

**การศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปาก  
ด้วยตนเอง ต่อเยื่อช่องปากอักเสบและคุณภาพชีวิต  
ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังการได้รับรังสีรักษา  
A comparative study of the program for oral care  
self-management on oral mucositis and quality of life  
of head and neck cancer patients after radiotherapy**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ  
Journal of Nursing Science & Health  
ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2561  
Volume 41 No.3 (July-September) 2018

อภิญญา กุลทะเล พยม\* วรุณศิริ ปราณีธรรม พยม\*  
Apinya Koontalay MNS\* Warunsiri Pranethum MNS\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อเยื่อช่องปากอักเสบ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี 23 ราย ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหลังเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยของเยื่อช่องปากอักเสบ และคุณภาพชีวิตด้านภาพรวม ด้านสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.005$ )

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง เยื่อช่องปากอักเสบ มะเร็งศีรษะและคอ คุณภาพชีวิต รังสีรักษา

**Abstract**

This quasi-experimental research one group pre-post test aimed to study the effect of the program for oral care self-management on oral mucositis and quality of life of head and neck cancer patients after radiotherapy. The samples were consisted of 23 patients with head and neck cancer receiving radiotherapy. Patients were purposive sampling assigned to receive either program for before radiotherapy and compared of mean of oral mucositis and quality of life at day 30 and 4 weeks after radiotherapy ended. Data were analyzed and presented in the forms of frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test. Results showed that the mean score on oral mucositis was significant and quality of life on overall aspect, health aspect, and environmental was significance higher than before experiment ( $p < 0.005$ ).

**keywords:** program for oral care self-management oral mucositis, head and neck cancer, quality of life, radiotherapy

\*Instructor Collage of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University

## บทนำ

มะเร็งศีรษะและคอเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงอยู่หนึ่งในห้าอันดับแรกของประเทศไทยจากสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยปี 2558 พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวนร้อยละ 10.18 ของมะเร็งทั้งหมด<sup>1</sup> เพศชายร้อยละ 15.7 และเพศหญิง ร้อยละ 10.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน<sup>2</sup> โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลทั้งร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ ตั้งแต่ระยะแรกของการวินิจฉัย ระยะของการรักษา ตลอดจนระยะสุดท้ายของชีวิต<sup>3-4</sup> การรักษารังสีเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ก้อนมีขนาดเล็กลง ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาด้วยวิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกัน เช่น การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัด หรือร่วมกับการให้เคมีบำบัดขึ้นอยู่กับระยะของโรคที่เป็น ความเห็นของแพทย์ผู้ทำการรักษา และการตัดสินใจของผู้ป่วย<sup>5</sup> เนื่องจากเนื้อเยื่อมะเร็งบริเวณดังกล่าวมีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อชนิดแผ่นเรียบมีเกล็ด (squamous cell carcinoma) ซึ่งตอบสนองต่อรังสีดีมาก ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจึงได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีถึงร้อยละ 95<sup>6</sup> ปัจจุบันการรักษามะเร็งศีรษะและคอ มีเป้าหมายเพื่อให้หายขาดพบว่าการรักษาด้วยการฉายรังสีให้หายขาดได้ในระยะเริ่มแรกร้อยละ 40<sup>7</sup> และเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตภายหลังการรักษามากกว่า 5 ปี พบร้อยละ 30-40<sup>8</sup> ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับรังสีวันละ 1.8 เกรย์ ถึง 2.0 เกรย์ ปริมาตรรังสีจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนครบ 66 เกรย์ ถึง 70 เกรย์ เฉลี่ยเป็นเวลา 6-7 สัปดาห์ ทั้งนี้รังสีนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลต่อเซลล์ปกติที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง<sup>7</sup> ซึ่งปริมาณรังสีตั้งแต่ 40 เกรย์ขึ้นไปก่อให้เกิดผลข้างเคียงภายในช่องปากและคอ ถึงร้อยละ 84<sup>9</sup> โดยรังสีจะเริ่มทำลายเยื่อช่องปากและต่อมน้ำลายตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรักษา พบร้อยละ 50-60<sup>10</sup> และยังคงอยู่เมื่อการรักษาผ่านไปแล้ว 7 สัปดาห์ ร้อยละ 80<sup>5</sup>

อาการเยื่อช่องปากอักเสบพบได้บ่อยในการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 85<sup>7</sup> และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98 ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด<sup>9-10</sup> ซึ่งอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เจ็บปวด และทุกข์ทรมานอย่างมาก ร้อยละ 75<sup>10</sup> การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมตามมา รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกหมดหวัง<sup>11</sup> ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ร้อยละ 30-40<sup>12</sup> การเกิดแผลไหม้บริเวณใบหน้าและช่องปาก เกิดพังผืดตึงบริเวณใบหน้า กรามค้างติด อ้าปากได้แคบกว่าปกติ การสื่อสารลำบาก พูดไม่ชัด ร้อยละ 50.8<sup>13</sup> เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 44-88<sup>14</sup> จากปัญหาการเคี้ยวและกลืนลำบาก ร้อยละ 43-63.1<sup>15</sup> สูญเสียการรับรส ร้อยละ 75.4<sup>16</sup> ความอยากอาหารลดลง ร้อยละ 52<sup>17</sup> ในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง จำเป็นต้องได้รับอาหารผ่านทางสายยางให้อาหารแทนระหว่างการรักษานานจนกระทั่งการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้น ร้อยละ 50-70 ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยนานถึง 14 วัน มากกว่ามะเร็งกลุ่มอื่น<sup>18</sup> มีโอกาสเกิดการฟันผุ มีกลิ่นปาก และการติดเชื้อในช่องปาก ร้อยละ 38.5<sup>8</sup> เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก นำไปสู่ภาวะการหายใจล้มเหลว และการเสียชีวิตในที่สุด<sup>17</sup> หากไม่ได้รับการป้องกันและดูแลอย่างดีมาตั้งแต่เริ่มต้นจะส่งเสริมให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงมากยิ่งขึ้นจนทำให้เกิดการอักเสบ ลูกกลามไปยังเนื้อเยื่อและกระดูก<sup>10</sup> และอาจจำเป็นต้องหยุดพักการฉายรังสีชั่วคราว หรือเลื่อนการรักษาออกไปจนกระทั่งอาการอักเสบทุเลาลงจึงจะเริ่มฉายรังสีต่อไปได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการตอบสนองการรักษา อาจเกิดการลูกกลามของมะเร็งในระยะต่อไปเพิ่มขึ้นได้ ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถทนทานได้อาจต้องหยุดการฉายรังสีก่อนกำหนด และทำให้โรคลูกกลามมากยิ่งขึ้น<sup>12</sup> ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลยาวนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น<sup>11</sup> โอกาสการรอดชีวิตใน

ช่วง 5 ปีหลังการรักษาลดลง<sup>8,13</sup> และเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การพิการและเสียชีวิต<sup>8</sup>

ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ คือ สุขภาพในช่องปาก ซึ่งมีสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ การดูแลช่องปากไม่ถูกวิธี เกิดการสะสมของแบคทีเรียในช่องปากนำไปสู่การติดเชื้อในช่องปาก ในรายที่มีอาการรุนแรงเชื้ออาจลุกลามไปสู่กระแสเลือดได้<sup>19</sup> การดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก เป็นวิธีที่สำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบ การประหมื่นช่องปาก การประพูนาน 90 วินาที ลักษณะการประพูนการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือครั้งละประมาณ 15 มิลลิลิตรนาน 30 วินาที ช่วยลดคราบแบคทีเรียได้เป็นอย่างดี<sup>10</sup> นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการเลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม หลีกเลี่ยงสารบางอย่างที่อาจทำให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก เช่น อาหารรสจัด ร้อนจัด หรือมีฤทธิ์เป็นกรด และส่งเสริมการได้รับน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 1,500–2,000 ซีซีต่อวัน เพื่อช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก<sup>11</sup> การให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพื่อนำสู่การปฏิบัติ การฝึกทักษะ การบันทึกติดตามพฤติกรรมตนเอง และการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อเสริมแรงโดยการให้กำลังใจ เพิ่มความมั่นใจ และกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถดูแลป้องกันและจัดการอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้ด้วยตนเอง<sup>20</sup> การรักษาด้วยการฉายรังสีจึงเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลงร้อยละ 60<sup>16</sup> การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ฉายรังสีพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับการฉายรังสี และภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเอง การให้ข้อมูล การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม<sup>13</sup> พยาบาลจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงของตัวผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ให้ความสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของแต่ละบุคคล พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญหาวิธีการป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของอาการนี้ โดยให้ความรู้ เรื่องโรค การรักษาอาการของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบ<sup>21</sup> ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concepts) ของแคนเฟอร์ และกาลิบายส์<sup>22</sup> เป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลซึ่งไม่มีใครสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้อื่นได้นอกจากตนเองโดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้เข้ามา มีบทบาทในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ เพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่องได้อย่างมั่นใจด้วยการตัดสินใจของบุคคลนั่นเอง โดยผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการหรือโรคต้องอาศัยความรู้และการฝึกทักษะ จนเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย และรับรู้ว่าการปฏิบัติที่ตนปฏิบัตินั้นจะส่งผลดีตามที่ต้องการ<sup>23</sup> ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย การให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และการเสริมแรงตนเองเพื่อนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ เพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การรักษาต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concepts) ของ แคนเฟอร์ และแกลิกซ์-บายส์<sup>22</sup> ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมเฉพาะเจาะจงแต่ละบุคคล โดยบุคคลจะมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงปัญหาเพื่อให้เกิดแรงกระตุ้นด้วยตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมโดยมีความเชื่อบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของบุคคล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กระบวนการติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการประเมินปัญหาและความพึงพอใจในพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเอง ตลอดจนการบันทึกพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เป็นการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การรับประทานอาหารอ่อนที่เป็นประโยชน์ การเลือกใช้น้ำยาบ้วนปาก การหลีกเลี่ยงสิ่งๆที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก และการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับรังสีรักษาครบเพื่อป้องกัน

และบรรเทาอาการเยื่อช่องปากตามความเฉพาะและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย<sup>23</sup> ทั้งนี้ แนวคิดดังกล่าวมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นบทบาทของพยาบาลที่จะให้ความรู้ ส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองจนผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อไปสู่การจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมาย การเลือกสรรข้อมูล การประเมินข้อมูล การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้นต่อไป

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มทดลอง วัดก่อนหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสีที่รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 – สิงหาคม 2560 คัดเลือกกลุ่มจำนวนแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอใหม่ที่ได้รับแผนการรักษาด้วยการฉายรังสี 2) อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ 4) ไม่มีอาการเยื่อช่องปากมาก่อน และ 5) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .50 จากตารางอำนาจการทดสอบ power analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน ทั้งนี้ ระหว่างเก็บข้อมูล มีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยการฉายรังสีตามนัด 23 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยโปรแกรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การฝึกทักษะปฏิบัติ และการส่งเสริมสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยพบผู้ป่วยวันที่ 1 ก่อนการฉายรังสี ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จากนั้นพบผู้ป่วยในวันที่ 5, 10, 15, 20, 25, 30 ของการฉายรังสี พบแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที 2) คู่มือการจัดการดูแลช่องปากตนเอง เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง เพื่อเป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้ และคำแนะนำ มอบให้ผู้ป่วยเพื่อใช้ทบทวนตนเอง เนื้อหาประกอบด้วยอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ความรู้ในการปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การรับประทาน อาหารอ่อนที่เป็นประโยชน์ การเลือกใช้น้ำยาบ้วนปาก ตลอดจนหลีกเลี่ยงสิ่งๆ ที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก และการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับรังสีรักษาครบวิธีการดูแลช่องปากโดยแบ่งตามระดับของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติและกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลช่องปากในระดับต่าง ๆ ที่ประเมินได้<sup>23</sup> เกรด 0 แปรงฟัน และลิ้น 2-3 ครั้งต่อวัน หลังรับประทานอาหาร 30 นาที / ครั้ง ประเมินช่องปากด้วยตนเองวันละครั้ง เกรด 1 เพิ่มความถี่ในการบ้วนปากเป็น 4 ครั้งต่อวัน เกรด 2 เพิ่มความถี่ในการบ้วนปาก 6 ครั้งต่อวัน เกรด 3 และ 4 บ้วนปากบ่อยที่สุดเท่าที่ทำได้ ทั้งนี้ คู่มือฯ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ถึงความเหมาะสม ถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ และการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = .95 และการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการ

ฉายรังสี จำนวน 5 ราย พบว่า โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง เนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสม ระยะเวลาเป็นไปตามกำหนดได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนนาคแอลฟาเท่ากับ .91

และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอ ระยะการดำเนินของโรค โรคประจำตัว เทคนิคการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมด ระยะเวลาที่ได้รับการฉายรังสีทั้งหมด 2) แบบประเมินเยื่อช่องปากอักเสบ การประเมินช่องปากก่อนได้รับการฉายรังสี พยาบาลเป็นผู้ประเมินช่องปากผู้ป่วย และสอนผู้ป่วยและญาติ ประเมินช่องปากด้วยตนเองและสามารถกลับไปประเมินตนเองที่บ้านได้ โดยใช้แบบประเมินของ WHO oral mucositis scale<sup>24</sup> แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-5 (0 คือ ไม่มีอาการ ถึง 5 คือ มีอาการมากที่สุด) เป็นเครื่องมือที่เป็นสากล มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายและ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)<sup>25</sup> จำนวน 26 ข้อ เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก QOL ชุด 100 ตัวชี้วัด แบ่งออกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical health) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relation) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) มาตรฐานชนิดประมาณค่า 3 ระดับ เกณฑ์การแปลผล คือ 26-60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี 61-95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96-130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตดีมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

การดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอรับรองการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย

ราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA.1-026/2017 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร เลขที่ 177\_2017C\_OUT507

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอในภาพรวม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

3. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพตั้งแต่วันแรกที่แพทย์และพยาบาลวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยในวันที่เริ่มการรักษาด้วยรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ นำไปสู่การวางแผนร่วมกัน และฝึกการติดตามตนเอง และผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินช่องปาก ประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต หลังจากนั้นผู้วิจัยให้โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมาขีดเส้นเพื่อบ่งบอกขอบเขตการฉายรังสีก่อนได้รับรังสีรักษา

3.2 ผู้วิจัยซักถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้ อาการเยื่อช่องปากอักเสบ ปัจจัยและภาวะแทรกซ้อนการดูแลช่องปาก และการจัดการอาการเยื่อช่องปากอักเสบ พร้อมทั้งระบุสิ่งที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลช่องปาก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการปฏิบัติในการส่งเสริมการจัดการตนเอง

3.3 ผู้วิจัยเสริมสร้างความรู้โดยใช้ภาพนิ่ง เรื่องเยื่อช่องปากอักเสบ ปัจจัยการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ รวมทั้งการดูแลและการจัดการอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ประกอบด้วย การประเมินช่องปาก การดูแลความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันและ

บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ การดูแลช่องปากตามระดับของเยื่อช่องปากอักเสบ และตรวจช่องปากเพื่อประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ พร้อมทั้งมอบอุปกรณ์การดูแลช่องปาก และคู่มือการดูแลช่องปากให้ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการทบทวนความรู้ และแบบบันทึกอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

3.4 ผู้วิจัยส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 1) การติดตามพฤติกรรม การดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการดูแลช่องปาก ปริมาณการดื่มน้ำ การรับประทานอาหารลงในแบบบันทึกติดตาม 2) การประเมินพฤติกรรม การดูแลช่องปากด้วยตนเองโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 3) การเสริมแรงตนเอง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ และให้กำลังใจชมเชยเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้แนะนำให้ปรับกลวิธีให้เหมาะสมและเป็นไปได้

3.5 การฝึกทักษะและสาธิตการดูแลช่องปาก ประกอบด้วย ลักษณะการแปรงฟันที่ถูกวิธี โดยสาธิตกับอุปกรณ์จำลองให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพที่ชัดเจน การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือครั้งละประมาณ 15-20 มิลลิลิตร กลั้วที่คอนาน 2-3 วินาที ทำวันละ 5 ครั้ง หรือกลั้วทุกครั้งหลังแปรงฟัน การดูแลช่องปาก และการจัดการอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ตามแนวทางการดูแลช่องปากตามระดับเยื่อช่องปากอักเสบ

3.6 การปฏิบัติจัดการตนเองฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลช่องปากและฟันด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินช่องปากผู้ป่วยตั้งแต่วันที่แพทย์และพยาบาลวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย และสอนผู้ป่วยและญาติประเมินช่องปากด้วยตนเองและสามารถกลับไปประเมินตนเองที่บ้านได้ฝึกการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

3.7 ส่งเสริมสนับสนุนให้การช่วยเหลือ แนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามประเมินผลพฤติกรรม การจัดการตนเอง และทบทวนการปฏิบัติการจัดการดูแล

ช่องปากอาทิตย์ละ 1 ครั้ง และวันที่ 5,10,15,20,25,30 ของการฉายรังสี ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ทบพทอนความรู้การจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นำปัญหาที่พบจากการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง มาวางแผนการจัดการตนเองโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมส่งเสริมการจัดการดูแลช่องปากและฟันด้วยตนเอง สร้างแรงจูงใจและกำลังใจให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

3.8 ผู้วิจัยประเมินระดับอาการเยื่อช่องปากอักเสบวันที่ 30 ของการฉายรังสี พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อได้รับรังสีรักษาครบ และให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังจากนั้นยู่ติสัมพันธ์ภาพ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

### ผลการศึกษา

1) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 23 ราย โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นมะเร็งลิ้น จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 34.8) อยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 47.8 เท่ากัน ได้รับการฉายรังสีที่บริเวณใบหน้า ลำคอทั้ง 2 ข้าง เนื้อกระดูก ไทปลาธาต้านหน้า และช่องปาก ร้อยละ 78.3 เป็นเพศชาย จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 78.3) สถานภาพสมรส

จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 56.5) อายุเฉลี่ย 54.34 (SD=11.69, min-max= 33-78) และมีสิทธิการรักษา 30 บาท จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 65.2)

2) การเปรียบเทียบคะแนนเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบเริ่มในวันที่ 10พบเยื่อช่องปากอักเสบ เกรด 1 จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 17.4) และเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง สามารถป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบ จำแนกตามระดับความรุนแรงพบว่า สิ้นสุดการฉายรังสีวันที่ 30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 60.9) และติดตามต่อหลังสิ้นสุดการฉายรังสี 4 สัปดาห์ พบว่า ส่วนใหญ่อาการเยื่อช่องปากอักเสบหายไป ไม่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 69.6) เยื่อช่องปากอักเสบ เกรด 1 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 30.4) และไม่มีผู้ป่วยที่เกิดเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงเกรด 3 และ 4 ดังแสดงในตารางที่ 1

3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวม มีความแตกต่างกัน ( $P=0.001$ ) ด้านสุขภาพกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.01$ ) และด้านสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.001$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และสัมพันธ์ภาพทางสังคมไม่แตกต่างกัน ( $P=0.07$ ,  $P=0.12$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

อัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ	N	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการฉายรังสี	23	0.00	0.00	3.102	0.005
หลังสิ้นสุดการฉายรังสี	23	0.30	0.47		

p < 0.05

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

คุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ	ระดับคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	F	p-value
<b>ภาพรวม</b>					
ก่อนได้รับรังสี	ดี	107.08	9.13	4.41	<.005
หลังได้รับรังสี	ดี	97.6	13.2		
<b>ด้านสุขภาพ</b>					
ก่อนได้รับรังสี	ดี	27.6	3.31	2.76	<.005
หลังได้รับรังสี	ปานกลาง	24.7	3.71		
<b>ด้านจิตใจ</b>					
ก่อนได้รับรังสี	ดี	25.34	2.93	1.85	>.005
หลังได้รับรังสี	ดี	23.7	3.17		
<b>ด้านสัมพันธภาพทางสังคม</b>					
ก่อนได้รับรังสี	ดี	12.7	2.81	16	>.005
หลังได้รับรังสี	ปานกลาง	11.8	3.07		
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>					
ก่อนได้รับรังสี	ดี	32.8	4.30	3.01	<.005
หลังได้รับรังสี	ดี	30	4.43		

p < 0.05

**การอภิปรายผล**

การศึกษาเปรียบเทียบภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยใช้แนววิธีการต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลช่องปากตามระดับความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบ เช่น การเลือกแปรงสีฟันอ่อนนุ่ม การแปรงฟันที่ถูกวิธี ทาวาสลีนป้องกันปากแห้ง เคี้ยวหมากฝรั่งปราศจาก

น้ำตาล การเลือกรับประทานอาหารหลีกเลี่ยง ชา กาแฟ อาหารที่มีความเป็นกรดสูงเช่น น้ำมะนาว เป็นต้นและการฝึกทักษะการประเมินการตรวจช่องปากด้วยตนเอง การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ normal saline บ่อยๆ โดยความถี่ตามระดับความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบ<sup>27</sup> เกรด 0 แปรงฟัน และลิ้น 2-3 ครั้งต่อวัน หลังรับประทานอาหาร 30 นาที/ครั้ง ประเมินช่องปากด้วย

ตนเองวันละครั้ง เกรด 1 เพิ่มความถี่ในการบ้วนปาก เป็น 4 ครั้งต่อวัน เกรด 2 เพิ่มความถี่ในการบ้วนปาก 6 ครั้งต่อวัน เกรด 3 และ 4 บ้วนปากบ่อยที่สุดเท่าที่ทำได้ ผู้วิจัยจัดทำคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองที่บ้านได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ การให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยในวันที่ 1 ของการฉายรังสี และมีการประเมิน หลังจากนั้นนัดพบผู้ป่วย ประเมิน เยื่อช่องปากและทบทวนความรู้ในวันที่ 5, 10, 15, 20, 25 และ 30 ของการฉายรังสี ใช้เวลา 30-45 นาทีในการพบผู้ป่วยแต่ละครั้ง และโทรศัพท์ติดตามภายหลังสิ้นสุดการฉายรังสี 4 สัปดาห์ โดยสรุป โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี มีการเปลี่ยนแปลง เยื่อช่องปาก และเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างการฉายรังสีน้อย ผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง จัดการอาการเยื่อช่องปากอักเสบและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้ อาการบวมแดงของแผลลดลง ช่วยส่งเสริมการหายของแผล สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรง (เกรด 3 และ 4) และน้ำเกลือ normal saline ยังช่วยบรรเทาเยื่อช่องปากอักเสบอีกด้วย<sup>20, 23</sup> สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและฝึกทักษะสม่ำเสมอ ก่อนการฉายรังสี เซลล์มะเร็งและเนื้อเยื่อโดยรอบยังไม่ได้รับผลกระทบจากรังสีและเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคู่มือสม่ำเสมอ เมื่อรับการฉายรังสี ในระยะเริ่มแรกมีการเปลี่ยนแปลงโดยเซลล์เริ่มการแบ่งตัวผิดปกติ แต่กระบวนการซ่อมแซมเซลล์ยังสมดุลกับการถูกทำลาย<sup>3, 10, 13</sup> ซึ่งเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคู่มือและคำชี้แนะอย่างถูกต้องโอกาสเกิดเยื่อช่องปากอักเสบและการติดเชื้อในช่องปากจึงลดลง ส่งเสริมการหดและคลายตัวของใยกล้ามเนื้อ ทำให้เลือดไหลเวียน

ไปเลี้ยงเซลล์และเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวได้ดีขึ้น กล้ามเนื้อได้รับสารอาหารและออกซิเจนเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงาน ในการซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลาย<sup>10, 26</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วย มีสภาพช่องปากแตกต่างกับระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดการได้รับรังสี 4 สัปดาห์ เป็นระยะที่เซลล์ไม่ได้รับการฉายรังสี แต่การทำลายของเซลล์รังสี ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องซึ่งอาจพบได้อย่างน้อย 1 เดือน ถึง 3 ปีหลังหยุดฉายรังสี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างยังคงปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงทำให้ กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อต่าง ๆ สามารถฟื้นฟูสภาพและ ทำหน้าที่ได้ตามปกติ จึงพบว่า หลังสิ้นสุดการได้รับรังสี 4 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับเกรด 1 นอกจากนี้ ยังพบว่า รังสีมีผลทำให้น้ำลายมีความเป็นกรดเพิ่มมากขึ้น คาร์บอนเตลตอลและปริมาณโซเดียมคลอไรด์เพิ่มสูงขึ้น จึงเห็นได้ว่าการเกิดอาการปากแห้งหลังได้รับการฉายรังสี นั้นเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แต่สามารถบรรเทาความรุนแรงลงได้ด้วย การดูแลช่องปากที่ถูกต้อง<sup>10</sup>

สำหรับผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวม ด้านสุขภาพกาย และสิ่งแวดล้อม ในวันที่ 30 ของการฉายรังสีรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คุณภาพชีวิตภาพรวมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ระดับดี และด้านสุขภาพกายอยู่ระดับปานกลาง<sup>21</sup> การรักษาด้วยการฉายรังสีทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา และกระทบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยตรง เช่น ปัญหาเรื่องปากแห้ง การเคี้ยว<sup>8, 14</sup> และการไถย<sup>9</sup>คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ลดลงระหว่างรักษา และจะค่อย ๆ ดีขึ้นภายหลังรักษาครบแล้ว 1 เดือน คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับไม่ตีก่อนการรักษาพบมากที่สุด และเพิ่มขึ้น ภายหลังสิ้นสุดการรักษา สอดคล้องกับการศึกษา เหวียนและคณะ<sup>27</sup> ที่พบว่า ปัญหาการพูด

การเคี้ยว ความปวดความรู้สึกเสแสร้งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตไม่ว่าจะรักษาโดยวิธีใดก็ตาม สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสัมพันธ์ทางสังคมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างผู้ป่วยสามารถไปไหนมาไหนได้ตามปกติไม่ต้องจำกัดบริเวณและยังสามารถพบปะญาติพี่น้อง หรือเพื่อนได้เหมือนเดิม ช่วงที่รักษาทำให้ต้องเดินทางออกจากบ้านไปโรงพยาบาล ไม่ได้มีกิจกรรมร่วมกับญาติพี่น้อง หรือเพื่อน และจากการที่สภาพร่างกายเปลี่ยนไป เช่น หน้าดำคล้ำ ลอก แดง หรือเป็นแผลดำ ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ ไม่อยากมีสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ทำให้ขาดสัมพันธ์ทางสังคมไปด้วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงต้องการกำลังใจ หรือการดูแลด้านจิตใจ เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค หรืออาการแทรกซ้อนที่พบภายหลังการรักษาสิ้นสุด<sup>11</sup>

### ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังการได้รับรังสีรักษาข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กเพียงหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง ทั้งนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยไปทำให้อนุมานไม่เพียงพอถึงประชากรทั่วไป

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพได้รับการอบรมส่งเสริมและฝึกทักษะการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองซึ่งเป็นหนึ่งกลยุทธ์ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

ศึกษาวิจัยแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังวัดผลลัพธ์การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตในระยะยาว เพื่อติดตามผลการคงอยู่ของความรู้ความสามารถ

ในการจัดการตนเอง และคำนึงถึงปัจจัยแทรกซ้อนที่ส่งเสริมให้แผลเย็บช่องปากหายช้า

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช) ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในดำเนินการศึกษาวิจัย

### References

1. Thailand Health Statistics Ministry of Health. Available from: [http://stat.dopa.go.th/new\\_stat/webPage/statByYear.php](http://stat.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByYear.php), Accessed on December 20, 2016.
2. Tangjaturonrasme N, Vatanaspt P, Bychkov A. Epidemiology of head and neck cancer in Thailand. *Asia-Pac J Clin Oncol* 2018; 14: 16-22.
3. Kunsara P, Putwatana P, Junda T. The effects of the oral self-care program on chemotherapy related oral mucositis in patients with cancer. *RamaNurs J* 2013;19(1): 73-86.
4. Jemal A, Bray F, Center MM. Global cancer statistics. *Cancer J Clini* 2011; 61(2):61-9.
5. Cavusoglu H. Evidence-base nursing in management of oral mucositis. *J Turkish Med* 2007; 398-406.
6. Nanma B, Navicharoen R. Factors related to nutrition status of head and neck cancer patients receiving radiotherapy. *J Nurs Science Chula Univ* 2015; 27(2):85-98.
7. Argiris A, Karamouzis MV, Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. *Lancet* 2008;371 (9625): 1695-709.
8. Dirix P, Nuyts S, Van den Bogaert W. Radiation induced oral mucositis in patients with head and

- neck cancer. *J Cancer* 2006;107(11): 2525-34.
9. Ogama N, Susuki S, Umeshita K, Kabayashi T, Kaneko S, Kato S, et al. Appetite and adverse effects associated with radiation therapy in patients with head and neck cancer. *Euro J Oncol Nurs* 2010; 14(1): 3-10.33.
  10. Sajai K. The effects of a self-management promotion program on the oral care behavior and oral mucositis of cancer patients receiving chemotherapy. A thesis in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science department of adult nursing. Thammasat University; 2016. (in Thai)
  11. Howren BM, Christensen AJ, Karnell LH, Funk GF. Psychological factors associated with head and neck cancer treatment and survivorship: evidence and opportunities for behavioral medicine. *J Consult Clin Psych* 2013; 81(2): 299-317.
  12. Britton B, Clover K, Bateman L, Odelli C, Wenham K, Zeman A, et al. Baseline depression predicts malnutrition in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Supportive Care in Cancer* 2012; 20:335-435.
  13. Kartin PT, Tasci S, Soyuer s, Elmali F. Effects of an oral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated with radiation therapy. *Clin J Oncol Nurs* 2014; 18: 118-25.
  14. Platteaux N, Dirix P, Dejaeger E, Nuyts S. Dysphagia in head and neck cancer patients treated with chemoradiotherapy. *Dysphagia J* 2010; 25: 139-52.
  15. Ertem G. Nutrition of cancer patients and nursing approach. *Diri, Tip Gaze* 2008; 83: 56-63.
  16. Epstein JB, Robertson M, Emeton S, Philips N, Stevenson MP. Quality of life and oral function in patients treated with radiation therapy for head and neck cancer. *Head Neck J* 2001; 23(5): 389-98.
  17. Chasen MR, Bhargava R. A descriptive review of the factors contributing to nutritional compromise in patients with head and neck cancer. *Supp Care Cancer J* 2009; 17(11): 1345-51.
  18. Koyfman SA, Adelstein DJ. Enteral feeding tubes in patients undergoing definitive chemoradiation therapy for head and neck cancer: a critical review. *Int J Radio Oncol Biol Phys* 2012; 84(3): 581-9.
  19. Eilers J, Million R. Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Oncol Nurs* 2011; 27(4): 1-16.
  20. Radvansky LJ, Pace MB, Siddiqui A. Prevention and management of radiation-induced dermatitis, mucositis, and oral mucositis. *Am J Health-Sys Pharm* 2013; 70(15): 1025-32.
  21. Youdoun W, Wittayapun Y, Dumnean P, Musikka A, Hankla W, Lagampan S. Quality of life among head and neck cancer patients undergoing radiotherapy at Suratthani Cancer Hospital. *Thai Cancer J* 2015;35:14-25.
  22. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. 4<sup>th</sup>ed. New York: Pergamon Press;1991.p.305-60.
  23. Leppla L, Geest SD, Fierz K, Barrier BD, Koller A. An oral care self-management support protocol (OrCaSS) to reduce oral mucositis in

- hospitalized patients with acute myeloid leukemia and allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a randomized controlled pilot study. *Supp Care Cancer* 2016; 24: 773-82.
24. The World Health Organization Mucositis Grading Scales. Handbook for reporting results of cancer treatment. Geneva: World Health Organization 1979.
25. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *J SocSci Med* 1995;41:1403-9.
26. McGuire DB, Correa MEP, Johnson J, et al. The role of basic oral care and good clinical practice principle in the management of oral mucositis. *J Support Care Cancer* 2006;14: 541-47.
27. Nguyen NP, Sallah S, Karlsson U, Antoine JE. Combined chemotherapy and radiation therapy for head and neck malignancies: quality of life issues. *J Cancer* 2002; 94:1131-41.