

## ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็ง

ทิพย์วรรณ อรัญตร<sup>1</sup>

อนงนาฏ เรืองดำ<sup>1</sup>

พรพิศ เรืองขจร<sup>2</sup>

นันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว<sup>3</sup>

ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์<sup>1\*</sup>

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่โดยผู้ป่วยต้องไม่มีปัญหาจากตัวโรคในด้านการเคี้ยวหรือการกลืนอาหาร และมารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา จำนวน 385 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.2) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54 ปี โดยร้อยละ 32.7 เป็นโรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์เพศหญิงมากที่สุดและร้อยละ 46.8 มีระยะของโรคเป็นระยะที่ 4 ร้อยละ 42.6 ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด ผู้ป่วยร้อยละ 41.1 มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และร้อยละ 71.7 มีภาวะโภชนาการเริ่มต้นอยู่ในระดับ A คือไม่มีหรือมีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ จากการศึกษาถึงความเชื่อในการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ พบผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการรับประทานกลุ่มเนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการหมัก กลุ่มเนื้อวัว และกลุ่มอาหารที่ผ่านการแปรรูปเป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง ในขณะที่ส่วนใหญ่เชื่อว่าการรับประทานปลาทะเล ปลาน้ำจืด ไม่ได้เป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง และในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกรับประทานปลาทะเล ไข่ไก่ทั้งฟอง และปลาน้ำจืด เพราะเชื่อว่าการรับประทานเนื้อสัตว์เหล่านี้ไม่ได้เป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง และยังพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อไก่ ไข่ไก่ทั้งฟอง ไข่เป็ดทั้งฟอง ปลาทะเล ปลาน้ำจืด กุ้ง ปลาหมึก หอย ปู ไส้กรอก กุนเชียง ลูกชิ้น และปลาเค็ม มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน โดยผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง ( $P < 0.05$ ) และพยายามลดพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ลง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเพิ่มภาวะโภชนาการที่ดีและส่งผลดีต่อการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง (วารสารโรคมะเร็ง 2560;37:127-141)

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ ความเชื่อ พฤติกรรมการบริโภคเนื้อสัตว์ ผู้ป่วยมะเร็ง

<sup>1</sup>ศูนย์ส่งเสริมการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่  
<sup>2</sup>งานโภชนาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์หาดใหญ่ <sup>3</sup>หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา 90110

**Nutritional Status, Beliefs, and Meat-Consumption Behaviors Among Cancer Patients**by **Tippawan Arundon<sup>1</sup>, Anongnart Ruangdam<sup>1</sup>, Pornpis Ruangajorn<sup>2</sup>,  
Nannapat Pruphetkaew<sup>3</sup>, Patrapim Sunpaweravong<sup>1\*</sup>**<sup>1</sup>Holistic Center for Cancer Study and Care, Division of Medical Oncology, Department of Internal Medicine, Prince of Songkla University, <sup>2</sup>Nutrition Division, Songklanagarind Hospital,<sup>3</sup>Epidemiology Unit, Prince of Songkla University, Songkhla

\*Correspondence; email: spatrapi@medicine.psu.ac.th

**Abstract** This study aimed to investigate the nutritional status, beliefs, and meat-consumption behaviors of a sample group of cancer patients. The relationship between beliefs and meat-consumption behaviors were analyzed in 385 new cancer patients without chewing and swallowing problems. All patients were diagnosed at Songklanagarind Hospital, Songkhla. The data were collected by questionnaire and analyzed statistically. The results showed that most patients were female (66.2%) with an average age of 54 years. Most patients (32.7%) had female genital organ cancers and 46.8% were in stage 4 of disease. 42.6% of patients were treated with a combination of chemotherapy and radiology. The baseline body mass index (BMI) of the majority of patients (41.1%) was normal (18.5-22.9 kg/m<sup>2</sup>). The nutritional status of most patients (71.7%) was in level A, defined as no or low risk of malnutrition. The majority of patients believed that all kinds of fermented meat, beef, and processed meat would promote cancer growth and progression. On the other hand, most patients believed that the consumption of marine fish and freshwater fish would not accelerate cancer-cell proliferation. One week before using the questionnaires, most patients had consumed a diet containing marine fish, whole eggs, and freshwater fish, according to their belief that these kinds of food products would not cause cancer progression. The consumption attitudes of these cancer patients significantly affected their meat-consumption behaviors, including their diets of beef, pork, chicken, whole chicken eggs, whole duck eggs, marine fish, freshwater fish, shrimp, squid, shellfish, crab, sausages, Chinese sausages, meatballs, and salted fish ( $P<0.05$ ). This study showed that the patients' beliefs resulted in reduced dietary meat consumption. Meat is a major source of protein and primary energy for the body. Low levels of meat consumption can result in malnutrition among cancer patients. Enhanced dietary education for cancer patients, regarding appropriate meat consumption, is urgently needed to improve their nutrition and treatment outcomes. (*Thai Cancer J* 2017;37:127-141)

**Key words:** nutritional status, beliefs, meat-consumption behavior, cancer patients**บทนำ**

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งทั่วโลกพบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรวมทุกชนิดรายใหม่ทั่วโลกในรอบปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 14.1 ล้านรายสูงกว่าปี พ.ศ. 2551 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรวมทุกชนิดรายใหม่ทั่วโลก 12.7 ล้านราย เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13.2<sup>1,2</sup> และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2578 จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรวมทุกชนิด

รายใหม่ถึง 24 ล้านราย<sup>3</sup> ในส่วนของการเสียชีวิตพบว่า ในปี พ.ศ.2555 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 8.2 ล้านราย<sup>1</sup> และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงถึง 14.6 ล้านรายในปี พ.ศ. 2578<sup>3</sup> สำหรับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ.2550, 2551, 2552 และ 2555 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรวมทุกชนิด รายใหม่ จำนวน 74,834; 77,173; 79,359 และ 123,801 ราย

ตามลำดับ จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้เพิ่มขึ้นเป็นอันดับหนึ่ง ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2542, 2543, 2546 และ 2555 มีจำนวน ผู้เสียชีวิต จำนวน 36,091; 39,480; 47,200 และ 84,981 ราย ตามลำดับ<sup>1,4</sup>

การรักษาโรคมะเร็งประกอบด้วยวิธีการหลัก ได้แก่ การผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี ซึ่งการที่จะใช้วิธีการใดในการรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของ โรคมะเร็งและระยะของโรคนั้น ๆ วัตถุประสงค์ของการ รักษาเพื่อต้องการทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ในขณะเดียวกัน ผลของการรักษาทำให้เกิดอาการข้างเคียงอย่างอื่นตามมา เช่น ความอยากรับประทานอาหารลดลง มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เจ็บปาก การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลงไป นอกจากผลข้างเคียงจากการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็ง มีความเบื่ออาหารแล้ว อาการเบื่ออาหารอาจเกิดจาก ก้อนมะเร็งมีการหลั่งสาร cytokine ต่าง ๆ เช่น TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6 ส่งผลให้เพิ่มการใช้พลังงานและการสูญเสีย มวลกล้ามเนื้อ ประกอบกับการสร้าง LMF (lipid mobilizing factor) และ PIF (proteolysis inducing factor) ทำให้เกิดการสลายไขมันในร่างกายและโปรตีนในกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ cytokine ยังทำให้ความอยากอาหารลดลง<sup>5,6</sup> ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ จะเห็นได้ว่าอาหารเป็นส่วนสำคัญในการสร้างเสริม พลังงาน เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ผู้ป่วยสามารถ มารับการรักษาโรคมะเร็งได้ตามแผนการรักษา การ รับประทานอาหารที่เหมาะสมหรือถูกต้องก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาโรคมะเร็งจะช่วยให้ผู้ป่วยแข็งแรง มากขึ้น นอกจากนี้โภชนาการที่ดีสามารถจะช่วย ป้องกันผลกระทบที่เกิดจากผลข้างเคียงจากการรักษา

ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องพยายามได้รับสารอาหารอย่าง เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและช่วยฟื้นฟูเสริมสร้าง กระบวนการกลับฟื้นของเซลล์ที่ถูกทำลายหรือสูญเสีย หน้าที่ชั่วคราวให้กลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วและช่วยต่อสู้ กับเชื้อโรค การรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลัก โภชนาการจะช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็น เพียงพอ ได้แก่ สารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เกลือแร่ และวิตามิน โดยเฉพาะสาร ประเภทโปรตีนนั้นในผู้ป่วยมะเร็งต้องการมากกว่าคนปกติ ทั่วไป เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและปัญหาผลข้างเคียง จากการรักษา ร่างกายจะมีภูมิคุ้มกันต่ำลง การได้รับ โปรตีนจึงมีความสำคัญในการช่วยเสริมระบบภูมิคุ้มกัน<sup>7</sup>

นอกจากภาวะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ เพียงพอกับความต้องการแล้ว ความเข้าใจผิดและ ความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการรับประทานเนื้อสัตว์ หรือโปรตีนที่มีคุณภาพดีจากอาหารต่าง ๆ ว่าอาจจะ ทำให้โรคมะเร็งลุกลามและก้อนเนื้อมะเร็งเจริญเติบโต เร็วขึ้นนั้น เป็นอีกสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดสาร อาหารเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายไม่ได้รับพลังงานที่เพียงพอ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหรือซ่อมแซมให้ร่างกายแข็งแรง เพื่อต่อสู้กับโรคมะเร็งได้ ซึ่งความเชื่อดังกล่าวนำมาสู่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ถูกต้อง และนำมาสู่การเกิด "ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง" ทั้งสิ้น

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหารประเภทเนื้อสัตว์ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภท เนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและสร้างเสริมความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมถึงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อการพัฒนาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยต่อไป

## วัสดุและวิธีการ

### กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีปัญหาในเรื่องการเคี้ยวหรือการกลืนอาหารที่มารับบริการยังโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนมีนาคม ปี พ.ศ. 2554 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษาและการให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงมาก่อน หรือเป็นโรคมะเร็งระยะแรกที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสงภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนที่จะทำการผ่าตัดภายในระยะเวลา 3 เดือน หรือพักฟื้นจากการผ่าตัดครั้งสุดท้ายมากกว่า 1 เดือน และไม่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยา ซึ่งอาจมีความผิดปกติของผลเลือดที่ใช้ในการวิเคราะห์ทางชีวเคมีต่อไป

การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน<sup>9</sup> กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีปัญหาในเรื่องการเคี้ยวหรือการกลืนอาหารซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เท่ากับ 385 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยประกอบด้วย ตำแหน่งของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็ง ดัชนีมวลกายเริ่มต้นภาวะโภชนาการเริ่มต้น โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ subjective global assessment (SGA) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะโภชนาการพัฒนาขึ้นในช่วงปลายปี พ.ศ. 2523<sup>9,10</sup> โดยใช้ข้อมูลจากประวัติ 5 อย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักอาหารที่รับประทาน อาการทางระบบทางเดินอาหาร ความสามารถในการทำงานและโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลจากการตรวจร่างกาย ผู้ประเมินใช้ลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ในการแยกภาวะทุพโภชนาการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ SGA A คือไม่มี หรือมีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ SGA B คือมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด และ SGA C คือมีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง ต้องให้โภชนบำบัด ดำเนินการภายใต้การดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล โภชนาการ หรือนักกำหนดอาหาร เป็นต้น<sup>11,12</sup>

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อในเรื่องการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนชนิดต่าง ๆ ว่าจะเป็นส่วน

ของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง ซึ่งออกแบบโดยนักวิชาการโภชนาการชำนาญการพิเศษ งานโภชนาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ได้ผ่านการทดสอบในผู้ป่วยจริงและผ่านการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.82

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนชนิดต่าง ๆ ของผู้ป่วยมะเร็ง ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งออกแบบโดยนักวิชาการโภชนาการชำนาญการพิเศษ งานโภชนาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ได้ผ่านการทดสอบในผู้ป่วยจริง และผ่านการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.73

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลข 54-119-14-1-3 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลไปยังหัวหน้าคลินิกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คลินิกนรีเวชโรคมะเร็ง คลินิกศัลยกรรม คลินิกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลอาสาสมัครที่คลินิกผู้ป่วยนอกที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยตรวจสอบคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ แนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัย แจ็งสิทธิ์และนำแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ป่วยลงนาม และขออนุญาตสัมภาษณ์และเก็บข้อมูล โดยใช้ระยะเวลารายละเอียด 20-30 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยแสดงข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือ มัธยฐาน พิสัยควอไทล์ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับภาวะโภชนาการเริ่มต้นรวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยด้วย Pearson's chi-square test หรือ Fisher's exact test

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.2) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54 ปี (18-87 ปี) ร้อยละ 82.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 68.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.4 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 24.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นโรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์เพศหญิง (มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งรังไข่) จำนวนมากที่สุดพบร้อยละ 32.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.8) เป็นโรคระยะที่ 4 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.6) ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 385 ราย

ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	130 (33.8)
หญิง	255 (66.2)
<b>อายุเฉลี่ย (ต่ำสุด-สูงสุด) (ปี)</b>	54 (18-87)
<b>ศาสนา</b>	
พุทธ	317 (82.3)
อิสลาม	68 (17.7)
<b>สถานภาพ</b>	
โสด	40 (10.4)
สมรส	265 (68.8)
หย่า แยก หม้าย	80 (20.8)
<b>ระดับการศึกษา</b>	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16 (4.2)
ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)	232 (60.3)
มัธยมศึกษา (ม.1-ม.6) /ปวช	77 (20.0)
อนุปริญญา/ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	55 (14.3)
<b>อาชีพ</b>	
นักเรียน-นักศึกษา	7 (1.8)
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	84 (21.8)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18 (4.7)
เจ้าของธุรกิจ	4 (1.0)
รับจ้าง	95 (24.7)
ค้าขาย	47 (12.2)
เกษตรกร	87 (22.6)
ข้าราชการบำนาญ	8 (2.1)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	35 (9.1)
<b>รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>	
น้อยกว่า 2,000	34 (9.2)
2,000 - 5,000	73 (19.7)
5,001 - 10,000	125 (33.8)
10,001 - 20,000	73 (19.7)
มากกว่า 20,000	65 (17.6)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ตำแหน่งของโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก</b>	
อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง	126 (32.7)
อวัยวะย่อยอาหาร	104 (27)
อวัยวะหายใจและอวัยวะในช่องอก	35 (9.1)
เต้านม	32 (8.3)
ไม่ระบุตำแหน่ง	20 (5.2)
<b>ระยะของโรคมะเร็ง</b>	
ระยะที่ 1	15 (3.9)
ระยะที่ 2	98 (25.5)
ระยะที่ 3	70 (18.2)
ระยะที่ 4	180 (46.8)
ไม่ทราบ	22 (5.7)
<b>การรักษาโรคมะเร็ง</b>	
ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	164 (42.6)
ยาเคมีบำบัดอย่างเดียว	76 (19.7)
ประคับประคองตามอาการ	76 (19.7)
รังสีรักษาอย่างเดียว	30 (7.8)
อื่น ๆ	39 (10.2)
<b>ดัชนีมวลกายเริ่มต้น (กก./ตร.ม.)</b>	
< 18.5 (ผอม)	52 (14.2)
18.5 - 22.9 (ปกติ)	151 (41.1)
23.0 - 24.9 (อ้วน ระดับ 1)	76 (20.7)
25.0 - 29.9 (อ้วน ระดับ 2)	67 (18.3)
> 30.0 (อ้วน ระดับ 3)	21 (5.7)
<b>ภาวะโภชนาการเริ่มต้น</b>	
SGAA	276 (71.7)
SGAB	28 (7.3)
SGAC	81 (21.0)

อื่น ๆ=ผ่าตัดและยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ผ่าตัดและยาเคมีบำบัด ผ่าตัดและรังสีรักษาผ่าตัดอย่างเดียว

SGA=subjective global assessment

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับภาวะโภชนาการเริ่มต้นในผู้ป่วยมะเร็ง

ดัชนีมวลกาย (กก./ตรม.)	SGA A จำนวน (ร้อยละ) N=276	SGA B จำนวน (ร้อยละ) N=28	SGA C จำนวน (ร้อยละ) N=81	P-value
< 18.5 (ผอม)	19 (36.5)	8 (15.4)	25 (48.1)	
18.5 - 22.9 (ปกติ)	106 (70.2)	14 (9.3)	31 (20.5)	
23.0 - 24.9 (อ้วน ระดับ 1)	64 (84.2)	4 (5.3)	8 (10.5)	<0.001
25.0 - 29.9 (อ้วน ระดับ 2)	57 (85.1)	2 (3.0)	8 (4.8)	
> 30.0 (อ้วน ระดับ 3)	20 (95.2)	0 (0.0)	1 (4.8)	
ไม่มีข้อมูล	10 (56.6)	0 (0.0)	8 (44.4)	

SGA = subjective global assessment

จากการศึกษาดัชนีมวลกายและภาวะโภชนาการเริ่มต้นของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (subjective global assessment: SGA) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.1) มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และ ร้อยละ 71.7 มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ A คือ ไม่มีหรือมีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ (ตารางที่ 2) และจากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับภาวะโภชนาการเริ่มต้นในผู้ป่วยพบว่าในแต่ละดัชนีมวลกายมีระดับ SGA แตกต่างกัน ( $P<0.001$ ) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเริ่มต้นต่ำกว่า 18.5 kg/m<sup>2</sup> ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.1) มีภาวะโภชนาการเริ่มต้นอยู่ในระดับ C คือ มีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง ต้องให้โภชนบำบัด ส่วนผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเริ่มต้นในระดับปกติ, อ้วนระดับ 1, ระดับ 2, และ ระดับ 3 ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเริ่มต้นอยู่ในระดับ A คือ ไม่มีหรือมีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยพบร้อยละ

70.2, 84.2, 85.1 และ 95.2 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

จากการศึกษาถึงความเชื่อในการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการหมัก ได้แก่ แหนม (ร้อยละ 75.8) และไส้กรอกอีสาน (ร้อยละ 74.5) เป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่อไปนี้ ส่งเสริมการลุกลามของโรคมะเร็ง ได้แก่ อาหารกลุ่มเนื้อวัว (ร้อยละ 73.5) กลุ่มอาหารที่ผ่านการแปรรูป ได้แก่ ไส้กรอก (ร้อยละ 69.1) เบคอน (ร้อยละ 67.3) แฮม (ร้อยละ 67.8) กุนเชียง (ร้อยละ 65.7) หมูยอ (ร้อยละ 66.5) ลูกชิ้น (ร้อยละ 63.1) ในทางตรงกันข้าม มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีความเชื่อว่าการรับประทานปลาทะเล (ร้อยละ 8.8) และปลาน้ำจืด (ร้อยละ 8.1) ส่งเสริมการลุกลามของโรคมะเร็ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความเชื่อในเรื่องการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนชนิดต่าง ๆ ว่าเป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง (ร้อยละ)

ชนิดโปรตีน	ความเชื่อว่าการบริโภคโปรตีนชนิดนี้เป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง จำนวน (ร้อยละ)		
	เชื่อ	ไม่เชื่อ	ไม่แน่ใจ
เนื้อวัว	283 (73.5)	40 (10.4)	62 (16.1)
เนื้อหมู	152 (39.5)	124 (32.2)	109 (28.3)
เนื้อไก่	230 (59.7)	84 (21.8)	71 (18.4)
ไข่ไก่ทั้งฟอง	78 (20.3)	218 (56.6)	89 (23.1)
ไข่เป็ดทั้งฟอง	79 (20.5)	209 (54.3)	97 (25.2)
ปลาทะเล	34 (8.8)	315 (81.8)	36 (9.4)
ปลาน้ำจืด	31 (8.1)	302 (78.4)	52 (13.5)
กุ้ง	151 (39.2)	157 (40.8)	77 (20.0)
ปลาหมึก	169 (43.9)	123 (31.9)	93 (24.2)
หอย	173 (44.9)	115 (29.9)	97 (25.2)
ปู	152 (39.5)	143 (37.1)	90 (23.4)
ไส้กรอก	266 (69.1)	46 (11.9)	73 (19.0)
เบคอน	259 (67.3)	42 (10.9)	84 (21.8)
แฮม	261 (67.8)	44 (11.4)	80 (20.8)
ไส้กรอกอีสาน	287 (74.5)	40 (10.4)	58 (15.1)
แหนม	292 (75.8)	33 (8.6)	60 (15.6)
กุนเชียง	253 (65.7)	61 (15.8)	71 (18.4)
หมูยอ	256 (66.5)	57 (14.8)	72 (18.7)
ลูกชิ้น	243 (63.1)	71 (18.4)	71 (18.4)
ปลาเค็ม	191 (49.6)	117 (30.4)	77 (20.0)

จากการสำรวจชนิดของอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานปลาทะเล ไข่ไก่ทั้งฟอง ที่ผู้ป่วยรับประทานในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา (ตารางที่ 5) และปลาน้ำจืดไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยจะพบว่ามีอาหารที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานเป็นจำนวนมากที่สุด ได้แก่ ปลาทะเล (ร้อยละ 94.5) ไข่ไก่ทั้งฟอง (ร้อยละ 71.2) และปลาน้ำจืด (ร้อยละ 68.3) เนื่องจาก

ผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานปลาทะเล ไข่ไก่ทั้งฟอง และปลาน้ำจืดไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยจะไม่รับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการหมัก ได้แก่ แฮม (ร้อยละ 93.5) เบคอน (ร้อยละ 92.5) แหนม

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนชนิดต่าง ๆ ของผู้ป่วยมะเร็งในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

ชนิดโปรตีน	รับประทาน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่รับประทาน จำนวน (ร้อยละ)
เนื้อวัว	64 (16.6)	321 (83.4)
เนื้อหมู	251 (65.2)	134 (34.8)
เนื้อไก่	180 (46.8)	205 (53.2)
ไข่ไก่ทั้งฟอง	274 (71.2)	111 (28.8)
ไข่เปิดทั้งฟอง	127 (33.0)	258 (67.0)
ปลาทะเล	364 (94.5)	21 (5.5)
ปลาน้ำจืด	263 (68.3)	122 (31.7)
กุ้ง	177 (46.0)	208 (54.0)
ปลาหมึก	96 (24.9)	289 (75.1)
หอย	81 (21.0)	304 (79.0)
ปู	71 (18.4)	314 (81.6)
ไส้กรอก	64 (16.6)	321 (83.4)
เบคอน	29 (7.5)	356 (92.5)
แฮม	25 (6.5)	360 (93.5)
ไส้กรอกอีสาน	37 (9.6)	348 (90.4)
แหนม	32 (8.3)	353 (91.7)
กุนเชียง	65 (16.9)	320 (83.1)
หมูยอ	35 (9.1)	350 (90.9)
ลูกชิ้น	122 (31.7)	263 (68.3)
ปลาเค็ม	209 (54.3)	176 (45.7)

(ร้อยละ 91.7) หมูยอ (ร้อยละ 90.9) ไส้กรอกอีสาน (ร้อยละ 90.4) ไส้กรอก (ร้อยละ 83.4) และกุนเชียง (ร้อยละ 83.1) และมีผู้ป่วยที่ไม่รับประทานเนื้อวัวถึงร้อยละ 83.4 เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการหมักและการแปรรูป รวมถึงการบริโภคเนื้อวัว จะเร่งการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง

นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อไก่ ไข่เปิดทั้งฟอง กุ้ง ปลาหมึก หอย ปู ไส้กรอก กุนเชียง ลูกชิ้นและปลาเค็ม ช่วยเร่งการเติบโตของโรคมะเร็ง ( $P<0.05$ ) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์เหล่านี้ลดลง ( $P<0.05$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนชนิดต่าง ๆ กับความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งว่าการบริโภคโปรตีนแต่ละชนิดเป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง

ชนิดโปรตีน	ผู้รับประทานโปรตีนชนิดนี้ (N=385) จำนวน (ร้อยละ)	ความเชื่อของผู้ป่วย จำนวน (ร้อยละ)			P-value
		เชื่อ	ไม่เชื่อ	ไม่แน่ใจ	
เนื้อวัว	64 (16.6)	31 (11)	15 (37.5)	18 (29)	<0.001
เนื้อหมู	251 (65.2)	82 (53.9)	108 (87.1)	61 (56)	<0.001
เนื้อไก่	180 (46.8)	73 (31.7)	59 (70.2)	48 (67.6)	<0.001
ไข่ไก่ทั้งฟอง	274 (71.2)	40 (51.3)	168 (77.1)	66 (74.2)	<0.001
ไข่เปิดทั้งฟอง	127 (33)	16 (20.3)	73 (34.9)	38 (39.2)	0.020
ปลาทะเล	364 (94.5)	26 (76.5)	307 (97.5)	31 (86.1)	<0.001
ปลาน้ำจืด	263 (68.3)	15 (48.4)	213 (70.5)	35 (67.3)	0.041
กุ้ง	177 (46)	24 (15.9)	106 (67.5)	47 (61)	<0.001
ปลาหมึก	96 (24.9)	15 (8.9)	47 (38.2)	34 (36.6)	<0.001
หอย	81 (21)	15 (8.7)	34 (29.6)	32 (33)	<0.001
ปู	71 (18.4)	6 (3.9)	35 (24.5)	30 (33.3)	<0.001
ไส้กรอก	64 (16.6)	33 (12.4)	14 (30.4)	17 (23.3)	0.002
เบคอน	29 (7.5)	16 (6.2)	4 (9.5)	9 (10.7)	0.343
แฮม	25 (6.5)	13 (5)	6 (13.6)	6 (7.5)	0.090
ไส้กรอกอีสาน	37 (9.6)	22 (7.7)	7 (17.5)	8 (13.8)	0.071
แหนม	32 (8.3)	22 (7.5)	3 (9.1)	7 (11.7)	0.472
กุนเชียง	65 (16.9)	30 (11.9)	13 (21.3)	22 (31)	<0.001
หมูยอ	35 (9.1)	19 (7.4)	7 (12.3)	9 (12.5)	0.276
ลูกชิ้น	122 (31.7)	49 (20.2)	37 (52.1)	36 (50.7)	<0.001
ปลาเค็ม	209 (54.3)	76 (39.8)	84 (71.8)	49 (63.6)	<0.001

### วิจารณ์

ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากมีภาวะเบื่ออาหาร (anorexia) ร่วมกับการที่รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเกือบทุกชนิด ซึ่งเป็นภาวะที่

รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย<sup>13</sup> และพบว่าร้อยละ 40-87 ของผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะเบื่ออาหาร ได้แก่ รับประทานอาหารไม่ร่อย หรือไม่มีความอยากอาหาร<sup>14</sup> ผู้ป่วยจึงมีโอกาสที่จะได้รับอาหารในปริมาณลดน้อยลง ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับพลังงานและโปรตีนไม่เพียงพอ จะยิ่ง

ก่อให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายของผู้ป่วยมากขึ้น และเมื่อภาวะนี้ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง นอกจากนั้นผลข้างเคียงจากการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการร่วม ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยล้า น้ำลายเหนียว เจ็บคอจากการอักเสบ ปากแห้ง หลอดอาหารอักเสบ กลืนอาหารลำบาก การรับรสอาหารเปลี่ยนไป อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักตัวลดลงตามมา<sup>15</sup>

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจมีสภาพจิตใจที่หดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า อันจะนำไปสู่การรับประทานอาหารได้น้อยลงไปอีก<sup>16</sup> นอกเหนือจากสาเหตุดังกล่าวที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีน้ำหนักตัวลดลงแล้ว ร่างกายยังมีการหลั่งสาร cytokine เพิ่มมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อภาวะการอักเสบของร่างกาย รวมทั้งสารเคมีที่เซลล์มะเร็งสร้างขึ้นเองจะทำให้เกิดการสลายโปรตีนและไขมันมากขึ้น<sup>17,18</sup> ร่างกายจึงมีความต้องการพลังงานสารอาหาร โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีนในปริมาณค่อนข้างสูง คือประมาณ 1.0-1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน<sup>19</sup> แต่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีความเชื่อว่าอาหารประเภทโปรตีนจะทำให้เซลล์มะเร็งเติบโต จึงทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะลดและงดสารอาหารประเภทโปรตีนซึ่งพบมากในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ของโรงพยาบาล

สงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา จำนวน 385 ราย พบว่าดัชนีมวลกายและภาวะโภชนาการเริ่มต้นของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ A ได้แก่มาก ไม่มีหรือมีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังศิริวิ ภณทองสมพงษ์ และคณะ<sup>20</sup> พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) โดยพบร้อยละ 37.7

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลด้านดัชนีมวลกายและภาวะโภชนาการเริ่มต้นในผู้ป่วยมะเร็ง อันจะนำไปสู่การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่อภาวะโภชนาการ และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยต่อไป การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า การบริโภคเนื้อสัตว์ชนิดต่างๆ เช่น เนื้อหมู เนื้อไก่ อาหารทะเลต่างๆ เนื้อวัว อาหารที่ผ่านการแปรรูป และอาหารหมักดองจะเร่งการเจริญเติบโตของโรคมะเร็ง ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เชื่อว่าการบริโภคอาหารประเภทปลาทะเล ปลาน้ำจืด ไข่ไก่ ไข่เป็ด จะเร่งการเจริญเติบโตของโรคมะเร็ง ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Angkatavanich J และคณะ<sup>21</sup> ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.70) มีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทเนื้อวัวจะไม่เป็นผลดีกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าการบริโภคเนื้อเหล่านี้จะเร่งการเจริญเติบโตของโรคมะเร็งเป็นการนำสารพิษเข้าสู่ร่างกายและอาจทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง

ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลาจะส่งผลเสียกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งน้อยมาก โดยเฉพาะประเภทปลาทะเลต่าง ๆ โดยเน้นว่าต้องเป็นปลาทะเลน้ำลึก เพราะมีกรดไขมันโอเมก้าสาม เนื่องจากแหล่งโปรตีนที่ดีที่สุดได้มาจากการไม่ใช้สารเร่งการเจริญเติบโต ถ้าเป็นปลาน้ำจืดต้องเป็นปลาที่มีเกล็ด ได้แก่ ปลานิล ปลาช่อน เนื่องจากเป็นปลาที่ย่อยง่าย

ในส่วนของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ชนิดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรับประทานในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า อาหารที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานเป็นจำนวนมากที่สุด ได้แก่ ปลาทะเล ไข่ไก่ทั้งฟอง และปลาน้ำจืด เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทปลาทะเล ไข่ไก่ทั้งฟอง และปลาน้ำจืดไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการแปรรูป กระบวนการหมัก และเนื้อวัว เพราะเชื่อว่าการรับประทานอาหารเหล่านี้จะเร่งการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Angkatavanich J และคณะ<sup>21</sup> พบว่าแนวทางการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.90) มีการบริโภคอาหารบางชนิดซึ่งผู้ป่วยคาดว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนในระหว่างการรักษา ซึ่งอาหารดังกล่าว ได้แก่ ผักและผลไม้สด (ร้อยละ 41.74) และเนื้อปลา (ร้อยละ 30) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาณี เมืองคำ<sup>22</sup> พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 71.4 หันมาบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ (เนื้อปลา) และไข่ที่มีลักษณะเนื้อสัมผัสนุ่ม ไม่เหนียวเป็นประจำ

Beagan BL และคณะ<sup>23</sup> ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยมะเร็งด้านพบว่า หลังจากผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของตนเองโดยเลือกที่จะบริโภคอาหารประเภทผัก ผลไม้มากขึ้น และลดการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมัน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารที่มีรสชาติหวาน-เค็มจัด และอาหารจานด่วน ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งพยายามที่จะลดบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ซึ่งเป็นที่มาของการขาดสารอาหารประเภทโปรตีน และขาดพลังงานในที่สุด ทำให้โอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการสูงขึ้น

ความเชื่อเป็นองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาที่อยู่ในความคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้ประพฤติปฏิบัติตามความคิดความเข้าใจนั้น ๆ ทำให้เกิดการประพฤติปฏิบัติตาม ความเชื่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือความเชื่อด้านสุขภาพ (health beliefs)<sup>24</sup> การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อไก่ ไข่ไก่ทั้งฟอง ไข่เป็ดทั้งฟอง ปลาทะเล ปลาน้ำจืด กุ้ง ปลาหมึก หอย ปู ได้กรอก กุนเชียง ลูกชิ้นและปลาเค็ม จะเร่งการเติบโตของโรคมะเร็งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์เหล่านี้ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของกนกพร ประกอบกิจ<sup>25</sup> ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

โดยผลของความรู้อันเกี่ยวกับอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องสัดส่วนทัศนคติและความเชื่อพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี และการศึกษาของ Jowett SL และคณะ<sup>26</sup> พบว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังจึงพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค และหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลเสียต่อการเกิดโรค

การให้ข้อมูลและความรู้เรื่องโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง การรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อให้ได้สารอาหาร ประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ซึ่งเป็นสารอาหารหลักและร่างกายมีความต้องการสูงกว่าปกติทั่วไป โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีน ซึ่งเป็นพลังงานส่วนสำคัญและช่วยซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอและป้องกันการอักเสบของเซลล์ สารอาหารดังกล่าวพบในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเพิ่มภาวะโภชนาการที่ดีและส่งผลดีต่อการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งสามารถรับการรักษาต่าง ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ในระยะเวลาที่กำหนด และทำให้การตอบสนองต่อการรักษาโรคมะเร็งดีขึ้น รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## สรุป

การศึกษานี้พบว่าความเชื่อส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยมะเร็ง โดยนำไปสู่การลดการ

บริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ซึ่งเป็นแหล่งอาหารประเภทโปรตีนและเป็นแหล่งพลังงานหลักของร่างกายซึ่งสามารถส่งผลต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเพิ่มภาวะโภชนาการที่ดี อันจะก่อให้เกิดผลดีในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนโดยทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยขอขอบคุณ อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ประจำสาขาวิชามะเร็งวิทยาทุกท่าน และคุณพัชรภรณ์ทองวัชร ผู้ช่วยวิจัยสาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Geneva: World Health Organization. Available from: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx). Accessed January 14, 2015.
2. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Available from: <http://globocan.iarc.fr/en/media-centre/ircnews/2008/index.ph>. Accessed October 14, 2015.
3. American Association for Cancer Research. AACR cancer progress report 2014. Clin Cancer Res 2014;20:S1-S112.
4. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2552.
5. Donohoe CL, Ryan AM, Reynold JV. Cancer cachexia: Mechanisms and clinical implications. Gastroenterol Res Pract 2011;2011:601434.

6. Martignoni ME, Kunze P, Friess H. Cancer cachexia. *Mol Cancer* 2003;2:36.
7. จงจิตร์ อังคทะวานิช. โภชนาการและการกำหนดอาหารในโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ปัญญามิตรการพิมพ์; 2558.
8. Fleiss JL. Statistical method for rate and proportions. 2nd. New York: John Wiley & Sons; 1981.
9. Detsky AS, Baker JP, O'Rourke K, Johnston N, Whitwell J, Mendelson RA, et al. Predicting nutrition-associated complications for patients undergoing gastrointestinal surgery. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1987;11:440-6.
10. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *J PEN J Parenter Enteral Nutr* 1987;11:8-13.
11. วีระเดช พิศประเสริฐ. การคัดกรองและประเมินสภาวะโภชนาการ. *Nutrition Update สมาคมหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พราวเพรส; 2556.
12. ปรียานุช แยมวงษ์. Nutrition Assessment. *โภชนศาสตร์ทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2553.
13. Natason A. Symptoms and Symptom Managements in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. (Thesis) Khonkaen: Khonkaen University; 2006. p.133.
14. Tait NS. Anorexia-cachexia syndrome. In: Gronenwald SL, Frogge MH, Goodman M, Yarbro CH (Eds.). *Cancer symptom management*. 2nd ed. Sudbury, M.A: Jones&Bartlett; 2000. p. 58-78.
15. อภิรดี ลดาธรรม. การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. *วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท*, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2548.
16. Ottery FD. Cancer cachexia: prevention, early diagnosis and management. *Cancer Pract* 1995;2: 123-31.
17. Bruera E, Sweeney C. Cachexia and asthenia in cancer patients. *Lancet Onco* 2000;1:138-47.
18. Tisdale MJ. Pathogenesis of cancer cachexia. *J Support Oncol* 2003;1:159-68.
19. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017;36:11-48.
20. อังศวีร์ ภณทองสมพงษ์, พรณวดี พุทธิพัฒนะ, อธิราภรณ์ จันทร์ดา. ภาวะโภชนาการและการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง* 2557;34:117-28.
21. Angkatavanich J, Voravud N, Prapakorn J. Quantitative and Qualitative Studies on Food Belief Pattern in Cancer Patients Receiving Chemotherapy and/or Radiotherapy: a Mixed Method Approach. *Proceeding and abstract book. The 15th PENSA Congress (Parenteral and Enteral Society of Asia) .Nutrition in clinical practice to improve patient outcome: From supportive to therapy*. Bali, Indonesia 27-29 September 2023:93.
22. สุภาณี เมืองคำ. ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัด(วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2551
23. Beagan BL, Chapman GE. Eating after breast cancer: influences on women's actions. *J Nutr Educ Behav* 2004;36:181-8.
24. Suwan P, Suwan S. Behavioral science health education and health behavior. Bangkok: Faculty of Public Health Mahidol University; 1993.
25. กนกพร ประกอบกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2551
26. Jowett SL, Seal CJ, Phillips E, Gregory W, Barton JR, Welfare MR. Dietary beliefs of people with ulcerative colitis and their effect on relapse and nutrition intake. *Clin Nutr* 2004;23:161-70.