย่อย การกลืน และการเคี้ยว ลดลงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาในระดับรุนแรง ซึ่งอาจเป็นเพราะตำแหน่งของก้อนมะเร็งอยู่บริเวณระบบทางเดินอาหาร เกิดการอุดตันทางเดินอาหาร อีกทั้งส่งผลต่อการเคี้ยว การกลืน ทำให้ปริมาณอาหารที่ได้รับในแต่ละวันลดลง⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของเพลลอร์ดและคณะ²⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีตำแหน่งของก้อนมะเร็งใกล้เคียงหรืออยู่ในระบบทางเดินอาหาร มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ อย่างไรก็ตาม พบว่า 3 ใน 4 ของกลุ่ม

ตัวอย่างได้รับอาหารเสริมทางการแพทย์ร่วมด้วย และในจำนวนนี้ 1 ใน 3 ได้รับอาหารทางสายยางเสริมจากการรับประทานทางปาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่เกิดภาวะทุพโภชนาการแล้ว แตกต่างจากการศึกษาของอาทิติย์ กระภูฤทธิ์ และคณะ²⁷ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลภาคใต้ มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงร้อยละ 70 ถึงแม้ว่าในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งจะได้รับอาหารทางสายยางก็ตาม

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก²⁸ พบว่า 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร² และในจำนวนนี้พบว่ามี 1 ใน 6 มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 16 กิโลกรัม/เมตร² อีกทั้งมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 2 ใน 1 สัปดาห์ พิจารณาข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าในจำนวนนี้มีดัชนีมวลกายก่อนรักษาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และมีตำแหน่งของก้อนมะเร็งอยู่ใกล้เคียงทางเดินอาหาร ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงการรับรสในระดับมากขณะรับการ

รักษา ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง จึงมีค่าดัชนีมวลกายต่ำทั้งก่อนและขณะรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของกานตรวิชต์ โรจนพันธ์ และคณะ²⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนการรักษาน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ เมตร² ร้อยละ 22.5 อีกทั้งดัชนีมวลกายก่อนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการขณะรักษาด้วยการฉายรังสี หรือการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

การที่กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีภาวะซีด และส่วนใหญ่มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 4 อธิบายได้ว่าระยะที่ 4 เป็นระยะที่มีมีการแพร่กระจายของโรคทำให้เกิดกระบวนการเผาผลาญโปรตีนมากกว่าปกติเพราะก่อนมะเร็งต้องนำพลังงานไปใช้ในการเจริญเติบโต⁵ รวมทั้งกระบวนการสูงอายุ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงปริมาณเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแดงในไขกระดูก ทำให้สร้างเม็ดเลือดแดงลดลง และการได้รับ cisplatin ยังส่งผลให้มีการผลิตอีริโทรโพอิติน (erythropoietin) ลดลงจึงทำให้เกิดภาวะซีดได้³⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของชู และคณะ³¹ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร และจำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทนระหว่างรับการรักษา อีกทั้งมีระยะเวลาของการฉายรังสีนานขึ้น

ความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงการรับรส ความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด พบว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการเปลี่ยนแปลงการรับรส และการเปลี่ยนแปลงการรับรสโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงมาก พบว่า ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงการรับรสหวาน รองลงมาคือ รสเค็ม และรสเปรี้ยว ส่วนการรับรสขม รับรสชาติอาหารไม่ได้ และรสเผ็ดร้อน ผาด มีการเปลี่ยนแปลง

น้อยที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งของการฉายรังสีเฉลี่ย 13.06 ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับเฉลี่ย 27.53 เกรย์ ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด cisplatin มากที่สุด และมีวิธีการบริหารยาทุกสัปดาห์มากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าต่อมรับรสบริเวณส่วนปลายและด้านข้างลิ้นเกิดความเสียหายจากรังสีตกกระทบ ในปริมาณ 1.40-15.20 เกรย์ ซึ่งทำให้รสหวานและรสเปรี้ยวเปลี่ยนแปลงก่อนรสอื่น ในขณะที่ปริมาณรังสีมากกว่า 38 เกรย์ จึงจะทำให้เกิดการรับรู้ถึงรสขมที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน⁸ อีกทั้งการทำงานของ cisplatin ที่มีหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นการทำงานของอนุภาครังสีที่ตกกระทบสู่เซลล์ ทำให้เกิดการตายของเซลล์ ร่วมกับถูกคัดหลั่งออกมาทางน้ำลาย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรสเปลี่ยนไปจากเดิม เมื่อพิจารณาเพิ่มเติมพบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับอาหารทางสายยางร่วมด้วย รวมทั้งในสูตรของเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับยาสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาที่ให้ก่อนเริ่มเคมีบำบัดเพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขณะได้รับเคมีบำบัด³⁰ จึงอาจทำให้น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงไปไม่มากนัก ทำให้คะแนนภาวะโภชนาการแสดงออกมาในระดับเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของเนโอห์ และคณะ³² ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี และการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงการรับรสร้อยละ 50 ในช่วงกลางของการรักษา และร้อยละ 100 ในช่วงสิ้นสุดการรักษา และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนัก และความต้องการอาหารทางสายยางในระหว่างรับการรักษา

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการสำรวจเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มากกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นเหตุการณ์เดิมที่มากกระตุ้นในแต่ละวัน ทั้งสิ่งกระตุ้นภายนอก คือ การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด และสิ่งกระตุ้นภายในคือ ผลข้างเคียงที่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

เกิดจากการรักษา พยาธิสภาพของโรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งช่องปาก มีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร และเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารได้รับการรักษา กลุ่มตัวอย่างทุกรายจึงรับรู้ถึงความเครียด ทำให้มีความอยากอาหารและรับประทานอาหารลดลง จากการทำงานของฮอร์โมนที่ควบคุมความอยากอาหาร¹⁴ และกระบวนการเผาผลาญน้ำตาลเมื่ออินซูลินถูกยับยั้งหลังได้รับ cisplatin¹⁵ เมื่อพิจารณาข้อมูลเพิ่มเติม กลุ่มตัวอย่างเริ่มกระบวนการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด หลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประมาณ 1-3 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจอยู่ในระยะต่อต้านต่อสิ่งกระตุ้น ต่อมหมวกไตจะเก็บกลูคอร์ติคอยด์ไว้ เซลล์ที่ถูกทำลายมีการซ่อมแซมเข้าสู่ภาวะปกติทำให้ในระยะนี้น้ำหนักตัวใกล้เคียงหรือกลับสู่ภาวะปกติ³³ จึงพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซู และคณะ³⁴ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปกติ ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพโภชนาการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มา และคณะ¹⁰ พบว่าภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระยะลุกลามมีความสัมพันธ์กับความเครียด และความเครียดมีความสัมพันธ์ต่อปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ

การศึกษาค้นคว้า พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ อาจเป็นเพราะมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรค การเกิดก้อนมะเร็งอุดตันทางเดินอาหาร และการกระตุ้นจากก้อนมะเร็งส่งผลต่อกระบวนการอักเสบในร่างกาย อีกทั้งผลข้างเคียงจากการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดทำให้เกิดผลกระทบ

โดยตรงบริเวณทางเดินอาหารส่วนต้น ทั้งการเปลี่ยนแปลงการรับรส คลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งการเผาผลาญน้ำตาลที่เกิดจากการยับยั้งฮอร์โมนอินซูลินของ cisplatin¹⁵ และความอยากอาหารลดลงเมื่อเกิดความเครียด¹⁴ ถึงแม้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนจากด้านต่างๆ ในระดับสูง แต่ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้เกิดความไม่สมดุลต่อความต้องการกับพลังงานที่ได้รับ จึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการ แตกต่างจากการศึกษาของ รังสันต์ ไชยคำ และคณะ¹⁶ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งการรับรู้ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโภชนาการมาก จะช่วยให้มีพฤติกรรมโภชนาการที่เหมาะสม และส่งผลต่อภาวะโภชนาการดีขึ้นตามมาด้วย

ในการศึกษาค้นคว้านี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านอารมณ์ ด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร และด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน มีคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีเพียงด้านการประเมินเท่านั้น ที่มีคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของสมาชิก ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือ คู่สมรส และบุตร ซึ่งมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวและมีการแสดงออกถึงปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมของการรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือตามกรอบแนวคิดของเฮาส์¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติดา ธราพร และสุธีพร ธนศิลป์¹² ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพศชายและอาศัยอยู่เขตภาคใต้ขณะได้รับรังสีรักษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และได้รับจากครอบครัวมากที่สุด

โดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดทำให้เกิดผลข้างเคียงในระยะเฉียบพลันคือ การเปลี่ยนแปลงการรับรส เมื่อไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดความเครียดร่างกายหลังฮอร์โมนที่ทำให้มีความอยากอาหารลดลง ประกอบกับกระบวนการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น แต่พลังงานที่ร่างกายได้รับไม่เพียงพอ จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการได้หากมีความเครียดและการเปลี่ยนแปลงการรับรสมาก ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ ควรตระหนัก และให้ความสำคัญกับการประเมินและจัดการกับปัจจัยดังกล่าวในทุกระยะของการรักษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรมีการประเมินภาวะโภชนาการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ คือ การเปลี่ยนแปลงการรับรส และความเครียด ของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ในทุกระยะของกระบวนการรักษา โดยติดตามประเมินสถานการณ์ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นระยะ เพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมให้มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม อีกทั้งการให้ข้อมูลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดเตรียมอาหารและโภชนาการที่รับประทานอาหารที่แนะนำเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงการรับรส
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่จะช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการและลดความเครียดขณะรับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. Gugic L, Strojani P. Squamous cell carcinoma of the head and neck in the elderly. Rep Pract Oncol Radiother. 2013;18(1):16-25.

2. Weir A, Ganti KA, Deshazo M, Samant S, Hurria A. Management of squamous cell carcinoma of the head and neck in the elderly: review and recommendations. J Geriatr Oncol. 2012;3(3):265-72.
3. Rosenthal ID, Mendoza RT, Fuller DC, Hutcheson AK, Wang SX, Hanna YE, et al. Patterns of symptom burden during radiotherapy or concurrent chemoradiotherapy for head and neck cancer: a prospective analysis using the University of Texas MD Anderson Cancer Center Symptom Inventory-Head and Neck Module. Cancer. 2014;120(13):1975-84. doi:10.1002/cncr.28672
4. Gellrich NC, Handschel J, Holtmann H, Kruskemper G. Oral cancer malnutrition impacts weight and quality of life. Nutrients. 2015;7(4):2145-60.
5. Donchoe CL, Ryan AM, Reynolds JV. Cancer cachexia: mechanisms and clinical implications. Gastroenterol Res Pract. 2011;201:601434. doi.org/10.1155/2011/601434
6. Presley CJ, Dotan E, Soto-Perez-de-Celis E, Jatoi A, Mohile SG, Won E, et al. Gaps in nutritional research among older adults with cancer. J Geriatr Oncol. 2016;7(4):281-92. doi: 10.1016/j.jgo.2016.04.006. Epub 2016 Jul 5. PMID: 27197919; PMCID: PMC4969118.
7. Wang JS, Wang HJ, Qian HL. Biological effects of radiation on cancer cells. Mil Med Res. 2018;5(1):20. doi: 10.1186/s40779-018-0167-4. PMID:29958545;PMCID: PMC60263
8. Irune E, Dwivedi CR, Nutting MC, Harrington JK. Treatment related dysgeusia in head and neck cancer patients. Complication of treatment. 2014;40:1106-17.
9. Hur K, Choi JS, Zheng M, Shen J, Wrobel B. Association of alteration in smell and taste with depression in older adults. Laryngoscope Investig Otolaryngol. 2018;3:94-9.
10. Ma L, Poulin P, Feldstain A, Chasen RM. The association between malnutrition and psychological distress in patients with advanced head and neck cancer. Curr Oncol. 2013;20(6):e554-60. doi:10.3747/co.20.1651

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

11. Chairit W, Piaseu N, Jarupat M S. Factors related to food security among older in a rural community of southern Thailand. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2012;18(3):311-26. (in Thai)
12. Tharaporn S, Thanasilp S. Relation between symptoms, social support, and quality of life in head and neck cancer male patients treated with radiation, Southern region. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2014;26(2):135-48. (in Thai)
13. Iqbal W, Alkarim S, AlHejin A, Mukhtar H, Saini K. Targeting signal transduction pathways of cancer stem cells for therapeutic opportunities of metastasis. *Oncotarget*. 2016;7(46):7633-53.
14. Ileri-Gurel E, Pehlivanoglu B, Dogan M. Effect of acute stress on taste perception: in relation with baseline anxiety level and body weight. *Chem Senses*. 2013,38(1):27-34.
15. Nguyen PN, Vos P, Vinh-Hung V, Borok LT, Dutta S, Karlsson U, et al. Alteration glucose metabolic during chemoradiation for head and neck cancer. *Anticancer Res*. 2009;29:4683-88.
16. Chaikhram R, Raksanaves L, Pichaya N, Sooksrisawat C. Factors predicting nutritional behaviors among patients with head and neck cancer at Chonburi Cancer Hospital. *Journal of The Department of Medical Service*. 2018;43(6):68-73. (in Thai)
17. House JS. *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley Reading; 1981
18. Cohen JW. *Statistical power analysis for behavioral sciences*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988
19. Im-oun S, Chokbamrung K. The relationship between social support and nutritional adaptation and nutritional status of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Journal of Nursing Science & Health*. 2010;33(2):72-9. (in Thai)
20. Boltong A, Aranda S, Keast R, Wynne R, Francis AP, Chirgwin J, et al. A prospective cohort study of the effects of adjuvant breast cancer chemotherapy on taste function food liking appetite and associated nutritional outcomes. *PLoS ONE*. 2014;9(7): e103512. doi:10.1371/journal.pone.0103512
21. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multilingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(11):1021-7.
22. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5):594-600. doi:10.1111/ggi.12318
23. Opasthiragul P. Taste changes among children with cancer receiving chemotherapy [Thesis]. Chiangmai, Chiangmai University; 2003. (in Thai)
24. Silpakit O. Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2008;16(3):177-85. (in Thai)
25. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(6):M366-M372.
26. Paillaud E, Liuu E, Laurent M, Le TA, Vincent H, Raynaud-Simon A, et al. Geriatric syndrome increased the nutritional risk in elderly cancer patients independently from tumor site and metastatic status. The ELCAPA-05 cohort study. *Clin Nutr*. 2014;33(2):330-5.
27. Krapoohrit A, Kaewkha J, Jongsatitpaiboon J, Powwattana A. Nutrition assessment and nutrition care in head and neck cancer patient by nurse. In: *The 15th Graduate Research Conference*; 2014 Feb 22; Khon Kaen, Khon Kaen University; 2014. p. 1666-74. (in Thai)
28. World Health Organization. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet (London, England)*. 2004;363(9403):147-63.
29. Rojanapan K, Chayaput P, Kimpee S, Jeumwananonthachai N. Influences of staging, neck node metastasis, receiving opioid medication, and radiation technique on nutritional status in head and neck cancer patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2013;28(2):13-29. (in Thai)
30. McEvoy GK, editor. *AHFS 2004 drug information*. Bethesda, Maryland: American Society of Health-System Pharmacists; 2004. p. 929-45.

รૂ้งนภา คงภักดี และคณะ

31. Su N, Lui C, Leu Y, Lee J, Chen Y, Chang Y. Prolong radiation time and low nadir hemoglobin during postoperative concurrent chemoradiotherapy are both poor prognostic with synergistic effect on locally advanced head and neck cancer patients. *Oncotargets Ther.* 2015;8:251-8.
32. Neoh KM, Zaid ZA, Duad ZAM, Yusop NBM, Ibrahim Z, Raman ZA, Jamhuri N. Changes in nutritional impact symptoms, nutritional and functional status during head and neck cancer treatment. *Nutrients.* 2020;12(1225):1-16.
33. Hanucharurnkul S. Self care: science and art of nursing. 6th ed. Bangkok: V.J. Printing; 2001. (in Thai)
34. Zhu C, Wang B, Gao Y, Ma X. Prevalence and relationship of malnutrition and distress in patients with cancer using questionnaires. *BMC Cancer.* 2018;18(1):1272. doi: 10.1186/s12885-018-5176-x.