

ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอระหว่างได้รับรังสีรักษา

มยุรี กล้าดี*, ผ่องศรี ศรีมรกต**, นภาพร วาณิชกุล***, ไพบุลย์ สุริย์พงษ์****

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแล ด้านโภชนาการ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง จำนวน 120 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอและของผู้ดูแล แบบประเมินความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล แบบสอบถามบทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ แบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87, 0.91, 0.88 และ 0.93 ตามลำดับ และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.89, 0.83 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยคือ ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล ($\beta = 0.13, p > 0.05$) บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ ($\beta = -0.24, p < 0.05$) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ($\beta = 0.24, p < 0.05$) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้ร้อยละ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษานี้เสนอแนะพยาบาล ควรประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลปรับปรุงภาวะโภชนาการและช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการผู้ป่วย

คำสำคัญ : บทบาทของผู้ดูแล, มะเร็งศีรษะและคอ, ความรอบรู้ด้านโภชนาการ, ภาวะโภชนาการ, สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโสต นาสิก และลาลิงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author, email: pongsri.sri@mahidol.ac.th, Tel. 081-6996330

Received : December 13, 2021; Revised : March 18, 2022; Accepted : March 24, 2022

Caregiver Factors Influencing the Nutritional Status among Head and Neck Cancer Patients During Radiation Therapy

Mayuree Klamdee*, Pongsri Srimoragot**, Napaporn Wanitkun***, Paiboon Surepong****

Abstract

This predictive study aims to examine the influence of nutritional literacy of caregivers, the role of caregivers on nutrition, and relationships between caregivers and patients on nutritional status in head and neck cancer (HNC) patients during radiation therapy by derived Roy's Adaptation Model as a conceptual framework. The sample consisted of 120 family caregivers and patients who were diagnosed with HNC undergoing radiation therapy at the Radiation Department at two university hospitals. Samples were recruited by purposive sampling. The research instruments consisted of 1) Demographic data of head and neck cancer patients and caregivers 2) Nutritional Literacy questionnaires of caregivers 3) Role of caregivers on nutritional questionnaires 4) The relationships between caregivers and patients' questionnaires and 5) Nutritional status assessment of patients. The content validity index (CVI) was 0.87, 0.91, 0.88 and 0.93 respectively, and calculated to Cronbach's Alpha Coefficient was 0.86, 0.89, 0.83 and 0.71 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results revealed that the significant influential factors affecting the nutritional status were 1) nutritional literacy of caregivers ($\beta = 0.13$, $p > 0.05$) 2) role of caregivers on nutritional ($\beta = -0.24$, $p < 0.05$), and 3) relationships between caregivers and patients ($\beta = 0.24$, $p < 0.05$). The 3 independent variables were statistically significantly impacted at 7% of the variance for nutritional status ($p < 0.05$). The findings suggest that nurses should assess the nutritional status of HNC periodically. Then encourage family caregivers to be a part of caring, if the patients were at risk of malnutrition. Nurses incorporate with caregiver should provide an effective intervention to improve the patients' nutritional status as soon as possible.

Keywords : Role of caregiver, Head and neck cancer, Nutritional literacy, Nutritional status, Relationships between caregivers and patients

* Student in Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

** Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

*** Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

**** Assistant Professor, Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

Corresponding author, email: pongsri.sri@mahidol.ac.th, Tel. 081-6996330

Received : December 13, 2021; **Revised :** March 18, 2022; **Accepted :** March 24, 2022

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบเป็นอันดับ 5 ของโรคมะเร็งทั้งหมด มีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกมากกว่า 890,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิต 330,000 รายต่อปี (Aupérin, 2020) เช่นเดียวกับในประเทศไทย พบมากเป็นอันดับที่ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการ ในระยะที่ลุกลาม ทำให้ต้องได้รับการรักษาแบบหลายวิธีร่วมกัน ทั้งรังสีรักษาและเคมีบำบัดชนิด Cisplatin เพื่อให้ประสิทธิภาพการรักษาที่ดีที่สุด (Pfister, Spencer, Adelstein, Adkins, Anzai, Brizel, et al., 2020)

ผลแทรกซ้อนด้านโภชนาการและอาการไม่พึงประสงค์คือ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปากแห้ง สูญเสียการรับรส และเยื่อช่องปากอักเสบ และพบว่าตำแหน่งของมะเร็งศีรษะและคอพบบ่อยบริเวณกล่องเสียง ช่องปาก คอหอย และต่อมน้ำลาย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร และเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ถึงร้อยละ 74 (Citak, Tulek, & Uzel, 2019)

การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีสาเหตุและปัจจัยหลายประการ ทั้งจากพยาธิสภาพของมะเร็ง ระยะของโรค ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและเคมีบำบัด โดยการให้รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ทำให้เซลล์มีความไวในการตอบสนองต่อรังสีรักษา แต่ส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติที่อยู่โดยรอบ ทำให้เกิดอาการข้างเคียงตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง เกิดปัญหาด้านโภชนาการ ต้องได้รับการใส่สายให้อาหารทางจมูก/หน้าท้อง และยังส่งผลกระทบต่อความบกพร่องในการสื่อสาร (มณฑิรา คำห่อ, นภาพร วาณิชกุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล และกุลธร เทพมงคล, 2561) มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษากับความอยากอาหารในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับความอยากอาหาร เมื่อได้รับรังสีสะสมที่ 50 เกรย์และมีอาการไม่สุขสบายต่อเนื่องไปจนถึงระยะที่ได้รับรังสีสะสมที่ 60 เกรย์ เนื่องจากรังสีรักษาทำให้น้ำเยื่อบริเวณโดยรอบเกิดการตาย ต่อมน้ำลายถูกทำลาย การหลั่งน้ำลายลดลง ผู้ป่วยมีอาการปากแห้งในตอนเช้า เยื่อช่องปากและคออักเสบ ต่อมน้ำลายทำงานลดลง และต้องได้รับยาแก้ปวดร่วมด้วย (Jensen, Vissink, Limesand, & Reyland, 2019; Ogama & Suzuki, 2012)

ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับผลกระทบด้านจิตใจอย่างมาก ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล และซึมเศร้า (Moschopoulou, Hutchison, Bhui, & Korszun, 2018) นอกจากนี้ยังมีปัญหาการเข้าสังคม เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำงาน และการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น (Fingeret, Hutcheson, Jensen, Yuan, Urbauer, & Lewin, 2013) เมื่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยลดลง พลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้น้ำหนักตัวลดลง มีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยจะยิ่งอ่อนเพลีย ท้อแท้ ซึมเศร้า และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการจากผลข้างเคียงของการรักษามากขึ้น ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือผู้ดูแล ต้องเผชิญกับการปรับบทบาทและการปรับตัว ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนมากดังกล่าวแล้ว จะมีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร ส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่ลดลง

เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ภาระของการดูแลจึงขึ้นอยู่กับครอบครัวหรือผู้ดูแล หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เพียงพอจากผู้ดูแล อาการจะรุนแรงจนผู้ป่วยอ่อนแอมากและต้องหยุดพักรังสีรักษาเป็นระยะ ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญ ในการช่วยเหลือและมีบทบาทในการดูแลส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ให้การดูแลโภชนาการ ให้การสนับสนุนทางสังคม และช่วยเรื่องการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่โรคลุกลาม (Given, Given, & Sherwood, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (รังสันต์ ไชยคำ, ลาวัลย์ รักษาเนศ, นันทพร พิชะยะ และจุฬารณ สุขศรีสวัสดิ์, 2561) ผู้ดูแลที่มีบทบาทให้การดูแลการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อของผู้ป่วยมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุได้ (Locher, Robinson, Bailey, Carroll, Heimburger, Magnuson, et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริณี เก็จกรแก้ว และคณะ (Kejkornkaew, Sirapo-ngam, Monkong, Junda, & Wallhagen, 2016) ที่พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นอย่างดีส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคทำให้ภาวะโภชนาการผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการที่ดี ของผู้ป่วยเด็ก โดยผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง ประกอบอาชีพที่มั่นคง มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และความรอบรู้ ด้านโภชนาการที่ดีจะให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี สามารถเลือกอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี (Kiarie, 2010)

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย บทบาทในการดูแล และความรอบรู้ด้านโภชนาการที่มีการดูแลใส่ใจ คอยจัดการอาการไม่สบายที่ขัดขวางการรับประทานอาหาร คอยให้กำลังใจ ช่วยดูแลสุขภาวะช่องปากของผู้ป่วย ดูแลการรับประทานอาหาร จัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้อาการโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น (National Cancer Institute, 2020) แม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะเป็นผู้ใหญ่ แต่ในยามเจ็บป่วยผู้ป่วยอ่อนแอ ท้อแท้ และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ดังนั้น ถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการหรือมีความรอบรู้ด้านโภชนาการที่ไม่ดี จะมีความลำบากในการจัดการตนเองระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา และไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์แนะนำ ยิ่งถ้าผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านโภชนาการที่ไม่ดี จะนำไปสู่ความล่าช้าในการรักษาหรือทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง (Megwalu, 2017) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้รักษา ช่วยจดจำคำแนะนำของแพทย์ ช่วยการตัดสินใจ รวมทั้งช่วยหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลโภชนาการของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Bevan & Pecchioni, 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านบทบาท มีการใส่ใจภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นและได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิด เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจะทำให้บุคคลเกิดการปรับตัว ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาต้องมีการปรับตัวทางสรีรวิทยา ด้านโภชนาการเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นตลอดเวลา ในภาวะที่ร่างกายมีสิ่งกระตุ้นจากโรคมะเร็งและรังสีรักษาอย่างรุนแรง อาจไม่สามารถปรับตัวได้เองอย่างสมดุล ผู้ดูแลซึ่งเป็นหนึ่งในสิ่งเร้าร่วมของผู้ป่วยจึงต้องปรับบทบาทมาช่วยในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการช่วยเหลือดูแลใส่ใจโภชนาการ และเป็นการกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีการปรับตัวด้านโภชนาการได้อย่างบูรณาการ ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีความรอบรู้ด้านโภชนาการ ตระหนักในบทบาทของผู้ดูแล และมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดี จะสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็ง ดังนี้ ศิริณี เก็จกรแก้ว และคณะ พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภค ทำให้ภาวะโภชนาการผู้ป่วยดีขึ้น (Kejkornkaew et al., 2016) การที่ผู้ดูแลมีบทบาทให้การดูแลการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สามารถส่งผลต่อภาวะ

โภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุได้ (Locher et al., 2009) และถ้าผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับที่มากเพียงพอ จะสามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยได้ (Cha et al., 2014) แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ยืนยันชัดเจนถึงความรอบรู้ด้านโภชนาการกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยจากผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยจากผู้ดูแลด้านความรอบรู้ด้านโภชนาการ และเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาปัจจัยด้านบทบาทของผู้ดูแล และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยว่ามีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาหรือไม่ ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยทั้งสามดังกล่าวมาศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมผู้ดูแลให้มีความพร้อมในการดูแลโภชนาการของผู้ป่วย พัฒนารolesของผู้ดูแล และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ให้สามารถจัดการกับปัญหาด้านโภชนาการหรืออาการไม่สบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา เป็นการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วย และทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้นำทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยรอยกล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิด เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจะทำให้บุคคลเกิดการปรับตัว โดยระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า กระบวนการควบคุม การปรับตัว สิ่งนำออก และกระบวนการป้อนกลับ ซึ่งแต่ละส่วนทำงานเชื่อมโยงกัน โดยเมื่อสิ่งเร้าที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในผ่านเข้าสู่ระบบการปรับตัวจะกระตุ้นให้บุคคล มีการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา 2 กลไก คือ กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ กลไกทั้งสองนี้จะทำงานควบคู่กันเสมอ ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรม การปรับตัวออกมา 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาพึ่งกัน ผลลัพธ์การปรับตัวมี 2 ลักษณะ คือ ปรับตัวได้ และปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (Roy, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อนำกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา อธิบายได้ว่าบุคคลคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา สิ่งเร้าตรงคือ ภาวะโรคมะเร็งศีรษะและคอและระยะของโรค สิ่งเร้าร่วมคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยคือ รังสีรักษาและเคมีบำบัด ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ป่วย การศึกษาและรายได้ของผู้ป่วย (Donini, Scardella, Piombo, Neri, Asprino, Proietti, et al., 2013) และปัจจัยด้านผู้ดูแลซึ่งได้แก่ ความรอบรู้ด้านโภชนาการ บทบาทผู้ดูแลด้านโภชนาการ การศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้ดูแล (Kiarie, 2010) สิ่งเร้าแฝงคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความเชื่อเรื่องการรับประทานอาหารโปรตีนทำให้โรคมะเร็งกระจายมากขึ้นของผู้ดูแล ตัวแปรตามที่ศึกษาคือ ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยซึ่งเป็น 1 ใน 9 ประเด็นการปรับตัวด้านสรีรวิทยา และเป็นการปรับตัว 1 ใน 4 ด้าน ตามกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย โดยผู้ป่วยมีการปรับตัวผ่านกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ รับรู้ถึงโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ส่งผลให้มีการปรับตัวด้านสรีระ ซึ่งประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ

ของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยประสบกับผลข้างเคียงจากรังสีรักษาและเคมีบำบัดจนเกิดปัญหาพิษโภชนาการ ทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวด้วย ซึ่งสิ่งเร้าทั้ง 3 ด้านจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการปรับตัวผ่านระบบการคิดรู้ เมื่อผู้ดูแลคือ ญาติในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิดรู้ รับรู้ข้อมูลเรื่องการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ส่งผลให้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล การใส่ใจดูแลแก้ไขปัญหาที่รบกวนภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทางร่างกาย ช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้ เพราะภาวะโภชนาการเป็นความต้องการพื้นฐานและเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะในขณะรับรังสีรักษา เพราะจะทำให้ผู้ป่วยอดทนต่อผลข้างเคียงจากรังสีรักษาตามแผนการรักษา และประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาอิทธิพลเชิงทำนาย (Predictive study) ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 120 คู่ ตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มผู้ดูแลมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และให้การดูแลเรื่องโภชนาการของผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น การทำอาหาร จัดเตรียมอาหาร ตลอดจนเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้ป่วย 2) ไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างจากการเป็นผู้ดูแล 3) ถ้าอายุมากกว่า 60 ปี มีคะแนนการรู้คิดจากแบบประเมิน Thai Mental State Examination; TMSE ได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน 4) สามารถฟังและเข้าใจภาษาไทยได้ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีผู้ดูแล 2) ได้รับรังสีรวม ≥ 50 เกรย์ (Ogama & Suzuki, 2012) เกณฑ์การคัดออกคือ 1) มีปัญหาทางจิตเวช 2) มีอาการผิดปกติทางสมอง เช่น รับรู้วัน เวลา และสถานที่ไม่ถูกต้อง และเกณฑ์ถอนออก (Withdrawal criteria) จากการเข้าร่วมการวิจัยคือ ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) คำนวณค่าอิทธิพล (Effect size) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขนาดปานกลาง $R = 0.3$ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 มีตัวแปรอิสระจำนวน 3 ตัวแปร นำมาคำนวณโปรแกรม G* power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 115 ราย ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแล 120 ราย และผู้ป่วย 120 ราย ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ตามแบบสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา โรคประจำตัว ส่วนสูง น้ำหนักตัวก่อนการรักษา ดัชนีมวลกายก่อนการรักษา 2) แบบบันทึก

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การผ่าตัดที่ได้รับ ชนิดรังสีรักษาที่ได้รับ การได้รับยาเคมีบำบัด วิธีการรับประทานอาหาร อาการไม่สุขสบายที่รบกวนการได้รับอาหาร

2. แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (The Mini Nutritional Assessment: MNA) ฉบับภาษาไทยแปลโดย สถาบันโภชนาการเนสท์เล่ (Nestle Nutrition Institute) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ 1) การคัดกรองภาวะโภชนาการ และ 2) การประเมินภาวะโภชนาการ มีคะแนนรวมสูงสุด 30 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มากกว่า 23.5 = โภชนาการดี, 17-23.5 = เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะทุพโภชนาการ และน้อยกว่า 17 = มีภาวะทุพโภชนาการ

3. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเชื่อเรื่องการรับประทานอาหาร ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บทบาทการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการที่บ้าน กิจกรรมการดูแลโภชนาการที่บ้านให้ผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน

4. แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส ฉบับปี พ.ศ. 2559 ของกองสุศึกษา (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยผู้วิจัยประยุกต์ข้อคำถามบางส่วน เพื่อการประเมินความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 36 ข้อ ดังนี้ ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักโภชนาการ ข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก เลือกตอบข้อถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว จำนวน 10 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรมดูแลภาวะโภชนาการ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลักโภชนาการ การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลักโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลักโภชนาการ ข้อคำถามเป็นด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน ตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ข้อคำถามลักษณะเลือกตอบที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติ/คาดว่าจะปฏิบัติ 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน แบบสัมภาษณ์นี้มีค่าคะแนนรวม 5 -114 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 5 - 68.3 หมายถึง ไม่ดีพอ, 68.4 - 91.1 หมายถึง พอใช้ได้ และ 91.2 - 114 หมายถึง ดีมาก

5. แบบสัมภาษณ์บทบาทผู้ดูแลด้านโภชนาการ โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามความต้องการการดูแลซึ่งเป็นแบบวัดความต้องการในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านของ Oberst (1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา ใช้ประเมินบทบาทของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยปรับปรุงข้อความการประเมินบทบาทผู้ดูแลด้านโภชนาการให้มีความสอดคล้องกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แบบสัมภาษณ์นี้มีค่าคะแนน 15 - 60 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มาก/มีบทบาทมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อย/มีบทบาทน้อย

6. แบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ดัดแปลงจากแบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สร้างขึ้นโดยซัลลิแวน (Sullivan, 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดยวรรณรัตน์ ลาวัณ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงข้อความเพื่อประเมินสัมพันธภาพ ด้านโภชนาการระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีข้อความด้านบวกและด้านลบ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าคะแนน 20 - 100 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยดี/สูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยไม่ดี/ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์บทบาทผู้ดูแลด้านโภชนาการ แบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะโภชนาการ The Mini Nutritional Assessment (MNA) ของผู้ป่วย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87, 0.91, 0.88 และ 0.93 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์บทบาทผู้ดูแลด้านโภชนาการ แบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะโภชนาการ The Mini Nutritional Assessment (MNA) โดยนำไปทดลองใช้จริงในผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลมาคำนวณหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.89, 0.83 และ 0.71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส COA no. Si 825/2019 และคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช รหัส COA 002/2563 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น แนวทางป้องกันและแก้ไข พยาบาลประจำแผนกรังสีรักษาเป็นผู้เชิญชวน เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลผู้ดูแลและผู้ป่วยถูกเก็บเป็นความลับ และวิเคราะห์นำเสนอผลสรุปในภาพรวม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ขณะเก็บข้อมูลถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบาย ผู้วิจัยดูแลบรรเทาจนอาการดีขึ้นหรือรายงานพยาบาลประจำการให้ช่วยเหลือจนอาการดีขึ้นจึงเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง พยาบาลประจำแผนกรังสีรักษาเชิญชวนผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ในการทำวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล หากสนใจและยินดีร่วมการวิจัย ให้ลงนามหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลขณะนั่งรอผู้ป่วย และเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในขณะที่รอพบแพทย์ เพื่อตรวจติดตามการรักษาหรือขณะรอรับรังสีรักษาในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก และไม่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจหรือรักษาในบริเวณที่จัดเตรียมไว้เป็นส่วนตัว เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายตามแบบฟอร์ม และเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบฟอร์ม ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ดูแลทราบ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อความที่ไม่เข้าใจก่อนตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเลือกตอบคำตอบที่ตรงกับผู้ดูแลมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS for windows 19) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โรคและการรักษาของผู้ป่วย และปัจจัยที่ศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบ การทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในปัจจุบันและอดีตในภาพรวม โดยใช้สถิติ Paired t- test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยใช้ Pearson's และ Spearman และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบใส่ข้อมูลพร้อมกัน (Enter Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.5) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี (Mean = 46.95 ± 12.99 ปี) สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 29.2) รองลงมาคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 26.7) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นภรรยาหรือสามี (ร้อยละ 47.5) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลโภชนาการ (ร้อยละ 61.7) โดยได้รับข้อมูลโภชนาการจากพยาบาล มากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการที่บ้าน (ร้อยละ 74.2)

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.20 ± 12.03 ปี เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.8) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.3) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 32.5) เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 61.7) เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 66.7) ดัชนีมวลกายก่อนการรักษาส่วนใหญ่ น้ำหนักปกติ BMI 18.50 – 22.9 (ร้อยละ 45) ผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่เกิดบริเวณตำแหน่งนอกช่องปาก (ร้อยละ 56.7) โดยมีระยะโรครอยู่ในระยะที่ 4 (ร้อยละ 75) ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดชนิด Cisplatin มากที่สุด (ร้อยละ 80.8) ส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางปากอย่างเดียว (ร้อยละ 59.17) รองลงมาคือรับประทานอาหารทางสายให้อาหารอย่างเดียว (ร้อยละ 21.70) มีผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปาก ร่วมกับทางสายให้อาหาร (ร้อยละ 19.17) พบว่า มีอาการไม่สุขสบายที่รบกวนการได้รับอาหาร 3 อันดับแรกคือ ผิวน้ำบริเวณที่ฉายรังสีแดงคล้ำหรือแห้งคัน (ร้อยละ 95.8) น้ำลายแห้งและเหนียว (ร้อยละ 92.5) และรับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ (ร้อยละ 85.8) โดยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณที่ฉายรังสีและต้องได้รับยาระงับปวดร่วมด้วย (ร้อยละ 40.8) ส่วนใหญ่ได้รับยาระงับปวดแบบเฉพาะที่ สำหรับการประมิณภาวะโภชนาการของผู้ป่วย พบว่า ขณะเก็บข้อมูล ผู้ป่วยมีค่า BMI 18.5 – 22.9 มากที่สุด (ร้อยละ 47.5) รองลงมาคือค่า BMI < 18.5 (ร้อยละ 27.5) และมีค่า BMI ≥ 23 น้อยที่สุด (ร้อยละ 25) จึงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสี่ยงเกิดภาวะทุพโภชนาการ มีค่า MNA 17 – 23.5 คะแนน (ร้อยละ 51.7) โดยผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการ (MNA) เฉลี่ย 19.11 (S.D. = 4.01) แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 98.3) สามารถเดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (ร้อยละ 92.5) สามารถรับประทานอาหารได้ 3 มื้อ/วัน (ร้อยละ 79.2) รับประทานอาหารได้เอง (ร้อยละ 23.3) และรับประทานอาหารได้เองแต่ค่อนข้างลำบาก (ร้อยละ 52.5)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีความรอบรู้ด้านโภชนาการเฉลี่ย 77.27 ± 13.06 คะแนน มีคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ บทบาทในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเฉลี่ย 50.54 ± 6.35 คะแนน มีการรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มาก/ มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมาก สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเฉลี่ย 82.07 ± 12.04 คะแนน มีคะแนนสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยดีหรือสูง

ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการเฉลี่ย 19.11 ± 4.01 คะแนน โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาวะโภชนาการของผู้ป่วย (n = 120)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์	ช่วงคะแนนที่ได้	Mean	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล	5 – 114	44 – 104	77.27	13.06	พอใช้
บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ	15 – 60	29 – 60	50.54	6.35	มาก
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	20 – 100	44 – 100	82.07	12.04	ดี
ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย	0 – 30	9.5 – 28	19.11	4.01	เสี่ยง ทุพโภชนาการ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษาได้ร้อยละ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($R^2 = 0.07$, $F = 2.82$, $p < 0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อิทธิพลของความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ และสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา (n = 120) โดยสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบ Enter

ปัจจัย 3 ด้าน	b	Std. Error	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	17.19	3.15		5.45	0.00
ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล	0.04	0.03	0.13	1.24	0.22
บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ	-0.15	0.07	-0.24	-2.14	0.04
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	0.08	0.04	0.24	2.08	0.04

$R = 0.26$, $R^2 = 0.07$, $R^2 \text{ adj} = 0.04$, $F = 2.82$, $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยพบว่า สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝงที่ศึกษา มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหาผ่านกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางด้านร่างกาย ทำให้มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอมีปัญหาทุพโภชนาการเป็นปัญหาร่วมเสมอไม่มากนักน้อย โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะ 3 และ 4 ซึ่งมีการแพร่กระจายของโรคลุกลามไปมากเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคกระทบต่อการได้รับอาหาร การกลืน และมีอาการเจ็บปวดรบกวนอยู่ (Citak et al., 2019) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลด้านโภชนาการให้กับผู้ป่วยในขณะรับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด เพราะการรักษาที่ได้รับส่งผลซ้ำเติมให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการชัดเจนมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้ยืนยันว่า บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะปัจจัยที่เลือกมาศึกษานี้คือ

บทบาทของผู้ดูแลด้านโภชนาการ เป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าร่วมปัจจัยแรกที่ส่งผลทำให้เกิดกระบวนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ตามบทบาททฤษฎีภูมิ (Roy, 2009) สามารถร่วมทำนายภาวะโภชนาการผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.24, p < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแย่ลงมากจนความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตัวเองลดลง ผู้ดูแลจะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลเป็นภรรยาที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในระยะที่กำลังได้รับการรักษา ซึ่งมีอาการไม่สบายที่ขัดขวางการรับประทานอาหารเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแย่ลง โดยจะคอยช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สบาย จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบและรับประทานได้ สนับสนุนให้รับประทานได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี มีเจริญ (2557) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นเพศหญิงมีบทบาทให้การดูแล แก้ไขปัญหาหรือสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านโภชนาการ การจัดการความเจ็บปวดและอาการต่าง ๆ ที่รบกวนการรับประทานอาหารของผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลและอ่อนโยน คอยจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ดูแลใส่ใจ ให้กำลังใจ เข้าใจความรู้สึกทุกข์ของผู้ป่วยมากกว่า มีเวลาให้การดูแลโภชนาการ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารมากกว่า จากการศึกษาของลอเชอร์และคณะ (Locher et al., 2009) ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการรับประทานอาหารได้ลดลงในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางสังคมด้านผู้ดูแลใส่ใจการรับประทานอาหารแต่ละมื้อส่งผลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผลการศึกษาที่ยืนยันว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่พยายามให้เวลาทำกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ มากขึ้นกว่าก่อนผู้ป่วยเจ็บป่วย และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นเพราะเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง ผู้ดูแลในครอบครัวจะแสดงความห่วงใย ใส่ใจความทุกข์ร้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (วารุณี มีเจริญ, 2557) จึงตั้งใจดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย ยิ่งผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงระยะ 3 และ 4 ผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพที่อ่อนแอมาก มีอาการไม่สบายที่รบกวนการได้รับสารอาหารจากอาการน้ำลายแห้ง เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนลำบาก (มนทิรา คำห่อ และคณะ, 2561; Citak et al., 2019) จนต้องรับประทานอาหารเพิ่มทางสายให้อาหารร่วมด้วยหรือรับประทานอาหารทางสายให้อาหารอย่างเดียว ดังเห็นได้จากผู้ป่วยในการศึกษานี้ร้อยละ 40.87 ที่ต้องรับประทานอาหารทางสายให้อาหารเพิ่ม และประสบกับความไม่สบายจากการรับประทานอาหารทางสาย ผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง ซึ่งส่งผลทำให้ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแย่ลง และส่งผลต่อความสำเร็จจากรังสีรักษา ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (มนทิรา คำห่อ และคณะ, 2561) ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลและช่วยเหลือจากผู้ดูแล เพื่อบรรเทาอาการไม่สบาย คอยเฝ้าระวังภาวะโภชนาการจากโรคและการรักษา และจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญและต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องปรับบทบาทรับภาระการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งยืนยันสมมติฐานที่ตั้งไว้

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นอีกปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดี มีความรัก ความใส่ใจในทุกข์ สุข ความวิตกกังวลต่าง ๆ ของผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ในภาวะที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเจ็บป่วย อ่อนแอ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงจากอาการเบื่ออาหาร กลืนลำบาก อาการไม่สบายในช่องปากและคอ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญซึ่งมีบทบาทต่อความอยู่ดีมีสุข (Well being) ของผู้ป่วยและการรับประทานอาหาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโภชนาการเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา (2552) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่บ้านอยู่ในระดับดีมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ช่วยเสริมบรรยากาศความเอื้ออาทร และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ใส่ใจและให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะด้านโภชนาการ

ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการดำรงสุขภาวะยามเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (วารุณี มีเจริญ, 2557) และสอดคล้องกับการศึกษาของศิราณี เก็จกรแก้ว และคณะ (Kejkornkaew et al., 2016) ที่ยืนยันว่า สัมพันธภาพที่ดีเกิดจากความรัก ความเอื้ออาทร ความห่วงใย และความผูกพันที่ญาติผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลภาวะโภชนาการเป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษานี้ยืนยันว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา ด้ร้อยละ 7 ($R^2 = 0.07$, $F = 2.82$, $p < 0.05$) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการแคร์ระดับเสี่ยงเกิดภาวะทุพโภชนาการ (MNA 17 – 23.5) เท่านั้น

ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแล เป็นหนึ่งในสิ่งเร้าร่วม (Roy, 2009) แต่ไม่มีนัยสำคัญในการทำนายภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ได้รับรังสีรักษายังพอช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 98.3) เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (ร้อยละ 92.5) ผู้ป่วยจึงยังตัดสินใจเรื่องการรับประทานอาหารได้เอง ยังรับประทานอาหารได้ 3 มื้อ (ร้อยละ 79.2) รับประทานอาหารได้เอง (ร้อยละ 23.3) แม้ว่าจะอยู่ในสภาพที่รับประทานอาหารได้เองค่อนข้างลำบากจนต้องได้รับอาหารทางสายเพิ่มเติม (ร้อยละ 52.5) แต่ผู้ป่วยยังให้อาหารทางสายด้วยตนเองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้แสดงบทบาทเด่น ประกอบกับผู้ดูแลมีความรู้ด้านโภชนาการระดับพอใช้ ทำให้สามารถนำความรู้ด้านโภชนาการไปช่วยเหลือดูแลโภชนาการให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอได้น้อย ปัจจัยนี้จึงไม่ทำนายภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในระหว่างได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ดูแลยังต้องทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวแทนผู้ป่วย จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแครี่ (Kiarie, 2010) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสรุปว่า ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า แม้ว่าผู้ดูแลจะพยายามปรับบทบาทดูแลใส่ใจโภชนาการมากขึ้นกว่าระยะก่อนป่วยแล้ว แต่ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลยังไม่ทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของมณฑิรา คำห่อ และคณะ (2561) ที่ศึกษาโมเดลทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับรังสีรักษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลการศึกษาว่า ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีอิทธิพลในการทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหรือไม่

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอควรพัฒนาแนวทางการพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ดูแลและผู้ป่วยให้มีความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น เพื่อให้จัดการด้านโภชนาการหรืออาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยควรประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยเป็นระยะ หากพบว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ควรวางแผนดูแลช่วยเหลือปรับปรุงภาวะโภชนาการ โดยนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและเสริมสร้างความรู้ด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ น่าจะช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วย และช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความรู้ด้านโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ความต้องการการดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยว่าทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด และควรพัฒนาการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลและผู้ป่วยว่ามีประสิทธิภาพเสริมภาวะโภชนาการให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้มากน้อยเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือประเมินความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults)*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา. (2552). *เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7. (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. นนทบุรี: นานการพิมพ์.
- มณฑิรา คำห่อ, นภาพร วาณิชกุล, สุพร ดนัยดุขกุล, และกุลธร เทพมงคล. (2561). โมเดลการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ หลังได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(2), 54-66.
- รังสรรค์ ไชยคำ, ลาวัลย์ รักษาเวช, นันทพร พิษะยะ, และจุฬารณ สุขศรีสวัสดิ์. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(6), 68-73.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รวมวิทยุพยาบาลสาร*, 20(1), 10-22.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- Aupérin, A. (2020). Epidemiology of head and neck cancers: An update. *Current Opinion in Oncology*, 32(3), 178-186.
- Bevan, J. L., & Pecchioni, L. L. (2008). Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 356-364.
- Cha, E., Kim, K. H., Lerner, H. M., Dawkins, C. R., Bello, M. K., Umpierrez, G., et al. (2014). Health literacy, self-efficacy, food label use, and diet in young adults. *American Journal of Health Behavior*, 38(3), 331-339.
- Citak, E., Tulek, Z., & Uzel, O. (2019). Nutritional status in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy: A longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 27(1), 239-247.
- Donini, L. M., Scardella, P., Piombo, L., Neri, B., Asprino, R., Proietti, A., et al. (2013). Malnutrition in elderly: Social and economic determinants. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(1), 9-15.
- Fingeret, M. C., Hutcheson, K. A., Jensen, K., Yuan, Y., Urbauer, D., & Lewin, J. S. (2013). Associations among speech, eating, and body image concerns for surgical patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, 35(3), 354-360.
- Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. R. (2012). Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 57-64.
- Jensen, S. B., Vissink, A., Limesand, K. H., & Reyland, M. E. (2019). Salivary gland hypofunction and xerostomia in head and neck radiation patients. *JNCI Monographs*, 2019(53), 95-106.

- Kejkornkaew, S., Sirapo-ngam, Y., Monkong, S., Junda, T., & Wallhagen, M. I. (2016). A grounded theory study of the quality relationships between family caregivers and persons with head and neck cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(2), 161-173.
- Kiarie, H. M. (2010). *Care givers' formal and nutrition literacy and its influence on nutritional status of pre-school children in Munyu, Thika East district, Kenya*. (Master's Thesis). Nairobi University, Kenya.
- Locher, J. L., Robinson, C. O., Bailey, F. A., Carroll, W. R., Heimburger, D. C., Magnuson, J. S., et al. (2009). The contribution of social factors to undereating in older adults with cancer. *The Journal of Supportive Oncology*, 7(5), 168-173.
- Megwalu, U. C. (2017). Health literacy in patients with head and neck cancer: An understudied issue. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 143(7), 645-646.
- Moschopoulou, E., Hutchison, I., Bhui, K., & Korszun, A. (2018). Post-traumatic stress in head and neck cancer survivors and their partners. *Supportive Care in Cancer*, 26(9), 3003-3011.
- National Cancer Institute. (2020). *Informal Caregivers in Cancer (PDQ®) - Patient Version*. Retrieved from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/family-friends/family-caregivers-hp-pdq>.
- Oberst, M.T. (1991). *Appraisal of caregiving scale (ACS-revised): Manual for use*. Detroit: Wayne State University.
- Ogama, N., & Suzuki, S. (2012). Adverse effects and appetite suppression associated with particle beam therapy in patients with head and neck cancer. *Japan Journal of Nursing Science*, 9(1), 28-37.
- Pfister, D. G., Spencer, S., Adelstein, D., Adkins, D., Anzai, Y., Brizel, D. M., et al. (2020). NCCN guidelines insights: Head and neck cancers, version 2.2020. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 18(7), 873-898.
- Roy, S. C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Sullivan, G. C. (1993). Towards clarification of convergent concepts: Sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*, 18(11), 1772-1778.

