

การเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรม ความปวด อาการรบกวน ด้านโภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะโภชนาการ ระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ Comparisons of Performance Status, Pain, Nutrition Impact Symptoms, Sleep Quality, and Nutritional Status between Adult and Older Adult Patients with Head and Neck Cancer

อารียา ประเสริฐสังข์** วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์* ปรังทิพย์ ฉายพุทธ ภาวิน เกษกุล
Areeya Prasertsang** Virapun Wirojratana* Prangtip Chayaput Phawin Keskoool
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย 10700
Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรม ความปวด อาการรบกวนด้านโภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะโภชนาการ ระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 140 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งศีรษะและคอ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ แบ่งเป็น ผู้ป่วยผู้ใหญ่ 75 ราย (ร้อยละ 53.6) และผู้ป่วยสูงอายุ 65 ราย (ร้อยละ 46.4) ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก แบบประเมินความปวดแมคกิลล์ฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก และแบบประเมินภาวะโภชนาการฉบับย่อ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง

ผลการศึกษา กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 47.61 ปี (SD = 9.09) และ 70.58 ปี (SD = 7.40) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.3 และร้อยละ 72.3 ตามลำดับ) จากข้อมูลทางคลินิกพบความแตกต่างในตำแหน่งของมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงเซลล์ ($\chi^2 = 19.108, p = .003$ และ $\chi^2 = 19.512, p = .001$ ตามลำดับ) การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยควบคุมปัจจัยตำแหน่งของมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงเซลล์ พบว่าไม่มีความแตกต่างของความสามารถในการทำกิจกรรม ความปวด อาการรบกวนด้านโภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะโภชนาการ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุ ($p > .05$) สรุปได้ว่า ถึงแม้ว่าปัจจัยที่เลือกศึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการปรับตัว แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอายุ

คำสำคัญ: ผู้ใหญ่ / การเปรียบเทียบ / มะเร็งศีรษะและคอ / ผู้สูงอายุ / ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

Corresponding Author: *E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (Received) 13 มิ.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 28 ต.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (Accepted) 6 ธ.ค. 2563

Abstract

This research aimed to investigate the differences among performance status, pain, nutrition impact symptoms, sleep quality and nutritional status in 140 adult and older adult patients with head and neck cancer in a single tertiary hospital, Bangkok. A sample was enrolled regarding study criteria which comprised of 75 adults (53.6%) and 65 older adults (46.4%). The Roy Adaption Model was employed as a conceptual framework of study. Data were collected using the Palliative Performance Scale for Adult Suandok version, the Short-Form McGill Pain Questionnaire-Thai version, the Head and Neck Patient Symptom Checklist, the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Mini-Nutritional Assessment-Short Form. Data analysis for comparing differences between groups was performed using Two Way ANOVA.

The results reported that adult and older adult groups had average ages of 47.61 years (SD=9.09) and 70.58 years (SD=7.40). Most of them were males (77.3% and 72.3%, respectively). Concerning clinical data, tumor sites and histological findings differed significantly ($\chi^2 = 19.108$, $p = .003$ and $\chi^2 = 19.512$, $p = .001$, respectively). Comparative analyses after controlling tumor sites and histological findings revealed no differences among performance status, pain, nutritional impact symptoms, sleep quality and nutritional status between adult and older adult groups ($p > .05$). In conclusion, even though, selected study factors demonstrated some alterations regarding adaptation, no statistical differences found between two age groups.

Keyword: Adult/ Comparison/Head and neck cancer/ Older adult/ Roy adaptation model

บทนำ

มะเร็งศีรษะและคอสามารถพบได้ร้อยละ 6 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ 15.7 ต่อประชากรแสนรายในเพศชาย และ 10.7 ในเพศหญิง² มีตำแหน่งของมะเร็งกึ่งกลางหรือออกันทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ ทำให้พบอาการ เช่น หายใจลำบาก กลืนลำบาก เคี้ยวลำบาก แผลในปาก รวมถึงความบกพร่องของการรับกลิ่น และรับรส เป็นต้น³ การรักษามีหลายรูปแบบ ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และยาเคมีบำบัด หรือการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการปวด น้ำหนักลด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น นำไปสู่ปัญหาด้านโภชนาการซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ³ เมื่อการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการรักษาและอัตราการเสียชีวิต^{2,3}

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ป่วยผู้ใหญ่ มะเร็งศีรษะและคอนั้น พบการเปลี่ยนแปลงที่เป็นการปรับตัวภายหลังการเป็นมะเร็งหลายประการ⁴⁻⁶ โดยระยะของโรค

การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ การได้รับยาโอปิออยด์ และเทคนิครังสีรักษา สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ⁵ รวมทั้งสภาพของลิ้นที่เป็นอวัยวะโครงสร้างมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของปาก⁶ ระดับความปวด ลักษณะอาหารสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร⁴

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มักพบโรคประจำตัว และกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome)⁷ ระบบต่างๆ ในร่างกายมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยา ยิ่งหากเป็นมะเร็งร่วมด้วยแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุอาจต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับอาการและอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงมากกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย⁸ อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ร่างกายเกิดการปรับตัวผ่านระบบควบคุมทางสรีระและระบบรับรู้คิด แสดงออกเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่อาจมีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพ^{4-6, 8} จากความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง ระดับความปวดที่มากขึ้นหรืออาจน้อยกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่จากการรับรู้ที่ไวเกินหรือลดลงจากความบกพร่องในการทำงานของสมองและระบบประสาท⁹ ด้านโภชนาการที่อาจมีปัญหาด้านโภชนาการ จากความสามารถในการเคี้ยว กลืน เฝ้ามลาย่อย

และดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลงตามวัย¹⁰ รวมทั้งมีปัญห การนอนหลับจากการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ⁷ ปัจจัยเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากมะเร็ง และการรักษาที่ซับซ้อน การตอบสนองต่อการรักษาและมี โอกาสหายจากโรคลดลง หากไม่มีการจัดการดูแลปัจจัยต่างๆ อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพซ้ำและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอลดลงได้¹¹

ที่กล่าวมาข้างต้น ความแตกต่างระหว่างกลุ่มวัย ที่เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงจากการปรับตัวต่อพยาธิสภาพ ตามการดำเนินโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา และความเสื่อม ตามวัย อาจมีปัจจัยที่มีผลกระทบที่เหมือนหรือแตกต่างกันจาก การปรับตัวที่เกิดขึ้น ทั้งยังไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ มีการควบคุมปัจจัยทางคลินิกที่อาจส่งผลกระทบต่อระหว่างกลุ่ม วัยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบ ความแตกต่างของความสามารถในการทำกิจกรรม ความปวด อาการรบกวนด้านโภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะ โภชนาการ โดยควบคุมปัจจัยทางคลินิกที่อาจมีผลระหว่าง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ อธิบาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ ใช้เป็นข้อมูล ในการตัดสินใจทางคลินิกในการวางแผนส่งเสริมการปรับตัวให้ มีประสิทธิภาพโดยควบคุมปัจจัยเสี่ยง และฟื้นฟูผู้ป่วยแต่ละช่วง วัยให้เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทำกิจกรรม ความปวด อาการรบกวนด้าน โภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะโภชนาการ ระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ

คำถามการวิจัย

ความสามารถในการทำกิจกรรม ความปวด อาการรบกวนด้านโภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะ โภชนาการ ระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุมะเร็ง ศีรษะและคอแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการทำกิจกรรม ความปวด อาการรบกวนด้านโภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะ โภชนาการ ระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุมะเร็ง ศีรษะและคอแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (The Roy Adaptation Model)¹² รอย กล่าวว่า บุคคล เป็นระบบเปิด มีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา โดยมีสิ่งนำเข้า กระบวนการควบคุม และสิ่งนำออก และการป้อนกลับที่นำกลับ มาเป็นสิ่งนำเข้าอีกครั้ง^{4,8,12} สิ่งกระตุ้นที่เป็นสิ่งนำเข้าเรียกว่า สิ่งเร้า แบ่งเป็น¹² สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง เมื่อ สิ่งเร้ามากระตุ้นร่างกายให้เกิดการปรับตัวผ่านกระบวนการ ปรับตัว ประกอบด้วย ระบบควบคุมทางสรีระและระบบ ภูมิคุ้มกัน เกิดการตอบสนอง แสดงออกเป็นพฤติกรรมปรับตัว แต่ละด้าน ซึ่งด้านสรีระ ประกอบด้วย 5 ความต้องการพื้นฐาน และ 4 กระบวนการซับซ้อน^{8,12}

ในการศึกษาครั้งนี้ ระบบการปรับตัวที่สนใจศึกษา เป็นบุคคล 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุ สิ่งเร้า ตรงคือ การเป็นมะเร็งศีรษะและคอ ทำให้ต้องเผชิญกับภาวะ วิกฤตในชีวิต (Life crisis) จากพยาธิสภาพของโรคที่ลุกลาม และส่วนใหญ่ยังไม่ได้กำหนดแผนการรักษาที่จะได้รับแน่นอน สิ่งเร้าร่วมที่มีผลต่อสิ่งเร้าตรงและผลลัพธ์การปรับตัวเป็น ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ตำแหน่งของมะเร็งและการเปลี่ยนแปลง เซลล์ที่แตกต่างกันในผู้ป่วยสองกลุ่ม ที่อาจส่งผลให้ผลลัพธ์การ ปรับตัวแตกต่างกัน และมีสิ่งเร้าร่วมที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิกอื่น ได้แก่ เพศ ลักษณะเซลล์มะเร็ง ระยะ ของมะเร็ง และการรักษา เมื่อสิ่งเร้ากระตุ้นจะเกิดการ เปลี่ยนแปลงผ่านกระบวนการปรับตัวโดยระบบควบคุมทาง สรีระ แสดงออกเป็นพฤติกรรมตามความสามารถในการปรับตัว ของผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุด้านความสามารถในการทำ กิจกรรม ความปวด อาการรบกวนด้านโภชนาการ คุณภาพ การนอนหลับ และภาวะโภชนาการ^{3,7} และสิ่งเร้าแฝง คือ ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจยังไม่แสดงอิทธิพลตอนนี้ การศึกษา ครั้งนี้จะเปรียบเทียบความแตกต่างของการปรับตัวด้านต่างๆ ที่เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มอายุ คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี จำนวน 75 ราย และผู้ป่วยสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปี

ขึ้นไป จำนวน 65 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่
1) ได้รับการวินิจฉัยและทราบว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอ
2) เฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ไม่มีปัญหาความรู้ความเข้าใจ
บกพร่อง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ
จีพีค็อก¹³ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติโรคไตรักษาด้วย
การฟอกเลือด 2) มีประวัติโรคหัวใจวายเรื้อรัง คำนวณขนาด
กลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power analysis¹⁴ วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติความแปรปรวน (ANOVA) อำนาจการทดสอบที่
.80 ความเชื่อมั่นที่ระดับแอลฟา .05 กำหนดขนาดอิทธิพลกลาง
คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 128 ราย ผู้วิจัยป้องกันการสูญหาย
ของข้อมูลโดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
140 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
ได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อก โดยคะแนน
เท่ากับ 9 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหาความรู้ความเข้าใจ
บกพร่อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้
1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ
และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ตำแหน่งของมะเร็ง
การเปลี่ยนแปลงเซลล์ ลักษณะเซลล์มะเร็ง ระยะของมะเร็ง
และการรักษา

2) แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล
แบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก¹⁵ ใช้ประเมิน 5 หัวข้อหลัก
ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรง
ของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกรู้ตัว
มีคะแนน 0%-100% คะแนน 0% หมายถึงผู้ป่วยเสียชีวิต
คะแนน 10-40% หมายถึงต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด
คะแนน 40-70% หมายถึงต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/
ส่วนใหญ่/มากขึ้น และคะแนน 80-100% หมายถึงสามารถทำ
หน้าที่ได้เอง

3) แบบประเมินความปวดแมคกิลล์ฉบับภาษาไทย¹⁶
ใช้เฉพาะส่วนที่ 1 ลักษณะความปวด/อาการปวด 15 คำถาม
และส่วนที่ 2 ระดับอาการปวดในขณะที่ถูกประเมิน คะแนนรวม
50 คะแนน แบ่งเป็น ระดับความปวดเล็กน้อย (1-16 คะแนน)
ความปวดปานกลาง (17-32 คะแนน) และความปวดมาก
(≥33 คะแนน)

4) แบบประเมินอาการผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ¹¹
ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ มีทั้งหมด
17 อาการ มีข้อคำถามความบ่อยของการเกิดอาการ และคำถาม
การรบกวนต่อการรับประทาน คะแนนรวม 34-170 คะแนน
โดยคะแนน 34 หมายถึงไม่มีอาการ/ไม่มีการรบกวน และ
คะแนนตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการ/มีการรบกวน

5) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก¹⁷
ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนรวม 0-21 คะแนน
โดยคะแนนมากกว่า 5 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพการนอนหลับ
ไม่ดีหรือมีปัญหาการนอนหลับ

6) แบบประเมินภาวะโภชนาการฉบับย่อ¹⁸ ประกอบ
ด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ คะแนนรวม 0-14 คะแนน แบ่งได้ 3 ระดับ
คือ คะแนน 0-7 หมายถึงภาวะทุพโภชนาการ คะแนน 8-11
หมายถึงเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และคะแนน 12-14 หมายถึง
ถึงภาวะโภชนาการปกติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ
และคอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา
ภายหลังการแปลย้อนกลับ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .94
ส่วนแบบประเมินอื่นไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
เนื่องจากเคยใช้กับผู้ป่วยมะเร็งแล้ว แต่นำไปหาความเชื่อมั่นกับ
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย
แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับ
ประคอง ฉบับสวนดอก ได้ค่า Intraclass correlation
coefficient .90 แบบประเมินความปวดแมคกิลล์ฉบับภาษาไทย
แบบประเมินอาการผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และแบบ
ประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก ได้ค่า Cronbach's
alpha coefficient .82, .93 และ .81 ตามลำดับ และแบบ
ประเมินภาวะโภชนาการฉบับย่อ ได้ค่า Split-half correlation
coefficient .74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย
มหิดล รหัสโครงการ COA No. Si 178/2019 ลงวันที่ 12 มีนาคม
2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลจากการวิจัย
จะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่มีการนำ
เสนอรายบุคคล และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา เอกสารข้อมูลทั้งหมด
จะถูกทำลายภายในระยะเวลา 5 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและอนุมัติการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่เป็น กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลอายุ เพศ และข้อมูลทางคลินิก โดยสถิติพรรณนาและวิเคราะห์ความแตกต่างโดยสถิติไคสแควร์ ทดสอบการกระจายของข้อมูลตัวแปรที่ต้องการเปรียบเทียบ

วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลตัวแปรระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way ANOVA)

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 140 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ 75 ราย (ร้อยละ 53.6) อายุเฉลี่ย 47.61 ปี (SD = 9.09, Max-Min = 22-59 ปี) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ 65 ราย (ร้อยละ 46.4) อายุเฉลี่ย 70.58 ปี (SD = 7.40, Max-Min = 60-90 ปี) โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 50.77 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 38.46 และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 10.77

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของเพศและข้อมูลทางคลินิก ระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุ (N = 140)

ตัวแปร	ผู้ใหญ่ (n ₁ = 75) จำนวน (ร้อยละ)	สูงอายุ (n ₂ = 65) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ			.469	.493
ชาย	58 (77.3)	47 (72.3)		
หญิง	17 (22.7)	18 (27.7)		
ตำแหน่งของมะเร็ง			19.108 ^f	.003*
มะเร็งกล่องเสียง	11 (14.7)	24 (36.9)		
มะเร็งช่องปาก	19 (25.3)	15 (23.1)		
มะเร็งโพรงหลังจมูก	25 (33.3)	5 (7.7)		
มะเร็งคอหอยส่วนปาก	7 (9.3)	7 (10.8)		
มะเร็งคอหอยส่วนกล่องเสียง	4 (5.3)	5 (7.7)		
มะเร็งช่องจมูก	4 (5.3)	5 (7.7)		
มะเร็งไทรอยด์	5 (6.7)	4 (6.2)		
การเปลี่ยนแปลงเซลล์			19.512	.001*
Well differentiated	8 (10.7)	15 (23.1)		
Moderately differentiated	33 (44.0)	31 (47.7)		
Poorly differentiated	3 (4.0)	7 (10.8)		
Undifferentiated	16 (21.3)	0 (0)		
Other	15 (20.0)	12 (18.5)		

ตัวแปร	ผู้ใหญ่ (n ₁ = 75) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้สูงอายุ (n ₂ = 65) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ลักษณะเซลล์มะเร็ง			1.823 ^f	.694
Squamous cell carcinoma	66 (88.0)	53 (81.5)		
Follicular/Papillary carcinoma	4 (5.3)	4 (6.2)		
Adenocarcinoma	1 (1.3)	1 (1.5)		
Other	4 (5.3)	7 (10.8)		
ระยะของมะเร็ง			1.451	.694
Stage I	9 (12.0)	8 (12.3)		
Stage II	13 (17.3)	14 (21.5)		
Stage III	20 (26.7)	12 (18.5)		
Stage IV	33 (44.0)	31 (47.7)		
การรักษา			0.38	.846
ก่อน/รอรับการรักษา	59 (78.7)	52 (80.0)		
ได้รับ/ระหว่างการรักษา	16 (21.3)	13 (20.0)		
ผ่าตัด	8 (50.0)	10 (76.9)		
รังสีรักษา	1 (6.3)	3 (23.1)		
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	5 (31.3)	0 (0.0)		
ผ่าตัดและรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	2 (12.5)	0 (0.0)		

f = Fisher's Exact Test, *p<.01

เมื่อเปรียบเทียบตำแหน่งของมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงเซลล์ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน (p<.01) ตำแหน่งของมะเร็ง 3 อันดับแรกในผู้ป่วยผู้ใหญ่ คือ มะเร็งโพรงหลังจมูก มะเร็งช่องปาก และมะเร็งกล่องเสียง (ร้อยละ 33.3, 25.3, 17.7 ตามลำดับ) และผู้ป่วยสูงอายุ คือ มะเร็งกล่องเสียง

มะเร็งช่องปาก และมะเร็งคอหอยส่วนปาก (ร้อยละ 36.9, 23.1, 10.8 ตามลำดับ) ส่วนการเปลี่ยนแปลงเซลล์ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุพบแบบ Moderately differentiated มากที่สุด ร้อยละ 44.0 และ 47.7 ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยที่เลือกศึกษา (N = 140)

ปัจจัยที่เลือกศึกษา	ผู้ใหญ่ (n ₁ = 75) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้สูงอายุ (n ₂ = 65) จำนวน (ร้อยละ)
ความสามารถในการทำกิจกรรม		
ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/ส่วนใหญ่/มากขึ้น	15 (20.0)	23 (35.4)
สามารถทำกิจกรรมได้เอง	60 (80.0)	42 (64.6)
ความปวด		
ไม่ปวด	15 (20.0)	14 (21.5)
ความปวดเล็กน้อย	52 (69.3)	47 (72.3)
ความปวดปานกลาง	7 (9.3)	3 (4.6)
ความปวดมาก	1 (1.3)	1 (1.5)
อาการรบกวนด้านโภชนาการ		
ไม่มีอาการ	3 (4.0)	2 (3.1)
มีอาการ 1-3 อาการ	15 (20.0)	19 (29.2)
มีอาการ > 3 อาการ	57 (76.0)	44 (67.7)
คุณภาพการนอนหลับ		
คุณภาพการนอนหลับดี	25 (33.3)	30 (46.2)
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	50 (66.7)	35 (53.8)
ภาวะโภชนาการ		
มีภาวะทุพโภชนาการ	13 (17.3)	11 (16.9)
เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	35 (46.7)	33 (50.8)
ภาวะโภชนาการปกติ	27 (36.0)	21 (32.3)

ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมได้เอง ร้อยละ 80.0 และ 64.6 ตามลำดับ มีระดับความปวดเล็กน้อย ร้อยละ 69.3 และ 72.3 ตามลำดับ มีอาการรบกวนมากกว่า 3 อาการขึ้นไป ร้อยละ 76.0 และ 67.7 ตามลำดับ โดยอาการ 5 อันดับแรกที่พบบ่อยในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ได้แก่ กลืนลำบาก เคี้ยวลำบาก ปวดและน้ำลายเหนียว (คะแนนเท่ากัน)

และวิตกกังวล ส่วนผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ น้ำลายเหนียว กลืนลำบาก เคี้ยวลำบาก ท้องผูก และปวด ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 66.7 และ 53.8 ตามลำดับ และมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 46.7 และ 50.8 ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนตัวแปรที่สนใจศึกษาระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยควบคุมตำแหน่งของมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงเซลล์ (N = 140)

ปัจจัยที่เลือกศึกษา	ผู้ใหญ่ (n ₁ = 75)		ผู้สูงอายุ (n ₂ = 65)		ระหว่างกลุ่ม โดยควบคุมตำแหน่ง ของมะเร็ง		ระหว่างกลุ่ม โดยควบคุมการ เปลี่ยนแปลงเซลล์	
	$\bar{X}_1$	SD ₁	$\bar{X}_2$	SD ₂	F ₁ (กลุ่มอายุ)	p ₁	F ₂ (กลุ่มอายุ)	p ₂
ความสามารถในการทำกิจกรรม	83.87	9.71	80.15	9.60	2.402	.124	3.396	.068
ความปวด	6.27	7.70	4.66	6.25	1.796	.183	1.184	.278
อาการรบกวนด้านโภชนาการ	53.75	15.92	50.09	14.88	.784	.378	.407	.524
คุณภาพการนอนหลับ	7.00	3.56	6.28	3.17	2.493	.117	.342	.560
ภาวะโภชนาการ	9.96	2.65	10.12	2.51	.183	.670	.000	.987

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ความปวด อาการรบกวนด้านโภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะโภชนาการ โดยควบคุมปัจจัยตำแหน่งของมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงเซลล์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p>.05) ดังตาราง 3

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในทางเดียวกันกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{5,6} ผู้ป่วยผู้ใหญ่พบมะเร็งบริเวณโพรงหลังจมูกมากที่สุด รองลงมาเป็นบริเวณช่องปาก เนื่องจากมะเร็งโพรงหลังจมูกเป็นมะเร็งที่พบได้มากในผู้ป่วยอายุน้อย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของเซลล์แบบ Undifferentiated² และมีแนวโน้มพบมะเร็งช่องปากและคอหอยส่วนปากในผู้ป่วยอายุน้อยลง ส่วนผู้ป่วยผู้สูงอายุพบมะเร็งกล่องเสียงและมะเร็งช่องปากมากที่สุด¹

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ไม่พบความแตกต่างของปัจจัยที่เลือกศึกษาระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มียะเนื้องอกสามารถในการทำกิจกรรมดีกว่าผู้ป่วยผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มยังไม่ได้รับผลกระทบจากการรักษา และประสบการณ์อาการต่างๆ ที่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย จึงยังไม่ต้องปรับตัวมากนัก ทำให้คงความสามารถในการทำกิจกรรมได้ดี⁴ ทั้งผู้ป่วยผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้

ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น น่าจะยังมีความเสื่อมตามวัยของร่างกายน้อย และมีระยะของโรคที่ลุกลามน้อยกว่า จึงทำให้มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่สูง¹⁹ ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและใกล้เคียงกับช่วงก่อนหน้าเป็นโรค แม้จะมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง แต่ไม่ทำให้เกิดความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่ม

ผู้ป่วยผู้ใหญ่มีระดับความปวดสูงกว่าผู้ป่วยผู้สูงอายุ โดยทั้งสองกลุ่มมีความปวดในระดับเล็กน้อย ผลการศึกษาเป็นไปในทางเดียวกันกับที่ผ่านมา พบระดับความปวดมากที่สุดในช่วงวัยกลางคน และมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากกว่า 65 ปี²⁰ อธิบายตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยได้ว่า ระดับความปวดที่เกิดมาจากพยาธิสภาพของมะเร็งที่อาจเพิ่มขึ้นทีละน้อย อีกทั้งผู้สูงอายุจะมีการปรับตัวทางด้านสรีระของระบบประสาทและสมองที่ช้าลง จากความเสื่อมตามวัย ทำให้จำนวนสารสื่อประสาทที่ควบคุมสมดุลความปวดลดลง การรับรู้ทางประสาทสัมผัส (Sensation) ลดลง²⁰ ร่วมกับการรับรู้ (Perception) ลดลง⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้าในผู้ป่วยมะเร็ง²¹ พบความปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่มากกว่าผู้ป่วยผู้สูงอายุ อธิบายการปรับตัวในวิธีการจัดการและเผชิญปัญหา (Coping strategy)^{8,12} ได้ว่า ผู้ป่วยผู้ใหญ่มีวิธีการจัดการและเผชิญกับความปวดที่อาจมีประสิทธิภาพน้อยกว่าจากประสบการณ์น้อย ทั้งระยะโรคลุกลามมากกว่าแต่ผู้สูงอายุอาจมีประสบการณ์การจัดการความปวดมากกว่าและมีมาก่อน ในการศึกษาครั้งนี้ระยะโรคลุกลามน้อยกว่า เมื่อเกิดความปวดจะเลือกใช้วิธีการ

จัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพมากจากประสบการณ์ที่มีมา ทั้งอาจมีความเครียดจากบทบาทหน้าที่และภาระที่ลดลง อาจทำให้ระดับความปวดลดลงตามอายุที่มากขึ้น²¹ อีกทั้งการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานการจัดการความปวด อาจทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไม่มีความปวด หรือมีความปวดน้อย⁴ ความปวดทั้งสองกลุ่มจึงไม่แตกต่างกันทางสถิติ

คะแนนอาการรบกวนด้านโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่สูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่า ผู้ป่วยผู้ใหญ่มีอาการรบกวนด้านต่างๆ มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุ²² แต่ในการศึกษานี้ผู้ป่วยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งโพรงหลังจมูกและช่องปาก จึงมีอาการกลืนและเคี้ยวลำบากมากกว่าอาการอื่น ในผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่เป็นมะเร็งกล่องเสียง จึงมีอาการเคี้ยวลำบากน้อยกว่า แม้อาการที่พบลำดับต้นของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันตามตำแหน่งมะเร็งที่พบ แต่ยังเป็นกลุ่มอาการเดียวกัน การปรับตัวจึงน่าจะใกล้เคียงกัน ทั้งอาการรบกวนที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับตำแหน่งของมะเร็งที่พบตามลักษณะโครงสร้างทางกายวิภาค^{7,10} ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีอาการรบกวนด้านโภชนาการไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ผู้ป่วยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ²³ โดยการปรับตัวตอบสนองของร่างกายต่อมะเร็ง ทำให้ร่างกายหลั่ง Interleukin-6 และ Tumor necrosis factor- α ออกมามาก ส่งผลรบกวนการหลั่งสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ทำให้มีการสร้างเมลาโทนิลดลง²⁴ ทั้งผู้ป่วยผู้ใหญ่อาจมีความเครียดจากการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่^{21,25} มีความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการรบกวนจากระยะของมะเร็งที่ลุกลามมากกว่า ทำให้รบกวนการนอนหลับ ทั้งอาจมีวิถีจัดการและการเผชิญปัญหาการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีประสบการณ์และมีปัญหาการนอนหลับจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยอยู่ก่อนแล้ว²³ ทำให้ในการศึกษาค้นคว้านี้พบผู้ป่วยผู้ใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเท่าผู้ป่วยสูงอายุ แต่คุณภาพการนอนหลับทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยผู้ใหญ่มีคะแนนภาวะโภชนาการน้อยกว่าผู้ป่วยสูงอายุ อธิบายได้ว่า การดำเนินของโรค เซลล์มะเร็งมีการหลั่งสาร Proteolysis-inducing factor และ Lipid-mobilizing factor ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญพลังงานและสารอาหารโดยการสลายโปรตีนและไขมันมากขึ้น³

แม้ผู้ป่วยผู้ใหญ่มีพลังงานสำรองของร่างกายมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุ แต่ด้วยระยะของมะเร็งที่รุนแรงกว่า เฝือกกับอาการรบกวนและความทุกข์ทรมานจากมะเร็งมากกว่า²² ทำให้ปรับตัวเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการมากขึ้น⁴ ทั้งในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นระดับกำลังสำรองของร่างกายยังสามารถทำงานชดเชยการเปลี่ยนแปลงได้¹⁹ ทำให้ภาวะโภชนาการยังใกล้เคียงกับช่วงก่อนเป็นโรค ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจึงมีภาวะโภชนาการไม่แตกต่างกัน

กล่าวโดยสรุป การศึกษาค้นคว้านี้สามารถนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาอธิบายผลการปรับตัวต่อสิ่งเร้าตรงที่เป็นมะเร็งศีรษะและคอ ร่างกายตอบสนองโดยการปรับตัวแสดงออกเป็นการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรม ความปวด อาการรบกวนด้านโภชนาการ คุณภาพการนอนหลับ และภาวะโภชนาการที่ไม่เท่ากันในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติของปัจจัยที่เลือกศึกษาระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ที่ส่วนใหญ่อยู่ในระยะก่อนการรักษา ถึงแม้ควบคุมปัจจัยทางคลินิกของตำแหน่งของมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงเซลล์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลควรคำนึงถึงการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ต้องเผชิญอาการรบกวน มีประสบการณ์การจัดการอาการน้อย และผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย แม้การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ เพื่อให้การพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวให้มีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสมทั้งสองช่วงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระยะก่อนและหลังได้รับการรักษาของผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไรก็ตามสามารถใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะการรักษาและแต่ละช่วงวัยได้อย่างเหมาะสม

References

1. Economopoulou P, Psyrris A. Epidemiology, risk factors and pathogenesis of squamous cell tumours. In: Licitra L, Karamouzis MV, editors. Logano, SZ: European Society for Medical Oncology; 2017.
2. Tangjaturonrasme N, Vatanasapt P, Bychkov A. Epidemiology of head and neck cancer in Thailand. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2018;14(1): 16-22.
3. Bressan V, Bagnasco A, Aleo G, Catania G, Zanini MP, Timmins F, et al. The life experience of nutrition impact symptoms during treatment for head and neck cancer patients: a systematic review and meta-synthesis. *Support Care Cancer*. 2017;25(5):1699-712.
4. Khemthong U, Chayaput P, Chanruangvanich W, Chuthapisith S. Influence of degrees of pain, type of food and oral health on postoperative oral cancer patients' consumption of food. *Thai Journal of Nursing Council*. 2015;30(2): 60-74. (in Thai)
5. Rojanapan K, Chayaput P, Kimpee S, leumwananonthachai 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)
6. Tana-amornpong C, Kimpee S, Chayaput P, Wongkongkam K, Keschool P. Correlation between cancer care needs, tongue condition, comorbidity and oral functional status in post-operative tongue cancer and mouth-floor cancer patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014;29(1):67-81. (in Thai)
7. Assantachai P. The common Health problems in elderly and prevention. 5th ed. Bangkok: Union Creation; 2017. (in Thai)
8. Roy C, Bakan G, Li Z, Nguyen TH. Coping measurement: creating short form of coping and adaptation processing scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions. *Appl Nurs Res*. 2016;32:73-9.
9. Molton IR, Terrill AL. Overview of persistent pain in older adults. *Am Psychol*. 2014;69(2): 197-207.
10. Leslie W, Hankey C. Aging, nutritional status and health. *Healthcare*. 2015;3(3):648-58.
11. Kubrak C, Olson K, Baracos VE. The head and neck symptom checklist(c): an instrument to evaluate nutrition impact symptoms effect on energy intake and weight loss. *Support Care Cancer*. 2013;21(11):3127-36.
12. Roy C. The Roy adaptation model. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2008.
13. Griffiths J, Putthioi S, Pongsuksri M. The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (Thai version): validity and reliability. Chiangmai: Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University; 2013. (in Thai)
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91.
15. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). *Palliat Med*. 2011;26(8):1034-41.
16. Kitisomprayoonkul W, Klaphajone J, Kovindha A. Thai short-form McGill pain questionnaire. *J Med Assoc Thai*. 2006;89(6):846-53.

17. Chen D, Yin Z, Fang B. Measurements and status of sleep quality in patients with cancers. *Support Care Cancer*. 2018;26(2):405-14.
18. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001;56(6):M366-M72.
19. Saxon SV, Etten MJ, Perkins EA. Physical change and aging: a guide for the helping profession. 6th ed. New York: Springer; 2015.
20. Langley P. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(2):463-80.
21. Krok JL, Baker TA, McMillan SC. Age differences in the presence of pain and psychological distress in younger and older cancer patients. *J Hosp Palliat Nurs*. 2013;15(2):107-13.
22. Cataldo JK, Paul S, Cooper B, Skerman H, Alexander K, Aouizerat B, et al. Differences in the symptom experience of older versus younger oncology outpatients: a cross-sectional study. *BMC cancer*. 2013; 13(6):1-16.
23. Shuman A, Duffy S, Ronis D, Garetz S, McLean S, Fowler K, et al. Predictors of poor sleep quality among head and neck cancer patients. *Laryngoscope*. 2010;120(6):1166-72.
24. de Matos-Neto EM, Lima JD, de Pereira WO, Figuerêdo RG, Riccardi DMdR, Radloff K, et al. Systemic inflammation in cachexia: is tumor cytokine expression profile the culprit. *Front Immunol*. 2015;6(629):1-11.
25. Soowit B, Pongsathonviboon K, Wangkachornkiat C, Panasakulkan S. Needs assessment of spiritual well-being in head and neck cancer patients, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(2):194-202. (in Thai)