



ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้ง
และเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

**Effects of Supportive-Educative Nursing System on Xerostomia and Mucositis of
Patients with Head and Neck Cancer Receiving Radiation**

วันทนี๋ ดวงแก้ว

Wanthanee Duangkaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้ง
และเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
ผู้เขียน นางสาววันทนีย์ ดวงแก้ว
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

.....กรรมการ
(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์คารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้ง และเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
ชื่อผู้เขียน	นางสาววันทนีย์ ดวงแก้ว
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2553

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแผนกศีรษะและคอ ศูนย์มะเร็งภาคใต้ 40 ราย ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วย 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 20 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก The PRO-SELF Mouth Aware Program ที่เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างการได้รับรังสีรักษาและการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลตนเอง รวมเวลาที่ศึกษา 4 สัปดาห์ การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปากแห้ง แบบประเมินความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ และแบบประเมินการดูแลช่องปากด้วยตนเองของผู้ป่วย เก็บข้อมูล 4 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 ก่อนทดลอง (T0) สัปดาห์ที่ 2 (T1) สัปดาห์ที่ 3 (T2) และสัปดาห์ที่ 4 หลังทดลอง (T3) ผลสำเร็จของโปรแกรม พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ ทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิตินอนพารามตริก (ฟีรด์แมน และแมน-วิทนีย์ ยู เทส) และพารามตริก (ทีอีสระและการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการปากแห้ง และอาการเยื่อช่องปากอักเสบเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงสัปดาห์โดยมีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะแผนกศีรษะและคอควรพิจารณาระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ไปใช้เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

Thesis Effects of Supportive-Educative Nursing System on Xerostomia and Oral Mucositis of Patients with Head and Neck Cancer Receiving Radiation

Author Miss Wanthanee Duangkaew

Major Program Nursing Science (Adult Nursing)

Academic year 2010

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to study the effect of the supportive-educative nursing system on xerostomia and oral mucositis of patients with head and neck cancer receiving radiation. The participants consisted of 40 cancer patients receiving radiation at the regional cancer center in southern Thailand. The first 20 subjects were assigned to the control group, who received the standard care. The second 20 subjects were assigned to the experimental group. The modified PRO-SELF Mouth Aware Program was implemented in the experimental group. The program consisted of the following nursing interventions: building relationship, teaching, guiding, supporting, and providing supportive environment within a 4-week period. Data were collected using the Demographic Data Questionnaire, the Xerostomia Questionnaire, the Oral Mucositis Objective Scale and the Oral Care Behavior Questionnaire. A series of data collections were conducted at week 1, prior to the experiment (T_0), week 2 (T_1), week 3 (T_2), and week 4, after the experiment (T_3). The effectiveness of the program was determined by the severity of xerostomia and oral mucositis. Hypotheses were tested using nonparametric statistics (Friedman's test and Mann-Whitney U test) and parametric statistics (independent t-test and ANCOVA).

The results revealed that the experimental group had gradually increased the severity of xerostomia and oral mucositis across time and this change was significant for both symptoms ($p < .01$). Comparison of the change in severity of xerostomia and oral mucositis between the experimental and the control group revealed that the experimental group had lower severity scores of both symptoms than did the control group ($p < .05$ and $p < .01$, respectively). Cancer service institutions, particularly radiation units, should consider implementing this program to alleviate the severity of xerostomia and oral mucositis for this group of patients.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนะคิดและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ติดตามความก้าวหน้า มีความห่วงใยเสมอมา และได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ จนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้กรุณาทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกแผนกรังสีรักษา พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งภาคใต้ จ.สุราษฎร์ธานี ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกท่านในการเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนแล้วเสร็จ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ และครอบครัวที่ดูแลเอาใจใส่ สนับสนุน กระตุ้นเตือน รวมทั้งเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง

ขอบคุณน้องงานบัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์และน้องผู้ช่วยของอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ช่วยเหลือประสานงานในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนพี่ ๆ เพื่อนและน้อง ๆ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโทที่มีส่วนช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่าน ทั้งที่เอ่ยนามและไม่ได้เอ่ยนาม ณ ที่นี้ รวมทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทุกท่าน และขอให้ทุกท่านได้รับผลคุณประโยชน์ อันบังเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้โดยทั่วกัน

วันทนีย์ ดวงแก้ว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(8)
รายการภาพประกอบ.....	(10)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	11
ความสำคัญของการวิจัย.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.....	13
การประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ.....	29
แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.....	40
ความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อ ช่องปากอักเสบ.....	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง.....	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	69
ผลการวิจัย.....	69
การอภิปรายผล.....	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	89
ข้อจำกัดการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	91
บรรณานุกรม.....	93
ภาคผนวก.....	102
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	103
ข ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	104
ค เอกสารให้การยินยอม.....	106
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	110
จ เครื่องมือดำเนินการทดลอง.....	116
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	120
ประวัติผู้เขียน.....	

รายการตาราง

ตาราง	หน้า	
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการได้รับรังสีรักษาในอดีต พฤติกรรมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ และสภาพช่องปากก่อนได้รับรังสีรักษา.....	70
2	จำนวนร้อยละของอาการปากแห้งในกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงสัปดาห์.....	74
3	จำนวนร้อยละของอาการปากแห้งในกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงสัปดาห์.....	75
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบภายในกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงสัปดาห์ด้วยสถิติ Friedman' s test	75
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบภายในกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test	76
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลอง จำแนกตามขนาดของแผล ความรุนแรงของอาการบวมแดง และจำนวนตำแหน่งของแผล.....	77
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มควบคุม จำแนกตามขนาดของแผล ความรุนแรงของอาการบวมแดง และจำนวนตำแหน่งของแผล	77
8	เปรียบเทียบความรุนแรงระหว่างอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 (T_0) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	79
9	เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระหว่างการทดลองสัปดาห์ที่ 2 (T_1) เมื่อควบคุมด้วยคะแนนของสัปดาห์ที่ 1(T_0) ด้วยสถิติ ANCOVA.....	79
10	เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของอาการปากแห้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่สัปดาห์ที่ 3 (T_2) ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test	80
11	เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระหว่างการทดลองที่สัปดาห์ที่ 4 (T_3) เมื่อควบคุมด้วยคะแนนของสัปดาห์ที่ 1 (T_0) ด้วยสถิติ ANCOVA.....	80

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระหว่างการทดลองที่สัปดาห์ที่ 2 (T_1) เมื่อควบคุมด้วยคะแนนของสัปดาห์ที่ 1 (T_0) ด้วยสถิติ ANCOVA.....	81
13	เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของอาการเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่สัปดาห์ที่ 3 (T_2) ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test	81
14	เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระหว่างการทดลองที่สัปดาห์ที่ 4 (T_3) เมื่อควบคุมด้วยคะแนนของสัปดาห์ที่ 1 (T_0) ด้วยสถิติ ANCOVA.....	81

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	10
2	สรุปกระบวนการดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง	66
3	แสดงการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของอาการปากแห้งในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	76
4	แสดงการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	78

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากโรคมะเร็ง เป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญในประเทศไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอด โดยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชาชนไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ข้อมูลทางสถิติช่วงปี พ.ศ. 2546-2550 พบมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 78.9, 81.3, 81.4, 83.1 และ 84.9 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2551)

โรคมะเร็งศีรษะและคอในประเทศไทย มีจำนวนประมาณร้อยละ 20 ของโรคมะเร็งทั้งหมด มีอุบัติการณ์สูงอยู่ในสิบอันดับแรกของประเทศ จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอร้อยละ 12.81-13.20 จากจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551) เช่นเดียวกับสถิติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าโรคมะเร็งศีรษะและคอ มีอุบัติการณ์สูงเช่นกัน โดยพบอุบัติการณ์ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง คือร้อยละ 15.1 และ 5.2 ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2552) และมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอในภาคใต้ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 403 คนปี พ.ศ. 2551 จำนวน 474 คนปี พ.ศ. 2552 จำนวน 402 คนและปี พ.ศ. 2553 จำนวน 435 คน ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2550-2553)

การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ ในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และรังสีรักษา การรักษาอาจใช้วิธีการรักษาเพียงอย่างเดียว หรือมากกว่าหนึ่งวิธี ขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นสำคัญ กล่าวคือ การรักษาหลักของโรคมะเร็งในกลุ่มนี้ คือการรักษาด้วยการผ่าตัด และรังสีรักษา (วรชัย, 2541) การฉายรังสีเป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอในปัจจุบัน (Otto, 2001) เนื่องจากเนื้อเยื่อมะเร็งบริเวณดังกล่าวตอบสนองต่อรังสีเป็นอย่างดี สามารถทะลุผ่านกระดูกและกล้ามเนื้อ และยังคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะเหล่านั้นได้ ผลของรังสีนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็ง เปลี่ยนแปลงรูปร่างและสรีรวิทยาของเซลล์มะเร็งแล้ว รังสียังมีผลต่อเซลล์ปกติที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง โดยเฉพาะเนื้อเยื่อในช่องปากและคอ ซึ่งบริเวณดังกล่าวเป็นบริเวณที่ประกอบด้วยเนื้อเยื่อและเซลล์หลายชนิดที่มีความไวต่อรังสีไม่เท่ากัน ทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ แตกต่างกันตามระยะเวลาที่ได้รับรังสี ชนิด ปริมาณ ส่วนของร่างกาย และลักษณะของแต่ละเซลล์ที่ได้รับและต่อต้านรังสี (Gatti, 2001)

รังสีรักษาแม้ว่าจะได้ผลดีในแง่ของการรักษาแต่พบว่าปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหลายประการ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งจำเป็นต้องฉายรังสีผ่านหรือใกล้เคียงช่องปาก ซึ่งเป็นบริเวณที่ประกอบด้วยเซลล์เยื่อที่ที่มีความไวต่อรังสีค่อนข้างสูง เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเกือบทุกราย (Aranda, Dooley, Wells, Leahy, Marvan, & Pollard, 2001) ส่งผลให้เยื่อต่าง ๆ ถูกทำลายเกิดอาการปากแห้ง อาการเยื่อช่องปากอักเสบเจ็บในช่องปากและคอ การเปลี่ยนแปลงของการรับรส อาการฟันผุ อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ อาการเหงือกอักเสบ โดยอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด (Sharma, Vallis, & McKenna, 2008; Sonis et al., 1999) เมื่อเกิดอาการปากแห้งอาจส่งผลกระทบต่อเนื้อ คือทำให้อาการเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการรักษาโรคมะเร็ง เช่น ต้องเลื่อนหรืองดการฉายแสง เพราะเมื่อเกิดอาการปากแห้งและหรืออาการเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการปวด แสบร้อนในปาก การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไปทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดการขาดสารอาหาร เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ส่งผลต่อการเจริญเติบโต การซ่อมแซมของเซลล์ นอกจากนี้แผลในปากทำให้ปวด ผู้ป่วยมักไม่ยอมทำความสะอาดช่องปาก จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่งผลไปถึงความพร้อมในการรับการรักษาครั้งต่อไป อาจทำให้ต้องหยุดการรักษาโรคมะเร็งไว้ก่อน ทำให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

จากการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้รับผลกระทบอันเนื่องมาจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษาจึงมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในด้านของความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปและการดูแลตนเองเฉพาะที่ ซึ่งความต้องการที่เพิ่มขึ้นนี้ จะอยู่ในรูปของความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพในช่องปาก การมีทักษะต่าง ๆ เช่น การแปรงฟัน การบ้วนปาก การรับประทานอาหาร และการจัดการกับอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ เพื่อสามารถดูแลตนเองและบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้ตลอดการรักษา ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่าความต้องการการดูแลตนเองส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยการคัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ และมีส่วนในการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยที่ต้องมีการดูแลตนเอง จะต้องมีความรู้ และมีการพัฒนาทักษะ พยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและหาวิธีการที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละบุคคล จึงควรมีการ

พัฒนาและนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ มาช่วยให้เกิดการให้ข้อมูลที่ เหมาะสมชัดเจนสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการฉายรังสี โดยเริ่มต้น จากการทำพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และจัดกิจกรรมเพื่อให้ ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ การชี้แนะ ตลอดจนการสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ที่ดีจาก พยาบาล โดยการให้ความรู้และข้อมูลจะต้องรวมผู้ป่วยและครอบครัว หรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วย ด้วย นอกเหนือจากบทบาทในการให้ความรู้และให้คำแนะนำ พยาบาลควรกระตุ้นและให้กำลังใจ ผู้ป่วย ให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง (สมจิต, 2536) เพื่อป้องกันและบรรเทาการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเรื่องการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้นหลายอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ในขณะที่อาการปากแห้งและอาการเยื่อ หนองปากอักเสบ ถึงแม้จะไม่ใช่อารมณ์ที่คนทั่วไปรับรู้ว่าเป็นอันตรายถึงกับชีวิต แต่ก็รบกวนการ ดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานตลอดระยะเวลาของการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ สุดท้ายของโรคมะเร็งเช่นกัน โดยมีการศึกษาพบว่า อาการปากแห้งเป็นหนึ่งในอาการที่ผู้ป่วย โรคมะเร็งรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตอย่างมาก (อภิรดี, วงจันทร์ และวันฉวี, 2548) ตลอดช่วง 15 ปีที่ผ่านมา มีรายงานศึกษาวิธีช่วยบรรเทาอาการปากแห้งและอาการเยื่อหนองปากอักเสบ โดยการ ดูแลช่องปากผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศไทยจำนวน 6 เรื่อง (แก้วกาญจน์, 2544; น้ำทิพย์, 2539; เนตรสุวิณี, 2547; บุญเพียร, 2528; ประพิมพรรณ, 2543; วิมลวรรณ, 2546) ซึ่งงานวิจัยทั้งหมด เป็นการจัดทำโปรแกรมที่พยาบาลทำให้กับผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดโดยประเมินอาการเยื่อหนอง ปากอักเสบที่เกิดขึ้น ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลช่องปากด้วย ตนเอง ปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมทั้งสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์และน้ำยา ต่าง ๆ ซึ่งเวลาที่ใช้ในการจัดทำโปรแกรมดังกล่าว 2-3 สัปดาห์ โดยมีการติดตามผลของโปรแกรม เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาพในช่องปากและความสามารถในการดูแลตนเองและการจัดการ กับอาการที่เกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ คือ 1 คอร์สของการให้เคมีบำบัด ในขณะที่เมื่อได้รับการรักษาเป็น เวลานานจะยิ่งทำให้อาการเยื่อหนองปากอักเสบรุนแรงขึ้น ส่วนงานวิจัยของโชมพักตร์ (2541) เรื่องการพัฒนาแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับรูปแบบการสนับสนุนและให้ ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยและช่วยพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพของแผนกรังสีรักษา และยังมี งานวิจัยเรื่องการอมน้ำแข็งเพื่อการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อหนองปากอักเสบ (ทานตะวัน, 2542) และการใช้น้ำยาบ้วนปากจำนวน 2 เรื่อง (ทองดี, 2539; พัชราภรณ์, 2545) เปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากชนิดต่าง ๆ ที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าว

พบว่า วิธีการต่าง ๆ สามารถบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้บางส่วน โดยการเลือกใช้น้ำยาหรือผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ดังที่ได้มีการวิจัยและทดลองแล้วว่าน้ำยาแต่ละชนิดเหมาะสมกับสภาพในช่องปากที่ต่างกันและไม่สามารถบรรเทาอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้ตลอดการรักษา เนื่องจากการนำวิธีใดวิธีหนึ่งมาใช้เพียงอย่างเดียวเพราะอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ จะเกิดขึ้นตามระยะเวลา และปริมาณของรังสีรักษาที่ได้รับ (Sideras, Loprinzi, Foote, 2008) และการศึกษาส่วนใหญ่ทดลองในระยะสั้นจึงไม่สามารถระบุได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบจะคงอยู่ตลอดการรักษาหรือไม่ นอกจากนี้การปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบควรผสมผสานวิธีการต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ในประเทศไทยยังไม่ปรากฏรายงานการวิจัยที่ศึกษาวิธีการลดอาการปากแห้งควบคู่กับการบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและสุขภาพในช่องปากที่ดีเพื่อสามารถบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้

การศึกษาที่ผ่านมาบ่งชี้ว่า การดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอ จะให้ผลดีกับสุขภาพในช่องปากมากกว่าการใช้น้ำยาชนิดต่าง ๆ เพียงอย่างเดียว (Aranda, et al, 2001) และการใช้น้ำยาบ้วนปากราคาแพง เช่น น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของซูครอลเฟท (sucralfate) เพื่อเคลือบเยื่อช่องปากป้องกันการเกิดแผล พบว่าให้ผลในการป้องกันไม่แตกต่างไปจากการใช้น้ำสะอาดผสมโซดา (Dodd et al., 2003) ต่อมาจึงมีการศึกษาการใช้แบบแผนการดูแลสุขภาพของช่องปาก เช่น การศึกษาของเนตร์สวีน (2547) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับเคมีบำบัด โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง เป็นแผนการสอนและคู่มือการดูแลช่องปาก การเปลี่ยนแปลงลักษณะในช่องปากและการรับรู้ความสุขสบายในช่องปากของผู้ป่วย ผลการวิจัยไม่อาจสรุปได้ว่าลักษณะในช่องปากของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่พบว่าอุบัติการณ์ของการติดเชื้อลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 1996) ที่ได้นำแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) มาทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วย the PRO-SELF Mouth Aware Program ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 222 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบจากร้อยละ 44 เหลือน้อยกว่าร้อยละ 26 นอกจากนี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้วิธีอื่น ๆ เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ เช่น การใช้ความเย็น (ทานตะวัน, 2542) และการใช้ยาต่าง ๆ แต่พบว่าแต่ละวิธีมีข้อจำกัดในการใช้ และในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเข้ามามีบทบาทมากขึ้น การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมอาการแทรกซ้อนในช่องปากไม่ให้รุนแรงขึ้น และสามารถทนต่อการรักษาได้ดีขึ้นด้วย

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมและประมวลองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการออกแบบระบบการพยาบาลภายใต้กรอบทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของ โอเร็ม เป็นระบบการพยาบาลที่ผู้วิจัยเลือกมาใช้ในการออกแบบการทดลองในการศึกษาคั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย พยาบาลซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพปากและฟัน ทั้งในผู้ป่วยที่เกิดอาการแทรกซ้อนจากการฉายรังสีแล้วและผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดอาการ ในการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้นี้ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า จะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะช่วยป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของการเกิดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในแต่ละช่วงสัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) มีความรุนแรงของอาการปากแห้งในแต่ละช่วงสัปดาห์เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) มีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในแต่ละช่วงสัปดาห์เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) มีความรุนแรงของอาการปากแห้งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หรือไม่

4. ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) มีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หรือไม่

สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) มีความรุนแรงของอาการปากแห้งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) มีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

กรอบแนวคิด / ทฤษฎี

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทางสรีรวิทยา เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก จากรังสีรักษา และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นแนวทางในการศึกษา (แผนภาพ 1) กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จะมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในช่องปาก มีอาการปากแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ และมีการรับรสเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อร่างกายได้รับรังสีรักษาในปริมาณหนึ่ง รังสีจะเข้าไปยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในช่องปาก ทำให้เยื่อช่องปากเริ่มซิด เนื้อเยื่อชั้นอพิทีเลียม (epithelium) จะเริ่มฝ่อเหี่ยวและหลุดลอก ในขณะที่การสร้างเซลล์ใหม่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการอักเสบขึ้น ส่วนอาการปากแห้ง เกิดจากการที่อะซินาร์เซลล์ (acinar cell) และท่อของต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลง โดยในระยะแรกจะมีการทำลายของเซลล์เยื่อ (mucous cell) และมีการบวมของต่อมน้ำลายเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปากแห้งหลังได้รับรังสีรักษาประมาณ 400-600 เซนติเกรย์ ต่อมาเมื่อมีการเสื่อมของเนื้อเยื่อ และอะซินาร์เซลล์ ถูกทำลายหมดไป ทำให้ปริมาณน้ำลายลดลงอย่างรวดเร็ว อาการปากแห้งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญเจ็บในปากและคอบวมมากขึ้น และมีปัญหา

ในการกลืนอาหาร เนื่องจากการขาดน้ำลายในการคลุกเคล้าอาหาร (Iwamoto, 2001; Sharma et al., 2008) นอกจากนี้ปริมาณน้ำลายที่หลั่งออกมาน้อยกว่าปกติจะทำให้เชื้อแบคทีเรียเพิ่มขึ้น ทำลายเยื่อช่องปากเกิดแผลในช่องปากและก่อให้เกิดอาการฟันผุตามมาซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ มักเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนเสมอ (สุรชาติพิศ, 2549; Aranda et al., 2001; Sideras et al., 2008) ผู้ป่วยจะเจ็บคอมากแม้ขณะกลืนน้ำลาย ซึ่งถ้าหยุดฉายแสง อาการต่างๆ เหล่านี้จะดีขึ้น

ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษามีความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และจำเป็น ต้องจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เนื่องจากการได้รับรังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลายอย่าง อาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบก็เป็นอาการที่เกิดขึ้นแล้วทำให้อาจมีผลกระทบต่อการรักษาได้หรืออาจต้องหยุดการรักษาไปก่อน ทำให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วย เมื่อได้รับการรักษาดังกล่าว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งสามารถดูแลตนเองได้แต่อาจขาดความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลสามารถเข้าไปเพิ่มเติมตรงส่วนนี้ได้ โดยจัดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจึงจัดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยเริ่มตั้งแต่แพทย์และพยาบาลได้ซักถามความคิดเห็นหรือปัญหาต่าง ๆ ก่อนที่จะให้การดูแลรักษา เช่น ปัญหาในการรับประทานอาหาร การเคี้ยว หรืออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา การบรรเทาอาการและความไม่สุขสบายจากการได้รับรังสีรักษา ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งการที่จะพัฒนาให้อยู่ในระดับที่เพียงพอที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพโดยใช้รูปแบบของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตั้งแต่การรับรู้ ทำความเข้าใจกับภาวะสุขภาพของตน วางแผนเพื่อดูแลตนเอง สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด เพื่อให้สามารถได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ผลลัพธ์ที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขณะรับการรักษา (Dodd & Miaskowski, 2000) ดังนั้นการนำโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในการบำบัด จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) อธิบายว่าภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งในที่นี้คือ การเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ และผลกระทบของรังสีรักษา คืออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ โดยการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นนี้ เป็นสิ่งใหม่ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ จึงก่อให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง โอเร็ม จึงนำเสนอให้เห็นว่าพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถใช้ความสามารถ

ทางการพยาบาล (nursing agency) โดยใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลเข้าไปให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยระดับการให้ความช่วยเหลือขึ้นอยู่กับระดับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีศักยภาพที่จะกำหนดความต้องการการดูแลของตนเองทั้งหมด รวมถึงกิจกรรมที่ต้องกระทำ แต่ขาดความรู้และทักษะ และไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจระทำการดูแลตนเอง ในลักษณะเช่นนี้ พยาบาลสามารถส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองดังกล่าวอย่างเหมาะสมได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์จากการฉายรังสีที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและ/หรือบรรเทาอาการลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าดอดด์และคณะ (Dodd et al., 1996) ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองที่เน้นการดูแลช่องปาก (PRO-SELF Mouth Aware Program) โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการออกแบบโปรแกรมดังกล่าว และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด โดยศึกษาเฉพาะอาการเยื่อช่องปากอักเสบ พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบจาก ร้อยละ 44 เหลือน้อยกว่าร้อยละ 26 เนตรสุวิณี (2547) ได้นำ PRO-SELF Mouth Aware Program มาปรับใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งคนไทยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เช่นเดียวกับการศึกษาของดอดด์ โปรแกรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การฝึกทักษะปฏิบัติ และการส่งเสริมสนับสนุน โดยใช้แผนการสอนเกี่ยวกับการดูแลช่องปากร่วมกับแผนภาพประกอบการสอน การฝึกทักษะปฏิบัติ และคู่มือการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าว มาปรับใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยออกแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ ครอบคลุม การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยจัดกิจกรรมให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและการส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนช่วยดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเองและดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอ (แผนภาพ 1)

นิยามศัพท์

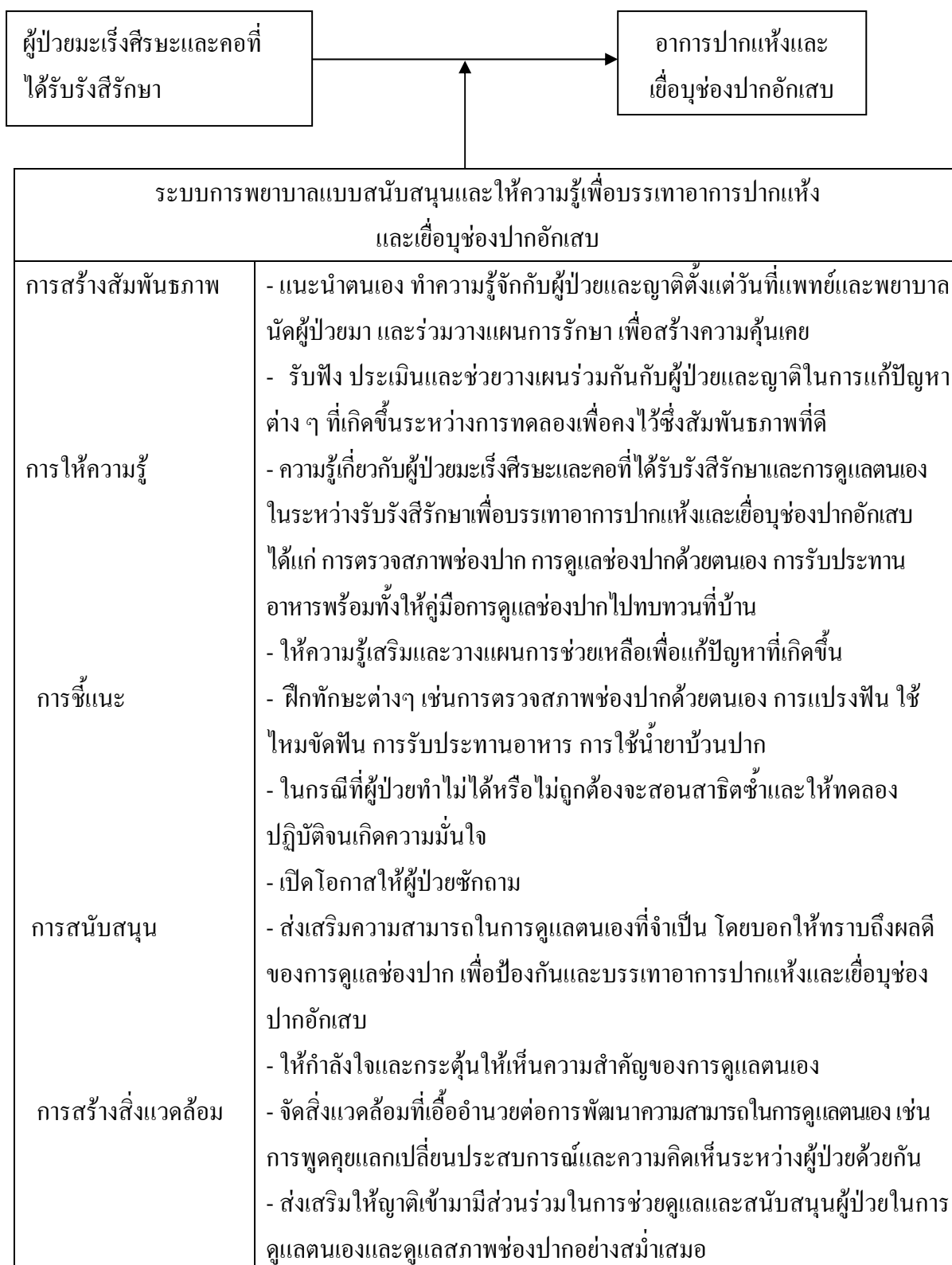
อาการปากแห้ง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่าริมฝีปาก คอ และน้ำลายแห้ง ซึ่งเกิดหลังจากการได้รับรังสีรักษา ทำให้มีน้ำลายน้อยลง ค่อนข้างเหนียว โดยประเมินได้จากแบบ

ประเมินอาการปากแห้งของทองดี (2539) แบ่งความรุนแรงได้ 4 ระดับ (0-3) คะแนนสูงหมายถึงมีความรุนแรงของอาการปากแห้งมาก

อาการเยื่อช่องปากอักเสบ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในช่องปากซึ่งแสดงออกโดย การมีแผลและอาการบวมแดงในช่องปากเนื่องจากรังสี โดยประเมินจากขนาดของแผล ความรุนแรงของอาการบวมแดง และจำนวนแผลโดยดัดแปลงแบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ New scoring system ของ Sonis et al. (1999) ซึ่ง Sonis et al. ดัดแปลงมาจาก WHO index และ National Cancer Institute system ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยเนตร์สุวิณี (2547) คะแนนสูงหมายถึงมีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบมาก

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง ระบบการพยาบาลที่ครอบคลุมถึงการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยดัดแปลงมาจาก The PRO-SELF Mouth Aware Program (Dodd et al., 1996) ซึ่งคอคค์และคณะได้พัฒนามาจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem) ในเรื่องการทำ การสนับสนุนและให้ความรู้มาพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กับผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ให้ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาตามแผนการรักษาขณะเข้ารับการรักษารังสีรักษา ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การให้ความรู้ทุกสัปดาห์



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย โรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่มารับการรักษา ในแผนกรังสีรักษาศูนย์มะเร็งภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มารับการรักษาในระหว่างที่ทำการศึกษา คือ เดือนธันวาคม 2551 ถึงเดือนพฤษภาคม 2552 โดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ 4 สัปดาห์ของการได้รับรังสีรักษา

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดและบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
2. เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยขยายองค์ความรู้ในการจัดการกับอาการอื่นๆ ที่เกิดจากการได้การรักษาแบบรังสีรักษา รวมทั้งการรักษาแบบเคมีบำบัด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

1. โรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
 - ความหมายของโรคมะเร็งศีรษะและคอ
 - สาเหตุของโรคมะเร็งศีรษะและคอ
 - การแบ่งระยะของโรคมะเร็งศีรษะและคอ
 - ตำแหน่งของโรคมะเร็งศีรษะและคอที่พบบ่อย
 - อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งศีรษะและคอ
 - การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ
 - ผลกระทบของรังสีรักษา
 - ผลกระทบของรังสีรักษาต่อภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก
2. การประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ
 - ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ
 - แนวทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
3. แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
 - ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดการดูแลตนเอง
 - งานวิจัยที่พัฒนาและทดสอบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
 - ความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ
4. การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ความหมายของโรคมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ เป็นความผิดปกติของรหัสพันธุกรรมดีเอ็นเอ (deoxyribonucleic acid) หรือยีนของเซลล์จากสาเหตุใดก็ตาม ทำให้เกิดการสร้างเซลล์ที่ผิดปกติเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ (พวงทอง, 2534) เกิดก่อนเนื้อที่โตผิดปกติ และสามารถกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ โดยเซลล์ที่ผิดปกติจะหลุดออกจากบริเวณนี้ออกไปตามหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองสู่เนื้อเยื่อและอวัยวะอื่น ๆ ที่ร่างกาย ขณะที่กระบวนการซ่อมแซมเซลล์หรือกระบวนการเสื่อมสลายของเซลล์ทำงานได้ช้าลง (ประยูทธ, 2544)

มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งส่วนบนของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ช่องปาก, นาโซฟาริงซ์, กล่องเสียง, ลำคอ, ต่อม้ำลาย, ต่อมธัยรอยด์, โพรงอากาศช่องจมูก, กระดูกกราม และกระดูกแมกซิลาร์ สาเหตุที่เรียกรวมกันเพราะส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 90-95 เป็นเยื่อชนิดสแควมัส (squamous cell carcinoma) พบมากในผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป และร้อยละ 50 พบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี (Otto, 2001) มะเร็งศีรษะและคอพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยกเว้นมะเร็งของต่อมธัยรอยด์ที่พบในเพศหญิงมากกว่า

สาเหตุของโรคมะเร็งศีรษะและคอ

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ มีสาเหตุหลายประการ ดังนี้

1. แอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในหลอดอาหารทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนต้นและพบว่าแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งชนิดสแควมัสของศีรษะและคอโดยเฉพาะมะเร็งกล่องเสียงเพิ่มมากกว่าปกติ 10 เท่า และเป็นสาเหตุของมะเร็งในช่องปาก ยกเว้นมะเร็งหลังโพรงจมูกที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับแอลกอฮอล์ (Haggood, 2001) เครื่องดื่มสุรามีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเยื่อช่องปาก และทางเดินอาหารส่วนต้นและผู้สูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มสุราจะมีอัตราการกลายพันธุ์ของเซลล์สูงขึ้น เนื่องจากแอลกอฮอล์ไปเพิ่มการดูดซึมของสารนิโคติน (nicotin) หรือเบนซ์ไพรีน (benzpyrine) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งที่สำคัญ

2. บุหรี่ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่สูบบุหรี่จัดร่วมกับดื่มสุราจัด จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุราถึง 5-25 เท่า (สาวิตรี, 2541) แม้แต่บุหรี่ปแบบไร้ควันก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดเซลล์ที่ผิดปกติในช่องปากมากถึงร้อยละ 16-60 (Wray & McGuire, 1993)

3. อนามัยในช่องปากไม่ดีและการได้รับสารระคายเคืองเรื้อรัง เช่น หมากพลู บุหรี่ ฟันเมือง เมียงหรือยาสูบ และสารเคมีต่าง ๆ เป็นต้น (Haggood, 2001) การเสียดสีหรือถูถูบริเวณหนึ่งบริเวณใดในช่องปากเป็นระยะเวลานาน ๆ เช่น ฟันเก หรือฟันปลอมที่ไม่กระชับ ทำให้เซลล์ปกติในช่องปากเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ (สุเมธ, 2541)

4. การขาดวิตามินและแร่ธาตุในอาหาร ผู้ที่ขาดวิตามิน เอ บี และขาดธาตุเหล็กในอาหารที่รับประทานจะเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งในช่องปากและลำคอ (Haggood, 2001) การขาดวิตามินเอ จะทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งเยื่อบุบางชนิดได้ง่ายขึ้น เช่น บริเวณหลอดลม กระเพาะอาหาร เป็นต้น ขณะที่วิตามินซี ลดอัตราการเสี่ยงการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูกได้ โดยจะยับยั้งการสังเคราะห์สารไนโตรซามีน (nitrosamine) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งที่เกิดจากอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่นำมาย่างหรือรมควัน เป็นต้น และในกลุ่มของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศจีนจะพบอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งในช่องปากมากที่สุด ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการขาดสารอาหารหรือได้รับสารอาหารบางชนิดที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ โดยพบว่า คนจีนส่วนใหญ่นิยมรับประทานปลาเค็มหรือการสูดดมควันไฟจากการปรุงอาหารจะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูง (Zheng, Boyle, Willett, Hu, Dan, Evstifeeva, et al., 1993)

5. การสูดดมสารหนึ่งสารใดติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เช่น ไอระเหยของโรงงานอุตสาหกรรมหลอมโลหะหนัก โรงงานยาง และโรงงานเฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น มีโอกาสเกิดการระคายเคืองต่อโพรงข้างจมูกและช่องหลังจมูก อาจเกิดเป็นมะเร็งได้ (ประยุทธ์, 2544; สุเมธ, 2541)

6. แสงแดด การได้รับแสงแดดเป็นเวลานาน ๆ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งบริเวณริมฝีปากได้ ดังข้อมูลทางระบาดวิทยามีรายงานว่า พบมะเร็งริมฝีปากและไบหน้ามักจะมีได้สูงในกลุ่มคนที่ทำงานกลางแจ้ง เช่น ชาวนา ชาวประมง เป็นต้น (วิไลพร, 2545)

7. สาเหตุที่เกิดจากปัจจัยภายในร่างกาย มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ และลักษณะทางพันธุกรรม ซึ่งเกิดจากกระบวนการกลายพันธุ์ของยีนและกระบวนการแบ่งเซลล์ การเจริญของดีเอ็นเอ และกระบวนการควบคุมการตายของเซลล์รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลในการทำหน้าที่ต่อต้านเซลล์มะเร็งซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแปลกปลอม ถ้าการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลงด้วยเหตุใดก็ตาม เช่น ได้รับยา สารเคมีหรือการติดเชื้อก็ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันจมนไม่สามารถต่อต้านเซลล์มะเร็งได้ ร่างกายจะปล่อยให้เซลล์มะเร็งเจริญและแบ่งตัวเป็นก้อนมะเร็งต่อไป (อุปมา, 2541)

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งศีรษะและคอ

การเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอ สามารถแบ่งตามระยะการดำเนินโรคได้ 3 ระยะ (สุเมธ, 2541) ดังนี้

1. ระยะแรก เริ่มตั้งแต่เซลล์ปกติของร่างกายได้รับสารก่อมะเร็ง เซลล์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ ระยะนี้ยังไม่แสดงอาการของการเป็นมะเร็ง
2. ระยะที่สองหรือระยะเงียบ ระยะนี้เริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์มากขึ้น แต่ก็ยังไม่เกิดอาการและอาการแสดง อาการเหมือนระยะแรก ระยะนี้อาจกินเวลานานซึ่งไม่สามารถระบุได้ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจใช้เวลานานถึง 10 ปี ผู้ป่วยที่ตรวจพบมะเร็งในระยะปัจจุบันอาจเคยได้สารก่อมะเร็งเมื่อหลายปีที่ผ่านมา
3. ระยะสุดท้าย เซลล์ปกติเกิดการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ร่างกายเริ่มมีอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเด่นชัด

มะเร็งศีรษะและคออาจแบ่งได้ตามระยะความรุนแรงจากน้อยไปมากเป็น 4 ระยะ (สุเมธ, 2541) ดังนี้

เส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 เซนติเมตร เกิดขึ้นเฉพาะที่ในอวัยวะที่เป็น เช่น ริมฝีปาก จมูก ลิ้น เป็นต้น

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มะเร็งมีขนาดโตขึ้น แผลหรือก้อนเนื้อมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 2-4 เซนติเมตร หรือขนาดเล็กกว่า แต่เซลล์มะเร็งได้กระจายสู่พื้นที่ใกล้เคียง เช่น มะเร็งริมฝีปากที่ลุกลามเข้าสู่กระพุ้งแก้มหรือเหงือก

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งได้แพร่กระจายไปสู่ระบบน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณใกล้เคียง เช่น มะเร็งริมฝีปากที่ตรวจพบก้อนต่อมน้ำเหลืองใต้คางหรือใต้กระดูกขากรรไกร

ระยะที่ 4 เป็นระยะสุดท้าย เซลล์มะเร็งมีขนาดใหญ่ และลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียงต่าง ๆ หรือแพร่กระจายสู่อวัยวะต่างๆ ที่อยู่ห่างจากเซลล์มะเร็ง เช่น ปอด ตับ กระดูก เป็นต้น

ตำแหน่งของโรคมะเร็งศีรษะและคอที่พบบ่อย

โรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่พบบ่อย ได้แก่ (Macdonald, 1995)

1. ช่องปาก (oral cavity) ได้แก่ ริมฝีปาก เหงือก บริเวณพื้นปาก (buccal mucosa) เพดานแข็ง (hard palate) และ 2 ส่วน 3 ของลิ้นส่วนหน้า (anterior 2/3 of the tongue)
2. ออโรฟาริงซ์ (oropharynx) ได้แก่ ต่อมทอนซิล (tonsil) โคนลิ้น (base of tongue) และ เพดานอ่อน (soft palate)
3. ไฮโปฟาริงซ์ (hypopharynx)

4. หลังโพรงจมูก (nasopharynx)
5. กล่องเสียง (larynx)
6. ต่อมไทรอยด์
7. โพรงอากาศจมูก (paranasal sinus)
8. ต่อมขั้วรอยด์
9. กระดูกกรามและกระดูกแมกซิลลา (mandible and maxilla)

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งศีรษะและคอ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอจะมีอาการแสดงแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรคและระยะของโรค โดยจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. อาการโดยทั่วไป ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลดมักพบในขณะได้รับรังสีเนื่องจากเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย ประกอบกับร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น เพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายและขับเซลล์ที่ตายออก อาการอ่อนเพลียนี้อาจเกิดจากภาวะซีดหรือเลือดจางเนื่องจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดได้ช้ากว่าปกติ (สมจิต, 2535) โดยเฉพาะในรายที่มีการเสียเลือดและน้ำเหลืองมาเป็นเวลานานจากรอยโรคและความไม่สมดุลของระบบชีวเคมีจะทำให้ระดับฮีโมโกลบิน และแอลบูมินในเลือดลดลง มีเกลือโซเดียมคั่งระหว่างเซลล์ได้ นอกจากนี้การขาดสารอาหารหรือได้รับอาหารไม่เพียงพอและการดูดซึมสารอาหารผิดปกติจะส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันด้านทานลดลง เกิดการติดเชื้อง่าย ขณะเดียวกันการลุกลามของเซลล์มะเร็งจะกระทบความสมดุลของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น กระบวนการเผาผลาญสารอาหารต่าง ๆ ในร่างกายเนื่องจากเซลล์มะเร็งจะดูดซึมออกซิเจนและสารอาหารได้ดีกว่าเซลล์ปกติ ทำให้ระดับไกลโคเจนต่ำ บางครั้งการเผาผลาญในเซลล์มะเร็งจึงเป็นแบบไม่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิดกรดแลคติก ส่งผลให้เกิดอาการเมื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเกิดความเจ็บปวดได้ (วรชัย, 2541)

2. อาการเฉพาะที่ในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอมีลักษณะอาการแตกต่างกันตามตำแหน่งที่ของโรค (ประยูทธ, 2544; สาวิตรี, 2541) ดังนี้

- 2.1 มะเร็งหลังโพรงจมูก ส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการมีก้อนที่คอ หูอื้อ มีเสียงดังในหู ซึ่งเกิดจากมะเร็งอุดตันท่อยูสเทเซียน (eustachian tube) บริเวณหลังช่องจมูกทำให้ของเหลวคั่งในหูชั้นกลางเกิดอาการหูอื้อขึ้นได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการอื่น ๆ เช่น ต่อมไทรอยด์ที่คอโตร้อยละ 30 (ประยูทธ , 2544; สุเมธ, 2541; Haggood, 2001)

2.2 มะเร็งช่องปากจะพบบริเวณ 2 ใน 3 ส่วนหน้าของลิ้น และพื้นปาก มักมาพบแพทย์ด้วยแผลเรื้อรัง ในระยะแรก ๆ มักไม่มีอาการปวด แต่ถ้ามะเร็งลุกลามลึกลงไปในส่วนนั้น ๆ หรือลุกลามไปตามเส้นประสาทหรือกระดูก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเฉพาะที่มากขึ้น ร้อยละ 30-45 จะมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต (ครุณี, 2539)

2.3 มะเร็งช่องคอ ประกอบด้วยมะเร็งส่วนโคนลิ้น ทอนซิล เพดานอ่อน และผนังหลอดคอด้านหลัง อาการที่พบบ่อย คือ อาการเจ็บคอ กลืนเจ็บและปวดหู โดยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการกลืนลำบาก เสียงแหบ พูดไม่ชัด กลืนปากเหม็น หายใจหอบ

2.4 มะเร็งลิ้น ส่วนใหญ่พบบริเวณด้านหน้าหรือด้านใต้ เซลล์มะเร็งโคนลิ้นส่วนมากเป็นมะเร็งชนิดสแควมัสเซลล์ชนิดพัวดิฟเฟอเรนทิเอท (poor differentiate) จึงแพร่กระจายค่อนข้างรวดเร็ว โดยอาจลุกลามไปบริเวณข้างเคียงได้ (สาวิตรี, 2541)

2.5 มะเร็งสายเสียง อาการสำคัญที่พบได้บ่อย คือ เสียงแหบ เมื่อโรคลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บคอ เจ็บในหูหรือบริเวณขั้วรอยด์

2.6 มะเร็งส่วนเหนือสายเสียง (supraglottic) ระยะแรกมีอาการกลืนเจ็บ รู้สึกเหมือนมีก้อนในคอ เมื่อมะเร็งลุกลามจะมีอาการเสียงแหบ เจ็บในหู ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต หายใจมีกลิ่นเหม็น กลืนลำบากหรือกลืนลำบาก

2.7 มะเร็งส่วนใต้คอหอย (hypopharynx) มักมีอาการกลืนเจ็บ ปวดหู เมื่อมะเร็งลุกลามมากจะมีอาการกลืนลำบาก เสียงแหบ กลืนปากเหม็น และต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

2.8 มะเร็งของต่อมน้ำลายพาโรติด (parotid gland) มักมีอาการบวมหรือมีก้อนที่ตำแหน่งของต่อมน้ำลาย อาจปวดที่ก้อนหรือบริเวณใบหน้า กัดเจ็บ อ้าปากไม่ขึ้นและอาจพบต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ส่วนมะเร็งของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง มักไม่มีอาการเจ็บ

การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ

ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มีมากขึ้นถ้าผู้ป่วยมารับการตรวจหา มะเร็งในระยะเริ่มมีอาการ ก็จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาโรคมะเร็ง สามารถทำได้หลายวิธี คือ การผ่าตัด เคมีบำบัด ฮอรัโมนบำบัด การรักษาที่ระดับยีนส์ และรังสีรักษา

รังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 จะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ผู้ป่วยบางรายจะได้รับการรักษาด้วยรังสีเพียงอย่างเดียว บางรายได้รับการฉายรังสีก่อนผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด บางรายได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้เคมีบำบัด ซึ่งการเลือกใช้วิธีใดนั้นมีปัจจัยเกี่ยวข้องของหลายประการ เช่น ระยะของโรค ชนิดของมะเร็ง สภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคมะเร็งศีรษะและคอ เนื่องจากมะเร็งบริเวณนี้ส่วนใหญ่เป็นมะเร็ง

ชนิดสควมัส ซึ่งเป็นมะเร็งที่มีความไวต่อรังสีรักษา เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ได้ทั้งการมุ่งหวังให้โรคลุกลาม และเพื่อบรรเทาอาการชั่วคราว การใช้รังสีรักษาต้องใช้ต่อเนื่องกันหลายครั้ง ข้อดีของการใช้รังสี คือ ไม่เกิดอาการปวด ไม่สูญเสียอวัยวะต่าง ๆ รังสีที่จะผ่านเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็ง โดยเฉพาะ ส่วนข้อเสียของการใช้รังสีรักษา คือ รังสีจะไปทำลายต่อมน้ำลายในบริเวณช่องปากและคอ ทำให้ไม่สามารถสร้างน้ำลายได้ เกิดอาการปากแห้ง คอแห้ง เกิดการอักเสบของเยื่อช่องปาก มีการเปลี่ยนแปลงในการรับรส (สมจิต, 2535; Iwamoto, 2001) ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณกล่องเสียง หรือไฮโปฟาลังส์สัปดาห์ที่ 3-4 เสียงจะแหบมากขึ้น ควรพักเสียงและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อาการก็จะหายไปเอง หลังจากหยุดฉายรังสีไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ (Ahana & Kunishi, 1986; อ้างตามสมจิต, 2535)

หลักของการรักษามะเร็งศีรษะและคอ ก็เช่นเดียวกับมะเร็งทั่วไป แต่จะมีลักษณะพิเศษ คือ บริเวณนี้มีอวัยวะที่สำคัญ และเป็นอวัยวะที่มีเพียงหนึ่งเดียวในร่างกายอยู่หลายแห่ง ถ้าตัดออกก็จะมีส่วนที่จะทำหน้าที่ต่อไป รวมทั้งผลด้านความสวยงามที่จะต้องคำนึงถึง จุดประสงค์ในการรักษามะเร็งศีรษะและคอมี 2 เป้าหมายใหญ่ ๆ คือ (พวงทอง, 2534; Iwamoto, 1997)

1. การรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรค (radical or curative treatment) หรือเพื่อเพิ่มโอกาสอยู่รอดให้สูงขึ้น หมายถึงการทำลายก้อนเนื้องอก ส่วนของมะเร็งที่ลุกลามเข้าไปในอวัยวะใกล้เคียง และบางครั้งอาจรวมถึงเซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย ไม่ให้เซลล์มะเร็งอยู่ในร่างกายเลย เพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำอีก อาจใช้วิธีการเพียงวิธีการเดียว หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน

1.1 การวินิจฉัยต้องแน่ชัดว่าเป็นมะเร็ง เพราะก้อนเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งจะไวต่อรังสีค่อนข้างน้อย

1.2 โรคมะเร็งอยู่ในระยะเริ่มแรกและไม่มีการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย จะทำให้การรักษาสามารถครอบคลุมฆ่าเซลล์มะเร็งได้ทั้งหมด

1.3 พยาธิสภาพของเซลล์มะเร็งไม่ควรมียลักษณะดังนี้ ก้อนมะเร็งโตเกิน 6 เซนติเมตร ลุกลามเข้ากระดูก แดกเป็นแผล หรือเป็นเนื้อตาย เพราะเป็นภาวะที่เซลล์ขาดออกซิเจนทำให้เซลล์ต่อต้านรังสี การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร

1.4 ต้องเป็นมะเร็งของอวัยวะที่เนื้อเยื่อทนต่อรังสีรักษาได้ดี เช่น เนื้อเยื่อปกติในส่วนของศีรษะและลำคอ จะทนต่อรังสีได้ประมาณ 7,000 เซนติเกรย์ ต่อ 7 สัปดาห์ ดังนั้นมะเร็งในส่วนนี้จึงใช้รังสีรักษาเพียงวิธีการเดียวก็สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ (พวงทอง, 2534)

2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการหรือประคับประคองอาการชั่วคราว (palliative treatment) เป็นการรักษาโดยไม่หวังผลอยู่รอดของผู้ป่วย แต่เพียงเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง นอกจากนั้นยังคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (พวงทอง, 2534; Iwamoto, 1994)

2.1 ระวังปวด การแย่งที่เซลล์ปกติ ก้อนมะเร็งที่โตมากขึ้นจะแย่งที่มากขึ้นการฉายรังสีทำให้ก้อนมะเร็งยุบลง

2.2 ระวังการมีเลือดออกหรือสิ่งขับหลังที่ออกจากมะเร็ง จากการที่มะเร็งแตกออกเป็นแผลและอักเสบ ทำให้ผนังเส้นเลือดเปราะบางและมีเลือดออกง่าย การฉายรังสีจะทำให้เส้นเลือดฝอยตีบและเลือดแข็งตัว เลือดจึงหยุดไหล

2.3 ลดแรงกดของเนื้องอก

2.4 ชะลอการเจริญเติบโตของเนื้องอก หรือหยุดการเจริญเติบโตได้ชั่วคราวซึ่งจะช่วยชะลออาการต่างๆของผู้ป่วยได้อย่างมาก

2.5 ระวังประคองด้านจิตใจไม่ให้รู้สึกว้าวเหมือนถูกทอดทิ้ง

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลิ้น พบว่าการฉายรังสีเป็นทางเลือกแรกที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาโดยใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะแรกร้อยละ 98 มะเร็งระยะที่ 2 ร้อยละ 91 และระยะที่ 3 ร้อยละ 38 (Chou, Wilder, Wong, & Forster, 2001) ถึงแม้ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับการให้เคมีบำบัดจะให้ผลของการรักษาดีกว่าการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว แต่ระหว่างการรักษาจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่เร็วและรุนแรงกว่า เนื่องจากผลของยาเคมีบำบัดจะทำลายเซลล์เยื่อช่องปากมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว จึงมักใช้ในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปี หรือผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ดีไม่มีโรคประจำตัว (Chou et al., 2001)

ในปัจจุบันรังสีรักษาได้ก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคมะเร็งมากขึ้น โดยอาศัยหลักการว่า เมื่อนำรังสีเอกซ์หรือรังสีอื่นที่มีลักษณะเฉพาะ ฉายลงไปที่เนื้อเยื่อของเนื้องอกหรืออวัยวะปกติใด ๆ ก็ตาม ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อมีชีวิต รังสีนั้นจะสามารถทะลุทะลวงเข้าไปและเนื้อเยื่อก็จะดูดซับรังสีเข้าไป เป็นปริมาณมากน้อยแตกต่างกันออกไป เนื้อเยื่อบางชนิดจะไวต่อรังสีมาก บางชนิดไวต่อรังสีปานกลาง บางชนิดไวต่อรังสีน้อยหรือบางชนิดอาจจะดื้อต่อรังสีเลยก็ได้ ซึ่งความไวต่อรังสีนี้จะมีผลต่อการรักษามาก เมื่อเนื้อเยื่อดูดซับรังสีไว้ ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น โดยรังสีจะมีผลไปหยุดยั้งการแบ่งตัวของเซลล์และตัดทางลำเลียงอาหารมายังเซลล์หรืออวัยวะนั้น ทำให้เซลล์มีการแตกสลาย แล้วอาจจะแห้งยุบ แล้วมีการฟื้นตัวของเซลล์ดีโดยรอบ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเกิดขึ้นกับเซลล์ที่มีการแบ่งตัวหรือมีการเจริญเติบโตเร็วกว่าปกติ ฉะนั้นเซลล์มะเร็งซึ่งมีการเจริญเติบโตเร็วก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมามากกว่าเซลล์ปกติ เนื้องอกหรือมะเร็งที่ไวต่อรังสี อาจจะยุบลงอย่างรวดเร็วแต่ก็อาจกลับมากลับเป็นซ้ำได้อีก ฉะนั้นผลของการใช้รังสีรักษา จะทำให้เซลล์เนื้อเยื่อปกติโดยรอบเปลี่ยนแปลงหรือเสียหายมากน้อยเพียงใด จึงมิได้ขึ้นอยู่กับความไวต่อรังสีอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเช่น ความทนทานของเซลล์ การฟื้นตัวของเซลล์ขนาดและตำแหน่งของมะเร็งรวมทั้งสุขภาพและความทนทานแข็งแรงของผู้ป่วยด้วย (ศิริพร, 2542)

เมื่อมีการนำรังสีรักษามาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งจะทำให้เกิดผลต่อเนื้อเยื่อในร่างกาย ดังนี้ (สุรชาติพิทย์, 2549) เมื่อรังสีผ่านเข้ามาในเนื้อเยื่อ รังสีจะทำปฏิกิริยากับน้ำ ซึ่งเป็นส่วนประกอบส่วนใหญ่ของเนื้อเยื่อ จากนั้นจะเกิดปฏิกิริยาทางเคมี ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (free radical) และอนุมูลอิสระจะไปทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนี้เป็นปฏิกิริยาทางอ้อม (indirect action) ชนิดของรังสีที่ทำให้เกิดปฏิกิริยานี้คือ รังสีเอ็กซ์ อิเล็กตรอน รังสีแกมมา และโปรตรอน ส่วนรังสีที่อยู่ในกลุ่ม high linear transfer เช่น นิวตรอน จะเกิดปฏิกิริยากับดีเอ็นเอ (DNA) โดยตรง การทำลายดีเอ็นเอจะทำให้เซลล์ตาย ซึ่งรังสีจะมีระยะต่าง ๆ ของวงจรเซลล์ คือ เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายหมุนเวียนเป็นวงจรเหมือนกันไม่ว่าจะเป็นเซลล์ปกติหรือเซลล์มะเร็ง โดยที่เมื่อเซลล์เกิดมาจะอยู่ในระยะ G₀ ซึ่งเป็นระยะพัก หลังจากนั้นจะเข้าสู่วงจรการเกิดเซลล์ในระยะ G₁ คือ การสังเคราะห์โปรตีนและกรดไรโบนิวคลีอิก (ribonucleic acid-RNA) จากระยะ G₁ ก็จะเข้าสู่ระยะ S ซึ่งจะมีการสังเคราะห์ DNA ซึ่งจะมี DNA เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อเซลล์สร้างโครโมโซมสมบูรณ์แล้ว ก็จะเข้าสู่ระยะ G₂ ระยะนี้อาจเรียกว่าระยะก่อนการแบ่งตัว (premitotic phase) เซลล์จะมีการสร้าง RNA ที่จำเป็นในการแบ่งตัว จาก G₂ ก็จะเข้าสู่ระยะแบ่งตัวหรือระยะ M (mitosis) ระยะวงจรของเซลล์ที่ไวต่อรังสีมากที่สุด ระยะ G₂ และ M และเซลล์ในระยะ S จะคือต่อรังสีมากที่สุด

การรักษาด้วยรังสีอาศัยหลักที่ว่า losing radiation สามารถทำลายเซลล์ที่มีชีวิต และที่สำคัญก็คือ จะมีการทำลายของเซลล์มะเร็งมากกว่าเซลล์ปกติเสมอ ในเซลล์ปกติที่อยู่ข้างเคียงเซลล์มะเร็ง เมื่อถูกรังสีจะมีการแบ่งเซลล์ไปเรื่อย ๆ และอาจมีวงจรชีวิตสั้นลงเพื่อเพิ่มจำนวนใหม่ถ้ารังสีถูกบริเวณนิวเคลียสของเซลล์ เซลล์จะถูกทำลายและปรากฏอาการข้างเคียงขึ้น ซึ่งถือเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อรังสี ในปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากรังสีให้น้อยที่สุด โดยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การรักษาโดยให้รังสีครั้งละน้อย ๆ การใช้เวลาในการรักษานาน การให้รังสีรักษาแก่ผู้ป่วยจำนวนหลายครั้ง ครั้งละน้อย ๆ (fractionation) จะทำให้เนื้อเยื่อปกติสามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมโดยการซ่อมแซมตัวเองและเซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น (พวงทอง, 2534) เพราะโดยปกติร่างกายจะไม่สามารถทนต่อรังสีขนาดสูงที่ให้เพียงครั้งเดียวได้ ความทนทานต่อรังสีจะจำกัดตามจำนวนขนาดรังสี และระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น โดยใช้หลักการชีวรังสี (radiobiology) ที่เรียกว่า “Four Rs” โดยหลักการนี้จะเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้สูงขึ้นได้ดังนี้ (สุรชาติพิทย์, 2549)

1. Repair คือ ความสามารถในการซ่อมแซมเซลล์ที่ได้รับรังสี ในเซลล์ปกติจะซ่อมแซมได้ดีกว่าเซลล์มะเร็ง ถ้าเซลล์ได้รับรังสีครั้งละไม่มาก และมีการเว้นระยะเวลาให้เซลล์ปกติซ่อมแซมตัวเองได้ ดังนั้นการทยอยให้รังสีปริมาณน้อย ๆ ทำให้เซลล์ปกติมีโอกาสซ่อมแซมตัวเองได้ดีขึ้น

2. Redistribution คือ การแบ่งให้รังสีครั้งละน้อย จะทำให้การทำลายเซลล์มะเร็งได้ดีกว่า เพราะถ้าให้รังสีเพียงครั้งเดียวอาจไม่ทำให้เซลล์มะเร็งตายหมด เพราะเซลล์บางตัวไม่อยู่ในระยะ G2 และ M ซึ่งตอบสนองต่อรังสีได้ดี

3. Reputation (regeneration) คือ การแบ่งให้รังสีครั้งละน้อยเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดการกระตุ้นให้เซลล์เกิดการแบ่งตัวเร็วขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการตอบสนองต่อรังสี หรือการซ่อมแซมเนื้อเยื่อได้ดี

4. Reoxygenation จากหลักการที่ว่า เซลล์มะเร็งที่อยู่ในภาวะขาดออกซิเจน จะไวต่อรังสีน้อย ซึ่งเซลล์พวกนี้จะอยู่ในใจกลางของก้อนมะเร็งที่เลือดไปเลี้ยงไม่ถึง ดังนั้นการให้รังสี เพื่อให้เซลล์รอบนอกถูกทำลายแล้ว จะทำให้เซลล์ส่วนกลางได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงมากขึ้น จึงทำให้มีความไวของรังสีต่อเซลล์มากขึ้น

ดังนั้น การแบ่งให้รังสีครั้งละน้อย ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม จะทำให้การควบคุมโรคมมีประสิทธิภาพสูงขึ้น สามารถลดผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและในระยะยาวได้ จากการให้รังสีรักษาครั้งละน้อยเป็นการเปิดโอกาสให้เซลล์ปกติของร่างกายมีการฟื้นตัวจากการได้รับผลกระทบจากรังสีทำให้ออกซิเจนเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา และลดความรุนแรงของผลข้างเคียงของการรักษาได้มาก (พวงทอง, 2534; Iwamoto, 1997) ในการฉายรังสีทั่วไปจะฉายวันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 fraction (F) ติดต่อกัน 5 วันใน 1 สัปดาห์ โดยปริมาณของรังสีต่อ 1F ประมาณ 180-200 เซนติเกรย์ (สุชาติพิทย์, 2549) ถ้าเป็นการรักษาโดยการฉายรังสีเพียงวิธีเดียว ปริมาณรังสีทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 6,000-7,000 เซนติเกรย์ (พวงทอง, 2534; Baker & Feldman, 1987; อ้างตาม โชมพัตตร์, 2541) ถ้าเป็นการรักษา ร่วมกับการผ่าตัดหรือเคมีบำบัด ปริมาณรังสีทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 3,000-5,000 เซนติเกรย์ ถ้าเป็นการรักษาเพียงเพื่อบรรเทาอาการ ปริมาณรังสีที่ใช้ทั้งหมดประมาณ 3,000 เซนติเกรย์ (พวงทอง, 2534)

ผลกระทบของรังสีรักษา

รังสีรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้แก่ ผลกระทบทางกาย ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

การฉายรังสีลงบนอวัยวะใด ๆ ก็ตาม ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นทั้งกับเนื้อเยื่อที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ และเนื้อเยื่อที่ปกติในบริเวณรอบ ๆ รอยโรค ฉะนั้นในการฉายรังสีนอกจากจะมีประโยชน์ในด้านการรักษาแล้ว ยังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ดีโดยรอบอีกด้วย รังสีอาจเกิดขึ้นช้าหรือเร็วแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ ระยะเวลาของการรักษา

บริเวณหรือตำแหน่งที่ได้รับรังสี ความทนทานหรือสภาพร่างกายผู้ป่วย และธรรมชาติของเซลล์ที่มีความไวต่อรังสีแตกต่างกัน ซึ่งอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะมีเฉพาะที่และโดยทั่วไป (พรศรีและประมุข, 2536; Strohl, 1999; Iwamoto, 2001) ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่

1.1 การเกิดปฏิกิริยาจากรังสีที่ผิวหนัง มักเริ่มเกิดขึ้นหลังการรักษาประมาณ 1-2 สัปดาห์ (ศิริพร, 2542; Connie, 2000) พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษายังคงมีความไม่สบายจากการอักเสบของผิวหนัง (Walker, 1982) การอักเสบของผิวหนังเกิดขึ้นระหว่างการรักษา และภายใน 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการรักษา ถือเป็นอาการอักเสบระยะเฉียบพลัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ก่อให้เกิดความไม่สบายแก่ผู้ป่วยอย่างมาก อาการและอาการแสดงจะปรากฏขึ้น โดยเริ่มจากบวมแดงในระยะเริ่มแรกที่เริ่มฉายแสงในขนาด 1,000-2,000 เซนติเกรย์ (Dunne-Daly, 1995) รังสีจะเปลี่ยนเป็นความร้อนทำให้หลอดเลือดแดงใต้ผิวหนังขยายตัว อาการคือ ผิวหนังร้อนแดงคล้ายถูกความร้อน อาการนี้มักจะเป็นอยู่นาน 2-3 วัน แล้วจะค่อย ๆ หายไปเอง หลังจากนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับรังสีเพิ่มมากขึ้นจะเกิดอาการผิวหนังแห้งและลอกเป็นสะเก็ด (dry desquamation) ผู้ป่วยจะรู้สึกผิวหนังแห้งกว่าปกติ คันและมีอาการลอกของผิวหนัง อาการมักเกิดขึ้นหลังได้รับรังสี มากกว่า 3,000 เซนติเกรย์ เนื่องจากรังสีที่เพิ่มขึ้นจะไปทำลายต่อมเหงื่อและรากขน หากได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องหรือผู้ป่วยไปแกะเกา จะทำให้ผิวหนังแตก (วรวรรณ, 2533; สมจิต, 2536; Dunne-Daly, 1995) เป็นแผลเยิ้ม อาการนี้มักเกิดภายหลังได้รับรังสีมากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีดำคล้ำเนื่องจากการเพิ่มของเมลานิน (melanin) ในชั้นเบซอลล์ (basal layer) และจะเคลื่อนไปสู่ชั้นอีพิเดอร์มิส (epidermis) ลักษณะจะแห้งเป็นขุยหรือตกสะเก็ด สีที่คล้ำนี้จะคงอยู่ตลอดการรักษา มักพบได้ภายหลังรับรังสีมาแล้ว 4 สัปดาห์ ส่วนผลในระยะยาวได้แก่การเกิดเนื้อตายและพังผืด แต่ในปัจจุบันอาการข้างเคียงต่อผิวหนังพบว่ามี ความรุนแรงน้อยลงเนื่องจากการคิดค้นเครื่องฉายรังสีขนาดล้านโวลต์ (megavoltage therapy machine) ซึ่งมีพลังงานสูงพอที่จะทำให้เกิดปริมาณรังสีมากที่สุดที่ความลึกต่ำจากผิวหนังลงไปเป็นการลดผลของรังสีต่อผิวหนังลงได้ (Strohl, 1999)

1.2 ภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก

ผลข้างเคียงจากการฉายรังสีในผู้ป่วยแต่ละราย จะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปริมาณของรังสีที่ได้รับ ระยะเวลาที่ใช้ในการให้รังสีทั้งหมด บริเวณที่ได้รับรังสี ความไวของเซลล์ที่มีต่อรังสีและสภาพร่างกายของผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ และหน้าที่ของอวัยวะในช่องปากนี้เป็นปัญหาที่สำคัญที่รบกวนความสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอมากที่สุด ในการใช้รังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เมื่อต้องฉายผ่าน

หรือใกล้เคียงกับปาก ซึ่งประกอบด้วยเยื่อบุชนิดสแควมัสเซลล์ มีความไวต่อรังสีสูง และจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของช่องปากของผู้ป่วยเกือบทุกราย (Sonis, 1993; Strohl, 1999; Faber, 2000; Otto, 2001) ทั้งยังเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ การขาดอาหาร เป็นต้น

1.2.1 อาการปากแห้ง (xerostomia) ซึ่งเกิดจากการที่อซินาร์เซลล์ (acina cell) และท่อของต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลงไป มักเกิดขึ้นประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังได้รับการฉายรังสี อาการปากแห้ง มักเกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ เนื่องจากการฉายรังสีทำให้เซลล์ของต่อมน้ำลายเสียหายและทำให้เกิดการผลิตน้ำลายลดลง มักเกิดใน 1-2 สัปดาห์หลังได้รับรังสี (Iwamoto, 2001; The BC Cancer Agency, 2003) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำลาย ปริมาณน้ำลายจะลดน้อยลงอย่างรวดเร็วในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาเนื่องจากต่อมน้ำลายมีความไวต่อรังสีมากโดยที่ต่อมน้ำลายจะมีการสร้างน้ำลายลดลงเรื่อย ๆ คุณสมบัติของน้ำลายเปลี่ยนแปลงไป น้ำลายเหนียวข้นและมีฤทธิ์เป็นกรดมากขึ้น ส่งผลให้จับเชื้อโรคในช่องปากลดลง อาจทำให้เกิดฟันผุได้ เนื่องจากไม่มีน้ำลายช่วยชะล้างเอาแบคทีเรียที่ติดฟันออกไป รวมทั้งอาจมีการติดเชื้อในช่องปากได้ง่าย พบได้ทั้งเชื้อราและเชื้อแบคทีเรีย เช่น แบคทีเรียในลำไส้ (enteric bacteria) (Iwamoto, 1997) และมีปัญหาในการพูดและการกลืน ทำให้การกลืนเคี้ยวอาหารไม่สะดวก เพราะขาดน้ำลายช่วยในการหล่อลื่น (Gosselin & Pavilonis, 2002) ซึ่งอาการจะคงอยู่ประมาณ 3 สัปดาห์ภายหลังฉายรังสีครบ (Groenwald et al., 1993) ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีต่ำกว่า 6,000 เซนติเกรย์ สามารถหายจากอาการปากแห้งได้ แต่ถ้าได้รับรังสีมากกว่า 6,000 เซนติเกรย์จะทำให้เกิดอาการปากแห้งอย่างถาวร อาการจะมีความรุนแรงจนถึงระยะสุดท้ายของการรักษา และอาจมีระยะเวลาถึง 6 เดือน หรือยาวนานจนถึงหลังจากรักษาเสร็จสมบูรณ์ มีการศึกษาทางคลินิกพบว่า pilocarpine ลดความแห้งของช่องปากและตา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wiseman and Faulds, 1995) และจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ pilocarpine ในขนาด 5 มิลลิกรัม ชนิดแคปซูล โดยให้กับผู้ป่วยที่มีอาการน้ำลายแห้งจำนวน 31 คน รับประทานวันละ 3 เวลา เก็บน้ำลายวันละครั้งเป็นเวลาติดต่อกันนาน 5 เดือน pilocarpine พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 21 คนน้ำลายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยจำนวน 27 คนมีอาการปากแห้งน้อยลง พูด เคี้ยวและกลืนดีขึ้น มีผลข้างเคียงน้อย

1.2.2 เยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) เป็นอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเกือบทุกรายที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ เนื่องจากเยื่อภายในมีความทนทานน้อยกว่าผิวหนัง จึงเกิดอาการได้เร็วและรุนแรงกว่า หลังจากได้รับรังสีขนาดสูง ๆ จะเกิดการตายของเยื่อชั้นใน (mucosal epithelium) และมีการหลุดลอกเกิดเป็นแผล มักสังเกตพบได้หลังการฉายรังสี ในสัปดาห์ที่ 2-3 (Moore, 1984) การอักเสบในช่องปากเนื่องจากรังสี ทำให้การเจริญเติบโตและการ

แบ่งเซลล์เยื่อในช่องปากลดจำนวนลง แต่เยื่อช่องปากสามารถสร้างเซลล์ขึ้นมาทดแทนได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ เยื่อที่สร้างใหม่จะบาง ชิด และแตกง่าย ภายหลังจากฉายรังสี 3-4 สัปดาห์ผู้ป่วยจะเริ่มแสบในปาก เจ็บคอ โดยเยื่อในปากจะมีอาการบวมแดงต่อมาจะเกิดฝ้าขาวหรือเทปกคลุมฝ้าที่เกิดขึ้นนี้ถ้าถูกรบกวนกระเทือนก็จะหลุดลอกออกเป็นแผล (ศิริพร, 2542) หากอาการอักเสบรุนแรงมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Iwamoto, 1994) ความรุนแรงของการอักเสบในช่องปากจะเกิดสูงสุดเมื่อได้รับรังสี 6,000-7,000 เซนติเกรย์ ปฏิกริยาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและยังคงอยู่ 2-3 สัปดาห์ภายหลังจากฉายรังสีครบแล้ว (Iwamoto, 1991) อาการจะค่อย ๆ หายไปหลังฉายรังสีครบประมาณ 3 สัปดาห์ (Groenwald et al., 1993) เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีบริเวณศีรษะและคอประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ โดยรังสีจะเข้าไปยับยั้งการแบ่งตัวในระยะไมโทติก (mitotic) ให้ช้าลง เยื่อช่องปากจะเริ่มชิดเนื่องจากการหลุดลอกของเซลล์เยื่อช่องปาก เกิดการอักเสบภายในช่องปาก (Strohl, 1999) อาการนี้จะปรากฏชัดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสี 2,500 เซนติเกรย์ (พวงทอง, จิระภา, รัตนา, และวิภา, 2541) เมื่อฉายรังสีต่อไปจะเกิดอาการบวมและมีไฟบริน (fibrinous exudate) ชิมออกมาปกคลุม เมื่อลอกหลุดก็ทำให้เกิดแผลได้ โดยเฉพาะเวลาเคี้ยวและกลืนอาหาร ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อยหรือไม่ได้เลย

การอักเสบของเยื่อช่องปากสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (พวงทอง, 2534; สุชาติพิย์, 2549)

1) ระดับไม่รุนแรง (mild mucositis) การอักเสบในลักษณะนี้จะพบได้ในผู้ป่วยทุกราย โดยมีลักษณะเป็นจ้ำแดง ๆ กระจายทั่วไปมักเกิดขึ้นภายหลังได้รับรังสีประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ แต่ในรายที่ไวต่อรังสีก็จะพบได้ตั้งแต่ได้รับรังสีเพียง 1,000 เซนติเกรย์ ผู้ป่วยจะไม่มีอาการหรือมีอาการเจ็บระคายเคืองเพียงเล็กน้อย ถ้าตรวจดูจะพบว่าเยื่อช่องปากเปลี่ยนเป็นสีแดงอ่อน ๆ เท่านั้น การอักเสบนี้จะปกติภายหลังหยุดฉายรังสีแล้ว 2-3 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยใดที่เสริมความรุนแรงรวมทั้งได้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

2) ระดับปานกลาง (moderate mucositis) ระยะนี้พบว่า เยื่อช่องปากจะมีลักษณะสีแดงคล้ำจัดขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บในช่องปากและลำคอบวมมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสริมความรุนแรงของการอักเสบสามารถพบการอักเสบนี้ได้หลังได้รับรังสีประมาณ 2,000-3,000 เซนติเกรย์ โดยทั่วไปมักพบภายหลังได้รับรังสี 5,000-6,000 เซนติเกรย์

3) ระดับรุนแรงสูง (severe mucositis) จะพบเยื่อเป็นสีแดงจัดและมีบริเวณสีขาว ๆ คล้ำ ๆ กระจายอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะด้านข้างของลิ้น เพดานอ่อนและออโรฟาริงซ์ (Oropharynx) ซึ่งมักจะมีการติดเชื้อแทรกซ้อนเสมอ จะมีอาการเจ็บในช่องปากอย่างรุนแรงและมักปฏิเสธการ

รับประทานอาหาร แพทย์จะพักการฉายรังสีไว้ชั่วคราว จนกว่าสภาพเยื่อช่องปากจะกลับเป็นปกติ ซึ่งถ้าหยุดรังสีอาการต่าง ๆ จะดีขึ้น

การอักเสบของเยื่อช่องปากชั้นปานกลางถึงขั้นรุนแรงนี้ ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะกลับเป็นปกติภายใน 2-4 สัปดาห์

1.2.3 ฟันผุ (dental caries) มักเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาไปแล้วประมาณ 2-3 เดือน เนื่องจากความผิดปกติของต่อมน้ำลาย ปริมาณน้ำลายที่ลดลง และมีความเป็นกรดทำให้ความสามารถในการกำจัดแบคทีเรีย ทำให้เกิดฟันผุได้ (Iwamoto, 2001) ทั้งนี้การป้องกันฟันผุจากรังสีจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตรวจสอบสุขภาพฟัน ขูดหินปูนและถอนฟันที่ผุก่อนการรักษา ระหว่างและหลังการรักษา ร่วมกับการดูแลสุขอนามัยของช่องปากเป็นอย่างดีในระหว่างการรักษา เพื่อหลีกเลี่ยงอาการฟันผุจากรังสีรักษา

1.2.4 การเปลี่ยนแปลงในการรับรส (taste change) หรือการสูญเสียการรับรส (loss of taste) เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งอาการข้างเคียงจะเกิดเมื่อต่อมรับรสอยู่ในบริเวณฉายรังสี ร่วมกับอาการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก และอาการปากแห้งทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกรับประทานอาหาร (Groenwald et al., 1993) เกิดภาวะขาดอาหารตามมาได้ ความสามารถในการรับรสอาหารนี้มักเกิดภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับรังสีไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ 1,000 เซนติเกรย์ เนื่องจากไมโครวิลไล (microvilli) และผิวชั้นนอกของต่อมรับรสถูกทำลายจากการฉายรังสี ทำให้ต่อมรับรสเสื่อมและฝ่อไป (Strohl, 1999) อาการจะเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณรังสีที่ได้รับ ผู้ป่วยบางรายจะไม่สามารถรับรสอาหารใด ๆ ได้เลย (สุรชาติพิศ, 2549) แต่ความสามารถของการรับรสของอาหารจะดีขึ้นเรื่อย ๆ ภายใน 20-60 วัน หลังสิ้นสุดการรักษา และเป็นปกติภายใน 120 วัน (Strohl, 1999) โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการรับรสชาติอย่างสิ้นเชิงเมื่อได้รับรังสีไปแล้ว 3,000 เซนติเกรย์ (Dudjak, 1987) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ อายุเฉลี่ย 62.7 ปี ภายหลังจากที่ได้รับรังสีรักษาพบว่ามีอาการเคี้ยวลำบาก เจ็บคอ การรับรสชาติของอาหารเปลี่ยนแปลง น้ำลายเหนียวและเจ็บปาก ถึงร้อยละ 51.9 ถึง 86.9 (เอมอร, เขียวลักษณ์, สมจิต และเดิมศักดิ์, 2545) จากการศึกษาการรับรู้อาการแสดง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากและลำคอ ระหว่างกลุ่มที่ได้รังสีรักษาจำนวน 16 คน และกลุ่มที่ไม่ได้รับรังสีรักษา 13 คน พบว่ากลุ่มที่ได้รับรังสีรักษาจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น สูญเสียการรับรสชาติ อาหาร ปากแห้ง เคี้ยวอาหารลำบากและเจ็บแผลในปากมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับรังสีรักษา แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะรู้สึกวิตกกังวล เป็นทุกข์เกี่ยวกับความอยากอาหารที่ลดลง หรือปัญหาในการรับประทานอาหารของคนอย่างมาก (Lanquius, Ann, Bjorvell, Hjordis, Lind, & Magnus, 1993) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องเปลี่ยนลักษณะอาหาร โดยรับประทานอาหารอ่อน หรืออาหารเหลวที่มีโปรตีน

รับประทานบ่อยมือ รสชาติไม่เผ็ดร้อน หลีกเลียงอาหารรสเปรี้ยว หรือเป็นกรดมากเกินไป ถ้าเจ็บปวดมาก อาจใช้ยาอมให้ปากชา (Xylocaine Viscous) อมก่อนรับประทานอาหารเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด

1.2.5 การอ้าปากได้แคบกว่าปกติ (trismus) เป็นผลของรังสีต่อกล้ามเนื้อเทอริกอยด์ (pterygoid muscle) กล้ามเนื้อของช่องปากและบริเวณขากรรไกร (temporomandibular muscle) มีโอกาสทำให้เกิดเยื่อพังผืด ทำให้อึดตื้อนั้น ๆ เสียไป และเกิดอาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ (Shiba, 1999) อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับรังสี หรือภายหลังสิ้นสุดการรักษา โดยเฉพาะหากได้รับรังสีปริมาณสูง 6,000-7,000 เซนติเกรย์ ทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนถูกทำลาย และมีโอกาสเกิดพังผืดตามมาได้ อย่างไรก็ตามการสอนให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อ โดยการอ้าปากกว้างเต็มที่บ่อย ๆ หรือคาบจุกคอร์กขนาดใหญ่เพื่อขยายช่องปากทุกวัน วันละหลาย ๆ ครั้ง ๆ ละ 1-2 นาทีตลอดไปจะป้องกันปัญหาเหล่านี้ได้ (พวงทอง, 2534)

1.2.6 กลืนอาหารลำบาก (dysphagia) เป็นผลข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ ทำให้เกิดปัญหาในการกลืนและเกิดความเจ็บปวดขณะรับประทานอาหารเช้าจากการอักเสบของเยื่อช่องปาก อาการปากแห้ง โดยมีอาการหลังจากได้รับรังสี ประมาณ 2-3 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงระยะสุดท้ายของการรักษา และอาจมีระยะเวลานานถึง 6 เดือน ขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ

1.3 ภาวะ Osteomyelitis ของกระดูกกราม โอกาสเกิดได้เมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีผ่านช่องปากสูงกว่า 6,000 เซนติเกรย์ และอาจพบภาวะ Osteoradionecrosis เป็นผลจากการฉายรังสีในระยะหลังมักเกิดขึ้นบริเวณกระดูกกรามที่มีการระคายเคืองหรือติดเชื้อ (Iwamoto, 1994)

1.4 ผมร่วง (alopecia) เกิดจากต่อมรากผม (hair follicles) ถูกทำลายโดยตรงจากรังสีที่ได้รับ อาการจะเกิดขึ้นภายหลังการได้รับรังสี 2-3 สัปดาห์ หรือได้รับรังสีปริมาณ 2,500-3,000 เซนติเกรย์ ผมจะร่วงตลอดเวลาเมื่อได้รับรังสี 5,000-6,000 เซนติเกรย์ หรืออาจน้อยกว่านั้น ผมจะงอกขึ้นใหม่ 3-6 เดือนหลังการรักษาเสร็จ ผมที่งอกใหม่นี้จะมีสีหรือผิวของผมไม่เหมือนเดิม ถ้าได้รับรังสีสูง ๆ ประมาณ 6,000 เซนติเกรย์อาจทำให้ไม่มีกรงอกใหม่ของเส้นผมตลอดไป (Maher, 2000)

2. ภาวะแทรกซ้อนโดยทั่วไป

2.1 อาการอ่อนล้า (fatigue) อาการที่เกิดขึ้นไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอนแต่พบว่าเป็นอาการส่วนใหญ่ที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งไม่ทราบสาเหตุและกลไกการเกิดที่แท้จริง นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายทั่วไปอื่น ๆ ที่มักเกิดกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาตั้งแต่เริ่มการได้รับรังสีไปแล้วไม่กี่ชั่วโมงจนถึงหลาย ๆ วัน ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือบริเวณของร่างกาย และปริมาณของรังสีที่เนื้อเยื่อได้รับ อาการเหล่านี้ ได้แก่ ซีด คลื่นไส้

อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายและเบื่ออาหาร ในขณะที่ระหว่างการได้รับรังสีผู้ป่วยรับประทาน อาหารน้อยลงจากอาการปากแห้ง เยื่อบุช่องปากอักเสบ กลืนลำบาก เกิดอาการเหนื่อยล้า โดยที่ เกิดตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรักษาและจะรุนแรงขึ้นตามปริมาณรังสีและระยะเวลาที่ได้รับการรักษา (King et al., 1985) และจะสูงสุดในสัปดาห์ที่ 5 เนื่องจากอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย อาเจียน (Thomson, 1980) ประกอบกับที่ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่ถูก ทำลายไป เป็นผลให้ร่างกายมีพลังงานลดลงเกิดอาการอ่อนเพลียตามมาได้ (Continuum Cancer Center, 2003) เมื่อเซลล์ถูกทำลายจะเกิดการสะสมของเสียในกระแสเลือด (end product) ทำให้ เกิดการแตกและปล่อยของเสียออกจากเซลล์ (Sitton, 1997) หรือร่างกายอาจเผาผลาญโดยไม่ใช้ ออกซิเจน ซึ่งไหลเวียนไปทั่วร่างกาย ทำให้มีของเสียคั่ง โดยเฉพาะกรดแลคติก หากกรดแลคติกใน กระแสเลือดสูงถึง 0.03-0.1 กรัมเปอร์เซ็นต์หรือในกล้ามเนื้อสูงถึง 0.3-0.4 กรัมเปอร์เซ็นต์ กล้ามเนื้อจะหยุดทำงาน (พิชิต, 2535 อ้างตามอกันตรี, 2544) มีรายงานพบว่าผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง มักเกิดอาการอ่อนเพลียภายหลังได้รับการรักษาในแต่ละวันและจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในระหว่างรับ การรักษา นอกจากนี้ยังมีผลมาจากการมารับรังสีรักษาทุกวัน (Hilderley & Dow, 1992) และจาก การศึกษาของสเม็ธและคณะ (Smets et al., 1988) ได้ศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่ ได้รับรังสีรักษาจำนวน 250 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า ตั้งแต่เริ่มได้รับรังสีรักษาและเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องและมากที่สุดที่สุดในสัปดาห์สุดท้าย ซึ่งอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน ประจำวัน (Obest et al., 1991) และคุณภาพชีวิต (Ferrell et al., 1996; Piper, 1991, 1993 อ้าง ตามอกันตรี, 2544)

2.2 อาการเบื่ออาหาร (anorexia) มักเกิดขึ้นเมื่อเริ่มรับรังสีและค่อย ๆ สูงสุดในสัปดาห์ที่ 4 (King et al., 1985) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรสชาติอาหาร หรือรับรส เปลี่ยนไป (Knox, 1983 อ้างตาม แสงอรุณ, 2533) นอกจากนี้ภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าอาจทำให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานอาหาร (Rosenbaum, et al., 1981 อ้างตาม แสงอรุณ, 2533)

2.3 ความต้านทานโรคต่ำ จะพบการเปลี่ยนแปลงโดยจำนวนของเม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ จะลดลง ซึ่งอาจเนื่องจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดโดยตรงหรือมีการเสียเลือดจากภาวะ เลือดออกรวมทั้งจากการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูกลดลง พบว่าเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ลดลง อย่างรวดเร็วและจะกลับคืนสู่ระดับปกติช้ากว่าเม็ดเลือดชนิดอื่น ส่วนเม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือด ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนัก อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีมักต้องตรวจนับ เม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ (CBC) เป็นระยะ ๆ หากพบว่าอยู่ในระดับต่ำอาจจำเป็นต้องหยุดการฉายรังสี ชั่วครวณจนกว่าจำนวนเม็ดเลือดจะเข้าสู่ระดับปกติ พบข้อสังเกตว่า ถ้าเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับ ตั้งแต่ 2,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร หรือเกร็ดเลือดตั้งแต่ 80,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร

ลงมานับเป็นสัญญาณอันตราย เพราะผู้ป่วยอาจเกิดการติดเชื้อ และเกิดการเสียเลือดได้ง่าย (ศิริพร, 2542)

ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ

เมื่อเกิดอาการทางกายแล้ว อาการดังกล่าวก็มักส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามมาเสมอไม่มากก็น้อย ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1. ความกลัว อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง โดยทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัวผลข้างเคียงของการรักษา กลัวการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เพราะบริเวณศีรษะและคอ เป็นบริเวณที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ง่าย รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการชีครอยหมึกเพื่อกำหนดตำแหน่ง ผู้ป่วยมักจะกลัวตาย กลัวการถูกแยกจากคนรัก กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวไร้ความสามารถ กลัวต้องพึ่งพาคนอื่น กลัวความเจ็บปวด เมื่อได้รับรังสีก็กลัวเกี่ยวกับเรื่องผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการไหม้ของผิวหนัง หรืออาการเบื่ออาหาร เจ็บปากและคอ ตลอดระยะเวลาการฉายแสง กลัวการไม่หายเพราะก้อนเนื้อยังอยู่ไม่เหมือนกับการตัดก้อนเนื้อทิ้ง กลัวรังสีที่ไม่สามารถมองเห็นได้ (David, 1995) จากการศึกษาของ โชมพัคค์ (2541) ที่ศึกษาเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วย 6 รายที่รายงานว่า การฉายรังสีเป็นสิ่งที่น่ากลัว เนื่องจากการฉายรังสีเป็นของใหม่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และได้รับรู้ถึงความรุนแรงและผลเสียจากการฉายรังสีจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านที่ได้รับการบอกเล่าประสบการณ์ฉายรังสีในทางลบ

2. ความวิตกกังวล ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องขั้นตอนการรักษา และมักเข้าใจอยู่เสมอว่าแพทย์กำลังสงสัยว่าตนเองมีอาการลุกลามของโรคอยู่ มีความวิตกกังวลไม่สบายใจในการที่จะบอกญาติพี่น้อง เมื่อเกิดความวิตกกังวลนานๆจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนั้น ครัม (Krumm, 1982) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจะมีความวิตกกังวลมากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น ทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยอย่างมาก

3. อาการซึมเศร้า เป็นอารมณ์หนึ่งที่พบบ่อย เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตลอดจนเศร้าเสียใจที่ตนเองเป็นโรคที่คุกคามชีวิต จากการศึกษาของชไนเดอร์ (Schneider, 1978) ได้ศึกษาถึงทัศนคติและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 14 คน จะมีอาการซึมเศร้า 8 คน และไม่ซึมเศร้า 6 คน และจากการศึกษาของเอเดรย์ (Eerdley, 1986 อ้างตามอกันตรี, 2544) ถึงประสบการณ์การได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 39 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีรายงานถึงอาการซึมเศร้า ร้อยละ 47 ซึ่งเป็นผลมาจากการ

เปลี่ยนแปลงของร่างกายจากอาการข้างเคียงของการรักษา เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร เจ็บปากและคอ เป็นต้น

แม้ว่ารังสีรักษาจะมีประโยชน์อย่างมากในแง่การรักษา แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใช้รังสีรักษา โดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งศีรษะและคอซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยค่อนข้างซับซ้อนกว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณอื่น ๆ เนื่องจากมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเป็นโครงสร้างที่สำคัญในการรับประทานอาหาร เคี้ยว กลืนอาหาร ตลอดจนหายใจและการพูด นอกจากนี้ การรักษาด้วยรังสีนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการชี้แจงบ่งบอกถึงบริเวณการฉายรังสี ไว้บนใบหน้าและคอ ตลอดจนการรักษา ซึ่งเป็นเสมือนเครื่องหมายซึ่งแสดงถึงความเจ็บป่วย ด้วยโรคมะเร็งให้ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้นจากความรู้สึกอับอาย สูญเสียลักษณะที่ชวนมอง และสูญเสียความรู้สึกดีใจแก่ผู้พบเห็น รู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ และยังทุกข์ทรมานจากความกลัวต่าง ๆ โดยที่การได้รับรู้ว่าตนเป็นมะเร็งเท่านั้น ผู้ป่วยก็จะเกิดความกลัวและความกังวลเกี่ยวกับการรักษา รวมถึงความพิการและความตาย (David & Jill, 1995)

เนื่องจากการฉายรังสีในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ต้องฉายรังสีบริเวณใบหน้าทำให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะพบบริเวณช่องปากและคอซึ่งเป็นบริเวณที่สำคัญและมีความเกี่ยวเนื่องต่อกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญที่จะป้องกันและบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาไปซึ่งระยะจะเกิดอาการปากแห้งและต่อมาจะเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลช่องปากที่ดี อาจส่งเสริมให้มีอาการเยื่อช่องปากที่รุนแรงขึ้น ทำให้เจ็บปวดเคี้ยวอาหารลำบาก เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลงจะนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ (Michael & Charlottesville, 1989) และหากเจ็บปากมากขึ้น ทำให้ไม่ยอมทำความสะอาดช่องปาก ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ ดังนั้นการดูแลส่งเสริมสุขภาพในช่องปากจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

2. การประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ

เนื่องจากการฉายรังสี ส่งผลให้เกิดเปลี่ยนแปลงในช่องปาก อาการในช่องปากได้หลายลักษณะ ได้แก่ ปากแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ ปวดในช่องปากและคอ และการรับรสเปลี่ยนไป จึงมีผู้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในช่องปากให้ครอบคลุม ลักษณะต่าง ๆ ดังกล่าว เช่น ทองดี (2539) พัฒนาแบบประเมินช่องปาก 4 ด้าน ครอบคลุม อาการปากแห้ง อาการ

เยื่อช่องปากอักเสบ อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ และการเปลี่ยนแปลงของการรับรสในแต่ละด้านมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก เพียงสองอาการ คือ อาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้วิจัยจึงนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบประเมินอาการทั้งสองอาการ ดังนี้

1. แบบประเมินอาการปากแห้งเลือก ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการปากแห้งที่พัฒนาโดยทองดี (2539) เนื่องจากอาการปากแห้งเป็นอาการที่เป็นอัตนัย (subjective symptom) ผู้ป่วยสามารถประเมินด้วยตนเองได้ แบบประเมินนี้ แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง น้ำลายมีปริมาณปกติ น้ำลายใส ๆ

ระดับ 1 หมายถึง น้ำลายข้น รู้สึกปากแห้ง

ระดับ 2 หมายถึง น้ำลายแห้งลง เหนียวเป็นยาง

ระดับ 3 หมายถึง ไม่มีน้ำลายในปาก

2. แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

2.1 แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 1979) ซึ่งสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปากอักเสบ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ความสามารถในการรับประทานอาหาร ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปากทำการประเมินโดยการสังเกตและการตรวจในช่องปาก โดยบุคคลากรที่มีสุขภาพในส่วนของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นและความสามารถในการรับประทานอาหารประเมินจากการสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง โดยการประเมินความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง เยื่อช่องปากปกติ ไม่มีอาการอักเสบหรือเป็นแผล

ระดับ 1 หมายถึง เยื่อช่องปากเริ่มมีสีแดง มีแผลแต่ไม่มีอาการปวด หรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย

ระดับ 2 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผลสามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้

ระดับ 3 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผล รับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้

ระดับ 4 หมายถึง มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบอย่างรุนแรงจนไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารหรือทางหลอดเลือดทดแทน

2.2 แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ New scoring system ของ (Sonis et al., 1999) ซึ่ง Sonis et al. ได้ดัดแปลงมาจาก WHO index และ National Cancer Institute system เพื่อใช้สังเกตอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสีในมิติของอาการบวมแดงและการเกิดแผล ประกอบด้วย

2.2.1 การประเมินขนาดของแผลในช่องปาก 9 ตำแหน่ง คือ บริเวณริมฝีปาก ด้านบน ริมฝีปากด้านล่าง กระพุ้งแก้มด้านซ้าย กระพุ้งแก้มด้านขวา ด้านบน ด้านล่างและขอบลิ้นของลิ้นด้านขวา และลิ้นข้างซ้าย เพดานอ่อนและเพดานแข็ง โดยขนาดของแผลแต่ละตำแหน่งมีระดับความรุนแรง 0-3 คือ 0 หมายถึง ไม่มีแผลในปาก 1 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดของแผลรวมกันน้อยกว่า 1 cm^2 2 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกันรวมกันกว้างประมาณ $1-3 \text{ cm}^2$ 3 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกันรวมกันกว้างประมาณ 3 cm^2

2.2.2 การประเมินความรุนแรงอาการบวมแดงในช่องปาก 9 ตำแหน่ง คือ บริเวณริมฝีปากด้านบน ริมฝีปากด้านล่าง กระพุ้งแก้มข้างซ้าย กระพุ้งแก้มข้างขวา ด้านบน ด้านล่างและขอบลิ้นของลิ้นข้างขวาและข้างซ้าย ฟันปาก เพดานอ่อนและเพดานแข็ง โดยอาการบวมแดงในแต่ละตำแหน่งมีระดับความรุนแรง 0-2 คือ 0 หมายถึง ไม่มีอาการบวมแดงในช่องปาก 1 หมายถึง มีอาการบวมแดงในช่องปากแต่ไม่รุนแรง 2 หมายถึง มีอาการบวมแดงในช่องปากอย่างรุนแรง

รวมผลการประเมินระดับความรุนแรงทั้ง 2 ด้านใน 9 ตำแหน่ง และนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของอาการเยื่อช่องปากอักเสบโดยใช้สูตร (Sonis et al., 1999 อ้างตามเนตรสุวิณี, 2547)

$$\text{Mean mucositis} = 2.5 \left[\left(\sum u_i / 3 n_u \right) + \left(\sum e_i / 2 n_e \right) \right]$$

โดยที่ u_i คือ ระดับขนาดของแผลในช่องปากตำแหน่งที่ i

e_i คือ ระดับความรุนแรงของอาการบวมแดงในช่องปากตำแหน่งที่ i

n_u คือ จำนวนตำแหน่งที่ประเมินแผลในช่องปาก

n_e คือ จำนวนตำแหน่งที่ประเมินอาการบวมแดงในช่องปาก

\sum คือ ผลรวมของคะแนน

ค่าเฉลี่ยของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ มีค่าตั้งแต่ 0-5 ผู้ป่วยที่ได้ค่า 0 หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยที่ได้ค่า 5 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบมากที่สุด (Sonis et al., 1999 อ้างตามเนตรสุวิณี, 2547)

แบบประเมิน New scoring system ของ Sonis et al. (1999) นี้ใช้เพื่อสังเกตอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสี เพื่อความถูกต้องและความสะดวกในการประเมิน เป็นแบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบที่เนตรสุวิณี (2547) แปลและดัดแปลงมาใช้

เพื่อประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินของ Sonis et al. ฉบับแปลโดยเนตรสุวิณี เนื่องจากมีความละเอียดและครอบคลุมทุก ๆ มิติของการเยื่อช่องปากอักเสบ

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ

การได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัดในมะเร็งศีรษะและคอ มักเกิดผลข้างเคียงของการรักษาที่คล้ายคลึงกันและพบบ่อย พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอจะมีอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของการรักษาเสมอ (Graham, Pecorino, Ventura, & Mayer, 1993) การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมีความรุนแรงที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยมีสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นหรือน้อยลงดังต่อไปนี้ (พวงทอง, จีราภา, รัตนา, และวิภา, 2541; วิชาญ, 2544)

1. อายุ ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็ง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากได้มากกว่าผู้ใหญ่ (Cheng et al., 2001; Daniel, 2001; Graham et al., 1993) เนื่องจากในเด็กเซลล์เยื่อช่องปากจะมีอัตราการแบ่งตัวในอัตราที่เร็วกว่าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในระยะ mitosis phase ส่วนเนื้อเยื่อปกติของผู้สูงอายุจะซ่อมแซมตัวเองได้ช้ากว่าในผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของคอร์เบตท์ (Corbett, 1997) ที่พบว่าอายุและความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ทั้งนี้เนื่องจากเด็กป่วยยังดูแลตนเองได้ไม่ดีพอ และยังพบว่ามีปัญหาฟันผุเกิดขึ้นได้บ่อย และการศึกษาของ เบอร์เกอร์และอีเลอร์ (Berger & Eilers, 1998) พบว่าอายุมากมีผลต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากอัตราการซ่อมแซมของเซลล์เป็นไปได้ช้าในผู้สูงอายุ

2. สุขอนามัยของปากและฟัน ผู้ป่วยที่มีสุขอนามัยของปากและฟันไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากได้บ่อยกว่าผู้ป่วยที่มีสุขอนามัยของช่องปากดี การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยในช่องปากและฟันก่อนและขณะได้รับรังสีรักษาหรือได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่สะอาดเพียงพอจะทำให้เกิดการหมักหมมของเศษอาหารภายในช่องปาก อาจทำให้อาการเยื่อช่องปากอักเสบเกิดการติดเชื้อลุกลามรุนแรงขึ้นหากได้รับยาเคมีบำบัดร่วมด้วยจะยิ่งมีอาการรุนแรงมากขึ้น

3. ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน โรคไต มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากได้บ่อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีภาวะโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย

4. ชนิดของมะเร็ง ชนิดของมะเร็งก็มีผลกระทบต่ออาการภาวะแทรกซ้อนในช่องปากด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของเม็ดเลือดขาวมีโอกาสเกิดแผลในช่องปากได้บ่อยกว่ามะเร็งก้อนทุม

ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่ามะเร็งของเม็ดเลือดขาวมักเกิดในคนอายุน้อยกว่ามะเร็งก้อนทวมไขกระดูกถูกกีดการทำงาน

5. ตำแหน่งที่เป็นโรค ในกรณีที่อยู่ระยะที่เป็นมะเร็งทนต่อรังสีได้น้อย เช่น เยื่อช่องปากที่ไวต่อรังสี การฉายรังสีรักษาต้องให้ในปริมาณต่ำเพื่อลดอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษาของเซลล์เนื้อเยื่อปกติ

6. ชนิดของยา ยาในกลุ่มต้านเมตาบอลิซึม (antimetabolites) เช่น 5-fluorouracil, methotrexate และในกลุ่มยาฆ่าเชื้อ (antibiotics) เช่น dactinomycin, doxorubicin และ daunorubicin ทำให้เกิดแผลในช่องปากได้บ่อยกว่ายาในกลุ่มอื่น

7. ปริมาณรังสีและยาเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อผิวในช่องปากเกิดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับรังสีประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ โดยผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเจ็บแสบในช่องปากและคอเล็กน้อย เยื่อช่องปากมีลักษณะเป็นสีแดงเรื่อ ๆ กระจายอยู่ทั่วไป เมื่อได้รับรังสีในปริมาณ 2,000 ถึง 3,000 เซนติเกรย์ เยื่อช่องปากจะมีลักษณะสีแดงคล้ำ มีอาการเจ็บแสบในช่องปากและคอมากขึ้น และเมื่อได้รับรังสีในปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึง 6,000 ถึง 7,000 เซนติเกรย์ ผู้ป่วยจะเกิดอาการอักเสบทั่วช่องปากและคอ จะมองเห็นเยื่อช่องปากเป็นสีแดงจัด มีแผลและรอยจ้ำ ๆ กระจายอยู่ทั่วช่องปากและมีอาการเจ็บแสบในช่องปากและคออย่างรุนแรง กลืนอาหารและน้ำลำบากขึ้น เนื่องจากน้ำลายเหนียวข้นหรือบางรายอาจกลืนไม่ได้เลย ซึ่งแพทย์ต้องพิจารณาใส่สายยางให้อาหารแทนการได้รับรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัดจะยิ่งทำให้เกิดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากถูกทำลายมากขึ้นจากการที่เคมีบำบัดไปยับยั้งการแบ่งเซลล์หรือทำลายเซลล์ ทำให้เซลล์มีการซ่อมแซมตัวเองน้อยลงทำให้มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงมากขึ้นและจากการศึกษาของเบอร์เกอร์และอีเลอร์ (Berger & Eilers, 1998) พบว่า ในระยะก่อนให้เคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบมากขึ้น ภายหลังได้รับเคมีบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนให้เคมีบำบัด

8. ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา โดยทั่วไปการให้รังสีรักษาจะให้วันละน้อย ๆ ในแต่ละวันติดต่อกันวันเว้นวันเสาร์และอาทิตย์ โดยให้ครั้งละ 180 ถึง 200 เซนติเกรย์ต่อวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาในระยะเวลาที่สั้นที่สุด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามแพทย์จะให้การรักษา โดยมุ่งหวังลดขนาดของก้อนมะเร็งลงอย่างรวดเร็วเพื่อประคับประคองอาการและช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยจะให้รังสีในปริมาณสูงในแต่ละวันและใช้ระยะเวลาที่สั้นร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดจะช่วยให้การควบคุมโรคดีขึ้น แต่อาการแทรกซ้อนเนื่องจากเซลล์เนื้อเยื่อปกติที่อยู่บริเวณใกล้เคียงกับเซลล์มะเร็งถูกทำลายไปด้วยอย่างรุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถที่จะฟื้นกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ และการให้เคมีหรือรังสีรักษา

เป็นเวลานาน จะมีอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้บ่อยและนานขึ้น เนื่องจากไม่มีเวลาให้เซลล์ฟื้นฟูสภาพและหายได้

9. พื้นที่ที่ได้รับรังสีรักษา การฉายรังสีที่ครอบคลุมพื้นที่ในบริเวณกว้าง จะมีการกระจายปริมาณรังสีมากกว่าการฉายรังสีในบริเวณแคบ ทำให้เนื้อเยื่อในบริเวณนั้นได้รับปริมาณรังสีน้อยลงและเกิดอาการข้างเคียงรุนแรงน้อยกว่าการฉายรังสีในบริเวณแคบ

10. ความไวต่อรังสีและยาเคมีบำบัดของเยื่อช่องปาก ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความไวต่อรังสีและยาเคมีบำบัดของเยื่อช่องปากแตกต่างกันด้วยปัจจัยเสี่ยงคือ ประวัติของการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การกินหมาก การอมเมี่ยงหรือใบยาสูบและการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีความเข้มข้นสูง ผู้ป่วยที่เหล่านี้จะเกิดอาการระคายเคืองต่อเยื่อช่องปากมากกว่าผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง (Faber, 2000) ซึ่งทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อช่องปากจนเกิดการอักเสบ และมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ที่มีความแข็งแรงทนทานลดลง ไวต่อรังสี และเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อช่องปากมากกว่าคนที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้น หรือการมีโรคอื่นที่มีผลทำลายเนื้อเยื่อร่วมด้วย เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง จะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม

แนวทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ

ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ อันเนื่องมาจากรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ควรได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบหรือถ้าเกิดแล้วควรได้รับการดูแลเพื่อลดความรุนแรงลง พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษาโดยแบ่งระยะต่างๆตามการรักษา (ยุพิน, 2547; The Joanna Briggs Institute of Evidence Based Nursing and Midwifery, 1998) ดังนี้

ก่อนเริ่มการรักษา

การดูแลช่องปากขณะได้รับรังสีรักษา อาจทำได้โดยผู้ป่วยเองภายใต้การแนะนำจากพยาบาลในระยะแรก เนื่องจากการดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในช่องปาก ฉะนั้นการดูแลช่องปากอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ จะช่วยลดผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในช่องปากได้ สำหรับวิธีที่จะดูแลตนเองในขณะที่ได้รับรังสีรักษามี ดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยรักษาโรคฟันผุและโรคฟัน เนื่องจากหากได้รับการรักษาด้วยรังสีแล้วอาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นหลายอย่าง เช่น อาการปากแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ มีโอกาสติดเชื้อ

ได้ง่ายโดยเฉพาะระยะที่ร่างกายมีระดับเม็ดเลือดขาวต่ำ (Faber, 2000) และรังสีอาจทำให้กระดูกผุ จึงควรพบทันตแพทย์ เพื่อหาทางป้องกันและรักษา (Otto, 2001)

2) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของปากและฟัน วิธีคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของปากและฟันที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย การพบทันตแพทย์ และการดูแลความสะอาดของปากและฟันทุกวัน เพราะการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารและการรักษาสุขอนามัยในช่องปาก เพื่อส่งเสริมการหายของแผลได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพรหม (2545) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการหายของแผลในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงร่วมกับการให้คำแนะนำในเรื่องของการรับประทานอาหารและการรักษาสุขอนามัยในช่องปาก โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติจากทันตแพทย์ กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากทันตแพทย์ร่วมกับการให้ข้อมูลในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการรักษาสุขอนามัยในช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า การหายของแผลในปาก ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยจำแนกตามความกว้าง ความยาวและลักษณะของแผลที่ปรากฏ ส่วนในเรื่องของความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมการหายของแผลในปาก มีองค์ความรู้และศาสตร์ต่าง ๆ ที่นำมาใช้ ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ได้มีการนำออกซิเจนความกดดันสูงมาใช้ ร่วมกับการให้คำแนะนำ ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ นอกจากการได้รับรังสีรักษาที่ดีแล้ว หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อช่วยในการดูแลตนเอง จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขณะได้รับการรักษา

1. ประเมินและบันทึกสภาวะของช่องปาก อย่างน้อยวันละครั้ง ในเรื่องของความสะอาดปากและฟัน สี ความชื้นของเยื่อช่องปาก การเจ็บปวด การเกิดแผลในปาก และจำนวนการไหลของน้ำลาย และต้องล้างมือก่อนทุกครั้ง เพื่อลดเชื้อโรคจากมือเข้าสู่ผู้ป่วย พยายามใช้ไฟฉายและไม้กดลิ้นส่องดูในปาก ตรวจสอบแผลและบริเวณที่เจ็บปวด ประเมินเยื่อรอบ ๆ เพดานปาก สังเกตอาการผิดปกติของการพูด สอบถามอาการเจ็บในช่องปาก และลงบันทึกไว้

2. การดูแลและแนะนำการทำความสะอาดปากและฟัน ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลความสะอาดปากและฟันเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอนและหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ผู้ป่วยควรแปรงฟันอย่างน้อยที่สุด 4 เวลาทุกวัน (Otto, 2001) โดยมีแนวทางดังนี้

2.1 การแปรงฟัน ก่อนทำความสะอาดปากและฟันควรล้างมือให้สะอาด และเอาอุปกรณ์ในปาก เช่น ฟันปลอมออกเพื่อจะได้ทำความสะอาดปากและฟันได้ทั่วถึง ควรเลือกแปรงสีฟันที่มีขนาดพอเหมาะกับช่องปากและมีขนแปรงอ่อนนุ่ม เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อบริเวณเหงือกไม่ให้

เกิดแผล (Iwamoto, 1997) การเลือกแปรงสีฟันต้องมีลักษณะนุ่ม การแปรงฟันควรแปรงเบา ๆ ให้ถูกวิธีและให้ทั่วช่องปาก และเพื่อป้องกันการเกิดแผล ไม่ควรใช้แปรงสีฟันและแก้วนํ้าร่วมกับผู้อื่น และควรเปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 3-4 เดือน ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมาก มีเลือดออกในปาก ไม่ว่าจะเป็ตามไรฟันหรือส่วนอื่น ๆ ภายในปาก ต้องงดการแปรงฟัน โดยใช้ไม้ฟันสําลีหรือนํ้ายาบ้วนปากอมบ้วนปากแทนได้ ส่วนการเลือกใช้ยาสีฟัน ควรเลือกยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสม (Otto, 2001)

วิธีการแปรงฟัน ใช้วิธีการแปรงฟันแบบโมดิฟายด์เบส (modified bass) เป็นการแปรงฟันที่วางตำแหน่งแปรง ตรงคอฟันและขอบเหงือก ขนแปรงแตะตรงบริเวณ 1/3 ของคอฟัน นับจากเหงือกและขอบเหงือก ทำมุม 45 องศากับแกนยาวของฟัน ชี้เฉียงไปทางปลายรากฟัน กดปลายขนแปรงให้เข้ากับช่องเหงือกและซอกฟัน ออกแรงสั้น ๆ เบา ๆ ตามแนวราบด้วยระยะทางสั้น ๆ กลับไปกลับมา โดยที่ขนแปรงยังอยู่ในตำแหน่งเดิม แล้วบิดข้อมือให้ขนแปรงม้วนบิดมาทางด้านบนเคี้ยว ใช้วิธีถูเข้าถูออกเป็นช่วงสั้น ๆ เพื่อให้วางตำแหน่งของขนแปรงให้ถูกต้อง ง่ายต่อการเรียนรู้ และใช้เวลาน้อยในการกำจัดการบจุลินทรีย์ (อัชญสลิ, 2542) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากวิธีการแปรงฟันด้วยวิธีเบส (bass method) เน้นการแปรงบริเวณซอกฟันและร่องเหงือกได้ดีแต่ทำยาก

2.2 การขัดฟัน ในผู้ป่วยบางรายที่ต้องการขัดฟันด้วยด้ายขัดฟัน จากความเคยชินหรือเมื่อมีอาการติดซอกฟันที่แปรงไม่ออก หรือเพื่อลดการเกิดหินปูนควรเลือกด้ายขัดฟันชนิดที่เคลือบไข เพื่อช่วยลดโอกาสการเกิดบาดแผล ถ้ารู้สึกเจ็บขณะขัดฟัน ไม่ควรทำต่อไป ควรทำการขัดฟันเพียงวันละครั้งเท่านั้น ไม่ควรทำการขัดฟัน เมื่อมีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 40,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร

2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากกลั้วคอหลังแปรงฟันหรือขัดฟันนานอย่างน้อย 1-2 นาที เพื่อให้ น้ำชะซอกฟันจะทำให้ฟันสะอาดมากขึ้น ไม่จำเป็นต้องใช้นํ้ายาบ้วนปากก็ได้ จากการศึกษาของดอดจ์และคณะ (Dodd et al., 1996) ที่ศึกษาในผู้ป่วยนอกจำนวน 222 คนที่มารับเคมีบำบัด ทั้งหมดได้รับคำแนะนำในการทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ 0.12% Chlorhexidine บ้วนปาก กลุ่มที่ 2 ใช้นํ้าเปล่า ผลการวิจัยพบว่า นํ้าเปล่าช่วยลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้เท่ากับ Chlorhexidine จึงไม่จำเป็นที่จะต้องให้ Chlorhexidine ในการป้องกันอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ให้ใช้นํ้าเปล่าแทนได้เพื่อความสะดวกและประหยัด

ถ้าผู้ป่วยกลั้วคอไม่ได้ควรให้ผู้ป่วยใช้วิธีเคี้ยวสิริยะไปมา การใช้นํ้ายาบ้วนปากควรเลือกใช้ชนิดที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ต่ำ ไม่ระคายเคืองช่องปาก อาจใช้นํ้าเปล่าหรือนํ้าเกลือผสมอัตราส่วน 1 ช้อนชาต่อนํ้า 1 แก้ว หรือ โซเดียมไบคาร์บอเนต อัตราส่วน 1 ช้อนชาต่อนํ้า 1 แก้ว (Iwamoto, 1997) การใช้นํ้ายาอมบ้วนปากไม่ควรเทจากขวดเข้าปากโดยตรง

- 2.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟันตามกำหนดเวลา
- 2.5 ไม่ควรให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมะนาวไม่ควรใช้กลีเซอริน (glycerine) ทาในช่องปาก เพราะสารพวกนี้ทำให้น้ำลายลดลง เปลี่ยนความเป็นกรดต่างในช่องปาก ทำให้เยื่อช่องปากแห้ง
- 2.6 แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดทุกชนิด ผลไม้รสเปรี้ยว อาหารที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด เพราะระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก
- 2.7 ป้องกันการติดเชื้อในช่องปากเพราะจะส่งเสริมให้เกิดแผลในช่องปากมากขึ้น
- 2.8 แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา
- 2.9 แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีความชื้นมาก ๆ อาหารที่ปั่นหรือบดละเอียดเพื่อช่วยให้กลืนง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวโอ๊ต ข้าวต้ม ไข่ลวก หรือเลือกรับประทานอาหารอ่อน เย็นอาหารเหลวที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง เช่น อาหารประเภทซूपเคี้ยวจนเปื่อย สังกยา ไอศกรีม แดงโม วุ้น เต้าฮวยเย็น เป็นต้น และกระตุ้นต่อมรับรสด้วยอาหารที่มีกลิ่นหอม (Otto, 2001)
- 2.10 การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปากแห้ง ให้เคี้ยวหมากฝรั่งปราศจากน้ำตาล เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำลาย (Otto, 2001) พกน้ำดื่ม จิบบ่อย ๆ เมื่อรู้สึกมีอาการปากแห้ง
- 2.11 ใช้น้ำแข็งเพื่อความชุ่มชื้นในช่องปาก และลดอาการปวดจากอาการเยื่อช่องปากอักเสบ จากการศึกษาของทานตะวัน (2542) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการอมน้ำแข็งในการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบบผู้ป่วยนอกจำนวน 20 ราย ซึ่งผู้ป่วยทุกรายเป็นกลุ่มควบคุมในตนเองเพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยภายหลังได้รับการอมน้ำแข็ง และการดูแลตามปกติภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ ในระยะทดลองนอกจากจะได้รับคำแนะนำและการดูแลช่องปากตามปกติจากเจ้าหน้าที่หน่วยเคมีบำบัดแล้ว ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับคำแนะนำให้อมน้ำแข็งกลืนในปาก โดยเริ่มอมเป็นเวลา 5 นาทีก่อนฉีดเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำและอมต่อเนื่องทั้งขณะและสิ้นสุดการฉีดเคมีบำบัดจนครบ 30 นาที ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่อมน้ำแข็งกลืนในปากขณะได้รับเคมีบำบัดมีอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ความรุนแรงและจำนวนวันที่เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ น้อยกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .50$, $< .10$ และ $< .50$ ตามลำดับ) รวมทั้งเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบช้ากว่าในระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .50$) นอกจากนี้ยังพบว่า การอมน้ำแข็งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สะดวกและราคาไม่แพง
- 2.12 ใช้น้ำลายเทียม เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและช่วยหล่อลื่นในช่องปาก (Otto, 2001)

หลังการรักษา

1. แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดฟันและเหงือกหลังรับประทานอาหาร และก่อนนอนด้วยแปรงสีฟันหรือไม้ฟันลำดี หรือนิ้วมือพันผ้าก๊อช หรือใช้กระบอกฉีดยา ฉีดน้ำยาบ้วนปากเข้าไปทำความสะอาด (Otto, 2001)

2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปากเป็นประจำ ซึ่งการอมบ้วนปากด้วยน้ำธรรมดา ทุก 2-3 ชั่วโมงหรือทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร จะช่วยให้เกิดความชุ่มชื้น ลดอาการปากแห้ง และเพิ่มความอยากในการรับประทานอาหาร (Haggood, 2001)

3. ถ้าผู้ป่วยใส่ฟันปลอม แนะนำให้ถอดและทำความสะอาดทุกวัน และไม่ควรรีใส่ขณะที่นอนพัก เพื่อให้เหงือกได้พัก (Otto, 2001)

4. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเจ็บในปาก ได้แก่ อาหารหรือเครื่องดื่มที่ร้อน อาหารรสเผ็ด สุราและบุหรี่ (Otto, 2001)

5. แนะนำให้ตรวจสุขภาพปากและฟันด้วยตัวผู้ป่วยเองและบุคคลากรที่มสุขภาพโดยสังเกตการเกิดมีสีแดง ตึง และเป็นแผลที่ริมฝีปากหรือในช่องปากและรายงานแพทย์เพื่อทราบสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ พยาบาลควรให้การดูแลดังต่อไปนี้

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบระดับไม่รุนแรง ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้อาจไม่มีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรืออาจมีอาการเจ็บปวดเล็กน้อย ควรปฏิบัติดังนี้

1. ประเมินและบันทึกสภาวะของช่องปากวันละ 2 ครั้งทำการประเมินตามขั้นตอน โดยต้องล้างมือก่อนทุกครั้ง เพื่อลดการนำเชื้อโรคเข้าสู่ช่องปาก ดูแลความสะอาดปากและฟันทุก 2 ชั่วโมงดังนี้

1.1 แปรงฟันเบา ๆ แต่ต้องทำด้วยความระมัดระวังมากขึ้น

1.2 ไม่ใส่ฟันปลอมยกเว้นขณะรับประทานอาหาร

1.3 ไม่ขัดฟันด้วยด้ายขัดฟัน

1.4 ทาครีมฝีปากด้วยกลีเซอรินเมื่อจำเป็น

1.5 ให้อาการเจ็บปากเฉพาะที่เช่น สารละลาย lidocain 2-5% ทุก 2 ชั่วโมงหรือก่อนรับประทานอาหาร

2. ให้ความแนะนำในเรื่องการรับประทาน ดังนี้

2.1 หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและน้ำผลไม้ที่เข้มข้นสูงเช่น น้ำสับปะรด น้ำมะนาว เป็นต้น และควรดื่มน้ำอย่างเพียงพอ หรือจิบน้ำบ่อย ๆ

2.2 รับประทานอาหารอ่อนเพิ่มโปรตีน หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง ๆ

2.3 รับประทานอาหารอุ่น ๆ ไม่ร้อนจัด

2.4 ชั่งน้ำหนักและควบคุมอาหารให้ได้รับพลังงานมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวที่ลดลงจากน้ำหนักเดิม

2.5 อมน้ำแข็งเพื่อความชุ่มชื้นในช่องปากและลดอาการปวดจากอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบระดับปานกลางและระดับสูง ซึ่งในระยะนี้ ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากและคอบวมขึ้น จึงควรปฏิบัติดังนี้

1. ประเมินและบันทึกสภาวะของช่องปากวันละ 3 ครั้ง โดยต้องล้างมือก่อนทุกครั้ง เพื่อลดการนำเชื้อโรคเข้าสู่ช่องปาก

2. ดูแลทำความสะอาดปากและฟันทุก 2 ชั่วโมงดังนี้

2.1 การแปรงฟันใช้แปรงสีฟันที่เป็นฟองน้ำ หรือใช้สำลีพันปลายไม้ขัดถูฟันเบา ๆ

2.2 ใช้ยาป้ายปากชนิดอ่อนที่สามารถกำจัดเชื้อโรคในปากได้ ให้ยาแก้ปวด ยาฆ่าเชื้อรา ไวรัสและแบคทีเรียในปากตามแผนการรักษาหรืออาจใช้ครีมที่ผสมสเตียรอยด์ เช่น kenalog

2.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยเจ็บปวดมากแปรงฟันเองไม่ได้ ให้ม้วนน้ำเปล่าหรือน้ำเกลือ นอร์มัลบ้วนปากแทน

3. ประเมินความสามารถในการเคี้ยวและกลืนอาหาร จัดอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการเคี้ยวและกลืนอาหารของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารพอเพียง ผู้ป่วยบางรายอาจงดการให้อาหารทางปาก หรืออาจต้องให้อาหารทางสายยางหรืออาหารทางหลอดเลือดดำเมื่อจำเป็น

4. ประเมินสภาวะที่มีการติดเชื้อ การมีเลือดออกและอาการเจ็บปวดดังนี้

4.1 ประเมินสภาวะของปากและฟัน ได้แก่ ปวด เจ็บ บวม แดง ร้อนและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

4.2 ติดตามสภาวะที่มีเลือดออกและการบรรเทาอาการ เช่น หลีกเลี่ยงการเคี้ยวอาหารที่แข็งหรือเหนียว อมน้ำแข็ง หรือให้เกร็ดเลือดตามแผนการรักษา

4.3 ประเมินสภาวะการติดเชื้อในช่องปาก โดยการติดตามภาวะไข้และการเพาะเชื้อจากบริเวณแผล

การเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาหรือยาเคมีบำบัดเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบอยู่เสมอ สิ่งสำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยต้องตระหนักว่าอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบนี้เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้เมื่อได้รับรังสีรักษา หากมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ดีหรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว สามารถดูแลให้ตนเอง ให้เกิดความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบน้อยที่สุด โดยประเมินอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

และดูแลความสะอาดของปากและฟันอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ต้องตระหนักถึงปัญหาการเกิดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพราะเมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้ทันที ต้องใช้เวลา ดังนั้นเพื่อเป็นการลดปัญหาดังกล่าวพยาบาลจะต้องกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของปากและฟันอย่างเคร่งครัด สามารถประเมินและรายงานปัญหาและให้การดูแลได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม

ทฤษฎีการพยาบาลประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) ในทฤษฎีนี้ได้อธิบายการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ในการดูแลตนเองบางส่วนหรือการดูแลตนเองทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยอธิบายว่าบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่และพัฒนาตนเองตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัด โรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และการพัฒนาตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีความตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) โดยกิจกรรมที่จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองนั้นเรียกว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

โอเรียม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเอง (self-care: SC) เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อการดูแลตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ซึ่งการดูแลตนเองแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และเห็นว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมกับสภาวะการณนั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่า สิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณทั้งภายนอกและภายใน ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่

สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงจะสามารถ
พิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการ
กระทำจะต้องมีเป้าหมาย และที่สำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง
เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการ
ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนเองจะดำเนินการอย่างไร เพื่อ
จะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์
อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่
และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ใน
ชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อย่างถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครที่ช่วยได้บ้าง

ดังนั้นการกระทำของบุคคลตามแนวคิดการดูแลตนเอง แม้ว่าจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและ
มีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลปฏิบัติต้องทำเป็นนิสัย โดยพยาบาลต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความ
เข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายและตัดสินใจที่จะดูแลตนเองตามความต้องการ สร้างนิสัยในการปฏิบัติ
รวมถึงการสังเกตและการประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกได้ เมื่อสร้าง
นิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระ

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) เป็นภาวะที่
บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงบางส่วนหรือปริมาณหรือคุณภาพของ
ความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ หรือไม่สามรถจะใช้ได้เลย ในการที่จะตอบสนองต่อ
ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งอาจเป็นผลกระทบมาจากด้านสุขภาพ โอเร็ม (Orem, 2001)
กล่าวว่า ความพร้อมในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอใน
การตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอใน
อนาคต ดังนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นเกณฑ์ในการกำหนดการให้พยาบาล
ซึ่งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย หรือ
ผู้รับบริการ ในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยผู้ป่วย ในการพัฒนาความสามารถในการ
ดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด

ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self care requisites) เป็นการดูแลตนเอง
เพื่อส่งเสริมการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลได้แก่ การคงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และ
อากาศอย่างเพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายอย่างเป็นปกติ การรักษาความสมดุลระหว่างการทำ

กิจกรรมและการพักผ่อน การรักษาความสมดุลระหว่างการให้เวลากับตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ สวัสดิภาพ และการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองให้ถึงขีดสูงสุด

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการ ของแต่ละช่วงชีวิต หรือการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับพัฒนาการชีวิตของแต่ละบุคคล และการดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบต่อการพัฒนาการ

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (health deviation self care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วย การปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การรับรู้ และสนใจผลของพยาธิสภาพที่มีผลต่อร่างกาย การปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้ สนใจต่อความเจ็บป่วยและผลของการรักษา การยอมรับ การเรียนรู้ และปรับตัวต่อการมีชีวิตร่วมอยู่กับความเจ็บป่วย โดยสามารถผสมผสานการดูแลตนเองทั้งหมดเข้าด้วยกัน

ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวต้องอาศัยความรู้และการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสัญชาตญาณไปเมื่อทำได้สักระยะหนึ่ง การที่จะปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความพยายาม หรือไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระอีกต่อไป โดยพยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล จึงจะทำให้บุคคลปฏิบัติการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (goal oriented) โดยที่พยาบาลต้องแน่ใจว่าผู้มารับบริการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาพิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบจึงสำคัญมาก เพราะหากดูแลตนเองได้ดี นอกจากจะลดอาการดังกล่าวแล้ว ยังสามารถป้องกันและลด อาการอื่นๆ บางอาการลงได้ เพราะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเหล่านั้น อาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

การที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น โอเร็ม (Orem, 2001) เชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งเป็นความสามารถที่สลับซับซ้อนของบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองให้บรรลุถึงความต้องการในการดูแลตนเอง ตลอดจนควบคุมกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ ประกอบด้วย ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม) เป็นต้น และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล 2) หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) นิสัยประจำตัว 6) ความตั้งใจ 7) ความเข้าใจในตนเอง 8) ความหวังในตนเอง 9) การยอมรับตนเอง 10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และ 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (power component: enabling capabilities for self-care) โอเร็ม (Orem, 2001) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำที่จงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับ

การดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) ความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งรักษาไว้ซึ่งบทบาทความรับผิดชอบและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยระยะต่าง ๆ ของการปฏิบัติ 3 ระยะดังนี้ 1) การคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเองความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน (transitive) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ และควรจะทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3) การลงมือปฏิบัติ (productive) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการเป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย

เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการคาดการณ์ สามารถประเมินความรู้สึกถึงอาการปากแห้ง ประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ สามารถบอกได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด เกิดเมื่อไหร่ รุนแรงมากน้อยเพียงใด และจะสามารถปฏิบัติตนอย่างไร ในการดูแลและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น สามารถวิเคราะห์ผลการดูแลตนเองได้เมื่อเกิดอาการดังกล่าว

การปรับเปลี่ยน สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษานั้น เป็นความสามารถในการคิด ตัดสินใจ เลือกรับประทานอาหารและการดูแลตนเองที่เหมาะสมและเลือกที่จะใช้วิธีการต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขอาการที่เกิดขึ้น สามารถปรึกษานักโภชนาการด้านสุขภาพ ประยุกต์ใช้วิธีต่างๆ ให้เหมาะสม และมีความมั่นใจในการแก้ไขภาวะต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

การลงมือปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยมีการดูแลและประเมินสุขภาพของช่องปากของตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะสามารถคาดการณ์และป้องกัน รวมทั้งแก้ไขอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญของบุคคล เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นแล้ว จะเป็นพื้นฐานนำไปสู่พลังความสามารถที่จะทำให้เกิดการดูแลตนเองตาม

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมดูแลตนเอง บุคคลนั้นจะสามารถปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) เป็นระบบที่เกิดจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้รับการตอบสนอง และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้องหรือได้นำมาใช้หรือได้รับการพัฒนา โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ระบบการพยาบาลที่พยาบาลกระทำด้วยความตั้งใจ โดยใช้ความรู้ความสามารถที่เรียนรู้และฝึกฝนมาโดยเฉพาะ การปฏิบัติต้องผ่านสัมพันธภาพและการตกลงร่วมกันกับพยาบาลหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองหรือบุคคลที่อยู่ภายใต้การดูแลได้รับการปกป้องและพัฒนาจนสามารถดูแลตนเองได้

สรุปความสัมพันธ์ของทั้ง 3 ทฤษฎีที่จะนำมาสู่การออกแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในครั้งนี้ โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และสามารถจัดการกับอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้ตามต้องการ สามารถเรียนรู้และตัดสินใจ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดูแลตนเองให้ดีที่สุด ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลจะกระทำโดยใช้วิธีสนับสนุนและให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางสร้างสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมพัฒนาการและการสอน ทั้งนี้การใช้วิธีการต่าง ๆ นั้นต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล จึงจะทำให้ระบบการพยาบาลที่ใช้มีประสิทธิภาพ

ระบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-education nursing system) เป็นระบบการพยาบาลระบบหนึ่งที่เกิดขึ้น เพื่อแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ระบบนี้ใช้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะเรียนรู้ และกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกระทำการดูแลตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้สอน สนับสนุนและจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเลือกที่จะกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเองได้ (Orem, 2001) โดยวิธีการช่วยเหลือมี 5 วิธี คือ การกระทำให้หรือกระทำแทน การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสร้างสิ่งแวดล้อม

2. การปฏิบัติทำแทนหรือกระทำให้ ทำโดยผู้ให้การช่วยเหลือใช้ความสามารถทั้งร่างกายและจิตใจให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้รับการช่วยเหลือมีสติหรือรู้สึกตัวดีต้องเป็นผู้อนุญาตให้ผู้ช่วยเหลือกระทำกิจกรรมให้ได้ แต่ถ้าผู้รับการช่วยเหลือไม่รู้สึกรู้สีกิจกรรมต่างๆ ทดแทนให้ต้องปฏิบัติโดยเคารพสิทธิของผู้รับการช่วยเหลือ โดยมีการตัดสินใจและวางแผนอย่างรอบคอบ ในการทดลองครั้งนี้ ไม่ได้มีการปฏิบัติทำแทนหรือกระทำให้ เนื่องจาก ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เพียงแต่ยังขาดทักษะและความรู้

3. การให้ความรู้ วิธีนี้เหมาะสำหรับที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในการดูแลตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจตัดสินใจด้วยตนเอง พยายามกับผู้ป่วยมีการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย (Orem, 2001) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรักษาที่ได้รับ พร้อมทั้งเหตุผลของการรักษา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ขนิษฐา, 2534) หลักในการให้ความรู้ที่สำคัญมีดังนี้ (สมจิต, 2543) ความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยจะต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ และเป็นสิ่งที่เพิ่มเติมจากความรู้เดิม และความพร้อมเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ นอกจากนี้วิธีการให้ความรู้ต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วม และการฝึกปฏิบัติ ปรับพฤติกรรม เนื้อหาและวิธีการสอนต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดจนต้องมีการประเมินผลโดยการซักถาม และสิ่งสำคัญที่ช่วยในการเรียนรู้คือสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

4. การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถตัดสินใจเลือกการดูแลตนเองได้ หรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ภายใต้คำแนะนำและการดูแลของพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปรับความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ซึ่งพยาบาลมักใช้วิธีชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

5. การสนับสนุน เป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากโรคสามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อการพัฒนาตนเอง หรือกระทบน้อยที่สุด เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมและกระทำการดูแลตนเองได้ในสภาวะการณ์ต่าง ๆ การสนับสนุนอาจเป็นกิริยาท่าทางของพยาบาล การสัมผัส หรือการช่วยเหลือทางร่างกาย คำพูดที่ให้กำลังใจ การแสดงการช่วยเหลือทางกาย บางคนอาจต้องการการช่วยเหลือทั้งทางร่างกายและอารมณ์ (Orem, 2001) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเริ่มที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แหล่งสนับสนุนยังรวมถึง แหล่ง

ของวัตถุสิ่งของที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง นอกจากการสนับสนุนจากพยาบาลแล้ว ยังมีบุคคลในครอบครัว และอาจเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่จะช่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกันขณะที่ผู้ป่วยกลับมาได้รับการบริการจากสถานพยาบาล (สมจิต, 2543)

6. การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่จะปฏิบัติการการดูแลตนเอง ผู้ให้การช่วยเหลือ จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นแรงจูงใจ ในการสร้างเป้าหมายที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมนี้รวมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและค่านิยม การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุนการใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ

นอกจากนี้ได้มีผู้นำรูปแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มมาใช้ทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งผลการวิจัยที่พบได้ผลดีในด้านลดอาการไม่สุขสบายบางอาการและการพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดภาวะอารมณ์ทุกข์โศกและความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้ (แสงอรุณ, 2533; Johnson et al., 1988; สมจิตและคณะ, 2540; 1991; อกันตรี, 2544)

งานวิจัยที่พัฒนาและทดสอบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง หมายถึงแบบแผนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่จัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษาซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดของโอเร็ม (Orem) ซึ่งสอดคล้องกับดอดด์ (Dodd, 2000) ที่ได้มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้ โดยจัดสัมมนาพร้อมกับพยาบาลผู้ชำนาญการเพื่อจัดทำวิธีการส่งเสริมและดูแลตนเองเพื่อลดอาการและความรุนแรงที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด และจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ปรับ The PRO-SELF Mouth Aware Program ของ (Dodd et al., 1996) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา เนื่องจากมีผลข้างเคียงใกล้เคียงกับเคมีบำบัดและอาการปากแห้งและเชื้อราช่องปากเป็นอาการที่เกิดร่วมกัน โดยในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem) ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล ชี้แนะ การส่งเสริมสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อม

การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก ค้นหาสถานการณ์จริง

ค้นหาปัญหาและประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา การดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษา การดูแลช่องปากอย่างถูกต้องเหมาะสม การตรวจช่องปากด้วยตนเอง การจัดการกับอาการของตนเองเมื่อมีอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ เพื่อให้การช่วยเหลือและแนะนำผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ตลอดจนช่วยส่งเสริมความสามารถและความพยายามดูแลตนเอง

3. การให้ข้อมูล เป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพัฒนาความรู้ (Orem, 2001) เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อไปอยู่บ้าน โดยข้อมูลที่ให้ต้องคำนึงถึงหลักสำคัญในการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดซึ่งหลักสำคัญในการสอน คือ

3.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ โดยพยาบาลต้องซักถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

3.2 ต้องคำนึงถึงความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วยเสมอ เพราะหากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย วิตกกังวล หรือซึมเศร้าจะทำให้เพราะจะทำให้เกิดข้อจำกัดในการเรียนรู้

3.3 เนื้อหาที่สอนต้องเสริมจากความรู้เดิม

3.4 เนื้อหาที่สอนต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับ เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน

3.5 ควบคุมสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมการเรียนรู้

3.6 ต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผนและเลือกวิธีดูแลตนเองร่วมกัน

การจัดกิจกรรมการให้ข้อมูล ผู้วิจัย ได้ให้ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาประยุกต์ใช้โดยให้ข้อมูลความรู้ เช่น การสอนอย่างมีแบบแผน แจกเอกสาร ใช้แผ่นภาพประกอบการบรรยาย

จากการศึกษาของฮาโกเปียน (Hagopian, 1991) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 69 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 รายและกลุ่มควบคุม 31 ราย โดยสุ่มดำเนินการ โดยให้กลุ่มทดลองฟังเทปที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับรังสีรักษา การดูแลตนเองเกี่ยวกับผลข้างเคียงของรังสีรักษา และให้ผู้ป่วยนำเทปไปฟังได้นานเท่าที่ต้องการ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับความรู้โดยการฟังเทปมีความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงมากขึ้น

2. การชี้แนะ เป็นการฝึกปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้รับการสอน การชี้แนะให้ปฏิบัติ และการทดลองปฏิบัติ และการประเมิน โดยการสาธิตย้อนกลับของผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ภายใต้คำแนะนำของพยาบาล ซึ่งการชี้แนะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้

3. การส่งเสริมสนับสนุน โดยผู้วิจัยได้ให้กำลังใจ การกระตุ้นรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย ตั้งแต่วันแรกที่ได้รับบริการวางแผนการพยาบาลร่วมกันของแพทย์และพยาบาล และตลอดระยะเวลาของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ให้ โดยทุกขั้นตอนจะต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย กล่าวชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสอนและการดูแลตนเองในการได้รับรังสีรักษาได้

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งการพูดคุยกับบุคคลอื่นอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลและเกิดกำลังใจ รวมถึงการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของเนตรสุวิทย์ (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกภายหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนซึ่ง ซึ่งประเมินอาการเยื่อช่องปากอาการเดียว โดยประเมิน 3 ครั้งหลังได้รับเคมีบำบัด 9 วันหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 2 และ 3 และมีการใช้โทรศัพท์ติดตามผลเพื่อวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองในวันที่ 1 7 และ 14 ของการได้รับเคมีบำบัด

Dodd et al. (1996) ศึกษาถึงประสิทธิภาพของ The PRO-SELF Program ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดได้ทำการวิเคราะห์ The PRO-SELF Mouth Aware Program มีประสิทธิภาพในการป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบโดยสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอริเอมว่า เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ซึ่งเป็นการจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง

โดยในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ที่ได้ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพในช่องปากจะมีความรู้และความสามารถในการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง รวมทั้ง

สามารถประเมินช่องปากด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม และลดระดับความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบที่อาจเกิดได้จากการได้รับรังสีรักษา

ความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจากผลข้างเคียงของการรักษาดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา โดยต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันต้องมีการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย เพื่อรักษาโครงสร้างหน้าที่และฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองได้ ฉะนั้นสรุปได้ว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด คือ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองโดยวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม ฉะนั้นบุคคลจะต้องทราบการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนที่จะลงมือกระทำ และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตัดสินใจความพร้อมในการดูแลตนเอง และตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้น ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จึงเป็นความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปและความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดจากโรคและการรักษาเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ซึ่ง คูบริชท์ (Kubrichit, 1984) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งในตำแหน่งต่าง ๆ ที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 30 รายพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 553 ข้อ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันอันตราย รองลงมาเป็นเรื่องเกี่ยวกับอาหาร น้ำ การพักผ่อนและการมีกิจกรรม ส่วนการทำหน้าที่และพัฒนาให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นตลอดจนการดูแลตนเองเกี่ยวกับการหายใจ เป็นความต้องการอันดับถัดมาตามลำดับ นอกจากนี้วรธรรม(2533) และแสงอรุณ (2533) ได้สรุปความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาไว้และการศึกษาของนิตยา (2534) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เกี่ยวกับเรื่องการให้คำแนะนำ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้และปรับปรุง

บางส่วนให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ โดยเพิ่มเติมและเน้นให้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาต่อไปนี้

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่ว ๆ ไปได้แก่

1.1 รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายโดยรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่โดยเฉพาะโปรตีนพวกเนื้อสัตว์ นม ไข่ ปลา เป็นต้น ประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของต่อมรับรสอาหารทำให้มีความไวต่อการรับรสอาหารน้อยลง รับประทานอาหารมากขึ้นเกิดความรู้สึกขมเมื่อรับประทานเนื้อสัตว์ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน จึงควรเสริมด้วยการรับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้อ จำพวกอาหารอ่อนย่อยง่าย โดยรับประทานมื้อละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง งดอาหารที่มีรสหวานจัดและอาหารมัน หรืออาจจะเป็นเครื่องดื่มที่มีประโยชน์และสามารถจัดหาได้ง่าย เช่น นมสด โอวัลติน นมถั่วเหลือง หากมีอาการน้ำหนักลด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนมาก รับประทานอาหารได้น้อยมากหรือน้ำหนักลดมาก ควรขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาล

1.2 ดูแลตนเองให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอโดยดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตร/วัน (Otto, 2001) ระหว่างรับการฉายแสง เพื่อให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆชุ่มชื้น โดยวางแผนแบ่งปริมาณน้ำดื่มและตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มให้ได้ครบตลอดช่วงวัน ในแต่ละวันไว้อย่างชัดเจน

1.3 คงไว้ซึ่งการมีเวลาเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น

1.4 การพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมงเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย

2. ความต้องการการดูแลตนเองเนื่องจากความเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ได้แก่

2.1 แสวงหาความรู้และข้อมูลในเรื่องของชนิด จุดประสงค์ ขั้นตอนและอาการข้างเคียงของการรักษา ขอรับการตรวจและขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น สนใจซักถามแพทย์หรือพยาบาล สนใจเข้ากลุ่มการสนับสนุนและให้ความรู้ หรืออ่านคู่มือการปฏิบัติตนที่ได้รับ

2.2 ปรับความสมดุลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากอาการข้างเคียงที่เกิดจากการฉายรังสี ได้แก่ การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีที่ได้ขีดเส้นทำเครื่องหมายไว้ การดูแลตนเองเพื่อลดการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก โดยตรวจสุขภาพปากและฟันก่อนการฉายรังสี (Otto, 2001) รักษาความสะอาดภายในช่องปากอย่างสม่ำเสมอ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และหมาก ซึ่งทำให้เยื่อช่องปากไวต่อรังสีและเป็นแผลได้ง่าย (Otto, 2001) นอกจากนี้ผลระยะยาวอาจทำให้ช่องปากแคบ ควรป้องกันโดยบริหารกล้ามเนื้อบริเวณช่องปาก หรือคาบจุกคอร์กวันละหลายๆ ครั้ง ครั้งละประมาณ 2-3 นาที หรืออ้าปากให้กว้างที่สุดวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที หรืออาจให้ทันตแพทย์ช่วยขยายช่องปากในกรณีที่ไม่สามารถอ้าปากด้วยตนเองได้ (สมจิต, 2536; Otto, 2001)

2.3 ปรับอัตมโนทัศน์โดยการยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งหาวิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ยอมรับการพึ่งพาผู้อื่นและตระหนักถึงควมมีคุณค่าในตนเอง

2.4 ดูแลตนเองเพื่อลดและบรรเทาอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีที่มีผลต่อไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาวอ่อนแอและลดจำนวนลง เพราะอาจทำให้ติดเชื้อได้ง่าย หลีกเลี่ยงการเข้าไปใกล้บุคคลที่มีการติดเชื้ออื่น ๆ บางรายอาจมีเลือดออกได้ง่ายจากเกร็ดเลือดต่ำ (Otto, 2001)

2.5 หาวิธีผ่อนคลายความเครียด และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา เช่น พูดคุยกับคนที่ไว้ใจ หรือสมาชิกในครอบครัว อาจใช้การฝึกสมาธิหรือวิธีอื่น ๆ ที่ได้ผล เป็นต้น

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยความต้องการการดูแลตนเองของตนจะเพิ่มขึ้น และจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลจะต้องมีการพัฒนาความสามารถในการเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2533) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยค่อนข้างสูงทั้งในขณะที่ได้รับรักษาและได้รับการรักษาครบ แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทั้งในขณะได้รับการรักษาและได้รับการรักษาครบ ยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังต่ำในเรื่องการออกกำลังกาย ด้านการพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น การหาความรู้ในการดูแลตนเอง การคิดทบทวนถึงสิ่งที่ทำในแต่ละวัน การทำให้ตนเองหายสงสัย หายกังวลหรือลดความไม่สุขสบาย การรับประทานอาหารให้ได้ครบทั้ง 5 หมู่ และการขยายช่องปากให้กว้าง เพื่อป้องกันการอักเสบไม่ขึ้น ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากความเชื่อและความเกรงกลัวแพทย์และพยาบาลในฐานะที่มีความสำคัญมากที่สุดในการรักษา จึงปฏิบัติตามคำแนะนำทุกอย่าง โดยไม่กล้าซักถามใด ๆ ทำให้ไม่สามารถคิดพิจารณาและหาวิธีการดูแลตนเองได้เพียงพอและเหมาะสม การแสวงหารูปแบบของการช่วยเหลือที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคิด พิจารณา หรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญ

จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและวิธีการดูแลตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ การสอน หรือการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ได้มีผู้ทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิภาพการให้ความรู้ หรือข้อมูลในรูปแบบของการสอนอย่างมีแบบแผน รวมทั้งการใช้สื่อการสอนต่าง ๆ เช่น เอกสารการสอน วีดีโอเทป แผ่นพับ พบว่าเป็นประโยชน์ในการให้เพิ่มความรู้ให้กับผู้ป่วย แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองได้ เพราะผลการวิจัยยังแตกต่างกัน โดยวิธีการดังกล่าวช่วยเพิ่มความรู้ให้ผู้ป่วยอย่างชัดเจน แม้ว่าการให้ความรู้ การสอน หรือการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวจะเพิ่มความรู้ได้ดี แต่การนำเอาความรู้ไปใช้ให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ยังไม่ได้ผลเพียงพอ

สอดคล้องกับการศึกษาของฮาโกเพน (Hagopian, 1991) ที่ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้โดยการใช้จดหมายแจ้งข่าว เกี่ยวกับโรค รั้งสีรักษาหรือการดูแลตนเองเป็นระยะทุกสัปดาห์ พบว่า ช่วยเพิ่มความรู้อให้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับจดหมายแจ้งข่าวมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญ แต่พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงจากรังสีทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ทำให้ทราบว่า การมีความรู้เพิ่มขึ้น ไม่ได้หมายถึงว่า ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่ดีขึ้นด้วยเสมอไป กล่าวได้ว่า บุคคลอาจมีความรู้แต่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเลือกใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติได้ โดยการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามแนวคิดของโอเร็ม เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำ เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง โดยเป็นพฤติกรรมที่จริงจังและมีเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะพินิจพิจารณาและตัดสินใจ และระยะดำเนินการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ระบบการพยาบาลของโอเร็มที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยมีทั้งระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Orem, 2001) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพในการป้องกันและบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยรังสีรักษา ถึงแม้ว่าจะได้ผลดีในแง่ของการทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ก็ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยด้านร่างกาย รังสีทำให้เกิดความเสียหายแก่เซลล์รอบๆ บริเวณที่ฉายรังสี เกิดอาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเยื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เยื่อภายในช่องปาก เกิดเป็นอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบ อาการที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหากไม่ได้รับการป้องกัน หรือจัดการเพื่อบรรเทาความรุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับอาการและการจัดการกับอาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น ปวด เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ส่วนอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบ การศึกษาส่วนใหญ่เน้นการทดสอบประสิทธิภาพของน้ำยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทำความสะอาดช่องปาก ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ สามารถทำได้ด้วยการดูแลช่องปากเป็นอย่างดี การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแล

ตนเอง โดยเฉพาะการดูแลช่องปาก จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โอเร็ม เป็นนักทฤษฎีการพยาบาลที่เสนอแนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยพยาบาลใช้ศักยภาพทางการพยาบาลของตนในการออกแบบระบบการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบนพื้นฐานของความสามารถที่มีอยู่เดิม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นหนึ่งในหลาย ๆ ทฤษฎีที่มีผู้นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา/ออกแบบระบบการพยาบาลเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ รวมถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าดอดด์และคณะ (Dodd et al., 1996; Dodd & Miaskowski, 2000) ได้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการเจ็บช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด ชื่อ The PRO-SELF Mouth Aware Program โปรแกรมดังกล่าวถูกนำมาใช้และทดสอบซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งคนไทย (เนตร์สุวิณี, 2547) พบว่า ได้ผลดีแต่เป็นการศึกษากับอาการเจ็บช่องปากอักเสบเพียงอย่างเดียว ยังไม่ครอบคลุมอาการปากแห้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด ผู้วิจัยมองเห็นว่าควรมีการขยายขอบเขตการศึกษาของดอดด์และคณะ และของเนตร์สุวิณี ไปยังผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ภายใต้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยผู้วิจัยออกแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ภายใต้ความเชื่อว่าพยาบาลจะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ การบรรเทาความรุนแรงของอาการปากแห้งและเจ็บช่องปากอักเสบได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่มวัดแบบอนุกรมเวลา (two-group time series design) ศึกษาผลของการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา วัดก่อน (T_0) ระหว่าง (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในแผนกศีรษะและคอ มะเร็งภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เข้ามารับการรักษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2551 ถึง พฤษภาคม 2552 และมีความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเป็นผู้มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ อายุ 18-59 ปี ไม่มีอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบก่อนการทดลอง ไม่มีประสบการณ์การได้รับรังสีมาก่อน ไม่อยู่ในการรักษาด้วยเคมีบำบัด การใช้ฮอร์โมนหรือฝังแร่ และได้รับการฉายรังสีรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาแล้วจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือต้องใส่สายยางให้อาหารระหว่างการศึกษา โดยทำการคัดออกและเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ ในระหว่างการศึกษจริง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกด้วยเกณฑ์ข้างต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) เท่ากับ .80 ซึ่งคำนวณจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษาของ เนตรสุวิณี (2547) พบว่า ขนาดอิทธิพลของความแตกต่างของเยื่อช่องปากอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม คำนวณได้

เท่ากับ 1.1 (ภาคผนวก ก) ซึ่งจะต้องการกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 17 รายต่อกลุ่ม (Cohen, p. 55) แต่เนื่องจากการศึกษาของ (เนตรสุวิณี, 2547) ศึกษาเฉพาะอาการเยื่อช่องปากอักเสบ แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีการศึกษาอาการปากแห้งด้วย ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 20 ราย รวมเป็น 40 ราย ซึ่งเมื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลแล้วพบว่ามีความน่าเชื่อถือสูงถึง .98-1.00 (ตาราง 9, 11, 12 และ 14) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงจัดว่าเพียงพอในการควบคุมความคลาดเคลื่อนจากการสรุปผลทางสถิติ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรกให้เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 20 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลองให้ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ โดยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในเรื่อง 1) เพศ 2) อายุ (ห่างกันไม่เกิน 5 ปี) และ 3) ได้รับปริมาณรังสีรักษาใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง (ต่างกันไม่เกิน 400 เซนติเกรย์)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในศึกษา มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมด รวมทั้งการปฏิบัติตัวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กินหมาก เป็นต้น (ภาคผนวก ง ตอน 1)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปากแห้ง เป็นแบบรายงานอาการด้วยตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาของทองดี (2539) ด้านการประเมินอาการปากแห้ง โดยเครื่องมือชุดดังกล่าว ทองดี นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างแพทย์รังสีรักษาและผู้สร้างเครื่องมือได้ความสอดคล้องของการ

สังเกตร้อยละ 100 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะแบบประเมินอาการปากแห้ง (ภาคผนวก ง ตอน 2)

แบบประเมินอาการปากแห้ง ผู้ป่วยเป็นผู้รายงาน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ระดับ 0 หมายถึง น้ำลายมีปริมาณปกติ น้ำลายใส ๆ ระดับ 1 หมายถึง น้ำลายข้น รู้สึกปากแห้ง ระดับ 2 หมายถึง น้ำลายแห้งลง เหนียวเป็นยาง ระดับ 3 หมายถึง ไม่มีน้ำลายในปาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบพัฒนามาจาก New scoring system ของ Sonis et al. (1999) ซึ่งผู้สร้างเครื่องมือคัดแปลงมาจาก WHO index และ National Cancer Institute system เพื่อใช้สังเกตอาการเยื่อช่องปากอักเสบ เนตรัสวีณ์ (2547) ได้นำมาแปลและดัดแปลงแบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบนี้ มาใช้กับคนไทยเพื่อความถูกต้องและความสะดวก (ภาคผนวก ง ตอน 3) อาการเยื่อช่องปากอักเสบ สามารถประเมินได้โดยผู้สังเกต (ผู้วิจัย) สังเกตสิ่งต่อไปนี้

3.1 ขนาดของแผลในช่องปาก (u) 9 ตำแหน่ง คือ บริเวณริมฝีปากด้านบน ริมฝีปากด้านล่าง กระจุกแก้มด้านซ้าย กระจุกแก้มด้านขวา ด้านบน ด้านล่างและขอบลิ้นของลิ้นด้านขวา และลิ้นข้างซ้าย เพดานอ่อนและเพดานแข็ง โดยขนาดของแผลแต่ละตำแหน่ง มีระดับความรุนแรง 0-3 คือ 0 หมายถึงไม่มีแผลในปาก 1 หมายถึงมีแผลในช่องปากขนาดของแผลรวมกันน้อยกว่า 1 cm^2 2 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกันรวมกันกว้างประมาณ $1-3 \text{ cm}^2$ 3 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกันรวมกันกว้างประมาณ 3 cm^2

3.2 ความรุนแรงของอาการบวมแดงในช่องปาก (e) 9 ตำแหน่ง คือบริเวณริมฝีปากด้านบน ริมฝีปากด้านล่าง กระจุกแก้มข้างซ้าย กระจุกแก้มข้างขวา ด้านบน ด้านล่างและขอบลิ้นของลิ้นข้างขวาและข้างซ้าย พื้นปาก เพดานอ่อนและเพดานแข็ง โดยอาการบวมแดงในแต่ละตำแหน่งมีระดับความรุนแรง 0-2 คือ 0 หมายถึงไม่มีอาการบวมแดงในช่องปาก 1 หมายถึง มีอาการบวมแดงในช่องปากแต่ไม่รุนแรง 2 หมายถึง มีอาการบวมแดงในช่องปากอย่างรุนแรง รวมผลการประเมินระดับความรุนแรงทั้ง 2 ด้านใน 9 ตำแหน่ง

3.3 จำนวนแผลในช่องปาก (n_u) และจำนวนตำแหน่งที่มีอาการบวมแดง (n_e) หลังจากผู้วิจัยนั้นนำค่าคะแนนที่ได้จากข้อ 3.1, 3.2 และ 3.3 มาคำนวณค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ โดยใช้สูตรดังนี้ (เนตรัสวีณ์, 2547; Sonis et al., 1999)

$$\text{Mean mucositis} = 2.5 \left[\left(\sum u_i / 3 n_u \right) + \left(\sum e_i / 2 n_e \right) \right]$$

โดยที่ u_i คือ ระดับขนาดของแผลในช่องปากตำแหน่งที่ i

e_i คือ ระดับความรุนแรงของอาการบวมแดงในช่องปากตำแหน่งที่ i

n_u คือ จำนวนตำแหน่งที่มีแผลในช่องปาก

n_e คือ จำนวนตำแหน่งที่มีอาการบวมแดงในช่องปาก

\sum คือ ผลรวมของคะแนน

ค่าเฉลี่ยของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ มีค่าตั้งแต่ 0-5 ผู้ป่วยที่ได้ค่า 0 หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยที่ได้ค่า 5 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบมากที่สุด (เนตร์สุวิณี, 2547; Sonis et al., 1999)

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินช่องปากอักเสบของ Sonis et al (1999) เนื่องจากเป็นการประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบที่สามารถสังเกตขนาดและความรุนแรงได้ชัดเจน

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากงานวิจัยของเนตร์สุวิณี (2547) โดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการดูแลช่องปากและปัญหาที่เกิดขึ้น แบบบันทึกการดูแลช่องปากชุดนี้ พัฒนาขึ้นเพื่อนำมาพัฒนาและส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามี 22 ข้อคำถาม โดยให้ผู้ผู้ป่วยทำทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินว่า ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง และเกิดปัญหาอย่างไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 ลักษณะของข้อคำถามมีทั้งบวกและลบ ข้อที่มีความหมายทางลบ (ข้อ 8, 14, 15, 18, 23, 24) ให้กลับคะแนนเป็นทางบวกก่อนการรวมคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง	3	2
ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง	2	3
ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	1	4

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนของคำถามทุกข้อมารวมกัน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวม คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองดี ส่วนคะแนนน้อย

หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองไม่ดี แบบประเมินชนิดนี้ ผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองเท่านั้น ไม่ได้ใช้เพื่อการประเมินประสิทธิผลของการทดลอง

2. เครื่องมือในการทดลอง (ภาคผนวก จ)

ในการทดลองนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการทดลอง ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ และใช้ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเองของผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ มาวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ดัดแปลงมาจาก The PRO-SELF Mouth Aware Program ของ Dodd et al. (1996; 2000) มีรายละเอียดในด้านการทำความสะอาดช่องปาก และชนิดของอาหารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมเพื่อลดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เนื่องจากอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่มักเกิดร่วมกันและเกิดได้จากการได้รับเคมีบำบัดและการฉายรังสี โดยเมื่อมีอาการปากแห้งเกิดขึ้นแล้ว มักทำให้อาการเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงขึ้น ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem) ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและได้รับรังสีรักษาเป็นรายบุคคล ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ๆ ละ ประมาณ 30-45 นาที (ดังแผนภาพที่ 2) โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ สนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างการได้รับรังสีรักษา ครอบคลุมเนื้อหาที่กล่าวมาข้างต้น และแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองในการพบกันครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถศึกษาดูด้วยตนเองเพิ่มเติมได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ความตรงของเครื่องมือ (validity)

ผู้วิจัยควบคุมคุณภาพเครื่องมือคือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่สร้างขึ้น โดยการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านซึ่งประกอบด้วย แพทย์รังสีรักษาผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและคอ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 1 ท่าน แล้วนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้

กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาและมีอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ 2 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่สร้างขึ้นไปใช้

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

แบบประเมินอาการปากแห้ง เป็นแบบวัดที่ผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงมาแล้ว (ทองดี, 2539) ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบซ้ำ แต่ในการทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 รายนี้ พบว่าผู้ป่วยเข้าใจและสามารถตอบแบบประเมินนี้ได้ ส่วนแบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ในระหว่างเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากแพทย์รังสีรักษา เป็นผู้ตรวจสอบซ้ำในด้านความถูกต้องทุกราย โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบก่อนลงบันทึก และแพทย์รังสีรักษาตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง ผลที่ได้อยู่ในระดับเดียวกันทุกราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีการดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมการก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมการด้านความรู้ โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องโรคมะเร็งศีรษะและคอและการรักษา อาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ และเรียนรู้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม จากทีมอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1.2 สร้างคู่มือการให้ความรู้ และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษาเพื่อใช้ในการทดลอง

1.3 ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตในการสำรวจรายชื่อ ประวัติการรักษา

1.4 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมศูนย์มะเร็งภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้ไปชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในแผนกรังสีรักษา

1.5 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ประวัติการรักษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและฐานข้อมูล

1.6 คีษานำร่องกับผู้ป่วย 2 รายที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ระยะเวลาที่ใช้ ปัญหา และอุปสรรค ซึ่งพบว่าคู่มือการให้ความรู้ที่จัดทำในครั้งแรก มีคำพูดบางคำที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ จึงปรับใช้ภาษาที่ง่ายขึ้น

2. ขั้นตอนการทดลอง (แผนภาพ 2)

2.1 ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาตามคุณสมบัติที่กำหนดตามขั้นตอนจำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ 20 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการวิจัย นัดเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินผลของรังสีต่อช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

2.3 เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ก่อน หลังจากนั้นดำเนินการทดลองในอีก 4 สัปดาห์ถัดมา ใช้ระยะเวลาการเก็บข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มรวม 8 สัปดาห์ดังแผนการทดลอง (แผนภาพ 2)

2.4 ทำการทดลองในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพแล้วดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามแบบฟอร์มการเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการในงานวิจัย โดยการอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และขกเลิกการเข้าร่วมวิจัยตามความต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น

กลุ่มควบคุม

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนด โดยจัดกลุ่มตัวอย่างให้เข้ากลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลให้แล้วเสร็จก่อนจะดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยตามปกติ ซึ่งไม่มีรูปแบบการพยาบาลที่ตายตัว

สัปดาห์ที่ 1

- เมื่อผู้ป่วยมารับการวางแผนการรักษาผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแล้ว ให้ผู้ป่วยกรอกแบบบันทึกส่วนบุคคล
- พยาบาลประจำการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปกติ
- ประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบโดยผู้วิจัย ครั้งที่ 1 (T_0)

สัปดาห์ที่ 2

- พยาบาลประจำการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปกติ
- ประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ

โดยผู้วิจัย ครั้งที่ 2 (T₁) ในวันแรกของสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 3

พยาบาลประจำการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปกติ ประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ โดยผู้วิจัย ครั้งที่ 3 (T₂) ในวันแรกของสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 4

พยาบาลประจำการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปกติ ประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ โดยผู้วิจัย ครั้งที่ 4 (T₃) ในวันแรกของสัปดาห์ที่ 4

- แจกสิ้นสุดการเก็บข้อมูล

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1

- เมื่อผู้ป่วยมารับการวางแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยกรอกแบบบันทึกส่วนบุคคล และตอบแบบวัดพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง

- ผู้วิจัยค้นหาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยจากการซักถาม สังเกตรวมทั้งค้นหา ปัญหาจากผู้ดูแลด้วย

- ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ครั้งที่ 1 (ภาคผนวก ง) ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการได้รับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและการดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษาตามแผนการสอน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การเลือกใช้แปรงสีฟัน วิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง การใช้น้ำยาบ้วนปาก การใช้ไหมขัดฟัน การสอนสาธิตการดูแลช่องปาก และการตรวจสภาพช่องปากด้วยตนเองและการจัดการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ โดยใช้แผ่นภาพประกอบการบรรยาย และสาธิตโดยใช้โมเดล หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับโดยผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติซ้ำอีกครั้ง

- ในการให้ความรู้และการฝึกทักษะต่าง ๆ ผู้วิจัยส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมให้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และแจก

แบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นให้ผู้ป้อนกลับไปประเมินและให้นำมาในสัปดาห์ต่อมา

- ประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบโดยผู้วิจัย ครั้งที่ 1 (T_0)

สัปดาห์ที่ 2

- เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ หรือมารับรังสีรักษาผู้วิจัยประเมินผลของรังสีต่อช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบครั้งที่ 2 (T_1)

- ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ครั้งที่ 2 เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบขึ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

- นำปัญหาที่พบจากการดูแลช่องปากเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาจากแบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น มาวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยโดยดูจากแบบประเมินช่องปากด้วยตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันครั้งที่ 1 ในวันที่พบกับผู้ป่วยในวันแรกของสัปดาห์ที่ 2 (T_1) ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยและให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมการบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ จัดให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง

สัปดาห์ที่ 3

- ผู้วิจัยประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ ครั้งที่ 3 (T_2)

- ผู้วิจัยให้ความรู้ครั้งที่ 3 โดยผู้วิจัยเข้าไปใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ ขึ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

- นำปัญหาที่พบจากการดูแลช่องปากเมื่อสัปดาห์ที่ 2 (T_1) จากแบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นมาวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยครั้งที่ 2 ในวันที่พบกับผู้ป่วยในวันแรกของสัปดาห์ที่ 3 (T_2) ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยและให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมการบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ จัดให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง

สัปดาห์ที่ 4

- ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อติดตามและประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้ง และเยื่อช่องปากอักเสบ ครั้งที่ 4 (T₄)
- ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการทดลอง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยในการนำความรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง

2.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอโดยภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างอาจมีการถอนตัวจากการให้การสนับสนุนและให้ความรู้ เพราะอาจต้องใช้เวลาในการประเมินช่องปากและการให้ความรู้ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการดังกล่าวให้บอกกับผู้วิจัย เพื่อให้การพยาบาลต่อไป (ภาคผนวก ข) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ ในการเก็บข้อมูลจริงไม่พบปัญหาที่ต้องรีบเข้าไปช่วยเหลือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วน

บุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ แบบ Yate's correction หรือ Fisher's exact test

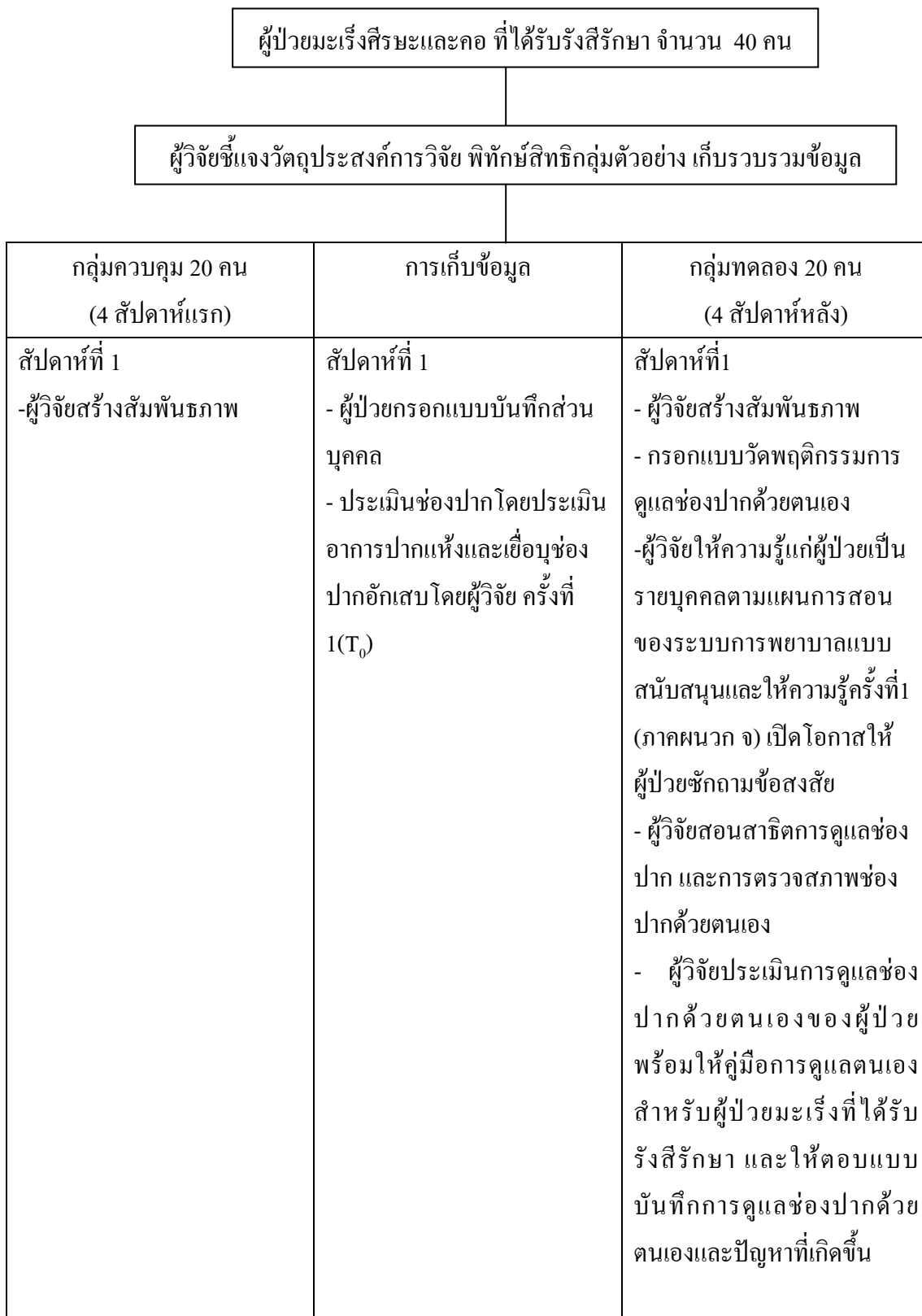
2. คะแนนความรุนแรงอาการปากแห้งและความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน (median) ฐานนิยม (mode) เพื่อบรรยายลักษณะของอาการปากแห้งและความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงอาการปากแห้งและความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ โดยใช้สถิติอนพารามेटริกเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอันดับแบบวัดซ้ำ (Friedman's test) เนื่องจากคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งและความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบของชุดข้อมูลสัปดาห์ที่ 3 (T_2) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงไม่สามารถใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ได้

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความรุนแรงอาการปากแห้งและความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละสัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 1 2 และ 4 ใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ของชุดข้อมูลสัปดาห์ที่ 2 (T_1) และ 4 (T_3) โดยนำคะแนนของสัปดาห์ที่ 1 (T_0) เป็นตัวแปรร่วม (covariate) เนื่องจากชุดข้อมูลของสัปดาห์ที่ 1 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (รายละเอียดจะนำเสนอต่อไปในบทที่ 4)

ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงอาการปากแห้งและความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 3 (T_2) เนื่องจากชุดข้อมูลของสัปดาห์ที่ 3 มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพารามेटริกในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวแปรร่วม (คะแนนของสัปดาห์ที่ 1 หรือ T_0) ได้ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้คะแนนความแตกต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 1 ($T_2 - T_0$) ด้วยสถิติแมน-วิทนีส์ ยู เทส (Mann-Whitney U test)

แผนภาพ 2 สรุปกระบวนการดำเนินการทดลอง



กลุ่มควบคุม 20 คน (4 สัปดาห์แรก)	การเก็บข้อมูล	กลุ่มทดลอง 20 คน (4 สัปดาห์หลัง)
<p>สัปดาห์ที่ 2</p> <p>พยาบาลประจำการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปกติของหน่วยงาน</p>	<p>สัปดาห์ที่ 2</p> <p>- ประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบโดยผู้วิจัย ครั้งที่ 2 (T₁)</p>	<p>สัปดาห์ที่ 2</p> <p>จัดระบบการให้ความรู้ครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยเข้าไปสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งเน้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น</p> <p>- นำปัญหาที่พบจากการบันทึกดูแลช่องปากเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา มาวางแผนร่วมกันครั้งที่ 1 (Z₁) ในวันที่พบกับผู้ป่วยครั้งที่ 2 ในวันแรกของสัปดาห์ที่ 2 ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยและจัดให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง</p>
<p>สัปดาห์ที่ 3</p> <p>พยาบาลประจำการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนของหน่วยงาน</p>	<p>สัปดาห์ที่ 3</p> <p>ประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบโดยผู้วิจัย ครั้งที่ 3 (T₂)</p>	<p>สัปดาห์ที่ 3</p> <p>- จัดให้ความรู้ครั้งที่ 3 ตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ</p> <p>- ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา</p>

กลุ่มควบคุม 20 คน (4 สัปดาห์แรก)	การเก็บข้อมูล	กลุ่มทดลอง 20 คน (4 สัปดาห์หลัง)
		<p>ที่เกิดขึ้น</p> <p>- นำปัญหาที่พบจากการดูแลช่องปากเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาวางแผนร่วมกันครั้งที่ Z_2 ในวันที่พบกับผู้ป่วยครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยและจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง</p>
<p>สัปดาห์ที่ 4</p> <p>- พยายามประจำการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนของหน่วยงาน</p> <p>- แจ้งสิ้นสุดการเก็บข้อมูล</p>	<p>สัปดาห์ที่ 4</p> <p>- ประเมินช่องปากโดยประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบโดยผู้วิจัย ครั้งที่ 4 (T_3)</p>	<p>สัปดาห์ที่ 4</p> <p>- ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการทดลอง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยในการนำความรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง</p>

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2551 ถึงเดือนพฤษภาคม 2552 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 อาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในแต่ละสัปดาห์ ระยะเวลาก่อนทดลอง (T_0) ระหว่างการทดลอง (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3)

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

3.1 การทดสอบความรุนแรงของอาการปากแห้งในแต่ละสัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 การทดสอบความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในแต่ละสัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องเพศ อายุ โรค การรักษาที่ได้รับและปริมาณรังสีรักษาใกล้เคียงกันก่อนการทดลองคือต่างกันไม่เกิน 400 เซนติเกรย์ ไม่มีประสบการณ์การได้รับรังสีมาก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้และได้รับการฉายรังสีสม่ำเสมอ และได้นำคุณสมบัติข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดมาทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการทดสอบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย (ตาราง 1)

จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 65) อายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม 52 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 72.5) มากกว่าหนึ่งในสามประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 37.5) รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 70) และทุกคนมีผู้ดูแล (ร้อยละ 100)

สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษามีตำแหน่งของโรคบริเวณไฮโปฟาริงซ์ คือ มะเร็งกล่องเสียง ไพริฟอร์มไชนัส และไฮโปฟาริงซ์ (ร้อยละ 37.5) มะเร็งช่องปาก ได้แก่ มะเร็งที่ลิ้น เหงือก เพดานปาก (ร้อยละ 32.5) มะเร็งของอโรฟาริงซ์ในที่นี้คือ มะเร็งทอนซิล (ร้อยละ 15) มะเร็งหลังโพรงจมูก (ร้อยละ 12.5) และมะเร็งที่ไม่ทราบมะเร็งต้นกำเนิด ในที่นี้คือมะเร็งใต้กระดูกขากรรไกร (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปริมาณรังสีก่อนการทดลองพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จะเข้าร่วมการทดลองก่อนการรักษาด้วยรังสีรักษา 1 วัน (ร้อยละ 87.5) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ (ร้อยละ 85)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการได้รับรังสีรักษาในอดีต พฤติกรรมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ และสภาพช่องปากก่อนได้รับรังสีรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2
	(N = 40)	(n ₁ = 20)	(n ₂ = 20)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ ^a				
ชาย	34 (85)	17 (85)	17 (85)	0.00 ^{ns}
หญิง	6 (15)	3 (15)	3 (15)	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2
	(N = 40)	(n ₁ = 20)	(n ₂ = 20)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี) ^b	(M= 52.25, SD=7.12)	(M ₁ =52.58,SD=6.64)	(M ₂ =51.65,SD=7.71)	1.30 ^{ns}
30-40 ปี	3 (7.5)	1 (5)	2 (10)	
41-50 ปี	11 (27.5)	7 (35)	4 (20)	
51-60 ปี	26 (65)	12 (60)	14 (70)	
สถานภาพสมรส ^a				0.91 ^{ns}
โสดและหม้าย	5 (12.5)	4 (15)	1 (5)	
คู่	35 (87.5)	16 (80)	19 (95)	
อาชีพ ^b				0.63 ^{ns}
เกษตรกรรวม	15 (37.5)	8 (40)	7 (35)	
ค้าขาย	9 (22.5)	4 (20)	5 (25)	
รับจ้าง	11 (27.5)	5 (25)	6 (30)	
รับราชการ	5 (12.5)	3 (15)	2 (10)	
รายได้ (บาท/เดือน) ^b	(M=11125,SD=3969.63)	(M ₁ =11350,SD=4120.23)	(M ₂ =10900,SD=3905.46)	0.78 ^{ns}
5,001-10,000	28 (70)	13 (65)	15 (75)	
10,001-15,000	8 (20)	5 (25)	3 (15)	
≥15,001	4 (10)	2 (10)	2 (10)	
ระดับการศึกษา ^a				3.14 ^{ns}
ต่ำกว่าปริญญาตรี	29 (72.5)	12 (60)	17 (85)	
ปริญญาตรี	11 (27.5)	8 (40)	3 (15)	
พฤติกรรมสุขภาพ (อดีต)				
สูบบุหรี่ ^a				0.00 ^{ns}
ไม่สูบ	9 (22.5)	4 (20)	8 (25)	
สูบ	31 (77.5)	16 (80)	15 (75)	

ตาราง1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2
	(N = 40)	(n ₁ = 20)	(n ₂ = 20)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
จำนวน (มวน/วัน) ^b				3.47 ^{ns}
≤ 5	12 (30)	6 (30)	6 (30)	
6-10	20 (50)	8 (40)	12 (60)	
11-15	2 (5)	1 (5)	1 (5)	
≥ 16	6 (15)	5 (25)	1 (5)	
ดื่มสุรา ^a				0.53 ^{ns}
ไม่ดื่ม	10 (25)	4 (20)	6 (30)	
ดื่ม	30 (37)	16 (80)	14 (70)	
กินหมาก ^a				0.20 ^{ns}
ไม่กินหมาก	34 (85)	16 (80)	18 (90)	
กินหมาก	6 (15)	4 (20)	2 (10)	
ยาเส้น ^a				0.16 ^{ns}
ไม่อมยาเส้น	32 (80)	15 (75)	17 (85)	
อมยาเส้น	8 (20)	5 (25)	3 (15)	
ตำแหน่งโรคมะเร็ง ^b				2.01 ^{ns}
ช่องปาก (ลิ้น เหงือก เพดานปาก)	13 (32.5)	6 (15)	7 (17.5)	
ออโรฟาริงซ์(ทอนซิล)	6 (15)	4 (10)	2 (5)	
หลังโพรงจมูก	5 (12.5)	3 (7.5)	2 (5)	
ไฮโปฟาริงซ์ (กล่องเสียง ไทรอยด์ ไชนัส ไฮโปฟาริงซ์)	15 (37.5)	7 (17.5)	8 (20)	
ไม่ทราบมะเร็งต้น	1 (2.5)	-	1 (2.5)	
กำเนิด (ใต้กระดูก ขากรรไกร)				

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2
	(N = 40)	(n ₁ = 20)	(n ₂ = 20)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะของโรค ^b				8.85 ^{ns}
ระยะ 1	19 (47.5)	5 (25)	14 (70)	
ระยะ 2	16 (40)	11 (55)	5 (25)	
ระยะ 3	2 (5)	2 (10)	-	
ระยะ 4	3 (7.5)	2 (10)	1 (5)	
ปริมาณรังสีทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ(เซนต์เกรย์) ^b				0.37 ^{ns}
≤2,000	3 (7.5)	2 (10)	1 (5)	
2,001-3,000	10 (25)	5 (25)	5 (25)	
3,001-4,000	27 (67.5)	13 (65)	14 (70)	
วันที่พบผู้ป่วยครั้งแรกที่ได้รับรังสีมาแล้ว (วัน) ^a				0.00 ^{ns}
ยังไม่ได้รับการฉายรังสี	35 (87.5)	17 (85)	18 (90)	
ได้รับรังสีมาแล้ว 1 วัน	5 (12.5)	3 (15)	2 (10)	
ยาที่ได้รับขณะได้รับรังสี ^a				0.20 ^{ns}
ไม่ได้รับยา	34 (85)	18 (90)	16 (90)	
ได้ยา 2%xylocain viscus	6 (15)	2 (10)	4 (10)	
ถอนฟัน (ซี่) ^b				1.73 ^{ns}
0-2	24 (60)	14 (70)	10 (50)	
3-5	10 (25)	4 (20)	6 (30)	
6-8	6 (15)	2 (10)	4 (20)	

ns = not significant

^a Yates' correction Chi-Square (Continuity Correction)^b Fisher's exact test

ส่วนที่ 2 อาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในระยะก่อนทดลอง (T_0) ระหว่างทดลอง (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3)

2.1 อาการปากแห้ง

ภายในกลุ่มทดลอง: กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในระยะก่อนการทดลอง มีน้ำลายใส ปริมาณปกติทุกราย (ร้อยละ 100) และมีจำนวนผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการปากแห้งในสัปดาห์ที่ 2 โดยเริ่มมีอาการน้ำลายข้นและรู้สึกปากแห้ง (ร้อยละ 45) ส่วนสัปดาห์ที่ 3 และ 4 มีน้ำลายข้นรู้สึกปากแห้งเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 95 และ 55 ตามลำดับ) และมีน้ำลายแห้งเหนียวเป็นยาง (ร้อยละ 5 และ 45 ตามลำดับ) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของอาการปากแห้งในกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงสัปดาห์ ($n_1 = 20$)

สัปดาห์ที่	ลักษณะน้ำลาย				M(SD)	Mode	Median
	ใส ปกติ	ข้น รู้สึกปากแห้ง	แห้งเหนียว	ไม่มีน้ำลาย			
	(0)	(1)	เป็นยาง (2)	(3)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1(T_0)	20 (100)	-	-	-	0(0.00)	0	0
2 (T_1)	11 (55)	9 (45)	-	-	0.45(0.51)	0	0
3 (T_2)	-	19 (95)	1 (5)	-	1.05(0.22)	1	1
4 (T_3)	-	11(55)	9 (45)	-	1.45(0.55)	1	1

ภายในกลุ่มควบคุม: กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย (ร้อยละ 20) ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ มีการเปลี่ยนแปลงอาการปากแห้งในระยะก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 1 อาการปากแห้งมีความรุนแรงมากขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 คือมีจำนวนผู้ที่มีน้ำลายข้นรู้สึกปากแห้งเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 85) ส่วนสัปดาห์ที่ 3 และ 4 มีน้ำลายเหนียวเป็นยาง (ร้อยละ 95 และ 35 ตามลำดับ) และไม่มีน้ำลายเลย (ร้อยละ 5 และ 65 ตามลำดับ) (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนร้อยละของอาการปากแห้งในกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงสัปดาห์ ($n_2 = 20$)

สัปดาห์ที่	ลักษณะน้ำลาย				M(SD)	Mode	Median
	ใส ปกติ	ข้น รู้สึกปากแห้ง	แห้งเหนียว	ไม่มีน้ำลาย			
	(0)	(1)	เป็นยาง (2)	(3)			
จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
1(T_0)	16 (80)	4 (20)	-	-	0.20 (0.41)	0	0
2(T_1)	-	17 (85)	3 (15)	-	1.15 (0.37)	1	1
3(T_2)	-	-	19 (95)	1 (5)	2.05 (0.22)	2	2
4(T_3)	-	-	7 (35)	13 (65)	2.65 (0.49)	3	3

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม ด้วยสถิติ Friedman's test เรื่องการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของอาการปากแห้งในแต่ละช่วงสัปดาห์พบว่า จากระยะก่อนการทดลอง (T_0) ระหว่างการทดลอง (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3) กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของอาการปากแห้งเพิ่มขึ้นตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตาราง 4) และพบว่ากลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกัน และความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน ($p < .01$) (ตาราง 5) อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มควบคุมมีความรุนแรงของอาการปากแห้งสูงกว่ากลุ่มทดลองทุกช่วงเวลา (แผนภาพ 3)

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบภายในกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test ($n_1=20$)

	สัปดาห์ที่				χ^2
	1	2	3	4	
ความรุนแรง	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
อาการปากแห้ง	0.00 (0.00)	0.45 (0.51)	1.05 (0.22)	1.45 (0.51)	49.71**
อาการเยื่อช่องปากอักเสบ	0.02 (0.05)	0.13 (0.18)	0.42 (0.30)	0.82 (0.32)	53.52**

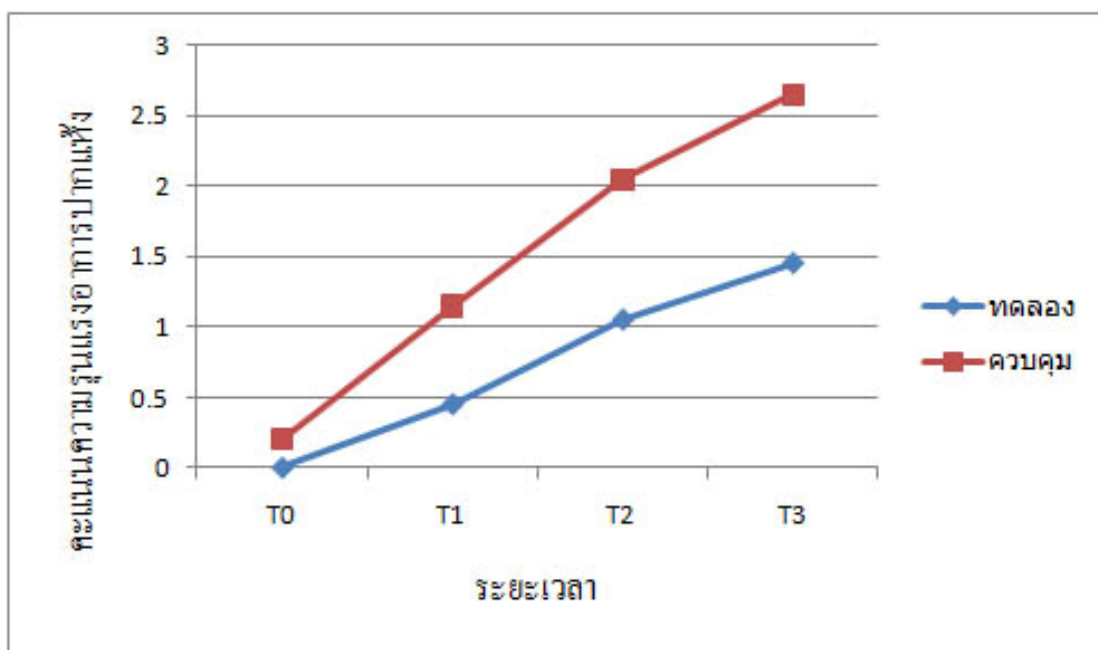
** $p < .01$

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบภายในกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงสัปดาห์ ด้วยสถิติ Friedman's test ($n_2=20$)

	สัปดาห์ที่				χ^2
	1	2	3	4	
ความรุนแรง	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
อาการปากแห้ง	0.20 (0.41)	1.15 (0.37)	2.05 (0.22)	2.65 (0.49)	57.32**
อาการเยื่อช่องปากอักเสบ	0.13 (0.16)	1.43 (0.47)	2.66 (0.63)	3.22 (0.61)	59.46**

**p<.01



แผนภาพ 3

แสดงการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของอาการปากแห้งในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 อาการเยื่อช่องปากอักเสบ

ภายในกลุ่มทดลอง: กลุ่มตัวอย่างทุกรายยังไม่มีแผล แต่เริ่มมีอาการบวมแดงจึงมีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำในระยะก่อนการทดลอง (T_0) ความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.02 (SD=0.05) และในระหว่างการทดลองมีการ

เปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มขึ้นตามลำดับ (0.13 ถึง 0.82) และความรุนแรงของอาการบวมแดง ขนาดของแผลเพิ่มขึ้น (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลอง จำแนกตามขนาดของแผล ความรุนแรงของอาการบวมแดง และจำนวนตำแหน่งของแผล ($n_1 = 20$)

สัปดาห์ที่	อาการเยื่อช่องปากอักเสบ กลุ่มทดลอง					
	ขนาดของแผล		ความรุนแรงของอาการบวมแดง		ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ	
	M	SD	M	SD	M	SD
1(T ₀)	0.00	0.00	0.01	0.02	0.02	0.05
2 (T ₁)	0.01	0.03	0.04	0.05	0.13	0.18
3 (T ₂)	0.07	0.05	0.10	0.07	0.42	0.30
4 (T ₃)	0.14	0.05	0.19	0.08	0.82	0.33

ภายในกลุ่มควบคุม: ในระยะก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกรายยังไม่มีแผล เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองและเริ่มมีอาการบวมแดง จึงมีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบเท่ากับ 0.13 (SD = 0.16) และในระหว่างการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มขึ้นตามลำดับ (1.44 ถึง 3.23) เนื่องจากมีขนาดของแผลเพิ่มขึ้น และมีความรุนแรงของอาการบวมแดงเพิ่มขึ้นเช่นกัน (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มควบคุม จำแนกตามขนาดของแผล ความรุนแรงของอาการบวมแดง และจำนวนตำแหน่งของแผล ($n_2 = 20$)

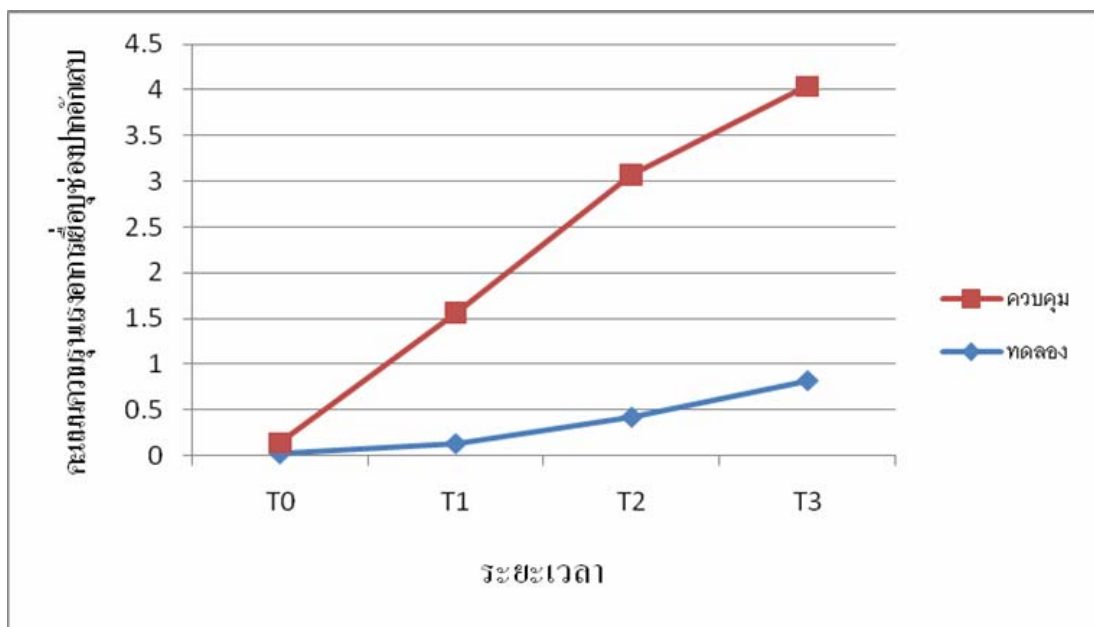
สัปดาห์ที่	อาการเยื่อช่องปากอักเสบ กลุ่มควบคุม					
	ขนาดของแผล		ความรุนแรงของอาการบวมแดง		ค่าเฉลี่ยอาการเยื่อช่องปากอักเสบ	
	M	SD	M	SD	M	SD
1(T ₀)	0.00	0.00	0.05	0.06	0.13	0.16
2 (T ₁)	0.22	0.08	0.36	0.12	1.44	0.47
3 (T ₂)	0.44	0.14	0.62	0.13	2.66	0.63
4 (T ₃)	0.58	0.12	0.71	0.13	3.23	0.61

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม เรื่องการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในแต่ละช่วงสัปดาห์พบว่า จากระยะก่อนการทดลอง (T_0) ระหว่างการทดลอง (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3) กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มขึ้นตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตาราง 4) และพบว่ากลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกัน และความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน ($p < .01$) (ตาราง 5) อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มควบคุมมีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบสูงกว่ากลุ่มทดลองทุกช่วงเวลา (แผนภาพ 4)

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

3.1 สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) มีความรุนแรงของอาการปากแห้งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

3.2 สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) มีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)



แผนภาพ 4

แสดงการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยทำการทดสอบในเบื้องต้นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในตัวแปรที่ศึกษาก่อนเริ่มการทดลองหรือไม่ ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการทั้งสองอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มทดลองทั้งสองอาการ (ตาราง 8) ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำคะแนนก่อนทดลองมาเป็นตัวแปรร่วม ด้วยสถิติ ANCOVA สำหรับการทดสอบของสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ส่วนสัปดาห์ที่ 3 ใช้คะแนนต่างของสัปดาห์ที่ 3 และ 1 ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test เนื่องจากชุดข้อมูลของสัปดาห์ที่ 3 มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งในระหว่างการทดลอง (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรร่วมแล้ว (ตาราง 9-11 ตามลำดับ) ดังนั้นผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ตาราง 8

เปรียบเทียบความรุนแรงระหว่างอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 (T_0) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N=40$)

ความรุนแรง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t
	M (SD)	M (SD)	
อาการปากแห้ง	.00 (.00)	.20 (.41)	2.18*
อาการเยื่อช่องปากอักเสบ	.02 (.05)	.13 (.15)	2.85**

df = 38, * $p < .05$, ** $p < .01$

ตาราง 9

เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระหว่างการทดลองสัปดาห์ที่ 2 (T_2) เมื่อควบคุมด้วยคะแนนของสัปดาห์ที่ 1 (T_0) ด้วยสถิติ ANCOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Observed power
ก่อนทดลอง	1.80	1	1.80	11.68**	.91
ระหว่างกลุ่ม	2.69	1	2.69	17.45**	.98
ภายในกลุ่ม	5.70	37	0.15		
รวม	38.00	40			

** $p < .01$ [กลุ่มทดลอง M_1 (SD_1) = 0.45 (0.51) กลุ่มควบคุม M_2 (SD_2) = 1.15 (0.37)]

SS = Sum of Squares, df = Degree of Freedom, MS = Mean Square

ตาราง 10

เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของอาการปากแห้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่
สัปดาห์ที่ 3 (T_2) ด้วยสถิติ *Mann Whitney U Test*

	M ^a	SD	Mean Rank	Z
กลุ่มทดลอง	1.05	0.22	12.50	5.02**
กลุ่มควบคุม	1.85	0.37	28.50	

**p<.01 [กลุ่มทดลอง M₁ (SD₁) = 1.05 (0.22) กลุ่มควบคุม M₂ (SD₂) = 2.05 (0.22)]

^a ค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างคะแนนอาการปากแห้งสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 1 ($T_2 - T_0$)

ตาราง 11

เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใน
ระหว่างการทดลองที่สัปดาห์ที่ 4 (T_3) เมื่อควบคุมด้วยคะแนนของสัปดาห์ที่ 1 (T_0) ด้วยสถิติ
ANCOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Observed power
ก่อนทดลอง	0.61	1	0.61	2.55	.34
ระหว่างกลุ่ม	11.00	1	11.00	45.80**	1.00
ภายในกลุ่ม	8.89	37	0.24		
รวม	192.00	40			

**p<.01 [กลุ่มทดลอง M₁ (SD₁) = 1.45 (0.51) กลุ่มควบคุม M₂ (SD₂) = 2.65 (0.49)]

SS = Sum of Squares, df = Degree of Freedom, MS = Mean Square

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของอาการเยื่อ
ช่องปากอักเสบในระหว่างการทดลอง (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรร่วมแล้ว (ตาราง 12-14 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตาม
สมมติฐานการวิจัย

ตาราง 12

เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการเย็บช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระหว่างการทดลองที่สัปดาห์ที่ 2 (T_2) เมื่อควบคุมด้วยคะแนนของสัปดาห์ที่ 1 (T_0) ด้วยสถิติ ANCOVA

	SS	df	MS	F	Observed power
ก่อนทดลอง	.078	1	0.78	6.96*	.73
ระหว่างกลุ่ม	11.50	1	11.50	102.78**	1.00
ภายในกลุ่ม	4.14	37	0.11		
รวม	46.57	40			

* $p < .05$ ** $p < .01$ [กลุ่มทดลอง M_1 (SD_1) = 0.13 (0.18) กลุ่มควบคุม M_2 (SD_2) = 1.43 (0.47)]

SS = Sum of Squares, df = Degree of Freedom, MS = Mean Square

ตาราง 13

เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของอาการเย็บช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่สัปดาห์ที่ 3 (T_3) ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test

	M^a	SD	Mean Rank	Z
กลุ่มทดลอง	0.40	0.29	10.50	5.43**
กลุ่มควบคุม	2.53	0.64	30.50	

** $p < .01$ [กลุ่มทดลอง M_1 (SD_1) = 0.42 (0.30) กลุ่มควบคุม M_2 (SD_2) = 2.66 (0.63)]

^a ค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างคะแนนอาการเย็บช่องปากอักเสบสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 1 ($T_3 - T_0$)

ตาราง 14

เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการเย็บช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระหว่างการทดลองที่สัปดาห์ที่ 4 (T_4) เมื่อควบคุมด้วยคะแนนของสัปดาห์ที่ 1 (T_0) ด้วยสถิติ ANCOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Observed power
ก่อนทดลอง	0.08	1	0.08	0.34	0.09
ระหว่างกลุ่ม	45.92	1	45.92	186.12**	1.00
ภายในกลุ่ม	9.13	37	0.25		
รวม	231.42	40			

** $p < .01$ [กลุ่มทดลอง M_1 (SD_1) = 0.82 (0.32) กลุ่มควบคุม M_2 (SD_2) = 3.22 (0.61)]

SS = Sum of Squares, df = Degree of Freedom, MS = Mean Square

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอาการปากแห้ง และอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และผู้วิจัยทำการศึกษาผลของการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวต่ออาการทั้งสองอาการ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการสอน การตรวจ และการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ใช้สื่อแผ่นภาพและโมเดลประกอบการบรรยาย รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ ส่งเสริม สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งแนะวิธีการต่าง ๆ โดยจัดหาคู่มือ พร้อมทั้งแจกแบบประเมินช่องปากด้วยตนเองและแบบบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยกลับไปประเมินและนำมาในครั้งต่อไป ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85) เฉลี่ยอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 60-70) เนื่องจากโรคมะเร็งศีรษะและคอมักพบในเพศชาย และพบมากในผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป จากการทดลองมีแนวโน้มว่าเมื่ออายุมากขึ้นมักพบผู้ป่วยเป็นโรคนี้น่ามากขึ้นด้วย ร้อยละ 50 พบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี (Otto, 2001) สอดคล้องกับอายุเฉลี่ยที่พบในการศึกษานี้

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยบางประการที่เป็นลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่งเสริมให้อาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบที่ปรากฏมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุเฉลี่ย 52.25 ปี ซึ่งมีโอกาสเกิดอาการปากแห้งได้สูงกว่าวัยหนุ่มสาว โดยพบอุบัติการณ์ในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 12-39 เฉลี่ยร้อยละ 21 หรือ หนึ่งในห้าราย (Thompson, 2005) และพบอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น มีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอาการปากแห้งสูงถึงร้อยละ 40 (Billings, Proskin, & Moss, 1996) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องของการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ร้อยละ 80 และ 75 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการดื่มสุรา ส่วนใหญ่ดื่มสุรา (ร้อยละ 80 และ 75 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการปากแห้งเช่นกัน (Thomson, 2005) แต่การสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอาการปากแห้ง โดยการศึกษาของมาร์ตัน แมคลีนา และนาگی (Marton, Madlena, & Nagy, 2007) ไม่พบความแตกต่างของอาการปากแห้งระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่และ

ไม่สูบบุหรี่และระหว่างเพศหญิงและชายสอดคล้องกับการศึกษาของทอมสันและคณะ (Thomson, Chalmers, Spence, & Slade, 2000) ศึกษาอาการปากแห้งในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาหลาย ๆ ตัว พบว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่และใช้ยากลุ่มลดไขมันจะมีอัตราการหลังน้ำลายโดยยังไม่กระตุ้นสูงขึ้น และผู้สูงอายุเพศหญิงหรือผู้ที่ใช้ยาต้านเศร้าจะมีอัตราการหลังน้ำลายโดยยังไม่กระตุ้น ลดต่ำลง เพศหญิงเป็นปัจจัยที่พบเหมือน ๆ กันในหลายการศึกษา คือมีการหลังน้ำลายต่ำกว่าเพศชาย (Thomson et al.; van der Putten, Brand, Bots, & van Nieuw, 2003)

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80-95) มีรายได้ส่วนใหญ่เฉลี่ย 5,001-10,000 บาท/เดือน อยู่ในระดับเพียงพอ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 60-85) ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีพฤติกรรมการกินหมากและอมยาเส้นไม่มากนัก ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีน้อย ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน ผู้ป่วยที่ศึกษามีตำแหน่งของโรคมะเร็งศีรษะและคอ บริเวณไฮโปฟาลิงซ์ คือ มะเร็งกล่องเสียงไพริฟอร์มไนต์และไฮโปฟาลิงซ์มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) และมะเร็งใต้กระดูกขากรรไกร (ไม่ทราบตำแหน่งมะเร็งต้นกำเนิด) น้อยที่สุด (ร้อยละ 2.5) (ตาราง 1) โดยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งระยะที่ 1 และ 2 ได้รับรังสีในการรักษา 3,001-4,000 เซนติเกรย์ (ร้อยละ 65-70) ส่วนใหญ่ยังไม่ได้เริ่มการฉายรังสี (ร้อยละ 85-90) และถอนฟันกรณีมีปัญหาจำนวน 0-2 ซี่ (ร้อยละ 70 และ 50) ตามลำดับ ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งนี้ส่วนใหญ่มีอายุมาก การรักษาก็ใช้เวลานาน สูญเสียรายได้ มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในทุกๆด้าน

อาการปากแห้ง

อาการปากแห้ง เป็นอาการที่พบได้พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยปรากฏการณ์ที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นไปตามกลไกพยาธิกำเนิดซึ่งเป็นผลจากรังสีรักษา โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรุนแรงของอาการปากแห้งทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต่างก็มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาและปริมาณรังสีที่ได้รับ (แผนภาพ 3) โดยกลุ่มทดลองจะมีอาการน้อยและเกิดความรุนแรงของอาการปากแห้งช้ากว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการฉายแสงโดยตรงบริเวณใบหน้า ศีรษะ และคอ ทำให้เกิดอันตรายโดยตรงต่อเนื้อเยื่อ และอะซินาร์เซลล์ของต่อมน้ำลาย โดยเฉพาะต่อมพาโรติคซึ่งมีความไวต่อรังสีสูง ทำให้การผลิตน้ำลายทั้งในขณะพักและ

เมื่อถูกกระตุ้นลดลง (Scully & Epstein อ้างตาม วงจันทร์, 2554) โดยพบว่าการฉายรังสีในขนาด 20 เกรย์ครั้งเดียว ทำให้เกิดการทำลายต่อมน้ำลายอย่างถาวร (Porter, Scully, & Hegarty อ้างตาม วงจันทร์, 2554) แต่การฉายรังสีในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นการแบ่งให้ครั้งละน้อย ๆ คือ ประมาณวันละ 2 เกรย์หรือ 200 เซนติเกรย์ ซึ่งพบว่าจะเกิดอาการปากแห้งใน 1-2 สัปดาห์หลังได้รับรังสี (Iwamoto, 2001; The BC Cancer Agency, 2003) โดยอาจมีน้ำลายลดลงได้ถึงร้อยละ 95 (Porter, Scully, & Hegarty อ้างตาม วงจันทร์, 2554) จึงเห็นได้ว่าการเกิดอาการปากแห้งหลังได้รับรังสีรักษานั้นเป็นไปตามการรักษา ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อย่างไรก็ตามอาจสามารถบรรเทาความรุนแรงลงได้ด้วยการดูแลช่องปากที่เหมาะสม

เมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการปากแห้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทุกช่วงเวลา (T_1 , T_2 , และ T_3) และเมื่อควบคุมปัจจัยกวนคือคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งก่อนการทดลอง (T_0) ด้วยแล้ว (ตาราง 9-11) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ “ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลองที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรุนแรงของอาการปากแห้งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ” เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรุนแรงของอาการปากแห้งระหว่างกลุ่ม” และเมื่อผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอาการปากแห้งตามระยะเวลาและปริมาณรังสีที่ได้รับในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรุนแรงของอาการปากแห้งในแต่ละสัปดาห์แตกต่างกัน โดยพบว่ก่อนการทดลอง (T_0) ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดในกลุ่มทดลอง มีอาการปากแห้งมาก่อน อาการปากแห้งมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเมื่อเริ่มต้นรับรังสีรักษา (T_1) และในสัปดาห์ถัดมา (T_2) มีจำนวนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการปากแห้งเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวนสูงสุดในสัปดาห์หลังการทดลอง (T_3) แต่ยังไม่มียุ่ยรายใดมีความรุนแรงถึงขั้นที่ไม่มีน้ำลายเลย (ตาราง 2) ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่มีจำนวนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการปากแห้งมากที่สุด คือ ไม่มีน้ำลายเลย 13 ราย (ร้อยละ 65) ในสัปดาห์หลังการทดลอง (T_3) (ตาราง 3) และการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาภายในกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน (ตาราง 5)

ลักษณะสำคัญของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่จัดทำขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นวิธีการสำคัญที่โอเร็ม (Orem, 2001) แนะนำว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่สามารถเลือกและตัดสินใจได้เอง ทั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ได้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

ในระหว่างการศึกษา มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่เริ่มต้น และพัฒนาเป็นสัมพันธภาพแบบไว้วางใจ (trust relationship) ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งญาติผู้ติดตามดูแลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี การสร้างสัมพันธภาพแบบไว้วางใจ เป็นเรื่องที่สถานบริการทางการแพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญ เพราะความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อบุคลากรที่ให้การดูแล จะนำไปสู่ความร่วมมือในการตรวจและรักษา การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดต่อไป (Goold, 2001) หลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้ว การให้ความรู้หรือการสอนมีความเหมาะสมสำหรับการพัฒนาความรู้หรือทักษะเฉพาะอย่าง (สมจิต, 2543) ซึ่งในที่นี้ คือ การประเมินอาการปากแห้ง และการดูแลช่องปากให้มีความชุ่มชื้นมากขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลตนเองให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ การจิบน้ำและบ้วนปากบ่อย ๆ ด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำยาบ้วนปากที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ หรือจัดทำขึ้นเองตามที่ผู้วิจัยแนะนำ โดยใช้เบกกิ้งโซดาเป็นส่วนประกอบ (ภาคผนวก จ) ซึ่งเป็นโซเดียมไบคาร์บอเนตที่หากผสมในสัดส่วนที่เหมาะสม พบว่ามีประสิทธิภาพในการล้างทำความสะอาดช่องปากและเสริมความชุ่มชื้น (Lewis, 2009) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวข้างต้น จึงช่วยให้อาการปากแห้งดีขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทำให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ ช่วยลดอาการปากแห้งได้ผลใกล้เคียง กันกับการใช้น้ำลายเทียม (Holmes, 1998) นอกจากการดูแลช่องปากให้มีความชุ่มชื้น การกระตุ้นการหลั่งน้ำลายโดยการเคี้ยวหมากฝรั่งพบว่าช่วยลดอาการปากแห้งได้ (Davies อ้างตามวงจันทร์, 2554) แต่ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายไม่ต้องการเคี้ยวหมากฝรั่ง โดยให้เหตุผลว่าไม่คุ้นเคย (ภาษาถิ่น ใช้ว่า “กินไม่เป็น”) นอกจากนี้ในระหว่างการศึกษามีการจัดสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวย โดยผู้วิจัยจัดเตรียมน้ำดื่ม น้ำแข็ง และน้ำยาบ้วนปาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับน้ำตลอดเวลาที่ต้องการหรือรู้สึกปากแห้ง ในระหว่างการรอตรวจหรือรอการฉายแสง และเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นว่าการดูแลในเรื่องนี้มีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยเป็นอย่างมากนั่นเอง

ในส่วนของการชี้แนะและการสนับสนุนควรมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองในแบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง (ภาคผนวก ง ตอน 4) และนำปัญหาที่พบมาใช้ในการวางแผนการชี้แนะและการสนับสนุน โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการทดลองคั้งนี้พบว่าการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปากแห้ง เช่น การดื่มน้ำ การใช้น้ำยาบ้วนปาก การอมน้ำแข็ง การงดสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เป็นอย่างดีในการพบกันคั้งต่อมา (T) ผู้วิจัยจึงกล่าวชมเชย และให้กำลังใจ ซึ่งจัดได้ว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจให้กับผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องต่อไป (สมจิต, 2543)

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 87.5) และเป็นผู้ใหญ่ตอนปลาย (ร้อยละ 65) จึงสังเกตพบว่าญาติที่ติดตามผู้ป่วยมารับรังสีรักษาส่วนใหญ่ เป็นภรรยาและบุตร ผู้วิจัยจึงให้คำแนะนำแก่ญาติควบคู่ไปด้วย และชี้แนะให้ญาติเป็นผู้คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปากแห้ง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม ที่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนญาติให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 2001) นอกจากนี้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมี โอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งการจัดกิจกรรมในลักษณะนี้ นอกจากจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ยังเป็นช่องทางสำคัญของการสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Hendler, 2000)

อาการเยื่อช่องปากอักเสบ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเริ่มต้นศึกษาสัปดาห์ที่ 1 (T_0) ยังไม่มีแผลในช่องปาก แต่เริ่มมีอาการบวมแดงปรากฏให้เห็น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการตรวจสภาพช่องปาก เป็นการยากที่จะแยกแยะอาการบวมแดงจากการฉายรังสีออกจากอาการบวมแดงที่เกิดจากรอยโรคในช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งของโรคบริเวณช่องปากและออร์โฟรีนซ์ ซึ่งมีจำนวนสูงถึง ร้อยละ 48 (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 25 และร้อยละ 23 ตามลำดับ (ตาราง 1) อาการเยื่อช่องปากอักเสบ เมื่อเวลาผ่านไปในสัปดาห์ที่ 2 3 (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3) พบจำนวนความรุนแรงมากขึ้น โดยมีขนาดของแผลและความรุนแรงของอาการบวมแดงเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (แผนภาพ 4) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า “ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) มีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)” พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การพยาบาลตามระบบการพยาบาลที่สร้างขึ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์โดย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจมาตั้งแต่เริ่มได้รับรังสีรักษา ซึ่งในขณะนั้นยังไม่เกิดแผล ดังนั้นการให้ความรู้และชี้แนะตลอดระยะเวลาของการรักษา จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาไปตามระบบการพยาบาลที่จัดให้ จึงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเองเมื่อเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบขึ้นได้อย่างทันทั่วที่ ต่างไปจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพราะพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำที่แผนกรังสีรักษา มีภาระงานสูง มีจำนวน

ผู้ใช้บริการในแต่ละวันจำนวนมาก ทำให้การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงเป็นไปได้เป็นอย่างดี จึงอาจส่งผลให้การติดตามอาการไม่ครอบคลุมหรือละเอียดพอ ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอาจให้ความสนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบมีความรุนแรงมาแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของดอดด์และไมแอสคาวสกี (Dodd & Miaskowski, 2000) ที่พบว่าผู้ป่วยมักจะรอให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก่อน จึงเริ่มดูแลตนเอง ส่วนกลุ่มทดลองผู้ป่วยได้รับการสอนให้ประเมินช่องปากและตรวจหาความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรกด้วยตนเองเป็นประจำทุกวัน และผู้วิจัยตรวจสอบทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้งในวันจันทร์ ก่อนการได้รับรังสีรักษา การรับรู้ปัญหาของตนเองตั้งแต่ต้น ร่วมกับการสนับสนุน และการชี้แนะจากผู้วิจัยช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จึงทำให้ความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่อ้างถึงในงานของอิวาโมโต (Iwamoto, 1997) และมาสคารินและคณะ (Mascarin et al., 1998) ที่พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพช่องปากที่พัฒนามาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ ภายหลังการได้รับคำแนะนำในการดูแลสภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงความถี่ในการปฏิบัติ และมีการปรับชนิดของน้ำยาต่าง ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพช่องปาก แม้จะไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายแสงได้ทุกประการ แต่ผลของโปรแกรมที่ศึกษา ช่วยชะลอและลดระดับความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปากและช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ของเซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายในช่องปากและคอได้เร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงอาการความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงสัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในแต่ละช่วงสัปดาห์แตกต่างกัน คือมีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบภายในกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงสัปดาห์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ ตาราง 4) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกันแต่เกิดอาการความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบมากกว่า อธิบายได้ว่า ความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบเกิดต่อเนื่องมาเรื่อย ๆ เนื่องจากมีอาการปากแห้งในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก เริ่มมีอาการมากขึ้นตามระยะเวลาและปริมาณของรังสีรักษาที่ได้รับ เป็นการเสริมให้อาการความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบเกิดความรุนแรงมากขึ้นตามมาได้

ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) พบว่า ระบบการพยาบาลที่จัดให้กับกลุ่มทดลองช่วยให้อาการความรุนแรงของอาการปากแห้งและอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในระหว่าง

การทดลองและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตร์สุวีณ์ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 2 และ 3 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้การชี้แนะ การสนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในการดูแลตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจตัดสินใจด้วยตนเอง พยายามกับผู้ป่วยมีการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย (Orem, 2001) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรักษาที่ได้รับ พร้อมทั้งเหตุผลของการรักษา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ขนิษฐา, 2534) หลักในการให้ความรู้ที่สำคัญมีดังนี้ (สมจิต, 2543) ความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยจะต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ และเป็นสิ่งที่เพิ่มเติมจากความรู้เดิมและความพร้อมเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ นอกจากนี้วิธีการให้ความรู้ต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ ปรับพฤติกรรม นอกจากนี้ เนื้อหาและวิธีการสอนต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดจนต้องมีการประเมินผลโดยการซักถาม และสิ่งสำคัญที่ช่วยในการเรียนรู้คือสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และการวิจัยครั้งนี้พบว่าการใช้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยชะลอและลดความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความสามารถในการประเมินและการจัดการกับอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่ระยะแรก ไม่เกิดการติดเชื้อที่รุนแรงขึ้นในช่องปาก ทำให้ได้รับสารอาหารที่เหมาะสมเพียงพอ ทนต่อการรักษาได้ และการได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่องปากด้วยตนเองอย่างดีและสม่ำเสมอ สามารถประเมินอาการและจัดการอาการที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้ โดยได้รับการกระตุ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติให้คงไว้ซึ่งการพยายามดูแลตนเอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่มวัดแบบอนุกรมเวลา (two- group, time series design) เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในแผนกรังสีรักษาศูนย์มะเร็งภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย จัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2551 ถึงเดือนพฤษภาคม 2552

การศึกษานี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สองส่วนคือ เครื่องมือการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือทดลอง ผู้วิจัยจัดทำในกลุ่มทดลอง คือ จัดให้ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยที่ผู้วิจัยเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ ชี้แนะสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมในการทดลองและให้การช่วยเหลือตลอดการทดลอง พร้อมทั้งจัดเตรียมคู่มือการให้ความรู้ และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และแบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยนำกลับไปประเมินและให้นำมาในวันที่นัดครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและได้รับรังสีรักษาเป็นรายบุคคล เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินอาการปากแห้งของทองดี (2539) แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบและแบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น ทดสอบ ประยุกต์มาจากเนตร์สุวิทย์ (2547) โดยให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมดูแลช่องปากและปัญหาที่เกิดขึ้น

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองตามแผนการทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ให้กลุ่มทดลองบันทึกผลการประเมินและการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยทำทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินว่า ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกิดปัญหาอย่างไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางในการให้

การพยาบาลต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้ประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบก่อนทดลองและหลังการทดลองเหมือนกันสัปดาห์ละ 1 ครั้งในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยายในการบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ และใช้สถิติอ้างอิงในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม โดยเลือกใช้สถิติอ้างอิงแบบพารามेटริก ถ้าชุดข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ สถิติทีอิสระ (independent t-test) และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และสถิติอนพารามेटริก เมื่อชุดข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ สถิติฟิรด์แมน (Friedman's test) และสถิติแมน-วิทนี ยู เทส (Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ โดยมีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นในแต่ละช่วงสัปดาห์ที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเมื่อทดสอบความรุนแรงของอาการที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่า ทั้งสองอาการมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจากระยะก่อนการทดลอง (T_0) ระหว่างการทดลอง (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสองกลุ่ม

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้พบว่ามีความรุนแรงของอาการปากแห้ง และเยื่อช่องปากอักเสบในระหว่างการทดลอง (T_1 และ T_2) และหลังการทดลอง (T_3) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรร่วมแล้ว เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามอาการได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาว่าเริ่มมีอาการปากแห้งและความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบเมื่อไร ระยะเวลาในการอักเสบอาจเกิดขึ้นเป็นเวลานานเท่าไร โดยเฉพาะในกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับการสอนและฝึกทักษะจากผู้วิจัยในการตรวจและประเมินความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบด้วยตนเอง จึงขาดข้อมูลในรายละเอียดของกลุ่มควบคุม ทำให้การวิเคราะห์เปรียบเทียบในแต่ละช่วงสัปดาห์อาจมีความคลาดเคลื่อนได้

2. ในทางปฏิบัติทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมบางรายได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการและจากแผนการรักษาของแพทย์ในการใช้ยาชา 2% Xylocain viscus อมกลั้วคอ

ในรายที่มีความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ และเห็นว่าผู้ป่วยบางรายได้รับ คิดว่าเป็นยาที่ช่วยให้หายจากความเจ็บปวด จึงขอรับยาบ้าง เมื่อได้รับยาทำให้มีอาการชาในช่องปาก ไม่อยากรับประทานอาหาร เพราะการรับรสชาติเปลี่ยนไป ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการดื่มน้ำหรือรักษาความสะอาดในช่องปาก ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากการพยายามตามปกติของศูนย์มะเร็ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบจากการได้รับรังสีรักษา ครอบคลุมแบบองค์รวม ส่งผลให้ช่วยบรรเทาของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้ จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใคร่เสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบจากการได้รับรังสีรักษาสามารถบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลประจำการควรนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบมาใช้ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา เช่น สอนและฝึกทักษะในการตรวจและประเมินช่องปากด้วยตนเองและการจัดการกับอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้ด้วยตนเอง มีแบบบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยหาทางแก้ไขได้ทันทั่วทั้ง

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารควรมีการสนับสนุน และส่งเสริมการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบมาใช้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จัดให้มีเจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษา ติดตามอาการข้างเคียงของการได้รับรังสีรักษาและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองพร้อมทั้งช่วยหาแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาอย่างทันทั่วทั้ง

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาและติดตามประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดขึ้นด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลการคงอยู่ของความสามารถในการดูแลตนเอง

3.2 ควรทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มการหลั่งน้ำลาย และปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการหายของแผลของเยื่อช่องปากอักเสบ เช่น ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะซีด เป็นต้น

บรรณานุกรม

- แก้วกาญจน์ เสือรัมย์. (2544). *ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากแบบพิเศษต่อความสามารถของ
บิคารมาดาและสภาพช่องปาก ความเจ็บปวดและการได้รับอาหารของเด็กโรคโรคมะเร็งที่
ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). *ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.
- โจมพัตร์ มณีวัต. (2541). *การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแล
ตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
กรุงเทพมหานคร.
- ครุณี ชุณหะวัต. (2539). *การดูแลผู้ป่วยโรคหู คอ จมูก (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพมหานคร: วิเจพรินต์
งานตะวัน เนตรทอง. (2542). *ผลของการอมน้ำแข็งต่อการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อหูช่อง
ปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ทองดี ศรีใจ. (2539). *ประสิทธิภาพของน้ำยาเบนไซคามีน ไฮโดรคลอไรด์ในการป้องกันและ
บรรเทาผลของรังสีรักษาต่อช่องปากในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.
- นราวดี ประเสริฐวิทยากิจ. (2542). *การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคมะเร็ง
ของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา
เภสัชกรรม โรงพยาบาลและคลินิก บัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิตยา ดากวิริยะนันท์. (2533). *ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- เนตร์สุวิณ์ เจริญจิตสวัสดิ์. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อ อาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- น้ำทิพย์ แสงจันทร์. (2539). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญเพียร จันทวัฒนา. (2528). *การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะภายในช่องปากระหว่างการดูแลช่องปากเป็นพิเศษและการดูแลแบบธรรมดา เพื่อป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนภายในปากเนื่องจากการใช้เคมีบำบัดรักษาในผู้ป่วยเด็กโรคโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร
- ประพิมพ์พรรณ ตูวิชรานนท์. (2543). *ผลของเคมีบำบัดและการพยาบาลแบบผสมผสานต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประยุทธ โรจน์พรประดิษฐ์. (2544). Head and neck cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล ประมุข พรหมรัตน์พงศ์, และชนวัธน์ เทศะวิบูล (บรรณาธิการ), *Manual of radiation Oncology* (หน้า 64-84). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พินทุสร โชนนาการ. (2539). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พัชรภรณ์ ทศน โกวิท. (2545). *ผลของการใช้น้ำเกลือออร์มัล สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต และคลอเฮกซิดีนต่อภาวะในช่องปากของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรศรี คัดชอบ และประมุข พรหมรัตน์พงศ์. (2536). Principles of radiation oncology. ใน พรชัย คัดชอบ, สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์, วิบูล สัจกุล, และนพดล วรอุไร (บรรณาธิการ), *มะเร็งวิทยา* (หน้า 89-104). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงทอง ไกรวิบูลย์. (2534). *ฟิสิกส์ ชีวรังสี การรักษาพยาบาลผู้ป่วย*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

- พวงทอง ไกรวิบูลย์, จีระภา ตันตานนท์, รัตนา พีระบูล, และวิภา บุญกิตติเจริญ. (2541). Advance radiation therapy. ใน วรชัย รัตนธรร (บรรณาธิการ), *ตำราวิทยาโรคมะเร็ง 2* (หน้า 119-140). กรุงเทพมหานคร: โอลิสติก.
- ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2552). *รายงานประจำปี 2552*. สงขลา: ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2554). *รายงานประจำปี 2554*. สงขลา: ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์. (2546). *ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิชาญ หล่อวิทยา. (2544). Principle of radiation oncology. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตนพงศ์, และชนวัฒน์ เทศะวิบูล (บรรณาธิการ), *Manual of radiation oncology*. (หน้า 1-20). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา: สำนักเมืองการพิมพ์.
- วรชัย รัตนธรร. (2541). *ตำราวิทยาโรคมะเร็ง*. กรุงเทพมหานคร: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.
- วิไลพร โพธิสุวรรณ. (2545). *มะเร็ง มหันตภัยเกิดได้ทุกวัย*. กรุงเทพมหานคร: สถานวิทยามะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลร่วมกับกลุ่มสถานอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย.
- ศิริพร เบี่ยนผดุง. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี*. ใน *วิธีการพยาบาลทางอายุรกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 121-136). เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- ศิริพรรณ โกมลประเสริฐ. (2545). *การให้คำแนะนำต่อการหายของแผลในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุเมธ พีระภูม. (2541). *มะเร็ง หู คอ จมูก เป็นได้ก็รักษาได้*. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรีนติ้งเฮาส์
- สุธาทิพย์ อุปลาบติ. (2549). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี*. เชียงใหม่: เฟื่องฟ้าการพิมพ์.

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2008). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถิติสาธารณสุข. (2551). *สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ปี พศ.2546-2550*. ค้นเมื่อ 6 มกราคม 2554, จาก <http://203.157.19.191/2.3.4-49.xls>.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2535). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. ใน พรศรี คิศจอบ และคณะ (บรรณาธิการ), *มะเร็งวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, แม้นมมา จิระจรัส, และวรชัย รัตนธราธร. (2540). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก*. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 1(2), 258-281.
- สาวิตรี เมาศิคุลไพโรจน์. (2541). *Head and neck cancer*. ใน วรชัย รัตนธราธร (บรรณาธิการ), *ตำราการรักษาโรคโรคมะเร็ง* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 201-233). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- แสงอรุณ สุขเกษม. (2533). *ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อภันตรี กองทอง. (2544). *ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อัญชลี คุณฤทธิวรรณ. (2542). *ทัศนคติเชิงดูแลตนเอง: การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค*. เชียงใหม่: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิรดี ลดาธรรม, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และวันฉนิ วิรุฬห์พานิช. (2548). *การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้*. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 286-295.
- อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์. (2541). *โรคมะเร็ง*. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์*, 12(1): 43-54.

- เอมอร แซ่จิว, เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, สมจิต หนูเจริญกุล, และเติมศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2545). ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *รามาศิษย์สาร*, 8(3), 192-208.
- Aranda, S., Dooley, M. J., Wells, K., Leahy, M., Marvan, E., & Pollard, A. (2001). Prevention and early detection of oral mucositis in a cancer setting. *Cancer Forum*, 25. Retrieved from <http://www.cancerforum.org.au/Issues/2001/March.htm>
- Berger, A. M., & Eilers, J. (1998). Factors influencing oral cavity status during high-dose Antineoplastic therapy: A secondary data analysis. *Oncology Nursing Forum*, 5(9), 1623-1626.
- Billings, R. J., Proskin, H. M., & Moss, M. E. (1996). Xerostomia and associated factors in a community-dwelling adult population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24, 312-316.
- Chen, K. K. F., Molassiotis, A., Chang, A. M., Wai, W. C., & Cheung, S. S. (2001). Evaluation of an oral care protocol intervention in the prevention of chemotherapy-induced oral mucositis in paediatric cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 2056-2063.
- Chou, R. M., Wilder, R. B., Wong, M. S., & Forster, K. M. (2001). Recent advances in radiotherapy for head and neck cancer. *ENT-Nose & Throat Journal*, 80, 704-719.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Continuum Cancer Center. (2003). *Fatigue*. Retrieved April 6, 2004, from http://cancer.wehealny.Org/symptoms/1_1_2a.html
- Corbett, A. (1997). Mouth care and chemotherapy. *Pediatric Nursing*, 9(3), 19-21.
- Daniel, B. T. (2001). *The nursing clinics of North America: Palliative and support care of Advanced cancer*. Philadelphia, PA: W.B.Sauders.
- David, J. (1995). *Cancer care prevention treatment and palliative*. London: Chapman & Hall.
- Dodd, M., Miaskowski, C., Greenspan, D., MacPhail, L., Shih, A., Shiba, G., et al. (2003). Radiation-induced mucositis: A randomized clinical trial of micronized sucralfate versus salt & soda mouthwashes. *Cancer Invest*, 21, 21-33.

- Dodd, M. J., Larson, P. J., Dibble, S. L., Miaskowski, C., Greenspan, D., MacPhail, L., et al. (1996). Randomized clinical trial of chlorhexidine versus placebo for prevention of oral mucositis in-patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 23, 921-927.
- Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2000). The Pro-Self program: A self-care intervention program for patients receiving cancer treatment. *Seminars in Oncology Nursing Forum*, 16, 300-307.
- Dodd, M. J., & Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 465-470.
- Dow, K. H., Bucholtz, J. D., Iwamoto, R. R., Fieler, V. K., & Hilderley, L. J. (1997). *Nursing care in radiation oncology* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Dudjak, L. A. (1987). Mouth care for mucositis due to radiation therapy. *Cancer Nursing*, 10(6), 131-140.
- Dunne-Daly, C. F. (1995). Programmed instruction: Radiation therapy skin and wound care in radiation oncology. *Cancer Nursing*, 18(2), 144-162.
- Faber, M. R. (2000). Mucositis in cancer patients. In B. M. Nevidjon, & K. W. Sowers (Eds.), *A nurse's guide to cancer care* (pp. 311-317). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Gatti, R. A. (2001). The inherited basis of human radiosensitivity. *Acta Oncologica*, 40, 702-711.
- Goold, S. D. (2001). Trust and the ethics of health care institutions. *The Hastings Center Report*, 31(6), 26.
- Graham, K. M., Pecoraro, D. A., Ventura, M., & Mayer, C. C. (1993). Reducing the incidence of Stomatitis using a quality assessment and improvement approach. *Cancer Nursing*, 16, 117-122.
- Groenwald, S. L. (Ed.). (1993). *Comprehensive cancer nursing review*. Boston: Jones and
- Haggood, A. S. (2001). Head and neck cancer. In S. E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (3 rd ed., pp. 285-325). St. Louis, MO: Mosby.
- Hagopain, G. A. (1996). The effects of informational audiotapes on knowledge and self-care behaviors of patients undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 23(4), 697-700.
- Hendler, G. (2000). Cancer self-help groups: A guide. *Library Journal*, 125(14), 241.

- Hilderley, L. J. (1992). Pain and fatigue. In K.H. Dow, & L. J. Hilderley (Eds.), *Nursing care in radiation oncology* (pp. 57-68). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Holmes, S. (1998). Xerostomia: Aetiology and management in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 6, 348-355.
- Iwamoto, R. R. (1991). Alterations in oral status. In S.B. Baird, R. McCorkle, & M. Grant (Eds.), *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook* (pp. 742-758). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Iwamoto, R. (1994). Radiation therapy. In S. E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (2nd ed., pp. 467-492). St. Louis, MO: Mosby.
- Iwamoto, R. (1997). Cancer of the head and neck. In K. H. Dow, J. D. Bucholtz, R. Iwamoto, V. Fieler, & L. Hiderley (Eds.), *Nursing care in radiation oncology* (2nd ed., pp. 606-637). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Iwamoto, R. (2001). Radiation therapy. In S. E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (pp. 606-637). St. Louis: W. B. Saunders.
- Johnson, J. E., Nail, L. M., Lauver, D., King, K. B., & Keys, H. (1988). Reducing the negative impact of radiation therapy on functional status. *Cancer*, 61, 46-51.
- Kim, H., McGuire, D. B., Tulman, L., & Barsevick, A. M. (2005). *Symptom clusters. Cancer Nursing*, 28, 270-283.
- King, K. B., Nail, L. M., Kreamer, K., Strohl, R. A., & Johnson, J. E. (1985). Patient's descriptions of the experience of receiving radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 12(4), 55-61
- Krum, S. (1982). Psychosocial adaptation of the adult with cancer. *Nursing Clinical of North America*, 17, 729-737.
- Lewis, J. (2009). Mouth care. *Evidence Summaries - Joanna Briggs Institute*. Retrieved January 6, 2011, from <http://search.proquest.com/docview/190682129?accountid=28431>
- Maher, K. E. (2000). Radiation therapy: toxicities and management. In C. H. Yarbro, M. H. Frogge, M. Goodman, & S. L. Groenwald (Eds.), *Cancer nursing: principle and practice* (5th ed., pp. 323-351). Boston: Jones and Bartlett publishers.

- Mascarin, M., Franchin, G., Minated, E., Gobitti, C., Talamini, R., DeMaria, D., et al. (1998). The effect of granulocyte colony-stimulating factor on oral mucositis in head and neck cancer patient treated with hyperfractionated radiotherapy. *Oral Oncology*, 35, 203-208.
- Marton, K., Madlena, M., & Nagy, G. (2007). *Smoking and xerostomia, an epidemiological study in Hungary*. A paper presented at The IADR/AADR/CADR 85th General Session and Exhibition: Topical issues in geriatric dental research, March 23, 2007. Ernest N. Morial Convention Center, New Orleans, LA.
- Moore, M. J. (1984). The effect of radiation on connective tissue. *Otolaryngological Clinical of North America*, 17(5), 389-399.
- Oberst, M. T. Hughes, S. M., Chang, A. S., & MaCubbin, M. A. (1991). Self-care burden, stress appraisal and mood among persons receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*, 14(2), 71-78.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concept of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Otto, S. E. (2001). *Oncology Nursing* (4th ed.). Sydney: Mosby Year Book.
- Sharma, R. A., Vallis, K. A., McKenna, W. G. (2008). The basic of radiation therapy. In M. D. Abeloff, J. O. Armitage, J. E. Niederhuber, M. B. Kastan, & W. G. McKenna (Eds.). *Abeloff's clinical oncology* (4th ed., p. 357-578). Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier.
- Sitton, E. (1997). Managing side effect of skin changes and fatigue. In K. H. Dow & J. D. Bucholt (Eds.), *Nursing care in radiation oncology* (pp 79-100). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Shiba, G. H. (1999). Nasopharyngeal cancer. In C. Miaskowski & P. Buchsel (Eds.), *Oncology nursing: Assessment and clinical care* (pp 1145-1167). St. Louis: Mosby.
- Sideras, K., Loprinzi, C. L., & Foote, R. L. (2008). Oral complications. In M. D. Abeloff, J. O. Armitage, J. E. Niederhuber, M. B. Kastan, & W. G. McKenna (Eds.). *Abeloff's clinical oncology* (4th ed., p. 775-792). Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier.
- Smets, E. M. A., Visser, M. R. M., Garssen, B., Frijda, N. H., Oosterveld, P., & Detlaes, J. C. J. M. (1988). Understanding the level of fatigue in cancer patients undergoing radiotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(3), 119-124.
- Sonis, S.T. (1993). Oral complication of cancer therapy. In V.T. Pecita (Ed.), *Principle and practice of oncology* (pp. 2358-2393). Philadelphia: Lippincott.

- Sonis, S. T., Eilers, J. P., Epstein, J. B., LeVeque, F. G., Liggett, W. H., Mulagha, M. T., et al. (1999). Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy. *Cancer*, 85(10), 2103-2113.
- Strohl, R. A. (1999). Radiation Therapy. In C. Miaskowski & P. Buchsel (Eds.), *Oncology nursing: Assessment and clinical care* (pp. 59-81). St. Louis: Mosby.
- The BC Cancer Agency. (2003). Nutrition challenges during cancer treatment-dry mouth. Retrieved March 7, 2006, from [http://www.bccancer.bc.ca/PPI/Cancer Treatment/Nutrition/NutritionalChallengesduringCancerTreatment/Dry+Mouth.htm](http://www.bccancer.bc.ca/PPI/Cancer%20Treatment/Nutrition/NutritionalChallengesduringCancerTreatment/Dry+Mouth.htm)
- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. (1998). Prevention and treatment of oral mucositis in cancer patients. *Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*, 2(3), 1-6.
- Thomson, L. (1980). Side effect of radiotherapy. *Nursing Times*, 15, 881-887.
- Thomson, W. M. (2005). Issues in the epidemiological investigation of dry mouth. *Gerodontology*, 22, 65-76.
- Thomson, W. M., McomDent, M. A., Chalmers, J. M., Spencer, A. J., & Slade, G. D. (2000). Medication and dry mouth: Findings from a cohort study of older people. *Journal of Public Health Dentistry*, 60, 12-20.
- vander Putten, G. J., Brand, H. S., Bots, C. P., van Nieuw, A. A. (2003). Prevalence of xerostomia and hyposalivation in the nursing home and the relation with number of prescribed medication. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 34(1), 30-36.
- World Health Organization. (1997). *Oral health surveys: Basic methods* (4th ed.). Geneva: World Health Organization.
- Wray, A., & McGuire, W. E. (1993). Smokeless tobacco usage associated with oral carcinoma: Incidence and treatment outcome. *Archives Otolaryngology of Head and Neck Surgery*, 119, 929-933.
- Zheng, T., Boyle, P., Willett, W. C., Hu, H., Dan, J., Evstifeeva, T. V., et al. (1993). A case control study of oral cancer in Beijing people's republic of China: associations with nutrition intake, food and food group. *Oral Oncology, Journal of cancer*, 28, 44-45.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณค่า effect size โดยใช้สูตรการคำนวณค่า effect size ของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}} \quad \text{Pooled SD} = \sqrt{[SD_1^2 + SD_2^2]/2}$$

ES คือขนาดอิทธิพล

X_1 คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

X_2 คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

SD_1, SD_2 คือค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หาค่า effect size โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อหูช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้เคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (เนตร์สุวิณี, 2547) ซึ่งใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้เคมีบำบัดในการคำนวณ โดย

$$\text{ผลการศึกษาค่า } X_1 = 0.487 \quad X_2 = 0.137$$

$$S.D._1 = 0.418 \quad S.D._2 = 0.414$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร Pooled SD} &= \sqrt{[(0.418)^2 + (0.414)^2]/2} \\ &= \sqrt{[0.174 + 0.171]/2} \\ &= \sqrt{0.193/2} \\ &= \sqrt{0.0965} \\ &= 0.31 \\ ES &= \frac{0.487 - 0.317}{0.31} \\ &= \underline{0.35} \\ &= 1.1 \end{aligned}$$

ภาคผนวก ข

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้วิจัย) กลุ่มทดลอง

สวัสดิ์คะดิฉันทินางสาววันทนีย์ ดวงแก้ว เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการใช้กิจกรรมการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล ส่งเสริมสนับสนุนและสอนให้ท่านฝึกปฏิบัติโดยใช้แผนการสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลอง โดยเนื้อหาครอบคลุมการดูแลตนเอง การประเมินช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดยจะพบกับท่านสัปดาห์ละ 1 ครั้งวันละประมาณ 30-45 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความผิดปกติในช่องปากของท่าน ภายหลังจากฉายรังสีเมื่อครบสัปดาห์ที่ 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ และขอให้ท่านช่วยประเมินอาการผิดปกติในช่องปากด้วยตัวท่านเอง และบันทึกการดูแลช่องปากของท่านด้วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

หากมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ท่านอาจมีการอ่อนล้าจากการฟังการให้การสนับสนุนและให้ความรู้ เพราะอาจต้องใช้เวลาในการประเมินช่องปากและการให้ความรู้ โดยผู้วิจัย หากท่านเกิดอาการดังกล่าวให้บอกกับผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้การพยาบาลต่อไป

หากท่านสนใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และในภายหลังท่านต้องการยกเลิกหรือออกจากการศึกษานี้ท่านสามารถกระทำได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการทดลองในครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม ดิฉันทินขอขอบคุณมากค่ะที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยรังสีรักษาต่อๆ ไปในอนาคต หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถลงนามในข้อความซึ่งอยู่ข้างล่างนี้

.....
 (.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

..... (วัน/เดือน/ปี)

.....
 (นางสาววันทนีย์ ดวงแก้ว)

ผู้วิจัย

..... (วัน/เดือน/ปี)

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้วิจัย) กลุ่มควบคุม

สวัสดิ์ดิษฐ์ดิฉันทน์นางสาววันทนีย์ ดวงแก้ว เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย โดยท่านจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการที่แผนกรังสีรักษา

นอกจากนี้ท่านจะได้รับการสอบถามและตรวจสุขภาพในช่องปากสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะทำการประเมินความรุนแรงของอาการปากแห้ง ขนาด และความรุนแรงของแผลในปาก ภายหลังจากฉายรังสีเมื่อครบสัปดาห์ที่ 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ

ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากโครงการทดลองครั้งนี้ท่านสามารถกระทำได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม ดิฉันทน์ขอขอบคุณมากค่ะที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษานี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยรังสีรักษาต่อไปในอนาคต หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถลงนามในข้อความซึ่งอยู่ข้างล่างนี้

หากท่านสนใจที่จะใช้โปรแกรมการทดลอง ดิฉันทน์ยินดีจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมแต่ต้อง หลังจากที่ได้จัด โปรแกรมครบกำหนด 4 สัปดาห์ไปแล้ว

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(นางสาววันทนีย์ ดวงแก้ว)

ผู้วิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ก

เอกสารให้การยินยอม

ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ
ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ชื่อผู้ป่วย.....

หนังสือยินยอมฉบับนี้อาจมีถ้อยคำที่ท่านไม่เข้าใจ โปรดซักถามผู้วิจัยเพื่ออธิบายคำหรือข้อมูลใดๆ
ที่ท่านไม่เข้าใจให้ทราบ

1. วัตถุประสงค์

ผู้วิจัยกำลังขอให้ท่านเข้าร่วม โครงการวิจัยเชิงทดลอง เรื่องผลของระบบการพยาบาลแบบ
สนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่
ได้รับรังสีรักษา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบของ
ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและ
ให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้ เพื่อแจ้งให้ทราบถึง
ลักษณะการศึกษาวิจัยนี้เพื่อที่ท่านอาจทำการตัดสินใจจากข้อมูลที่ท่านทราบแล้วว่าท่านต้องการเขา
ร่วมการวิจัยหรือไม่เอกสารฉบับนี้ยังได้แจ้งให้ทราบอีกด้วยถึงวิธีที่จะมีการนำข้อมูลส่วนตัวของท่าน
เกี่ยวกับสุขภาพไปใช้หรือมอบให้ผู้อื่นระหว่างและหลังการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลงแล้ว

2. ข้อมูลพื้นฐาน

ภายหลังการตรวจวินิจฉัยของท่านแล้ว ท่านจะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ซึ่งจาก
การศึกษาพบว่าผลของรังสีนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็ง เปลี่ยนแปลงรูปร่างและสรีรวิทยาของ
เซลล์มะเร็งแล้ว รังสียังมีผลต่อเซลล์ปกติที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะ
และคอ ซึ่งจำเป็นต้องฉายรังสีผ่านหรือใกล้เคียงช่องปาก ซึ่งเป็นบริเวณที่ประกอบด้วยเซลล์เยื่อที่
มีความไวต่อรังสีค่อนข้างสูง เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากซึ่งมักพบในผู้ป่วย
โรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเกือบทุกราย โดยส่งผลให้เยื่อต่างๆ ถูกทำลาย เกิดอาการ

ปากแห้ง อาการเยื่อช่องปากอักเสบ เจ็บในช่องปากและคอ การเปลี่ยนแปลงของการรับรส อาการฟันผุ อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ อาการเหงือกอักเสบ โดยอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด เมื่อเกิดอาการปากแห้งอาจจะส่งผลต่อเนื่องทำให้อาการเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงขึ้นนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อการรักษาโรคมะเร็ง ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการจัดรูปแบบโดยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามาใช้เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบที่ได้ผลอย่างต่อเนื่อง และเหมาะกับสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ สามารถประเมินอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้ ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี และการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อาจช่วยลดยั้งความรุนแรงนั้นได้ ควรตรวจอาการเตือนต่างๆ ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ไม่ว่าจะเป็นอาการปากแห้ง หรืออาการเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งอาการทั้ง 2 ที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษานี้ อาจส่งผลถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ รวมทั้งสามารถให้การดูแลเพื่อป้องกันและควบคุมอาการต่างๆ ที่อาจจะรุนแรงมากขึ้น และในการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า จะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะช่วยป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของการเกิดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้

3. ขั้นตอนในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้ป่วยจะได้รับการกำหนดให้อยู่หนึ่งในกลุ่มการรักษา คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยจะเริ่มต้นศึกษากลุ่มควบคุมก่อนในสองเดือนแรกและศึกษากลุ่มทดลองในสองเดือนถัดมาเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วม โครงการจึงให้อ่านใบพิทักษ์สิทธิที่ทำไว้แล้วของแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาประกอบด้วย การให้ข้อมูล การฝึกทักษะ การส่งเสริมสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อม โดยพัฒนาตามหลักการให้ความรู้และสนับสนุนทางการพยาบาล ที่มีหลักการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและได้รับรังสีรักษาเป็นรายบุคคล ซึ่งท่านจะใช้เวลาการเข้าร่วมวิจัยในช่วงที่ได้รับรังสีรักษาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยจะไม่

มีค่าตอบแทนเป็นเงินแต่หากท่านต้องการความช่วยเหลือใดๆ ที่ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมใดๆ ทั้งสิ้นสำหรับโครงการวิจัยนี้

4. ความเสี่ยงและผลประโยชน์

ท่านจะได้รับผลประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้ในด้านของข้อมูลต่างๆที่จะสามารถช่วยบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ โดยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา การดูแลตนเองขณะได้รับรังสีรักษา การประเมินช่องปากเป็นระยะๆ การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ได้รับการชี้แนะแนวทางในการให้ข้อมูลต่างๆ เพื่อดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองทำให้เกิดความอดทนต่อการรักษาและหาวิธีจัดการกับอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างเหมาะสม มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะส่งผลต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้

ภาวะแทรกซ้อนยังไม่มีข้อมูลปรากฏว่า การพยาบาลที่จัดให้รวมถึงการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ แต่ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ ท่านอาจมีอาการอ่อนล้าจากการฟังการให้การสนับสนุนและให้ความรู้ เพราะอาจต้องใช้เวลาในการประเมินช่องปากและการให้ความรู้โดยท่านต้องใช้เวลาอยู่ที่แผนกรังสีแต่ละครั้งประมาณ 15-30 นาทีจากเวลาปกติ โดยผู้วิจัย หากท่านเกิดอาการดังกล่าวให้บอกกับผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้การพยาบาลต่อไป โดยผู้วิจัยจะคอยดูแลท่านอย่างใกล้ชิดซึ่งจะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงนี้ได้

5. การเก็บรักษาความลับ

ข้อมูลของท่านจะไม่ปรากฏชื่อในงานวิจัย และจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัยจะเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด

6. การยกเลิกหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตัดสินใจที่จะไม่เข้าร่วมโครงการในโครงการวิจัยได้ แม้ว่าท่านจะมีการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการและให้มีการเก็บข้อมูลไปแล้ว แต่ท่านก็สามารถถอนคำอนุญาตของท่านได้ทุกเมื่อและด้วยเหตุผลใดๆก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติของท่าน

7. ข้อสงสัยต่างๆ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและ/หรือกระบวนการต่างๆหรือความปลอดภัยของการศึกษาวิจัย รวมทั้งมีการบาดเจ็บใดเกิดขึ้นให้ท่านติดต่อ นางสาววันทนีย์ ดวงแก้ว ที่เบอร์ 0896583077 (ผู้วิจัย) หรืออาจติดต่อ ผศ.ดร. วรจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ที่เบอร์ 0815410211 ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อรับทราบข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

8. การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยความสมัครใจและเอกสารยินยอม

โดยการลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ ท่านยอมรับว่าท่านได้รับทราบถึงความเสี่ยงต่างๆ รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้แล้ว

การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ของท่านเป็นไปโดยความสมัครใจ และท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลเสียหรือการสูญเสียผลประโยชน์ที่ท่านพึงได้รับ ท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารยินยอมฉบับนี้ ที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้วหนึ่งฉบับ และท่านทราบว่าผู้วิจัยจะมีสำเนาหนึ่งฉบับเก็บไว้เช่นกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเรื่องผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาอีกทั้งความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมโครงการแล้ว

ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมของข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้ายังได้อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้

.....
ชื่อของผู้ป่วย (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่
.....
ชื่อของบุคคลที่ดำเนินการรับ คำยินยอม(ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่
.....
ชื่อของพยาน (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบประเมินอาการปากแห้ง

ตอนที่ 3 แบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ตอนที่ 4 แบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

วันที่เก็บข้อมูล.....

ID.....

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง
 สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก ศาสนา.....
 อาชีพ..... รายได้(ต่อเดือน).....บาท ระดับการศึกษา.....
 โรคประจำตัว () ไม่มี () มี ระบุ.....
 ประวัติการได้รับรังสีรักษาในอดีต () ไม่เคย () เคย.....ครั้ง ระบุ.....

วันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล

พฤติกรรมสุขภาพ (อดีต)

(ปัจจุบัน)

() สูบบุหรี่.....มวน/ วัน

() สูบบุหรี่.....มวน/ วัน

() ดื่มสุรา...../สัปดาห์

() ดื่มสุรา...../สัปดาห์

() กินหมาก

() กินหมาก

() อมยาเส้น

() อมยาเส้น

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง.....

ระยะของโรค () ระยะ 1 () ระยะ 2 () ระยะ 3 () ระยะ 4

การรักษาที่ได้รับ/เคยได้รับ

() การผ่าตัด ระบุ.....วันที่.....

() รังสีรักษา ระบุตำแหน่ง.....ปริมาณ.....cGy

() เคมีบำบัดที่เคยได้รับ (ชนิด).....

วันที่เริ่มฉายรังสี.....

วันที่พบผู้ป่วยครั้งแรก..... ฉายรังสีแล้ว.....วันปริมาณ.....cGy

ยาที่มีผลต่อเยื่อช่องปากที่ผู้ป่วยได้รับ.....

สภาพช่องปากก่อนได้รับรังสีรักษา

() ไม่มีแผลในช่องปาก

() มีแผลในช่องปากหรือมีการติดเชื้อหรือมีฟันผุที่ยังไม่ได้ทำการรักษาจำนวน.....ซี่ อย่าง

ใดอย่างหนึ่งจำนวน 1 อาการ

() มีแผลในช่องปากและ/หรือมีการติดเชื้อ และ/หรือ มีฟันผุที่ยังไม่ได้ทำการรักษาจำนวน

.....ซี่ จำนวน 2 อาการ

ID.....

ตอนที่ 2 แบบประเมินอาการปากแห้ง

วันที่ประเมิน.....

ปริมาณรังสีที่ได้รับ.....

อาการปากแห้ง

ผลของรังสีต่อช่องปาก	คะแนนที่ได้
อาการปากแห้ง ระดับ 0 หมายถึง น้ำลายมีปริมาณปกติ น้ำลายใสๆ ระดับ 1 หมายถึง น้ำลายข้น รู้สึกปากแห้ง ระดับ 2 หมายถึง น้ำลายแห้งลง เหนียวเป็นยาง ระดับ 3 หมายถึง ไม่มีน้ำลายในปาก	

คะแนนในแต่ละสัปดาห์

T0 (wk1) =

T1 (wk2) =

T2 (wk3) =

T3 (wk4) =

ID.....

ตอนที่ 3 แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ (สำหรับผู้วิจัย)

วันที่ประเมิน.....สัปดาห์ที่.....

ปริมาณรังสีที่ได้รับ.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (/)ลงในช่องตามความเป็นจริงที่ประเมินได้

บริเวณที่ประเมิน	ผลการประเมิน						
	ขนาดแผลในช่องปาก				อาการบวมแดงในช่องปาก		
	0	1	2	3	0	1	2
ริมฝีปากด้านบน							
ริมฝีปากด้านล่าง							
กระพุ้งแก้มด้านซ้าย							
กระพุ้งแก้มด้านขวา							
ขอบลิ้นข้างซ้าย							
ขอบลิ้นข้างขวา							
พื้นปาก							
เพดานอ่อน							
เพดานแข็ง							
รวม							

หมายเหตุ

ขนาดแผลในช่องปาก

0 หมายถึง ไม่มีแผลในปาก

1 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดของแผลรวมกันน้อยกว่า 1 cm^2 2 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกันรวมกันกว้างประมาณ $1-3 \text{ cm}^2$ 3 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกันรวมกันกว้างประมาณ 3 cm^2

อาการบวมแดงในช่องปาก

0 หมายถึง ไม่มีอาการบวมแดงในช่องปาก

1 หมายถึง มีอาการบวมแดงในช่องปากแต่ไม่รุนแรง

2 หมายถึง มีอาการบวมแดงในช่องปากอย่างรุนแรง

คะแนนที่ได้จากการคำนวณ

T0 (wk1) =

T1 (wk2) =

T2 (wk3) =

T3 (wk4) =

ID.....

ตอนที่ 4 แบบบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง (สำหรับผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเอง)

รหัสผู้ป่วย.....วันแรกที่ได้รับรังสีรักษา.....

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามว่าในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองอย่างไร ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้งหรือทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 3-6 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 2 วันต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	เหตุผลที่ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านล้างมือก่อนแปรงฟัน					
2. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง					
3. ท่านใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม					
4. ท่านใช้แปรงสีฟันที่อยู่ในสภาพดี ขนไม่บาน					
5. ท่านแปรงฟันอย่างน้อย 90 วินาที					
6. ท่านแปรงลิ้น					
7. ท่านบ้วนปากอย่างน้อย 4 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง					
8. ท่านใช้น้ำยาบ้วนปากที่ขายตามท้องตลาด					

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	เหตุผล ที่ไม่ ปฏิบัติ
9. ท่านใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง					
10. ท่านล้างมือก่อนตรวจช่องปาก					
11. ท่านตรวจช่องปากด้วยตนเอง ภายหลังแปรงฟัน ตอนเช้า					
12. ท่านดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว					
13. ท่านใช้ปิโตรเลียมเจลลี่, ลิปสติก บาล์มหรือลิปสติก ทาริมฝีปาก					
14. ท่านรับประทานอาหารและน้ำที่ร้อน					
15. ท่านรับประทานอาหารรสจัด					
16. ท่านรับประทานอาหารที่มีลักษณะ อ่อนนุ่ม					
17. เมื่อมีอาการเจ็บในช่องปาก ท่านไม่ทำ ความสะอาดปากฟัน					
18. เมื่อมีอาการเจ็บในช่องปาก ท่านบ้วน ปากด้วยน้ำเกลือ					
19. เมื่อมีอาการเจ็บในช่องปาก ท่านใช้ไหม พันสำลีทำความสะอาดในปาก					
20. เมื่อท่านรู้สึกว่ามีน้ำลายแห้งท่าน อมน้ำแข็ง					
21. เมื่อท่านเจ็บในช่องปากท่านอม น้ำแข็ง					
22. เมื่อมีอาการเจ็บในช่องปาก ท่านบ้วน ปากทุก 2 ชั่วโมง					
23. ท่านสูบบุหรี่					
24. ท่านดื่มสุรา					

ภาคผนวก จ

การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งส่วนบนของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ ทำให้เกิดการสร้างเซลล์ที่ผิดปกติเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้เกิดก้อนเนื้อที่โตผิดปกติและสามารถกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ โดยเซลล์ที่ผิดปกติจะหลุดออกจากบริเวณเนื้อออกไปตามหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองสู่เนื้อเยื่อและอวัยวะอื่นๆ ทั่วร่างกาย ขณะที่กระบวนการซ่อมแซมเซลล์หรือกระบวนการเสื่อมสลายของเซลล์ทำงานได้ช้าลง

สาเหตุ

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ มีสาเหตุหลายประการ

1. แอลกอฮอล์และบุหรี่ เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในหลอดอาหาร ทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนต้น
2. อนามัยในช่องปากไม่ดีและการได้รับสารระคายเคืองเรื้อรัง เช่น หมากพลู บุหรี่ ฟันเมียง อมเมียง การเสียดสีหรือถูไถบริเวณหนึ่งบริเวณใดในช่องปากเป็นระยะเวลานานๆ เช่น ฟันเก หรือฟันปลอมที่ไม่กระชับ ทำให้เซลล์ปกติในช่องปากเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้
3. การขาดวิตามินและแร่ธาตุในอาหาร ผู้ที่ขาดวิตามิน เอ บี และขาดธาตุเหล็กในอาหาร ที่รับประทานจะเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งในช่องปากและลำคอ โดยการขาดวิตามินเอ จะทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งเยื่อบุบางชนิดได้ง่ายขึ้น เช่น บริเวณหลอดลม กระเพาะอาหาร เป็นต้น ขณะที่วิตามินซี ลดอัตราการเสี่ยงการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูกได้
4. การสูดดมสารหนึ่งสารใดติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เช่น ไอระเหยของโรงงาน อุตสาหกรรมหลอมโลหะหนัก โรงงานยาง และโรงงานเฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น มีโอกาสเกิดการระคายเคืองต่อโพรงข้างจมูกและช่องหลังจมูก อาจเกิดเป็นมะเร็งได้
5. แสงแดด การได้รับแสงแดดเป็นเวลานานๆ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งบริเวณริมฝีปากได้

การรักษาโรคมะเร็ง

1. การผ่าตัด
2. เคมีบำบัด
3. รังสีรักษา
4. ฮอรัโมนบำบัด
5. รักษาที่ระดับยีนส์

ผลกระทบของการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ

ข้อดี ของการใช้รังสี คือ ไม่เกิดอาการปวด ไม่สูญเสียอวัยวะต่างๆ รังสีที่จะผ่านเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งมะเร็งโดยเฉพาะ

ข้อเสีย ของการใช้รังสีรักษา คือ รังสีจะไปทำลายต่อมต่างๆในบริเวณช่องปากและคอ ทำให้ไม่สามารถสร้างน้ำลายได้ เกิดอาการปากแห้ง คอแห้ง เกิดการอักเสบของเยื่อช่องปาก มีการเปลี่ยนแปลงในการรับรส

ผลของรังสีรักษาต่อภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก

1. อาการเฉพาะที่ที่เกิดจากผลกระทบของรังสีในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่เกิดในช่องปาก ประกอบด้วย

1.1 เยื่อช่องปากอักเสบ

เนื่องจากเยื่อภายในมีความทนทานน้อยกว่าผิวหนัง จึงเกิดอาการได้เร็วและรุนแรงกว่า หลังจากได้รับรังสีขนาดสูงๆ จะเกิดการตายของเยื่อชั้นใน และมีการหลุดลอกเกิดเป็นแผล มักสังเกตพบได้หลังการฉายรังสี ในสัปดาห์ที่ 2-3 การอักเสบในช่องปากเนื่องจากรังสี ทำให้การเจริญเติบโตและการแบ่งเซลล์เยื่อในช่องปากลดจำนวนลง แต่เยื่อช่องปากสามารถสร้างเซลล์ขึ้นมาทดแทนได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ เยื่อที่สร้างใหม่จะบาง ซีด และแตกง่าย ภายหลังการฉายรังสี 3-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะเริ่มแสบในปาก เจ็บคอ โดยเยื่อในปากจะมีอาการบวมแดงต่อมาจะเกิดฝ้าขาวหรือเทาปกคลุม ฝ้าที่เกิดขึ้นนี้ถ้าถูกกระทบกระเทือนก็จะหลุดลอกออกเป็นแผล

1.2 อาการปากแห้ง

เนื่องจากการฉายรังสีทำให้เซลล์ของต่อมน้ำลายเสียหายและทำให้เกิดการผลิตน้ำลายลดลง มักเกิดใน 1-2 สัปดาห์หลังได้รับรังสี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำลาย ปริมาณน้ำลายจะลดน้อยลงอย่างรวดเร็วในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาเนื่องจากต่อมน้ำลายมีความไวต่อรังสีมากโดยที่ต่อมน้ำลายจะมีการสร้างน้ำลายลดลงเรื่อยๆ คุณสมบัติของน้ำลาย

เปลี่ยนแปลงไป น้ำลายเหนียวข้นและมีฤทธิ์เป็นกรดมากขึ้น ส่งผลให้ขจัดเชื้อโรคในช่องปากลดลง อาจทำให้เกิดฟันผุได้

1.3 ฟันผุ

มักเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาไปแล้วประมาณ 2-3 เดือน เนื่องจากความผิดปกติของต่อมน้ำลาย ปริมาณน้ำลายที่ลดลง และมีความเป็นกรดทำให้ความสามารถในการกำจัดแบคทีเรีย ทำให้เกิดฟันผุได้

1.4 การเปลี่ยนแปลงในการรับรส หรือการสูญเสียการรับรส

เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งอาการข้างเคียงจะเกิดเมื่อต่อมรับรสอยู่ในบริเวณฉายรังสี ร่วมกับอาการระคายเคืองของเยื่อช่องปากและอาการปากแห้งทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร เกิดภาวะขาดอาหารตามมาได้

1.5 การอ้าปากได้แคบกว่าปกติ

1.6 กลืนอาหารลำบาก

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะพบบริเวณช่องปากและคอซึ่งเป็นบริเวณที่สำคัญและมีความเกี่ยวเนื่องต่อกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารลำบาก เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลงจะนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้

การดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษา

จากผลข้างเคียงของการรักษาดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากโรคที่เป็นและผลข้างเคียงจากการรักษา โดยต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันต้องมีการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย เพื่อรักษาโครงสร้างหน้าที่และฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองได้ ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปได้แก่

1. รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนพวกเนื้อสัตว์ นม ไข่ ปลา เป็นต้น บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จึงควรเสริมด้วยอาหารเสริมระหว่างมือ โดยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง

2. คุณดูแลตนเองให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ โดยดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน ประมาณ 3 ขวด แม่โขงหรืออย่างน้อย 10 แก้วหรือมากกว่า ผู้ป่วยควรพกขวดน้ำติดตัวทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน หรือแม้แต่ขณะที่มานั่งรอการฉายแสง เพราะการจิบน้ำมากๆ จะทำให้ช่องปากชุ่มชื้น น้ำลายเหนียว น้อยลง นอกจากนี้ ควรรับประทานอาหารที่มีน้ำมากๆ เช่น แองจืด แองเลียง แดงกวาง เป็นต้น หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เผ็ดจัด ร้อนจัดหรือเปรี้ยวจัด

ในรายที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ควรรักษาความสะอาดของช่องปากอย่างเคร่งครัด บ้วนปากบ่อยๆด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำยาที่แพทย์สั่งให้ หรือทำน้ำยาบ้วนปากเอง โดยใช้ น้ำอุ่น หรือน้ำธรรมชาติ 1 ขวดแม่โขงผสมด้วยเบคกิ้งโซดา $\frac{1}{4}$ ช้อนชาและเกลือแกง $\frac{1}{8}$ ช้อนชา

3. ควรมีเวลาเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น

4. การพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมงเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย

5. การพัฒนาการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา เช่น สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปากที่เกิดหลังได้รับรังสีรักษา การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การดูแลให้ช่องปากสะอาดและชุ่มชื้นอยู่เสมอ การแปรงฟัน ควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนนิ่ม หากขนแปรงไม่นิ่มให้แช่น้ำอุ่นก่อนใช้ร่วมกับยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ รสไม่ซ่าและไม่มีการกัดคราบฟันมากเกินไป ใช้ไหมขัดฟัน ส่วนในกรณีที่เยื่อช่องปากอักเสบหรือเจ็บปากมาก อาจใช้ไม้ฟันสำลีแทนแปรงสีฟันก็ได้

ในกรณีที่เยื่อช่องปากอักเสบปานกลางถึงรุนแรง ให้ประหมื่นช่องปากตนเองทุก 8 ชั่วโมง เมื่อผิดปกติให้เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือแพทย์ทราบ และหลีกเลี่ยงการใส่ฟันปลอม เป็นต้น

สรุป

การดูแลตัวเองเพื่อบรรเทาอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะช่วยลดอัตราการสูญหายของผู้ป่วยขณะฉายรังสีแล้วยังอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งในและระหว่างรับการฉายรังสีและเมื่อสิ้นสุดการรักษา นอกจากนี้เพื่อให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น ท่านควรทำจิตใจให้สบาย หากมีเรื่องไม่สบายใจ ควรพูดคุยหรือปรึกษากับคนที่ไว้วางใจได้ หากไม่มีใครที่จะปรึกษา ก็สามารถปรึกษาแพทย์และพยาบาลที่ยินดีรับฟังและเต็มใจให้คำแนะนำ ในเรื่องต่างๆแก่ท่าน ขอท่านจงมีความหวัง อย่าได้ท้อแท้ และในที่สุดท่านก็จะสามารถฉายแสงได้ครบถ้วน ตามที่แพทย์ได้วางแผนการรักษาไว้

ภาคผนวก จ

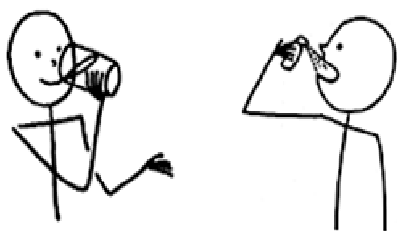
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ แสงถวัลย์
แพทย์ประจำภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่องวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**วิธีปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพในช่องปากให้
มีสุขภาพดีสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**

1. ดูแลให้ปากมีความชุ่มชื้นอยู่เสมอ

- ดื่มน้ำเยอะๆ ประมาณ 2-3 ลิตร จิบน้ำบ่อยๆ ควรพกขวดน้ำติดตัวเสมอขณะเดินทาง

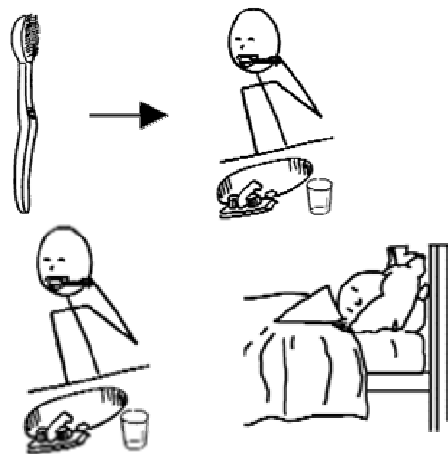


- อมน้ำแข็ง เมื่อมีอาการเจ็บปาก

- รับประทานหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาลเมื่อมีอาการปากแห้ง

**2. รักษาความสะอาดปาก, ฟัน, ลิ้นและ
เหงือก**

- แปรงฟันและลิ้น หลังมื้ออาหาร และก่อนนอน

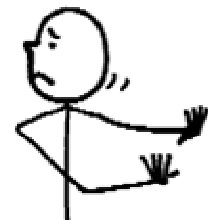


- ถ้าขนแปรงสีฟันแข็ง ให้แช่น้ำอุ่น



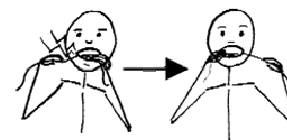
- ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์

- ไม่ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์

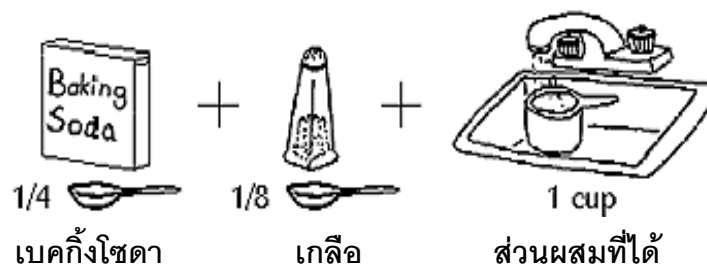


contains alcohol

- ใช้ไหมขัดฟัน



- อาจทำน้ำยาบ้วนปากเอง โดยใช้ น้ำอุ่น หรือน้ำธรรมดา 1 ขวดแม่โขงผสมด้วยเบคกิ้งโซดา 1/4 ช้อนชา และเกลือแกง 1/8 ช้อนชา



1/4 เบคกิ้งโซดา

1/8 เกลือ

1 cup ส่วนผสมที่ได้

- บ้วนปากบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังมีอาหาร



- ไปปรึกษาแพทย์เมื่อมีปัญหาในช่องปาก

3. ทำอย่างไรเมื่อมีแผลในช่องปาก

- เลือกรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย
- รับประทานอาหารชิ้นเล็กๆ เคี้ยวช้าๆ หลีกเลี่ยงของกรอบๆ เผ็ด ร้อนหรือรสจัดอื่นๆ เช่น เป็รียวหรือเค็ม



- หลีกเลี่ยงการใช้ไม้จิ้มฟัน
- ไม่ดื่มเหล้า

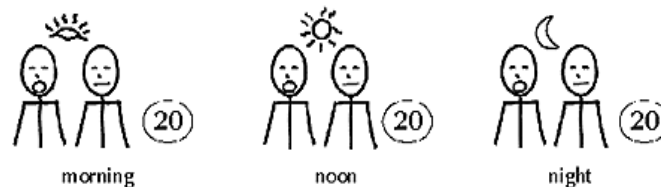


- ไม่สูบบุหรี่หรืออมยาเส้น

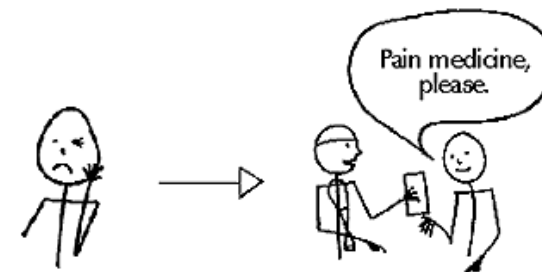


- อ้าปากและหุบปากบ่อยๆ เพื่อป้องกันชากรรไกรยึด

โดยทำวันละ 3 เวลา ครั้งละประมาณ 20 ครั้ง หากไม่ปวดหรืออมจุกก็ออกหรือท่อย่างครั้งละ 1-2 นาที



หากมีอาการผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์ เช่น มีแผลในปาก บวม, มีเลือดออก, ปวด หรือมีฝ้าขาวในปาก



จัดทำโดย ..น.ส วันทนีย์ ดวงแก้ว
 นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาววันทนีย์ ควงแก้ว		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	4910420028		
วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา	2542	
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน			
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7		
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลนครราชสีมาราชชนครินทร์ อ.เมือง จ.นครราชสีมา		