

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษา ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 3 ภาวะโภชนาการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 126 ราย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 63 ราย และผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด จำนวน 63 ราย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ เพศชายร้อยละ 66.67 เพศหญิงร้อยละ 33.33 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 42.06 มากที่สุดรองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 51 ถึง 60 ปี ร้อยละ 33.33 ($\bar{X}$ = 56.75, SD = 9.82) กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 72.22 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.27) ระดับการศึกษาประถมศึกษาศึกษามากที่สุดร้อยละ 71.43 ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.54) อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 28.57 และอาชีพรับจ้างร้อยละ 16.67 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเกินร้อยละ 60 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสามประเมินว่ารายได้เพียงพอ สวัสดิการรักษากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.43 ใช้สิทธิในการรักษาโดยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังแสดงในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n=126$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	84	66.67
หญิง	42	33.33
อายุ		
≤ 40 ปี	13	10.32
41 – 50 ปี	18	14.29
51 – 60 ปี	42	33.33
> 60 ปี	53	42.06
(Min - Max = 35-74, $\bar{X}$ = 56.75, SD = 9.82)		
สถานภาพสมรส		
โสด	13	10.32
คู่	91	72.22
หม้าย/หย่า/แยก	22	17.46
ศาสนา		
พุทธ	115	91.27
คริสต์	11	8.73
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	90	71.43
มัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา/ปวส.	19	15.08
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	17	13.49
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	41	32.54
เกษตรกร	36	28.57
รับจ้าง	21	16.67
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	11.11
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	7.94
อื่น ๆ (พระภิกษุ)	4	3.17

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่า 5,000	35	27.78
5,000 - 10,000	49	38.89
10,001 - 15,000	13	10.32
15,001 - 20,000	4	3.17
20,001 - 25,000	4	3.17
25,001 - 30,000	8	6.35
มากกว่า 30,000	13	10.32
ความเพียงพอของรายได้		
รายได้ไม่เพียงพอ	34	26.98
รายได้เพียงพอ	92	73.02
สิทธิในการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	90	71.43
เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	21	16.67
ประกันสังคม	15	11.90

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือดูแลในเรื่องอาหารคือ ภรรยาหรือสามี ร้อยละ 42.86 รองลงมาเป็นลูกร้อยละ 34.92 ส่วนใหญ่ปรุงอาหารเองร้อยละ 84.92 และรับประทานอาหารอ่อนร้อยละ 55.56 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีความเชื่อในการรับประทานอาหาร ได้แก่ งดรับประทานเนื้อวัว เนื้อไก่ ของหมักดองร้อยละ 66.15 อาหารทะเลร้อยละ 15.38 และปลาไม่มีเกล็ด ร้อยละ 6.35 มีความเชื่อเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ร้อยละ 15.38 และส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารร้อยละ 93.65 โดยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ร้อยละ 74.57 บุคคลในครอบครัวร้อยละ 64.40 สื่อต่าง ๆ (เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารเผยแพร่ อินเทอร์เน็ต) ร้อยละ 47.46 และเพื่อนร่วมงานร้อยละ 24.58 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.90 รับประทานอาหารเสริมทางการแพทย์ ซึ่งครึ่งหนึ่งได้รับอาหารเสริมทางการแพทย์ (เช่น เอ็นซัวร์ นิวเทรน) ร้อยละ 60.26 และส่วนใหญ่ร้อยละ 92.86 ไม่ได้รับยากระตุ้นความอยากอาหาร ดังแสดงในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (n=126)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือดูแลในเรื่องอาหาร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ภรรยา/สามี	54	42.86
ลูก	44	34.92
ตนเอง	23	18.25
พี่/น้อง/ญาติ	18	14.29
บิดา/มารดา	5	3.97
การปรุงอาหาร		
ปรุงเอง	107	84.92
ซื้อจากร้านค้า	19	15.08
ประเภทของอาหารที่รับประทาน		
อาหารเหลว	31	24.60
อาหารอ่อน	70	55.56
อาหารธรรมดา	25	19.84

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเชื่อในการรับประทานอาหาร		
ไม่มี	61	48.41
มี (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	65	51.59
งดเนื้อวัว	43	66.15
งดของหมักดอง	43	66.15
งดเนื้อไก่	43	66.15
งดอาหารทะเล	10	15.38
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	10	15.38
งดปลาไม่มีเกล็ด	8	6.35
ความเชื่อในการรับประทานอาหาร		
ไม่มี	61	48.41
มี (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	65	51.59
งดเนื้อวัว	43	66.15
เคยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร		
ไม่เคย	8	6.35
เคยได้รับความรู้และคำแนะนำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	118	93.65
เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล	88	74.57
บุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร ธิดา พี่น้อง	76	64.40
สื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ เอกสารเผยแพร่ อินเทอร์เน็ต	56	47.46
เพื่อนร่วมงาน	29	24.58
การได้รับอาหารเสริม		
ไม่ได้รับอาหารเสริม	48	38.10
ได้รับอาหารเสริม (ได้รับอาหารเสริมมากกว่า 1 อย่าง)	78	61.90
อาหารเสริมทางการแพทย์	47	60.26
อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ	46	58.97
การได้รับยากระตุ้นความอยากอาหาร		
ไม่ได้รับ	117	92.86
ได้รับวิตามิน	9	7.14

กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.92) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.95) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 10.26) และ 3 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกร้อยละ 35.71 มะเร็งกล่องเสียงและคอหอยร้อยละ 17.46 และมะเร็งช่องปากร้อยละ 16.67 โดยมีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 4 มากที่สุดร้อยละ 54.76 รองลงมาโรคอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 21.43 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.57 ไม่มีอาการปวด และ ร้อยละ 21.43 ยังคงมีอาการปวด สำหรับกลุ่มที่รายงานว่ามีอาการปวดส่วนใหญ่รายงานว่าอยู่ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 62.96 และ ร้อยละ 66.67 ได้รับปริมาณรังสีที่มากกว่า 60 เกรย์ ($\bar{X}$ = 63.13, SD = 8.37) ขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ($n=126$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	87	69.05
มี (มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค)	39	30.95
โรคความดันโลหิตสูง	30	76.92
โรคเบาหวาน	7	17.95
โรคไขมันในเลือดสูง	4	10.26
โรคหืดหอบ	4	10.26
โรคเกาต์	4	10.26
โรคหัวใจ	1	2.56
โรคไต	1	2.56
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งหลังโพรงจมูก	45	35.71
มะเร็งกล่องเสียงและคอหอย	22	17.46
มะเร็งช่องปาก	21	16.67
มะเร็งต่อมทอนซิล	13	10.32
มะเร็งต่อมน้ำลาย	12	9.52
มะเร็งที่ช่องจมูก	7	5.56
มะเร็งต่อมไทรอยด์	6	4.76

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะการดำเนินของโรค		
ระยะที่ 1	8	6.35
ระยะที่ 2	22	17.46
ระยะที่ 3	27	21.43
ระยะที่ 4	69	54.76
อาการปวด		
ไม่ปวด	99	78.57
ปวด	27	21.43
ระดับเล็กน้อย (1 - 4)	17	62.96
ระดับปานกลาง (5 - 7)	8	29.63
ระดับรุนแรง (8 - 10)	2	7.41
ปริมาณรังสี		
≤ 60 Gys	42	33.33
> 60 Gys	84	66.67
(Min - Max = 45 - 70, $\bar{X}$ = 63.13, SD = 8.37)		

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.16 ($\bar{X}$ = 81.61, SD = 10.15) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า เกือบร้อยละ 70.00 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านวิธีการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 32.73, SD = 4.99) และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่งดเว้นอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 48.88, SD = 6.45) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4

จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=126)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม		
ระดับต่ำ (0-36)	0	0.00
ระดับปานกลาง (37-72)	25	19.84
ระดับสูง (73 - 108)	101	80.16
(Min - Max = 50-102, $\bar{X}$ = 81.61, SD = 10.15)		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านวิธีการรับประทานอาหาร		
ระดับต่ำ (0-15)	0	0.00
ระดับปานกลาง (16-30)	40	31.75
ระดับสูง (31-45)	86	68.25
(Min - Max = 21 - 45, $\bar{X}$ = 32.73, SD = 4.99)		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่งดเว้น		
ระดับต่ำ (0-21)	0	0.00
ระดับปานกลาง (22-42)	18	14.29
ระดับสูง (43-63)	108	85.71
(Min - Max = 28 - 61, $\bar{X}$ = 48.88, SD = 6.45)		

ส่วนที่ 3 ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างพบว่าภาวะโภชนาการโดยรวมขณะได้รับรังสีรักษาและรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปกติร้อยละ 46.83 ระดับต่ำกว่าปกติร้อยละ 33.33 ระดับสูงเกินกว่าปกติร้อยละ 9.52 และระดับเสี่ยงต่อภาวะสูงเกินกว่าปกติร้อยละ 10.32 ($\bar{X}$ = 20.11, SD = 3.84) ดังแสดงในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5

จำนวนและร้อยละของระดับภาวะโภชนาการโดยรวม ($n=126$)

ระดับภาวะโภชนาการโดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำกว่าปกติ (BMI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	42	33.33
ระดับปกติ (BMI อยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	59	46.83
ระดับเสี่ยงต่อภาวะสูงเกินกว่าปกติ (BMI อยู่ระหว่าง 23.0 - 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	13	10.32
ระดับสูงเกินกว่าปกติ (BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	12	9.52
(Min - Max = 12.80 - 32.40, $\bar{X}$ = 20.11, SD = 3.84)		

หมายเหตุ. BMI หมายถึง ดัชนีมวลกาย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาวะโปรตีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างขณะได้รับรังสีรักษาและรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด ร้อยละ 7.14 มีภาวะโปรตีนปกติ และส่วนใหญ่ร้อยละ 92.86 มีภาวะขาดโปรตีน โดยแบ่งเป็น ภาวะขาดโปรตีนเล็กน้อยร้อยละ 11.11 ภาวะขาดโปรตีนปานกลางร้อยละ 21.43 และภาวะขาดโปรตีนรุนแรงร้อยละ 60.32 ดังแสดงในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6

จำนวนและร้อยละของภาวะ โปรตีน ($n=126$)

ภาวะโปรตีน	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโปรตีนปกติ (TLC มากกว่าหรือเท่ากับ 1,800 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร)	9	7.14
ภาวะขาดโปรตีนเล็กน้อย (TLC อยู่ระหว่าง 1,200 - 1,799 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร)	14	11.11
ภาวะขาดโปรตีนปานกลาง (TLC อยู่ระหว่าง 800 - 1,199 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร)	27	21.43
ภาวะขาดโปรตีนรุนแรง (TLC น้อยกว่า 800 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร) (Min – Max = 80 - 2,910, $\bar{X}$ = 825.78, SD = 513.07)	76	60.32

หมายเหตุ. TLC หมายถึง ค่าของเม็ดเลือดขาวทั้งหมด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการรักษา ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอแบ่งเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านวิธีการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่งดเว้น ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.16 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านวิธีการรับประทานอาหารร้อยละ 68.25 อยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่งดเว้นร้อยละ 85.71 อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การมีรายได้ที่เพียงพอ การได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การมีผู้ดูแล และการปรุงอาหารเอง โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ประการที่ 1 การมีรายได้ที่เพียงพอ การที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ที่เพียงพอร้อยละ 73.02 (ตารางที่ 4-1) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซื้ออาหารที่ดี มีประโยชน์ และตามความต้องการ อาจทำให้มีการบริโภคอาหารที่ดี มีประโยชน์ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (นิรดิษฐ์ ทุมวงษา, 2551; ประดิษฐ์ ไชยสังข์, 2554; French, Wall, & Mitchell, 2010) รวมทั้งอาจมีความเพียงพอที่จะซื้ออาหารเสริมมารับประทาน เพื่อทดแทนสารอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอในแต่ละวันจากอาหารหลัก (รักเกียรติ จิรันทร และคณะ, 2550) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.90 ได้รับอาหารเสริมทางการแพทย์และอาหารเสริมเพื่อสุขภาพ (ตารางที่ 4-2) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.94 รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมและอาหารทดแทนเป็นประจำ เช่น เอนซัวร์ นิวเทรน ซุปไก่ รังนก และนมจืด เป็นต้น (ภาคผนวก ค)

ประการที่ 2 การได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.65 ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล มากสุดร้อยละ 74.57 รองลงมาเป็นบุคคลในครอบครัวร้อยละ 64.40 สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ เอกสารเผยแพร่ และอินเทอร์เน็ตร้อยละ 47.46 และเพื่อน ผู้ร่วมงานร้อยละ 24.58 (ตารางที่ 4-2) ตามลำดับ การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และคำแนะนำ

อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับที่ดีได้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร การรับประทานอาหารโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ในวันแรกที่มาพบแพทย์เพื่อรับการฉายรังสีรักษา แพทย์ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องโรค ระยะของโรคมะเร็งศีรษะและคอ ร่วมกับการวางแผนการรักษาด้วยการฉายรังสีรักษาและรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ และพยายามให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและในขณะที่ได้รับการฉายรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดด้วยวิธีการอธิบายร่วมกับการแจกคู่มือในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลช่องปาก และการรับประทานอาหาร โดยการรับประทานอาหารจะมีคำแนะนำ เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารอ่อน นุ่ม เคี้ยวง่าย ค้างเคี้ยว และการหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ร้อนจัดหรือเย็นจัด และอาหารที่มีความแข็ง เป็นต้น มีการฉายวิดีโอทัศน์เรื่อง การปฏิบัติตัวของผู้ที่ได้รับการฉายรังสีรักษาทุกวันตั้งแต่เวลา 08.30 น. ถึง 09.30 น. และในทุกวันอังคารของแต่ละสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะพบกับพยาบาล และพูดคุยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะที่รอพบแพทย์ และรอรับการฉายรังสี เมื่อเกิดปัญหาในช่องปาก หรือไม่สามารถรับประทานอาหารได้ พยาบาลจะส่งต่อผู้ที่เป็โรคมะเร็งศีรษะและคอให้พบแพทย์ เพื่อให้แพทย์ตรวจรักษา และพิจารณาการให้อาหารทางสายยางโดยวิธีการใส่สายจมูกถึงกระเพาะอาหาร (หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม นครราชสีมา, 2558) เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่สมดุล และเหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างยังรายงานว่าได้รับข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว โดยได้รับความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และถูกหลักโภชนาการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง และถูกต้องตามหลักโภชนาการ (วัชฎา เพ็ญศรีศิริกุล, 2555; วารุณี สันป่าแก้ว, 2557) กลุ่มตัวอย่างยังได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ เอกสารเผยแพร่ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันสื่อต่าง ๆ เป็นแหล่งให้ความรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่างอีกทางเลือกหนึ่ง ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาความรู้ และข้อมูลในการเลือก และตัดสินใจบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับตัวเอง (กัญญารัตน์ ตรีสิน, 2558) โดยสื่อต่าง ๆ จะให้ความรู้ในด้านโภชนาการ เช่น การประกอบอาหาร และการรับประทานอาหารที่ดี และเหมาะสม จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและร่างกาย ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (นิตยา บุญปริดา และ สมปอง อินเดช, 2558) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับข้อมูลจากผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการฉายรังสี ช่วงที่รอรับการฉายรังสี กลุ่มตัวอย่างอาจมีการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ และการปฏิบัติตัวในเรื่องอาหารและการดูแลตนเอง (อัศรียา ชุมะโชติ, 2558)

การได้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นกลุ่มตัวอย่างอาจใช้ข้อมูลเหล่านั้นในการประกอบการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างในการเลือกวิธีการรับประทานอาหาร และเลือกชนิดอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงและอาหารที่งดเว้น ผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ทศพร สุดเสนาห์ (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง พบว่า การได้รับความรู้ด้านโภชนาการจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ทีมสุขภาพ ครอบครัว สื่อต่าง ๆ และเพื่อน จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการบริโภคอาหารเป็นอย่างดี จึงสามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริโภคอาหารได้ จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี

ประการที่ 3 การมีผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ สามิ ภรรยา มากที่สุดร้อยละ 42.86 รองลงมาคือลูกร้อยละ 34.92 พี่/น้อง/ญาติร้อยละ 14.29 และบิดา มารดาร้อยละ 3.97 ตามลำดับ (ตารางที่ 4-2) โดยบุคคลเหล่านี้เป็นสมาชิกในครอบครัวอาจให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการเลือกอาหาร จัดหาอาหาร และประกอบอาหารให้กับกลุ่มตัวอย่าง (ชุดิมา ศิปัญญา, 2557) จากการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมที่ดีขึ้น (จินตนาพร ประสมศรี, 2555) ผลการวิจัยพบคล้ายคลึงกับการวิจัยของ กุสุมา กังหลิ (2557) และ อรกมล พูนเสมอ (2557) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง และการวิจัยของ นุชศรา ประจันตะเสน (2554) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคมะเร็งที่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว และครอบครัวได้ให้การช่วยเหลือในการเลือกอาหาร และจัดหาอาหารให้กลุ่มตัวอย่างรับประทาน มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับอาหารที่ถูกต้อง และเพียงพอตามหลักโภชนาการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี

ประการที่ 4 การปรุงอาหารเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 84.92 (ตารางที่ 4-2) รายงานว่า ปรุงอาหารเอง การปรุงอาหารเองจะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกใช้วัตถุดิบ คำนวณและแบ่งส่วนปริมาณอาหาร และวิธีการปรุงอาหารด้วยตนเองได้ (ฉัตร สุขสีทอง, 2555) และยังสามารถเลือกประเภทของอาหาร และการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับตัวเอง ซึ่งในการปรุงอาหารเองสามารถเลือกวัตถุดิบที่สดใหม่ ตามธรรมชาติคือ พืช ผัก ไม่ใช้สารเคมี เป็นผักตามฤดูกาล ในท้องถิ่น และได้สารอาหารครบ 5 หมู่ (วิทญา ตันอารีย์, 2555) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านวิธีการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติเป็นประจำ จากการปรุงอาหารเอง คือ รับประทานอาหารธรรมดา อาหารอ่อน นุ่ม ชื่นเล็ก หรือเหลวที่ปรุงสุกใหม่ ๆ ร้อยละ 77.78 ผลไม้สดที่ผ่านการล้างอย่างสะอาดและปอกเปลือกร้อยละ 60.32 ผักที่ผ่านการปรุงสุกใหม่ ๆ โดยการต้ม นึ่ง ผัดร้อยละ 56.35 ไม่ใช้น้ำมันทอดซ้ำเกิน 2 ครั้งร้อยละ 69.05 ไม่รับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัดร้อยละ 61.11 และไม่รับประทานอาหารแข็งหรือร้อนจัดร้อยละ

70.63 (ภาคผนวก ก) และการปรุงอาหารเองยังทำให้สามารถเลือกวัตถุดิบที่จะนำมาปรุงอาหารได้ โดยมีการเลือกอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ของอาหารที่ครบทั้ง 5 หมู่ เช่น เนื้อสัตว์ ข้าง แป้ง ผักและผลไม้ ให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารใส่เครื่องปรุงรส เช่น พงชูรส และได้เลือกรับประทานอาหารตามฤดูกาล ซึ่งปลอดภัย (มินตรา สารรักษ์ และ เสาวลักษณ์ แสนนาน, 2557) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับอาหารที่มีคุณภาพ และสารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ดังที่กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่งดเว้น ที่ปฏิบัติเป็นประจำจากการปรุงอาหารเอง คือ รับประทานอาหารประเภทโปรตีน จากเนื้อปลา ไข่ ร้อยละ 54.76 ผลไม้รสไม่หวานเปลือกหรือร้อยละ 51.59 และไม่รับประทานผลไม้อบแห้งร้อยละ 84.13 สารปรุงแต่งสีเลียนแบบธรรมชาติสารปรุงรสร้อยละ 71.43 และไม่ใช้เครื่องปรุงที่เก็บนานเกิน 7 วันร้อยละ 63.49 (ภาคผนวก ก)

ผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสองในสามมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.16) แต่พบว่ามีข้อคำถามที่ยังมีการปฏิบัติไม่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือ รังสีรักษา ร่วมกับการได้รับเคมีบำบัด ดังจะเป็นได้จากข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่ามีการปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติบ่อยครั้ง คือข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ทำโดยวิธีการต้มหรือตุ๋น ที่ผ่านความร้อนนานเกิน 2 ชั่วโมง และการดื่มน้ำผักสดหรือผลไม้สด (ที่เปลือกเปลือก) แล้วปั่นหรือคั้นเสร็จใหม่ ๆ และข้อคำถามที่ยังปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติเลย คือข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมื้อละน้อยและมีอาหารว่างระหว่างมื้อ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกมื้อ การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ หรือเครื่องดื่มที่มีฉลากบอกปริมาณของพลังงานและสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ หรือเครื่องดื่มก่อนวันหมดอายุที่ระบุไว้ข้างภาชนะที่บรรจุผลิตภัณฑ์ การดื่มเครื่องดื่ม เช่น นม น้ำผลไม้ หรือน้ำผัก ที่ผ่านการฆ่าเชื้อโรค การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้ง เช่น ข้าวเหนียว ข้าวสวย ประมาณ 8-12 ทัพพีต่อวัน การรับประทานอาหารประเภทไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง ประมาณ 5-9 ช้อนชาต่อวัน การรับประทาน ผักสดที่ปรุงสุก เช่น ผักกาด ผักโขม ฟักทอง แครอท ประมาณ 6 ทัพพีต่อวัน และการรับประทานอาหารประเภทข้าวและธัญพืชที่ผ่านการขัดสี เช่น ข้าวกล้อง (ภาคผนวก ก) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ให้เหมาะสม ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติหัวข้อดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างนี้ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านวิธีการรับประทานอาหารร้อยละ 68.25 และพฤติกรรม

การบริโภคอาหารด้านอาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่ควรเว้นร้อยละ 85.71 อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ที่เพียงพอ การได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การมีผู้ดูแล และการปรุงอาหารเอง

ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะหรือสภาพร่างกายของผู้ที่เป็น โรคเมเร็งสิริระและคอที่เป็น ผลมาจากการได้รับอาหาร การย่อย การดูดซึม และการเผาผลาญสารอาหาร โดยภาวะโภชนาการ แบ่งเป็น ภาวะโภชนาการโดยรวมและภาวะโปรตีน ดังนี้

ภาวะโภชนาการโดยรวม

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าภาวะโภชนาการโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างขณะได้รับรังสีรักษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติร้อยละ 33.33 ระดับปกติร้อยละ 46.83 ระดับเสี่ยงต่อภาวะสูงเกินกว่าปกติร้อยละ 10.32 และระดับสูงเกินกว่าปกติร้อยละ 9.52 (ตารางที่ 4-5) สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการระดับต่ำกว่าปกติ อาจเป็นเพราะพยาธิสรีรวิทยาของโรค ตำแหน่งของการเกิดโรค ระยะการดำเนินของโรค และการรักษาที่ได้รับ โดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

ประการที่ 1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคเมเร็งสิริระ ที่ทำให้มีการสลายโปรตีนและไขมันมากขึ้น เกิดจากการตอบสนองต่อการอักเสบของร่างกาย โดยมีการสร้างสารพวกไซโตไคน์ คือ อินเตอร์ลิวคินวัน อินเตอร์ลิวคินซิกซ์ อินเตอร์เฟอรอน-แกมมา ทุเมอร์ เนคโคซิส แฟคเตอร์-แอลฟา เพิ่มขึ้น ทำให้สารดังกล่าวกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองของโปรตีนแบบเฉียบพลัน คือ เกิดกระบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายที่เพิ่มสูงขึ้น จึงเพิ่มการสูญเสียพลังงานของร่างกายขณะพัก และลดการได้รับพลังงานของร่างกาย จึงทำให้ร่างกายมีการปรับตัวโดยการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น ทำให้มีอัตราการหมุนเวียนของกลูโคสเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ร่างกายมีการนำน้ำตาลไปใช้ได้ลดลง ทำให้ร่างกายรับรู้ขาดน้ำตาลที่จะนำไปใช้เป็นพลังงาน จึงมีการสลายน้ำตาลมากขึ้นจากเดิม ร่างกายจึงมีการสูญเสียพลังงานและมีน้ำหนักตัวลดลง (Morley et al., 2006)

การหลั่งของสารไซโตไคน์ของก้อนเนื้ออกหรือเซลล์มะเร็งที่เพิ่มสูงขึ้นจะไปกระตุ้นการทำงานของเนื้อเยื่อไขมันผ่านสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมอง ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเลปตินในสมองลดลง จึงไปกระตุ้นศูนย์ควบคุมความหิวให้มีการสั่งการส่งสัญญาณความอยากอาหารมายังสมองส่วนไฮโปทาลามัส ทำให้ลดความต้องการอาหารของร่างกายและลดพลังงานที่ร่างกายใช้ทั้งหมด และนอกจากนี้ยังไปลดสัญญาณความอยากอาหารมีผลทำให้ความอยากอาหารลดลง จึงรับประทานอาหารได้น้อยลง สมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองจะหลั่งฮอร์โมนกลุ่มคอร์ติซอล

ซึ่งฮอร์โมนกลุ่มนี้จะไปด้านฤทธิ์ของอินซูลิน และกระตุ้นทำให้เซลล์ตับอ่อนเปลี่ยนไกลโคเจนที่สะสมไว้เป็นกลูโคสเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ในร่างกายมีน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้น จึงไปยับยั้งศูนย์ควบคุมความหิว ส่งผลให้ความรู้สึกลอยากอาหารลดลง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารได้ลดลงและมีน้ำหนักตัวที่ลดลง (Morley et al., 2006)

ก่อนเนื้องอกหรือเซลล์มะเร็ง จะมีการหลั่งสารชีโพรตีนโอไลซีน แฟกเตอร์ ปิดโมบีไลซึ่งแฟกเตอร์ และ เอนไซม์ไลโปโปรตีน ไลเปส ซึ่งเซลล์มะเร็งจะมีการหลั่งสารชีโพรตีนโอไลซีน แฟกเตอร์ เพิ่มมากขึ้น จึงกระตุ้นให้มีการสลายโปรตีนในกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญโปรตีนผิดปกติ โดยมีอัตราการสร้างโปรตีนของกล้ามเนื้อลดลง และเพิ่มการสลายโปรตีนมากขึ้น เพื่อให้ร่างกายนำโปรตีนส่วนหนึ่งไปใช้ในการเจริญเติบโตของก้อนเนื้องอกมะเร็ง ทำให้มีโปรตีนไม่เพียงพอความต้องการของร่างกาย และเซลล์มะเร็งมีการหลั่งสารไลโปบีโกลซึ่ง แฟกเตอร์ เพิ่มมากขึ้น สารนี้จะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการสลายไขมันในร่างกาย ส่งผลให้สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ไขมันในร่างกายและมีน้ำหนักตัวที่ลดลง และเซลล์มะเร็งยังมีการสร้างเอนไซม์ ไลโปโปรตีน ไลเปส ลดลง ทำให้เซลล์ในร่างกายไม่สามารถนำไขมันไตรกลีเซอไรด์ ที่สลายมาใช้ได้ ร่างกายจึงเพิ่มการสลายไขมันเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายเกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ไขมัน ทำให้มีน้ำหนักตัวที่ลดลง และร่างกายพอม (Morley et al., 2006) ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการโดยรวมลดลงได้

ประการที่ 2 ตำแหน่งของการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับต่ำอาจเนื่องจากตำแหน่งของการเกิดโรคที่เป็นส่วนของศีรษะและลำคอ ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งของการเกิดโรคคือ มะเร็งหลังโพรงจมูกมากที่สุดร้อยละ 35.71 รองลงมาเป็นมะเร็งกล่องเสียงและคอหอยร้อยละ 17.46 มะเร็งช่องปากร้อยละ 16.67 มะเร็งต่อมทอนซิลร้อยละ 10.32 มะเร็งต่อมน้ำลายร้อยละ 9.52 มะเร็งที่ช่องจมูกร้อยละ 5.56 และมะเร็งต่อมไทรอยด์ร้อยละ 4.76 ตามลำดับ (ตารางที่ 4-3) การมีก้อนมะเร็งในตำแหน่งนี้จะทำให้เกิดการกดเบียดในช่องปาก และทางเดินอาหาร (Smith & Haffty, 2009) เกิดความปวด และกลืนลำบาก ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และมีน้ำหนักตัวที่ลดลง จนเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ (Argiles, 2005) ผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการวิจัยของ แวน คัทเซม และเอนด์ (Van Cutsem & Arends, 2005) พบว่าผู้ที่ที่เป็นโรคมะเร็ง ที่มีตำแหน่งของก้อนเนื้องอกเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารจะเกิดการอุดตัน กดเบียด ความเจ็บปวด และกลืนลำบาก ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และมีน้ำหนักตัวลดลง จึงทำให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ

ประการที่ 3 ความรุนแรงของโรคอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการโดยรวมต่ำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะการดำเนินของโรคในระยะที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 54.76 (ตารางที่ 4-3) ความรุนแรงของโรคอาจทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ เนื่องจากระยะการดำเนินของโรคที่เพิ่มมากขึ้น จะมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ มีการเพิ่มของจำนวนเซลล์มะเร็งที่มากขึ้น ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานและสารอาหารที่ผิดปกติ ส่งผลให้ร่างกายมีความต้องการสารอาหารและพลังงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติได้ (ปิยนุช อินตะขัด และ เขียวพรรณ แก้วปัน, 2558) ผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการวิจัยของ กานตริชต์ โรจนพันธ์, ปรานทิพย์ ฉายพุทธ, สุวิมล กิมปี, และ นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย (2556) พบว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่มีการดำเนินของโรคในระยะที่ 4 จะมีกระบวนการเผาผลาญสารอาหารที่ผิดปกติและการไม่สมดุลของพลังงาน จึงส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ

ประการที่ 4 การรักษาที่ได้รับอาจมีผลต่อภาวะโภชนาการโดยรวมที่ลดลงได้เนื่องจากการได้รับการฉายรังสีรักษามากกว่า 60 เกรย์ ขึ้นไปจะทำลายเซลล์มะเร็ง และเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบ ๆ บริเวณที่ฉายแสง (Feng et al., 2007) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการฉายรังสีรักษาในปริมาณที่สูงกว่า 60 เกรย์ขึ้นไปร้อยละ 66.67 (ตารางที่ 4-3) การฉายรังสีรักษาจะทำลายเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งเกิดการแตกตัว มีการสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ ในการฉายรังสีแม้จะทำลายเซลล์มะเร็งแต่จะมีผลต่อเซลล์ปกติบริเวณที่อยู่ใกล้เคียงตำแหน่งที่ฉายรังสีที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่นเดียวกับเซลล์มะเร็ง (Hubeank et al., 2014) เช่น บริเวณต่อมน้ำลาย ถูกทำลายและการหลั่งน้ำลายลดลง เกิดน้ำลายแห้ง ปากแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ จึงทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ (อัมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557) และผลข้างเคียงของรังสีรักษาจะทำให้อ้าปากได้ยาก (trismus) เนื่องจากการฉายรังสีรักษาอาจทำให้บริเวณข้อต่อขากรรไกร (temporomandibular joint [TMJ]) และกล้ามเนื้อสำหรับการเคี้ยวได้รับรังสีรักษาปริมาณมาก รังสีรักษาจะทำลายเซลล์เกิดการอักเสบและเกิดพังผืดของเนื้อเยื่อ ทำให้มีอาการบวม ปวด อ้าปากได้ยาก ร่วมกับการเคี้ยว และการกลืนลำบากจากการที่เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ และเส้นประสาท บริเวณกล่องเสียงและคอหอยได้รับการฉายรังสีรักษาในปริมาณที่สูง จึงเกิดอาการปวด บวม อักเสบ และเกิดพังผืดขึ้น ทำให้กลืนลำบาก (อัมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557; Feng et al., 2007) ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จึงส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ (Kang et al., 2016) ผลการวิจัยพบคล้ายคลึงกับการวิจัยของ นิโคลินี และคณะ (Nicolini et al., 2013) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ มีภาวะขาดสารอาหารและการสูญเสีย

น้ำหนักได้ถึงร้อยละ 90 เกิดจากการรักษาด้วยรังสีรักษาทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง เชื้ออนุช่องปาก อักเสบเป็นแผล ปวด กลืนลำบาก รสชาติอาหารเปลี่ยน และรับประทานอาหารได้ลดลง

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจะไปทำลายเซลล์มะเร็งโดยการยับยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ซึ่งมีผลต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วจึงทำให้มีการทำลายต่อเนื้อเยื่อที่เป็นเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ (Payne & Miles, 2008) จึงทำให้เกิดอาการข้างเคียง คือ การรับรสชาติผิดปกติเมื่อรับประทานอาหารจะมีรสขม ไม่ค่อยรู้รสชาติหวาน เปรี้ยว และเค็ม เนื่องจากยาเคมีบำบัดจะทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ของต่อมรับรส ส่งผลให้ต่อมรับรสอาหารเสียไปจึงทำให้เกิดความผิดปกติในการรับรสซึ่งมีการรับรสเปลี่ยนแปลงไป และอาจทนต่อกลิ่นอาหารต่าง ๆ ไม่ได้ ทำให้มีความอยากรับประทานอาหารลดลงและรับประทานอาหารได้น้อยลง (กนกพร วิสุทธิกุล, 2554) นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนเนื่องจากยาเคมีบำบัดกระตุ้นศูนย์อาเจียนที่อยู่ในสมองส่วนเมดูลลา รวมทั้งยาเคมีบำบัดยังไปกระตุ้นที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงที่บริเวณอมิกดาลา มีการส่งกระแสประสาทไปยังไฮโปทาลามัส จึงเกิดการกระตุ้นให้ลดความอยากอาหาร ทำให้มีความอยากรับประทานอาหารลดลง และรับประทานอาหารได้น้อยลง (Hesketh, 2008) หรือการเกิดเชื้ออนุช่องปากอักเสบจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยที่ยาเคมีบำบัดไปทำลายการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อภายในช่องปาก ทำให้สร้างเซลล์ใหม่ลดลง จึงทำให้ไม่มีเซลล์ใหม่มาแทนที่เซลล์เก่าที่หลุดลอกไป ส่งผลให้เกิดการอักเสบเป็นแผลในบริเวณช่องปาก จึงมีอาการเจ็บ ปวด และทำให้รับประทานอาหารได้ไม่ดี (Volpato et al., 2007) จึงรับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เกิดภาวะขาดสารอาหาร และส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติได้ (Bussink, 2012)

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการที่คงระดับเดิมหรือมีภาวะโภชนาการในระดับที่เสี่ยงต่อสูงเกินกว่าปกติและเกินกว่าปกติอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.16 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 46.83 ซึ่งอาจมาจากรายได้ที่เพียงพอ การมีผู้ดูแล การได้รับความรู้และคำแนะนำ และการปรุงอาหารเอง ดังรายละเอียดที่ได้อภิปรายไปแล้วในหัวข้อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ภาวะโปรตีน

ภาวะโปรตีนผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.86 มีภาวะขาดโปรตีนและเมื่อแบ่งระดับของภาวะขาดโปรตีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งมีภาวะขาดโปรตีนรุนแรงร้อยละ 60.32 รองลงมาคือภาวะขาดโปรตีนปานกลางร้อยละ 21.43 และภาวะขาดโปรตีนเล็กน้อยร้อยละ 11.11

ตามลำดับ (ตารางที่ 4-6) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะพยาธิสรีรวิทยาของโรค การรักษาที่ได้รับ อายุ และความเชื่อในการรับประทานอาหารโดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

ปัจจัยที่ 1 พยาธิสรีรวิทยาของโรค พยาธิสรีรวิทยาจากก้อนเนื้ออกหรือเซลล์มะเร็ง จะทำให้ร่างกายมีการสร้างสารพวกไซโตไคน์ ได้แก่ สารพวกอินเตอร์ลิวคินวัน อินเตอร์ลิวคินซิกซ์ อินเตอร์เฟอรอน-แกมมา ทูเมอร์ เน็คโคซิส แฟกเตอร์-แอลฟา โปรติโอไลซิส แฟกเตอร์ และไลปิด โมบิลไลซิง แฟกเตอร์ ซึ่งร่างกายจะสร้างเมื่อมีการหลั่งโปรติโอไลซิส แฟกเตอร์เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการกระตุ้นการตอบสนองของโปรตีนแบบเฉียบพลัน จึงทำให้เกิดการสลายโปรตีนในกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญโปรตีนที่ผิดปกติ ทำให้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จึงทำให้เกิดภาวะขาดโปรตีนได้ (Morley et al., 2006)

ปัจจัยที่ 2 การรักษาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีรักษาและรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด อาจทำให้เกิดภาวะขาดโปรตีนได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อที่ได้รับการฉายรังสีรักษาจะถูกทำลาย ส่งผลทำให้มีน้ำลายแห้ง เยื่อบุช่องปากอักเสบ และกลืนลำบาก มีอาการเจ็บ ปวด ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง (Kumar et al., 2012) และช่วงการได้รับการฉายรังสีรักษาร่างกายยังต้องการโปรตีนมากกว่าปกติ (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2557) จึงอาจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดสารอาหารหรือขาดโปรตีนได้ (Morley et al., 2006) นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดที่เข้าไปในกระแสเลือดทำให้ทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวในกระแสเลือดทำให้เม็ดเลือดขาวตาย เม็ดเลือดขาวในกระแสเลือดจึงลดต่ำลง และยาเคมีบำบัดที่เข้าไปในร่างกายจะทำลายไขกระดูกซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่ไวต่อยาเคมีบำบัด ทำให้ไขกระดูกเกิดการบาดเจ็บ เสียหาย ลดการสร้างเม็ดเลือดขาวลง และเซลล์ตัวอ่อนของเม็ดเลือดถูกทำลาย (Wang et al., 2006) โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาวชนิด ลิมโฟไซต์ ซึ่งเป็นเม็ดเลือดขาวที่ใช้แสดงถึงภาวะขาดโปรตีน ในการวิจัยครั้งนี้ (ผ่องศรี ศรีมรรค, 2553)

ปัจจัยที่ 3 อายุอาจจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะขาดโปรตีน เนื่องจากโดยปกติบุคคลที่มีอายุ 45-60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะมีภาวะขาดโปรตีนได้ เนื่องจากการมีอายุมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดการเสื่อมลงตามวัย มีผลต่อการย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารได้ลดลง และอายุที่มากขึ้นยังทำให้การทำงานของไขกระดูกลดลง เกิดการสร้างเม็ดเลือดขาวลดลงจึงทำให้มีระดับของโปรตีนในร่างกายลดลง (Linton & Dorshkind, 2004) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 51-60 ปีและอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 75.39 ดังนั้นอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงที่จะมีภาวะขาดโปรตีนได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบคล้ายคลึงกับการวิจัยของ บิฮัตตาจาจี, บาฮาร์, และ ไชเกีย (Bhattacharjee, Bahar, & Saikia, 2015) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็น โรคมะเร็งศีรษะ

และคอ พบว่าผู้ที่เป็โรคมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี มีภาวะขาดโปรตีนสูงถึงร้อยละ

75

ปัจจัยที่ 4 ความเชื่อในการรับประทานอาหาร อาจเนื่องจากคนไทยมีความเชื่อว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ เนื่องจาก โปรตีนจากเนื้อสัตว์จะทำให้เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตมากขึ้น (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2557) ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาคเหนือซึ่งคนในภาคเหนือมีความเชื่อ และข้อห้ามในการรับประทานอาหารว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง คือห้ามรับประทานเนื้อวัว อาหารทะเล เพราะเชื่อว่าเป็นของแสลง ซึ่งหากรับประทานไปแล้วมีความเชื่อว่าจะรักษาไม่หาย (ยุพิน เข้มมุกด์, 2551) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในการรับประทานอาหารร้อยละ 51.59 และพบว่ามีความเชื่อในการงดรับประทานอาหารพวก เนื้อวัว เนื้อไก่ อาหารทะเล และปลาไม่มีเกล็ด (ร้อยละ 66.15, 66.15, 15.38 และ 6.34 ตามลำดับ) ซึ่งอาหารพวก เนื้อไก่ ปลา เป็นอาหารที่ให้โปรตีน (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2552) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยง และงดไม่รับประทานอาหารเหล่านี้ที่เป็นแหล่งให้โปรตีนจากสัตว์ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารหรือโปรตีนไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้เกิดภาวะขาดโปรตีนได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมสูงและภาวะโภชนาการโดยรวมปกติ แต่ยังพบว่ามิกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการโดยรวมต่ำกว่าปกติ ร่วมกับมีภาวะขาดโปรตีนรุนแรง ซึ่งอาจเป็นเพราะพยาธิสรีรวิทยาของโรค ตำแหน่งของการเกิดโรค ระยะการดำเนินของโรค การรักษาที่ได้รับ อายุ และความเชื่อในการรับประทานอาหาร ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนารูปแบบหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการด้านวิธีรับประทานอาหาร อาหารที่ควรบริโภค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่งดเว้น และส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยเฉพาะด้านโปรตีนของผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและคอและประเมินผลลัพธ์ของวิธีการหรือแนวปฏิบัตินั้น

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved