

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวด
ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา



นางสาวนารี ชื่นคล้าย

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2900-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING THE PRO-SELF PAIN CONTROL PROGRAM ON PAIN IN
HEAD AND NECK CANCER PATIENS RECEIVING RADIATION



Miss Naree Chunkhlay

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

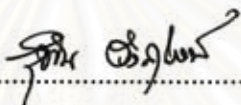
Chulalongkorn University

Academic Year 2005

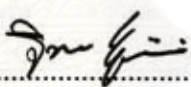
ISBN 974-14-2900-2

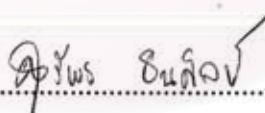
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง
ต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
โดย นางสาวนารี ชื่นคล้าย
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฤชา)

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นารี ขึ้นคล้าย: ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวด
ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. (THE EFFECT OF USING THE PRO-SELF PAIN
CONTROL PROGRAM ON PAIN IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS RECEIVING
RADIATION) อาจารย์ที่ปรึกษา: รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 157 หน้า. ISBN 974-14-2900-2

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวด
ด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและ
ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่แผนกรังสี
รักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2549
จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกอย่างเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จัดเข้ากลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมโดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีคุณสมบัติคล้ายคลึงในเรื่อง ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค
การได้รับยาเคมีบำบัดร่วม และชนิดของรังสีที่ได้รับ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการกับ
อาการปวดด้วยตนเองประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการ การให้ข้อมูล การฝึกทักษะปฏิบัติ
และการส่งเสริมและสนับสนุน โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองได้รับการตรวจสอบความตรงจาก
ผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินความปวด Brief pain inventory ได้รับการ
ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในส่วนของความรุนแรงของอาการปวดเท่ากับ
.733 และการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดจากอาการปวดเท่ากับ .837 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบ
วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดซึ่งได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .775 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สถิติทดสอบค่าที่

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วย
ตนเอง มีความปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง
มีความปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ที่ระดับ .05

ดังนั้นโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองสามารถลดความรุนแรงของอาการปวดและการ
รบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... นารี ขึ้นคล้าย.....
ปีการศึกษา.....2548..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... สุวีพร ธนศิลป์.....

##4777581836: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: THE PRO-SELF PAIN CONTROL PROGRAM / PAIN / HEAD AND NECK CANCER / RADIATION

NAREE CHUNKHLAY: THE EFFECT OF USING THE PRO-SELF PAIN CONTROL PROGRAM ON PAIN IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS RECEIVING RADIATION. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 157 pp. ISBN 974-14-2900-2

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of the PRO-SELF pain control program on pain in head and neck cancer immediately and 2 weeks receiving the program. The participants consisted of 40 head and neck cancer patients receiving radiation at Oncology center of King Chulalongkorn Memorial Hospital from February 1, 2006 to March 31, 2006. The patients were randomly assigned to an experimental group and a control group by matched pair technique. The research instrument was the PRO-SELF pain control program. This program has four dimensions: (1) Problem Assessment & Needs Identification, (2) Provision of Information, (3) Skill Building, and (4) supportive care. Pain was evaluated by Brief pain inventory. The instrument was validated by a panel of experts. The Cronbach's alpha coefficient of severity of pain was .733 and pain interferes was .837. A self care behavior of pain questionnaire was also used to monitor the experiment. The instrument was validated by a panel of experts. The Cronbach's alpha coefficient of questionnaire was .775. Statistical techniques used in data analysis were percentage, means, standard deviation and t-test.

Major results were as follows:

1. The pain score of the experimental group immediately after receiving the program was significantly lower than that of the control group ($p < .05$).
2. The pain score in the experimental group 2 weeks after receiving the program was significantly lower than that of the control group ($p < .05$).

The results suggest that the PRO-SELF pain control program may reduce severity of pain and pain interferes in head and neck cancer patients receiving radiation.

Field of study.....Nursing Science..... Student's Signature..... *Naree Chunkhlay*.....
 Academic year.....2005..... Advisor's Signature..... *Sureeporn Thanasilp*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิดทั้งในด้านวิชาการ จริยธรรมและคุณธรรม ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างยิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ภาษา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำในการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการ ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยว่องวานิชทุกท่าน พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยว่องวานิช ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และที่สำคัญคือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่านและผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์มะเร็งศีรษะและคอ ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการบริหารสภาการศึกษา ที่สนับสนุนทุนการศึกษา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนทำวิทยานิพนธ์บางส่วน ฝ่ายการพยาบาลที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา หัวหน้าหอผู้ป่วย พี่ๆ น้องๆ พยาบาล ตึกจุมภฏพงษ์บริพัตร 2 และคุณหนูจุกที่คอยเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น เจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำและความช่วยเหลืออย่างดีเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ปัญหาการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
มะเร็งศีรษะและคอ.....	13
รังสีรักษาในมะเร็งศีรษะและคอ.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับอาการปวด.....	19
การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี.....	30
โปรแกรมการจัดการกับอาการปวด.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	81
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย	92
รายการอ้างอิง.....	93
ภาคผนวก.....	103
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	104
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการ เก็บข้อมูล.....	106
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง...	115
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	122
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัยและผลการวิจัย.....	148
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	157

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามตำแหน่งที่เกิดโรค ระยะของโรค การได้รับยาเคมีบำบัดร่วม และชนิดของรังสีที่ได้รับ.....	57
2	จำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา.....	70
3	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ชนิดของรังสี.....	72
4	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของอาการปวด รูปแบบอาการปวด เวลาที่ปวด ชนิดของยาบรรเทาอาการปวด และวิธีการจัดการกับอาการปวด.....	74
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดก่อนการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	77
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดก่อนการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	79
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการปวดเป็นรายข้อก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	151
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการปวดเป็นรายข้อ ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	152
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการปวดเป็นรายข้อ ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	153
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดเป็นรายข้อก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	154
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดเป็นรายข้อภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	155

12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจาก
อาการปวดเป็นรายข้อภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลอง..... 156



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดก่อนการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง.....	78
2	แสดงค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดก่อนการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง.....	80



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยอยู่ในอันดับที่ 10 ของมะเร็งที่พบทั้งหมดในโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีจำนวน 3-5 % ของโรคมะเร็งที่พบทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2005 จะพบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นมะเร็งศีรษะและคอสูงถึง 39,000 ราย (National Cancer Institute, 2005) ในประเทศไทยมะเร็งศีรษะและคอพบมากในช่วงอายุ 40-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.9 ของมะเร็งทั้งหมด และพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 3 เท่า จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2546 พบมะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 11.4% ของมะเร็งที่พบทั้งหมด (สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2546) จากการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าร้อยละ 95 ของมะเร็งศีรษะและคอเป็นสแควมัสเซลล์ ซึ่งไวและตอบสนองต่อรังสี ดังนั้นการฉายรังสีจึงเป็นวิธีที่นิยมใช้ในทุกระยะของโรคมะเร็ง โดยมีจุดประสงค์เพื่อการรักษา ประคับประคองอาการและเสริมการผ่าตัด การรักษาโดยการฉายรังสีส่วนใหญ่ จะมีการแบ่งการฉายรังสีให้กับผู้ป่วย โดยเฉลี่ย วันละประมาณ 200 เซนติเกรย์ (cGy) และจะมีปริมาณรังสีเพียงพอในการรักษาประมาณ 6,000-7,000 เซนติเกรย์ (cGy) (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534: 12; Baker and Feldman 1987: 297) อย่างไรก็ตามผลจากการฉายรังสีในปริมาณที่สูงก็มีการทำลายเนื้อเยื่อที่ปกติด้วย (เอมอร์ แซ่จิว, เยาวลักษณะ เลาะห์จินดา และ สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 193; Rose and Yate 2001: 256) มีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี บริเวณช่องปาก จำนวน 10 ราย โดยให้ผู้ป่วยบันทึกอาการของตนเองในระหว่างที่ได้รับการฉายรังสี พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ 100% การเปลี่ยนแปลงของการรับรส 100% อาการปวดในช่องปากระดับรุนแรง 80% น้ำหนักลดมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัว 70% และอาการช่องปากแคบอย่างรุนแรง 40% (Shiba, 1997: 2)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้แก่ รังสี เมื่อได้รับการฉายรังสี ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์เกิดขึ้น ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเซลล์ ผลทางตรงเกี่ยวข้องกับการทำลาย DNA โดยตรง ส่วนผลทางอ้อมรังสีจะทำปฏิกิริยากับน้ำในเนื้อเยื่อ เกิด Ionization ของโมเลกุลน้ำ เกิดปฏิกิริยาเคมีลูกโซ่ทำให้เกิด Free radical และไปทำลาย DNA ของเซลล์ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีผ่านช่องปาก รังสีนอกจากจะมีผลต่อเซลล์มะเร็งแล้วยังส่งผลต่อเนื้อเยื่อปกติข้างเคียงด้วย ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างเซลล์ที่เกิดใหม่กับเซลล์ที่ตาย เซลล์ที่ถูกทำลายมีมากกว่าเซลล์ที่เกิดใหม่ทำให้เกิดแผลในช่องปากและมี

การอักเสบเกิดขึ้น ผลจากการเกิดแผลในช่องปากหรือจากอาการเยื่อช่องปากอักเสบทำให้เกิดอาการปวดแบบเฉียบพลัน ส่วนอาการปวดเรื้อรังสามารถพบได้ในกรณีที่เกิดภาวะ Osteoradionecrosis นอกจากนี้ยังพบว่าผลของรังสีทำให้เกิดภาวะ fibrosis ของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อเกิดอาการปวดตึงได้เช่นกันโดยเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อคอและช่องปาก (Shiba, 1997: 10)3) จะเห็นได้ว่าตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้รับรังสีนั้นจะมีการทำลายเซลล์ของเยื่อช่องปากเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามปริมาณของรังสีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการชีวรังสี ทำให้อาการปวดในช่องปากเพิ่มสูงขึ้นตามปริมาณของรังสีที่ได้รับเช่นกัน

อาการปวดเป็นผลจากการที่รังสีทำให้เยื่อช่องปาก มีอาการบวมแดง และเป็นแผล เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเฉพาะที่มีรายงานว่ามีมากขึ้นภายหลังได้รับรังสีแล้วประมาณ 10 ครั้ง หรือประมาณ 2-3 สัปดาห์ (Madeya, 1996; Huang, 1998: 7; Saarilahti et al., 2002: 482) และอาการปวดจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตลอดการได้รับการฉายรังสี และจะมีอาการปวดระดับรุนแรงเมื่อได้รับรังสีเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2524: 312; Dudjak, 1987: 133) และอาการปวดในช่องปากจะหายไปภายหลังฉายรังสีครบ 2 เดือน (Blozis & Robinson, 1997; Corper, 1994 cited in Shiba, 1997: 160) ผู้ป่วยมีรายงานอาการปวดเป็นแบบ burning และ aching อาการปวดเป็นแบบต่อเนื่อง (Janjan et al., 2002 cited in Shih, 2003: 226) และมีระดับความรุนแรงของอาการปวดในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง (Miaskowski & Lee 1999: 320) โดยเฉพาะมะเร็งในช่องปาก ค่าประมาณของอุบัติการณ์อาการปวดที่เกิดจากการฉายรังสี สูงถึง 55-80 % (Fitzgibbon & Chapman, 2001 อ้างถึงในนิยา สออารีย์, 2546)

การอักเสบภายในช่องปากเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด จากการเคี้ยวและการกลืนอาหาร ทำให้กลืนอาหารลำบาก (Saarilahti et al., 2002: 479; Kwong, 2004: 184; Larsson et al., 2005: 426) ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทานอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง (McGuire, 1993; Larsson, et al., 2005: 429) เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้น้ำหนักลด นอกจากนี้การปวดยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลียได้มากขึ้น (Zimmerman et al., 1996; Miaskowski and Lee, 1999: 320-322; Huang, Wilkie and Chapman, 2003: 247-255) นอกจากนี้ความปวดที่เกิดขึ้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยไม่อยากทำความสะอาดในช่องปาก เพิ่มโอกาสการติดเชื้อเฉพาะที่ในช่องปากได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (นิยา ตากวิริยะนันท์, 2534; นฤมล ศาสตร์สุข, 2540; สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2534) บางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการรักษา จากความไม่พร้อมของร่างกายทำให้ต้องหยุดหรือชะลอการฉายรังสี ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (Martin, 1993 Cited in Shiba, 1997)

ผลทางด้านจิตใจ และอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับอาการปวดที่เรื้อรังและไม่ได้รับการรักษาที่เพียงพอ ทำให้เกิดความไม่สบาย วิตกกังวลเกี่ยวกับการหายของแผลในช่องปาก รู้สึกท้อแท้เมื่อเกิดอาการปวดในช่องปากในขณะที่พูดคุย เคี้ยว หรือกลืนอาหารนอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่พบมากในผู้ใหญ่ที่มีภาวะรับผิดชอบที่ต้องสร้างความมั่นคงให้แก่ครอบครัวต้องการความก้าวหน้าและความมั่นคงในหน้าที่การงาน ซึ่งสุขภาพที่ทรุดโทรมนี้จะทำให้รู้สึกว่าไม่ได้รับความปลอดภัย ขาดความมั่นคงในชีวิต เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว ซึมเศร้า นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (निया สออารีย์, 2546; Lai, et al., 2003: 486; Francoeur, 2005: 130) จากการศึกษาของ Eardley (1986 อ้างถึงในเนเนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์, 2547: 29) ถึงประสบการณ์การได้รับการฉายรังสีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าประมาณร้อยละ 47 ซึ่งเป็นผลจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากอาการข้างเคียงของการฉายรังสีอันได้แก่ปวดบริเวณปากและคอ

ผลทางด้านสังคมและภาวะเศรษฐกิจ การเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ร่วมกับการเจ็บปวดในช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยมีอุปสรรคในการสื่อสารกับบุคคลอื่น ไม่มีความมั่นใจในการสื่อสารกับบุคคลอื่น (Saarilahti et al., 2002: 479) ทำให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง นอกจากนี้ในระหว่างที่รับการรักษาเมื่อได้รับปริมาณรังสีเพิ่มขึ้นจะทำให้มีความปวดในช่องปากมากขึ้น จำเป็นต้องใช้ยาที่มีขนาดแรงมากขึ้นทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือต้องหารายได้เพียงผู้เดียวในครอบครัวจะทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีจะเกิดอาการปวดในช่องปากสูงขึ้นเรื่อยๆตามปริมาณของรังสีที่ได้รับ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดการกับอาการปวดให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอเพื่อลดผลกระทบที่ตามมาจากอาการปวด ซึ่งการบำบัดอาการปวดในช่องปากแพทย์มักจะเลือกใช้ยาบรรเทาอาการปวดเฉพาะที่ ร่วมกับยาบรรเทาอาการปวด (Kwong, 2004: 184) แต่ยังคงพบว่าอาการปวดยังไม่สามารถควบคุมได้ จากการศึกษาของ Weissman et al. (1989: 94) พบว่าผู้ป่วยยังได้รับยาบรรเทาอาการปวดไม่เพียงพอต่ออาการปวดจากผลข้างเคียงของยาชาเฉพาะที่ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง และมีการระคายเคืองต่อเยื่อ ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ยาชา ส่วนยาบรรเทาอาการปวดชนิดเม็ดผู้ป่วยก็มีความยากลำบากในการกลืนเพราะทำให้มีความปวดมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกลัวการติดยา ดื้อยา (Ferrel and Rivera, 1997: 42; Chang, 2002: 471; Schumacher, 2002: 126) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรจันท์ สัยละมัย (2541) และสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2540) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความกลัวต่อการติดยา กลัวดื้อยา กลัวผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา ทำให้อาการปวดยังคงอยู่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dorrepaal et al. (1989 อ้างถึงในผ่องรัตน์ รัตนไทย, 2540: 93) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 44 ไม่ใช้ยาแก้ปวด โดยให้เหตุผลว่าความปวดไม่

รุนแรงถึงต้องให้ยาแก้ปวด และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มหนึ่งขอยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดทนไม่ได้เท่านั้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการใช้ยารักษาความปวดไว้ว่าควรให้ยาที่กำหนดไว้เป็นเวลาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ยาก่อนที่ยามื่อนั้นจะหมดฤทธิ์ และมีการปรับขนาดของยาจนสามารถควบคุมความปวดของผู้ป่วยได้ โดยขนาดยาที่เหมาะสมคือขนาดที่สามารถควบคุมความปวดของผู้ป่วยได้และควรให้ยาตามลำดับขั้นจะทำให้การบำบัดอาการปวดได้ผลดี

นอกจากการใช้ยาบรรเทาอาการปวดแล้วยังมีการนำวิธีการบำบัดอาการปวดที่ไม่ใช้ยามาเสริมกับการใช้ยาจึงจะทำให้การบำบัดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ Huang (1998: 22) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะใช้วิธีการฟังเพลง การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การนอนหลับพักผ่อน การนวด และการใช้ความร้อนเย็นในการจัดการกับอาการปวด นอกจากนี้วิธีดังกล่าวแล้วพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่องปากที่ดี เพราะอาการเยื่อช่องปากอักเสบเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดอาการปวด การดูแลช่องปากที่ไม่ดีจะทำให้อาการเยื่อช่องปากรุนแรงมากขึ้น เพิ่มโอกาสการติดเชื้อในช่องปาก และทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา 2 งานวิจัย (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2533; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534) ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม 1 งานวิจัย (ตรุณี ชุณหะวัต และคณะ, 2538) ศึกษาถึงความอ่อนล้าภายหลังได้รับรังสีรักษา 2 งานวิจัย (เอมอร แซ่จิว, 2545; อภันตรี กองทอง, 2544) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 2 งานวิจัย (นิตยา สมบัติแก้ว, 2536; ปทุมภรณ์ แซ่จิว, สุภา ทับเกษม, ลักษณ์มี จำปาแดง และ สันทนา บทศรี, ปทุมภรณ์ แซ่จิว, 2539) ศึกษาประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากต่อการลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ 2 งานวิจัย (ทองดี ศรีจิงใจ, 2539; พัชรภรณ์ พัชรโกวิท, 2545) และศึกษาประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ขี้ผึ้งพีเอช 5 ยูเซอรินในการป้องกันผลของรังสีรักษาต่อผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 1 งานวิจัย (สุคติดา สันติไชยกุล, 2538) ยังไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าวิธีการต่างๆสามารถบรรเทาอาการปวดได้บางส่วนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเท่านั้น และไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ตลอดแผนการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพราะผู้ป่วยมีโอกาสได้รับข้อมูลต่างๆจากบุคลากรทางการแพทย์ในระยะเวลาจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน และไม่สามารถจัดการกับอาการปวดให้หมดไปได้ดังนั้นก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการปวด โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เริ่ม

จากการให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประสบการณ์ การสังเกตอาการ การวางแผนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้ เฉพาะเจาะจงกับอาการที่เกิดขึ้น

ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1995) ภาวะความเจ็บป่วยมีผลต่อความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเกิดขึ้นหลายอย่าง ทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นอันเนื่องมาจากปัญหาของโรค การรักษา และอาการข้างเคียง (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534: 6) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการศึกษาวิธีการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด โดยเฉพาะอาการปวดในช่องปากเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจาก จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถเพียงพอในการดูแลตนเองเพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ในการจัดการกับอาการปวดแล้วยังช่วยลดอัตราการสูญหายของผู้ป่วยขณะฉายรังสีแล้วยังอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งในระหว่างรับการฉายรังสีและเมื่อเสร็จสิ้นการรักษา

Dodd et al. (2000) พัฒนา The PRO-SELF Program เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจาก ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem โดยเน้นการให้ข้อมูล การฝึกทักษะปฏิบัติ และการส่งเสริมและสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง Dodd et al. (2000) ได้ทำการทดสอบถึงประสิทธิภาพของ The PRO-SELF Program ในการจัดการกับอาการเยื่อช่องปากอักเสบ การดูแลช่องปาก ในผู้ป่วยเอดส์ที่มีการติดเชื้อจาก Candida ผลการวิจัยพบว่าได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและผู้ดูแลว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการ เช่นงานวิจัยของเนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า สามารถลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ Dodd et al. (2003) ได้มีการพัฒนา The PRO-SELF Pain control Program เป้าหมายเพื่อลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง และเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาบรรเทาปวด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดและมีการแพร่กระจายไปยังกระดูก ผู้ป่วยจำนวน 115 คนได้รับ The PRO-SELF Pain control Program และอีก 97 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6 และได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 5 โดยผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลในเรื่องของการใช้ยาบรรเทาอาการปวด อาการข้างเคียงของยา และการรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง ได้รับการฝึกทักษะในเรื่องการประเมินอาการปวด การวางแผนในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การรายงานแพทย์ในกรณีที่พบว่าการจัดการกับอาการปวดไม่เพียงพอ และจะได้รับการส่งเสริมและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล โดยผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกอาการปวดและยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับทุกวัน ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม

ทดลองที่ได้รับ The PRO-SELF Pain control Program มีการรับประทานยาบรรเทาอาการปวดตามเวลามากขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง และพบว่าอาการปวดเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวด ด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการประยุกต์ใช้ The PRO-SELF Pain control Program ของ Dodd et al. (2003) ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ของ เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประสบการณ์อาการและกลวิธีจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ประกอบกับเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และติดตามภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและมีเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากอาการปวด และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและหน่วยงานได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ปัญหาการวิจัย

1. ความปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดน้อยกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร
2. ความปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดน้อยกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเกิดขึ้นหลายอย่างทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นอันเนื่องจากปัญหาของโรค การรักษาและอาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีส่งผลให้ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปมีการเปลี่ยนแปลงร่วมกับความต้องการเฉพาะเมื่อเกิดภาวะเปื่อยบนทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ความสามารถของผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่มักจะรอให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก่อนที่จะเริ่มการดูแลตนเอง (Dodd and Miaskowski, 2000)

แนวคิดการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการข้างเคียงนั้นเป็นแนวคิดที่สามารถลดความรุนแรงของการเกิดอาการได้ถ้าผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้อย่างเพียงพอ ได้รับการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดได้ดี ผู้ป่วยต้องมีความรู้และข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นโดยใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ต้องการจากพยาบาล ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองเพื่อให้เหมาะสมกับตัวเอง ซึ่ง Orem กล่าวว่าข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติดูแลตนเอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกทักษะที่เฉพาะกับอาการเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจดจำได้แม่นยำมากขึ้นโดยพยาบาลจะเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุน กระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่เหมาะสมกับอาการ เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ความรุนแรงของอาการลดลง เพิ่มผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ นั่นคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการพัฒนาให้มีความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง ผลกระทบจากการปวดลดลงทำให้การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเช่นกัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ The PRO-SELF Pain control Program ของ Dodd et al. (2003) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย Dodd et al. (2003) ได้พัฒนา The PRO-SELF Program ขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Orem คือ Self care, Therapeutic self care demand, Self care agency และ Nursing ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง เพื่อลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูล เป็นการสอนเพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง รวมทั้งการ

ประเมิน การสังเกตอาการ และจัดการกับอาการด้วยตนเอง 2. การฝึกทักษะปฏิบัติ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญในทักษะที่เฉพาะกับอาการและ 3. การส่งเสริมและสนับสนุน โดยการรับฟังประสบการณ์การเกิดอาการ ส่งเสริมกิจกรรมการดูแลตนเอง และให้การสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างการรักษา ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ประสบการณ์อาการปวด ประเมินความรุนแรง ผสมผสานกลวิธีต่างๆในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ มีพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนในการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้คือ

1. การประเมินปัญหาและความต้องการ โดยการประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

2. การให้ข้อมูล (Provision of Information) โดยข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการได้รับการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนเมื่อได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวด การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดภายหลังได้รับการฉายรังสี การดูแลช่องปาก โดยการให้ข้อมูลจะมีการแบ่งให้เป็นตอน ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและมีเนื้อหาที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มมีการเรียนรู้พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

3. การฝึกทักษะปฏิบัติ (Skill Building) ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะ โดยจุดประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตการดูแลช่องปาก ได้แก่ การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การตรวจช่องปากด้วยตนเอง การฝึกการบริหารกล้ามเนื้อคอ การฝึกการขยายช่องปาก โดยผู้ป่วยทดลองปฏิบัติจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจดจำได้แม่นยำมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะที่ดีในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง

4. การส่งเสริมและการสนับสนุน ผู้วิจัยรับฟังประสบการณ์ ชักถามปัญหาที่พบจากการนำไปปฏิบัติจริง กระตุ้นและให้กำลังใจ ช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการปวด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องโดยใช้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

ผลจากโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้เรียนรู้ถึงประสบการณ์การเกิดอาการปวด ประเมินความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และสามารถผสมผสานกลวิธีในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยความ

ร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการทางสุขภาพ เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีก็คือผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการได้เป็นอย่างดี

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมีความปวดหลังได้รับโปรแกรมที่น้อยกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมีความปวดหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์น้อยกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มารับการรักษา ณ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยวัดผลภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา อายุระหว่าง 35-59 ปี
2. ตัวแปรที่ศึกษา
 - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง
 - ตัวแปรตาม คือ ความปวด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่จัดกระทำขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับการฉายรังสี ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดจาก The PRO-SELF Pain Control Program ของ Dodd et al. (2003) ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการ การให้ข้อมูล การฝึกทักษะปฏิบัติ และการส่งเสริมและสนับสนุน โดยมีระยะเวลาดำเนินงาน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1.1 การประเมินปัญหาและความต้องการ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัย ประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ระบุปัญหาที่พบร่วมกันจากนั้น ร่วมกันวางแผนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 การให้ข้อมูล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสอนและให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ตามแผนการสอนในเรื่องของการได้รับรังสี ภาวะแทรกซ้อนเมื่อได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากการฉาย รังสี ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวด การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด โดยการให้แผนการสอน ภาพประกอบคำบรรยาย คู่มือ การดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ การให้ข้อมูล จำนวน 3 ครั้ง ครั้ง ละ 20 นาที

1.3 การฝึกทักษะปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยเป็น รายบุคคล โดยการฝึกทักษะการดูแลช่องปาก การฝึกการบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกการ ทักษะขยายช่องปาก การฝึกทักษะปฏิบัติตลอดโปรแกรมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที

1.4 การส่งเสริมและสนับสนุน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้าง สัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่กับผู้ป่วยโดยผู้วิจัยทำความคุ้นเคย รับฟังปัญหา ให้ข้อเสนอแนะ กระตุ้นให้ กำลังใจ ช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการจัดการกับอาการปวด โดยการส่งเสริมและ สนับสนุนผู้ป่วยจะได้รับทุกครั้งและผู้วิจัยพบผู้ป่วย ครั้งละ 10 นาที

2. ความปวด หมายถึง ประสบการณ์ทางความรู้สึกไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ อันเนื่องมาจากผลจากการฉายรังสี ประเมินอาการโดยใช้แบบ ประเมินความเจ็บปวด Brief pain inventory (BPI) แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ

2.1 ความรู้สึกปวด หมายถึง ระดับความรุนแรงของความปวด ประเมิน ความปวดขณะปัจจุบัน ความปวดขณะเคี้ยวอาหาร ความปวดขณะดื่มน้ำ ความปวดขณะพูด ความปวดที่มากที่สุด ความปวดที่น้อยที่สุด และความปวดเฉลี่ย ซึ่งความรู้สึกปวดผู้ป่วยสามารถ ประเมินได้ด้วยตนเองโดยใช้มาตรวัดระดับความรุนแรงของอาการปวด

2.2 ผลกระทบของความปวด หมายถึง การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อ เกิดความปวด ซึ่งได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการเดินหรือความเคลื่อนไหว การนอนหลับ การทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน และความเป็นสุขในชีวิต ซึ่งผลกระทบของความปวด ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเองโดย ใช้แบบบันทึกการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมอันเนื่องมาจากอาการปวด

3. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง ผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ส่วนบนของระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารได้แก่ ช่องปาก นาโซฟาริงส์ กล่องเสียง ล้ำคอ ต่อมไทรอยด์ ต่อมพาราไทรอยด์ โพรงอากาศช่องจมูก และกระดูกกรามที่ได้รับรังสีรักษา

4. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำการในการ ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นรายกลุ่ม เรื่องขั้นตอนและระยะเวลาที่จะได้รับการฉายรังสี การปฏิบัติตนขณะได้รับการฉายรังสี อาการข้างเคียงจากการฉายรังสี โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งมีลักษณะของการให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับอาการปวดของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่มีการประเมินประสบการณ์อาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวดที่ผ่านมา รวมทั้งยังไม่มีกรณีศึกษาที่เจาะจงในการบรรเทาอาการปวด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทางด้านการพยาบาล พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง เพื่อจัดการกับอาการปวดได้ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของการได้รับการฉายรังสี และลดค่าใช้จ่าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ทางด้านการวิจัย เป็นแนวทางค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการกับอาการอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. ทางด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการกับอาการกับงานพยาบาลโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. มะเร็งศีรษะและคอ
 - 1.1 การก่อตัวของมะเร็งในร่างกาย
 - 1.2 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ
 - 1.3 การกำหนดระยะของโรคมะเร็ง
2. รังสีรักษาในมะเร็งศีรษะและคอ
 - 2.1 วิธีการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยการฉายรังสี
 - 2.2 ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการฉายรังสี
3. แนวคิดเกี่ยวกับอาการปวด
 - 3.1 ความหมายของอาการปวด
 - 3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด
 - 3.3 อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี
 - 3.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี
 - 3.5 ผลกระทบของอาการปวดจากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ
 - 3.6 การประเมินอาการปวด
4. การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี
 - 4.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับการฉายรังสี
 - 4.2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะได้รับการฉายรังสี
 - 4.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการฉายรังสีครบ
5. โปรแกรมการจัดการกับอาการปวด
 - 5.1 ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem
 - 5.2 The PRO-SELF Program
 - 5.3 โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. มะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งเป็นโรคซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์โดยไม่อยู่ภายใต้กลไกการควบคุมของร่างกาย มะเร็งเกิดขึ้นจากเซลล์หนึ่งเซลล์ในร่างกายเจริญเติบโตผิดปกติ และแบ่งตัวจากหนึ่งเป็นสอง จากสองเป็นสี่ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเป็นก้อนขึ้น ซึ่งมะเร็งศีรษะและคอจะจำกัดอยู่กับมะเร็งที่บริเวณส่วนบนของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารอันได้แก่ ช่องปาก นาโซฟาริงซ์ กล่องเสียง ลำคอ ต่อมน้ำลาย ต่อมไทรอยด์ โพรงอากาศ ช่องจมูก กระดูกกรามและกระดูกแมกซิลาร์ สาเหตุที่เรียกรวมกันเพราะส่วนใหญ่ร้อยละ 95 เป็น Squamous cell carcinoma (Otto,1991: 164)

1.1 การก่อตัวของมะเร็งในร่างกาย

1.1.1 Preclinical phase ซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถตรวจพบทางคลินิก ผู้ป่วยไม่มีอาการเป็นระยะที่เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงและแบ่งตัว ระยะนี้อาจจะใช้เวลาตั้งแต่เป็นเดือน ถึง 20 ปี หรือ 50 ปี

1.1.2 Clinical phase เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีอาการหรือสามารถตรวจพบทางคลินิก ในระยะแรกเซลล์มะเร็งจะแบ่งตัวแบบรวดเร็วแต่เมื่อก่อนมีขนาดโตขึ้น การแบ่งตัวจะช้าลง

1.2 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

1.2.1 แอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในหลอดอาหารทางเดินอาหารส่วนต้น และทางเดินหายใจส่วนต้น และยังพบว่าแอลกอฮอล์ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma (ศรีสุนทรฯ เจิมวรพิพัฒน์, 2545: 191)

1.2.2 บุหรี่ เป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งของระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มสุรามีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งกล่องเสียงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรารวมถึง 15 เท่า (Otto 1991:164)

1.2.3 อนามัยในช่องปากไม่ดี และการได้รับสารระคายเคืองเรื้อรัง เช่น หมากพลู หรือสารเคมีต่าง ๆ (นิตยา สมบัติแก้ว, 2536: 9)

1.2.4 การได้รับสารแอสเบสตอสและการฉายรังสี จะมีผลทำให้เกิดการชำรุดเสียหายที่ Gene โดยตรง (นิตยา สมบัติแก้ว, 2536: 10; Otto, 2001: 286)

1.2.5 พันธุกรรม พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 10 มีประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว ทำให้เชื่อว่าพันธุกรรมอาจมีส่วนทำให้เกิดมะเร็ง (Otto, 2001: 286)

1.3 การกำหนดระยะของโรคมะเร็ง การกำหนดระยะต่างๆ ของโรคมะเร็ง ได้มีผู้พยายามจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ตามความมากน้อยของโรคที่ตรวจพบในขณะเริ่มต้นให้การรักษา ในมะเร็งศีรษะและคอ ระบบที่ใช้กันมาก คือ ระบบ TMN โดย

American Joint Committee for Cancer Staging and Results Recording ซึ่งจะบอก
ระยะของมะเร็งตามความรุนแรงและการกระจายของโรค (Otto,1991อ้างถึงใน นิตยา สมบัติแก้ว,
2536: 10-11) โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

Stage I	T1, N0, M0
Stage II	T2, N0, M0
Stage III	T3, N0, M3 T1 or T2 or T3, N1, M0
Stage IVA	T4, N0 or N1, M0 Any T, N2, M0 Any T, any N, M1
Stage IVB	Any T, N3, M0
Stage IVC	Any T, Any N, M1

T= Tumor คือ ตัวมะเร็งขนาดเท่าใด มีการลุกลามหรือจำกัดอยู่แค่ไหน แบ่ง
ออกเป็น

T1 = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางเล็กกว่า 2 ซม.

เนื้อเยื่อข้างเคียง

T2 = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2-4 ซม. ไม่ลุกลามถึง

เนื้อเยื่อข้างเคียง

T3 = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางใหญ่กว่า 4 ซม. ลุกลามถึง

T4 = ก้อนมะเร็งมีขนาดโตมาก หรือกินทะลุถึงกระดูก

แบ่งออกเป็น

N = Node คือ ต่อมน้ำเหลืองที่คลำได้หรือคลำไม่ได้บริเวณที่เกิดมะเร็งนั้น ๆ

N0 = คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและคอ

N1 = คลำต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกันได้ แต่เคลื่อนไหวได้

เคลื่อนไหวได้

N2 = คลำต่อมน้ำเหลืองด้านตรงข้ามได้ หรือคลำได้ทั้ง 2 ข้าง แต่

N3 = มีต่อมน้ำเหลืองยึดแน่น เคลื่อนไหวไม่ได้

M = Metastasis คือ การแพร่กระจายของมะเร็ง แบ่งออกเป็น

M1 = การตรวจทางคลินิกไม่พบการแพร่กระจาย

M2 = ตรวจพบการแพร่กระจาย นอกเหนือไปจากการมีการแพร่

กระจายไม่ยังต่อมน้ำเหลืองทุติยภูมิ

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งมีประโยชน์ในการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความมากน้อยของโรคและช่วยในการวางแผนการรักษา เปรียบเทียบผลการรักษา และยังช่วยบอกถึงการดำเนินของโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป ซึ่งในปัจจุบันการรักษามะเร็งจะใช้ลักษณะของเนื้อเยื่อ และตำแหน่งเป็นตัวการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา

2. รังสีรักษาในมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอเป็นบริเวณที่เยื่อบุมีความไวต่อรังสี สามารถใช้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะสุดท้ายของโรคและยังได้ผลดีในการบรรเทาอาการของโรค โดยการรักษามะเร็งด้วยรังสีอาศัยหลักที่ว่า Ionizing Radiation สามารถจะทำลายเซลล์ที่มีชีวิต และที่สำคัญก็คือจะมีการทำลายของเซลล์มะเร็งมากกว่าเซลล์ปกติเสมอ และเซลล์ปกติก็มีโอกาสฟื้นตัวกลับมาได้ดีกว่าเซลล์มะเร็ง (Yasko, 1982: 631 อ้างถึงใน อัญชลี แก้วสระศรี, 2541: 14)

2.1 วิธีการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยรังสี มี 2 วิธี (วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ, 2544: 584-593; ศิริวรรณ วิจิตร และคณะ, 2548: 37-41)

2.1.1 Teletherapy เป็นการรักษาโดยการฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีที่อยู่ห่างไกลจากตัวผู้ป่วยหรืออยู่นอกร่างกาย วิธีนี้เป็นวิธีที่สะดวก ให้การรักษาง่าย จากการที่รังสีมีพลังงานสูง สามารถทะลุผ่านส่วนต่างๆของร่างกายได้ เมื่อตรวจพบว่าเซลล์มะเร็งอยู่บริเวณใด ก็ฉายรังสีเข้าไปในบริเวณนั้นรังสีจะทะลุผ่านผิวหนังไปฆ่าเซลล์มะเร็งที่อยู่ภายใน นอกจากนี้จะเป็นวิธีที่สะดวกแล้ว การรักษาด้วยวิธีนี้สามารถฉายครอบคลุมได้ในวงกว้าง ซึ่งจะคลุมตำแหน่งที่คาดหมายว่ามะเร็งจะแทรกซึมเข้าไปถึงระหว่างการรักษา การรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่จะแบ่งฉายรังสีให้กับผู้ป่วยเป็นเวลาหลายสัปดาห์ โดยเฉลี่ยวันละประมาณ 200 เซนติเกรย์ จะมีปริมาณครบเพียงพอในการรักษาประมาณ 6,000-7,000 เซนติเกรย์ ผู้ป่วยจะได้รับการฉายรังสีวันละเล็กน้อย เนื่องจากการฉายรังสีด้วยปริมาณมากในแต่ละครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยทนต่อการรักษาไม่ได้และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การฉายรังสีครั้งละน้อยจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีกว่า เครื่องฉายรังสีที่ใช้ เช่น เครื่องฉายรังสีโคบอลต์-60 (Cobalt-60 Teletherapy) เครื่องฉายรังสีชนิดเร่งอนุภาคอิเล็กตรอน (Linear Accelerator) เป็นต้น

2.1.2 Brachytherapy เป็นการรักษาโดยการฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีที่อยู่ใกล้ ก้อนมะเร็งหรือฝังเข้าไปในก้อนเนื้อออก การรักษาด้วยวิธีนี้จะต้องใช้กับโรคมะเร็งที่มีขนาดเล็ก อยู่ในชั้นตื้น หรือบริเวณที่จัดตำแหน่งของแร่ได้ง่าย เช่น มะเร็งโพรงจมูก เป็นต้น

ในปัจจุบันจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีโดยเฉพาะทางด้านคอมพิวเตอร์ ทำให้มีการพัฒนาการทางรังสีรักษาอย่างมาก ทั้งในด้านวางแผนการรักษาและการรักษา เช่น

CT Simulation เป็นการหาตำแหน่งและวางขอบเขตบริเวณที่จะฉายรังสีด้วยเครื่องจำลองการฉายรังสีที่เป็น computerized tomography จะให้ภาพเป็นสามมิติ ซึ่งแต่เดิมเครื่องจำลองการฉายรังสีจะเป็นเครื่อง X-ray ธรรมดา และให้ภาพสองมิติ

Stereotactic radiation therapy (SRT) เป็นวิธีการฉายรังสีด้วยลำรังสีเล็ก ๆ จำนวนหลาย ๆ ลำไปยังก้อนเนื้อออก ซึ่งมีความแม่นยำเป็นมิลลิเมตร ทำให้ก้อนเนื้อออกได้รับรังสีปริมาณสูง ส่วนเนื้อเยื่อปกติรอบ ๆ เนื้อออกนั้นได้รับปริมาณรังสีต่ำ

Conformal radiation therapy การฉายรังสีวิธีนี้ สามารถปรับลำรังสีให้มีลักษณะเหมือนกับลักษณะของก้อนมะเร็งทำให้เนื้อเยื่อปกติที่ก้อนมะเร็งได้รับรังสีน้อยหรือไม่ได้รับรังสีเลย

Intensity modulate radiation therapy (IMRT) เป็นวิธีการฉายรังสี ซึ่งสามารถปรับความเข้มของลำรังสีตามสัดส่วนความหนาบางของก้อนมะเร็งทำให้แต่ละส่วนของก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสีไม่เท่ากัน รังสีจะสูงที่สุดในตำแหน่งที่ก้อนมะเร็งหนาที่สุด และต่ำสุดในตำแหน่งที่ก้อนมะเร็งบางที่สุด

2.2 ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการฉายรังสี

เมื่อได้รับรังสีจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับ ประกอบด้วย (คูโร ชลุ่มนาค, 2540: 17-22; นฤมล ศาสตร์สุข, 2540: 12-14; ศิริวรรณ วิจิตร และคณะ, 2548: 45-53)

2.2.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่

2.2.1.1 การอักเสบของผิวหนัง ผู้ป่วยจำนวนมากถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาทั้งหมด ยังเกิดการอักเสบของผิวหนัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดขึ้นย่อมเป็นสิ่งที่พบเห็นได้ง่ายแก่คนทั่วไป ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดจากการอักเสบนั้นจะมีความรุนแรงต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย อาการและอาการแสดงจะปรากฏดังนี้

2.2.1.1.1 ผิวหนังร้อนแดง จากการขยายตัวของหลอดเลือดใต้ผิวหนังซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารคล้าย Histamine ซึ่งเกิดจากการทำลายของ Germinal cell รูขุมขน และต่อมไขมัน อาการเหล่านี้จะเกิดภายในเวลานับเป็นชั่วโมงหรือวันภายหลังจากได้รับรังสีมักเป็นอยู่นาน 2-3 วัน

2.2.1.1.2 อาการผิวหนังแห้ง ผู้ป่วยจะรู้สึกผิวแห้งกว่าปกติ คัน และมีการลอกของผิวหนัง อาการนี้มักเกิดเมื่อได้รับรังสีรักษามากกว่า 3,000 เซนติเกรย์ ขึ้นไปเนื่องจากปริมาณรังสีที่เพิ่มขึ้นนี้จะทำลายต่อมเหงื่อของหนังกำพร้า ซึ่งการที่ผู้ป่วยแกะเกาหรือมีการเสียดสีบริเวณผิวหนังจะทำให้เกิดแผลทำให้มีอาการเจ็บปวดได้

2.2.1.1.3 อาการบวมแดงปวดแสบร้อนบริเวณผิวหนัง อาการนี้ มักเกิดภายหลังได้รับรังสีแล้วประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ และจะหายได้ใน 2 สัปดาห์ ภายหลังที่ผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ด

2.2.1.1.4 อาการแตกของผิวหนังและมีน้ำเหลืองปน มักเกิดมีตุ่มน้ำใส ๆ ก่อนขึ้นก่อนแล้วแตกเป็นแผลมีน้ำเหลืองปน เกิดจากการที่เซลล์ของผิวหนังและหลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังได้รับรังสีมากกว่า 4,000 เซนติเกรย์

2.2.1.1.5 ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้นมากกว่าปกติ เนื่องจากมีการสร้างเมลานินมากขึ้นภายหลังที่มีอาการร้อนแดงของผิวหนัง สีที่คล้ำนี้จะคงอยู่ ตลอดการรักษา มักพบได้ภายหลังได้รับรังสีแล้วประมาณ 4 สัปดาห์

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังสามารถควบคุมไม่ให้รุนแรงได้ถ้าได้รับการดูแลที่ดี ผู้ป่วยต้องระมัดระวังไม่ให้เส้นที่แพทย์ขีดไว้ลบ ถ้าเส้นลบต้องให้แพทย์ขีดใหม่ ห้ามขีดเส้นเองเพราะจะทำให้ตำแหน่งการฉายรังสีคลาดเคลื่อนได้ หลีกเลี่ยงการใช้ครีมหรือยาต่างๆ รวมทั้งใช้แป้งทาบริเวณผิวหนังที่ได้รับการฉายรังสี ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อนและน้ำแข็ง ระมัดระวังไม่ให้ผิวหนังที่ฉายรังสีโดนแดดจัดๆ โดยตรงเพราะจะทำให้ระคายเคืองต่อผิวหนังได้ ไม่สวมเสื้อผ้าที่คับเกินไป มีเนื้อผ้าหยาบ ผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณคอไม่สวมเสื้อที่มีตะเข็บแข็ง เพราะจะทำให้เกิดแผลจากการเสียดสีได้ ในกรณีที่เกิดแผลทำแผลโดยการใช้น้ำ 0.9% normal saline เช็ด การปิดแผลห้ามใช้พลาสติกปิดลงบนผิวหนังบริเวณที่ขีดเส้นไว้ หรือบริเวณที่ฉายรังสี ควรปิดพลาสติก ห่างจากของบริเวณที่ฉายรังสี ประมาณ 2 นิ้ว ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ แต่ต้องระวังห้ามใช้สบู่บริเวณที่ฉายรังสี ถ้าเปียกน้ำสามารถเช็ดผ้านุ่มๆ ซับให้แห้งได้

2.2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและหน้าที่อวัยวะในช่องปาก

2.2.1.2.1 เยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) ความรุนแรงของอาการนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของรังสีที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับรังสีและปริมาณของเนื้อเยื่อที่ถูกรังสี รวมทั้งลักษณะทางร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ป่วย ปฏิบัติการอักเสบนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) Mild reaction การอักเสบในลักษณะนี้จะพบได้ในผู้ป่วยทุกรายและมักเกิดภายหลังได้รับรังสีประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการเลยหรือเพียงเจ็บคอเล็กน้อย ถ้าตรวจดูจะพบว่าเยื่อช่องปากเปลี่ยนเป็นสีแดงอ่อนๆเท่านั้น

2) Moderate reaction ระยะนี้พบว่าเยื่อช่องปากจะแดงจัดขึ้น ผู้ป่วยจะเจ็บคอมากขึ้น โดยเฉพาะขณะรับประทานอาหารทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งมักพบได้หลังได้รับรังสี 5,000-6,000 เซนติเกรย์

3) Severe reaction จะพบเยื่อเป็นสีแดงจัด และมีบริเวณสีขาว ๆ คล้ำ ๆ เป็นจ้ำ ๆ กระจายอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะด้านข้างลิ้น เพดานอ่อน ซึ่งมักจะติดเชื้อแทรกเสมอ ผู้ป่วยจะเจ็บคอมาก แม้กระทั่งขณะกลืนน้ำลาย

ผู้ป่วยควรดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากและฟันเป็นพิเศษ ใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดเล็กและมีขนอ่อน ยาสีฟันที่รสไม่จัด ร่วมกับการใช้น้ำยาบ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ นอกจากนี้ งดสิ่งที่ทำให้ระคายเคืองต่าง ๆ เช่น เหล้า บุหรี่ และควรสอนให้ผู้ป่วยมีการตรวจภายในช่องปากทุกวันเพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

2.2.1.2.2 อาการปากแห้ง (Xerostomia) เกิดจากการที่อซินาร์และท่อน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณน้ำลายลดลง ซึ่งปริมาณน้ำลายจะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาและลดลงอีกเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึง 36 เดือนภายหลังการรักษา โดยอัตราการลดลงในระยะหลังจะเป็นไปอย่างช้า ๆ และคุณสมบัติของน้ำลายจะเปลี่ยนแปลงไป คือน้ำลายจะเหนียวข้นและมีฤทธิ์เป็นกรดมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บในปากมากขึ้น และมีปัญหาในการกลืนอาหาร สูญเสียการรับรสอาหารและยังทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย การจิบน้ำบ่อยๆ และรับประทานอาหารที่มีน้ำประกอบอยู่ด้วย เช่น แยมจืด ขนม และเครื่องดื่ม ไอศกรีมจะช่วยลดอาการได้ ควรงดเหล้า บุหรี่ หรือใช้น้ำยาบ้วนปากที่ใช้ทั่วไป ซึ่งมักมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จะทำให้มีอาการปากแห้งมากยิ่งขึ้น

2.2.1.2.3 อาการสูญเสียความสามารถในการรับรสอาหาร มักเกิดภายหลังได้รับรังสีแล้วประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ ทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลของรังสีในการทำลาย microvilli และผิวนอกของต่อมรับรส ทำให้ต่อมรับรสเสีย ซึ่งการเสียมนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามการเพิ่มของปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับในระหว่างการรักษา ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการรับรสชาติอย่างสิ้นเชิงเมื่อได้รับรังสีไปแล้ว 3,000 เซนติเกรย์ อย่างไรก็ตามความสามารถในการรับรสชาติอาหารนี้จะดีขึ้นเรื่อยๆ ภายในเวลา 20-60 วัน หลังสิ้นสุดการรักษา และอาการดีขึ้นอย่างสมบูรณ์ในเวลา 120 วัน

2.2.1.2.4 อาการปวดจากฟันผุ อาการฟันผุจากรังสีพบได้ค่อนข้างมากในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบริเวณศีรษะและคอ ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบโดยตรงของรังสีต่อฟัน รวมทั้งเกิดจากปัจจัยร่วมได้แก่ อาการปากแห้ง และการที่น้ำลายมีคุณสมบัติเป็นกรดมากขึ้นจึงทำให้ความสามารถในการต่อต้านฟันผุลดลง การป้องกันปัญหาฟันผุจากรังสีมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตรวจสอบสุขภาพฟันและถอนฟันก่อนการรักษา

2.2.1.2.5 อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ (Trismus) เป็นปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของรังสีต่อกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการทำ ความสะอาดช่องปาก ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องปาก และมีฟันผุได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังทำให้

มีอาการเคี้ยวอาหารลำบาก อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับรังสีหรือเกิดภายหลังสิ้นสุดการรักษา การสอนให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้เคี้ยวนี้โดยการอ้าปากให้กว้างเต็มที่บ่อย ๆ เพื่อขยายช่องปากทุกวัน ตลอดไปจะป้องกันปัญหานี้ได้

2.2.1.3 อาการระคายเคืองของตาจากรังสี โดยทั่วไปแล้วในการฉายรังสีบริเวณใบหน้าจะมีการป้องกันเป็นอย่างดี เพื่อไม่ให้ตาได้รับรังสี ดังนั้นมักจะไม่เกิดอันตรายที่รุนแรง แต่อาจมีอาการระคายเคืองได้เล็กน้อย เช่น อาการอักเสบ ตาแดง บวม คัน อาจปวดตาและอาจมีการอุดตันของท่อน้ำตา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรำคาญได้

2.2.1.4 อาการระคายเคืองของหูจากรังสี ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในบริเวณหูมาก ๆ จะมีการบวมของแก้วหู ทำให้หูอื้อ มีเสียงปนในหู ปวดหู ต่อมาอาจเกิดมีการอักเสบหูน้ำหนวกซึ่งถ้าเป็นอยู่นาน ๆ กระดูกหูจะถูกทำลาย ทำให้การได้ยินทางหูเสียไป บางรายอาจเกิดการตีบตันของรูหูได้

2.2.2 ภาวะแทรกซ้อนทั่วไป หรือ Radiation Sickness นั้นมักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีเป็นบริเวณกว้าง และปริมาณมาก ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายขึ้นอาการนี้อาจเกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้รับรังสีไปแล้วไม่กี่ชั่วโมงถึงหลาย ๆ วัน ความรุนแรงของอาการนั้นจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือบริเวณของร่างกายและปริมาณรังสีที่เนื้อเยื่อได้รับ ประกอบไปด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และรู้สึกว่าร่ากายอ่อนแรงและปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย และเบื่ออาหาร สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากการสะสมของ End product ซึ่งเกิดจากการแตกทำลายของเซลล์ในกระแสเลือดซึ่งไหลเวียนไปทั่วร่างกาย ผลของรังสีในการทำลายเซลล์ทำให้ต้องใช้พลังงานอย่างมาก ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานสำรองเก็บสะสมไว้ซ่อมแซมร่างกาย นอกจากนี้รังสียังมีผลทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลงทำให้ผู้ป่วยซีดและเป็นเหตุให้มีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น และการได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายอันเนื่องมาจากอาการเจ็บปาก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ของรังสีรักษาเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดอาการอ่อนเพลียมากขึ้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับอาการปวด

3.1 ความหมายของอาการปวด

อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในโลกของการรักษา เป็นคำที่บอกเล่าจากผู้ป่วย ซึ่งตีความได้ว่าตราบดีที่บุคคลบอกว่าปวดแสดงว่าความเจ็บปวดนั้นยังมีอยู่ (Mc Caffery, 1979)

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเรื่องความเจ็บปวด (The International Association for the Study of Pain) หรือ IASP ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า เป็นความรู้สึกไม่พอใจและมี

ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายหรือมีแนวโน้มที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย หรือเป็นคำอธิบายถึงเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายนั้น ซึ่งบุคคลจะแสดงออกถึงความเจ็บปวดจากปฏิกิริยาตอบสนองของความรู้สึกทั้งสรีรวิทยาและอารมณ์ (Kanner, 1997; Merskey, 1986; Kanner, 1997 อ้างถึงในนิยา สออารีย์, 2546)

สมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกาและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (American Cancer Society & National Cancer Society) ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า เป็นความรู้สึกปวด อาจเป็นสาเหตุของความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน ที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลาหรือเป็นช่วง ๆ อาจเป็นลักษณะเหมือนถูกทิ่มแทง ปวดร้าว เจ็บแสบ (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544; นิยา สออารีย์, 2546)

สุพร พลยานันท์ (2528) ได้ให้ความหมายของอาการปวดว่า อาการปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือจากจิตใจได้รับการคุกคามและเป็นปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต อาการปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัวจะมีแต่บุคคลที่กำลังประสบอาการปวดอยู่เท่านั้นที่รับรู้ซึ่งความรู้สึกเจ็บปวดของตนเอง บุคคลอื่นจะไม่อาจหยั่งรู้ถึงอาการปวดของเขาได้ นอกจากบุคคลนั้นได้บอกกล่าวถึง

จากคำจำกัดความดังกล่าวสามารถสรุปความหมายของอาการปวดได้ว่า อาการปวดเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการที่ภาวะเนื้อเยื่อได้รับอันตรายและเป็นปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต อาการปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัวโดยบุคคลที่กำลังประสบอาการปวดเท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงอาการปวดของตน และอาการปวดจะคงอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี

3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด

การเกิดอาการปวดปัจจุบันได้มีทฤษฎีหลายทฤษฎีพยายามอธิบายกลไกการเกิดความปวด ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้คือ (สุพร พลยานันท์, 2528: 25-31)

3.2.1 ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) Melzack และ Wall ได้เสนอทฤษฎีนี้เมื่อมี ค.ศ. 1965 เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบันเนื่องจากสามารถอธิบายความปวดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจทฤษฎีนี้เชื่อว่าความปวดและการรับรู้ความปวด ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ คือระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลัง ระบบควบคุมส่วนกลางใน cortex และ thalamus และระบบการเคลื่อนไหว

3.2.1.1 ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง (gate control system) มี substantia gelatinosa (SG cell) เป็นเซลล์พิเศษซึ่งอยู่ใน dorsal horn ของไขสันหลัง เป็นเซลล์ประสาทยับยั้ง จะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ (transmission : T cell) ทำให้ไม่มีตัวยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ กระแสประสาทก็จะถูกนำไปสู่สมอง ทำให้เปิดประตูความปวดเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น สัญญาณประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (small fiber) และ

ขนาดใหญ่ (large fiber) มีผลโดยตรงต่อการปิดเปิดประตูในระดับไขสันหลัง โดยพบว่าเมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก จะไปยับยั้งการทำงานของแอสซีเซลล์ ทำให้ประตูเปิดเกิดความปวดขึ้น แต่เมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่จะไปกระตุ้นการทำงานของแอสซีเซลล์ นั่นคือประตูปิดไม่เกิดความปวด

3.2.1.2 ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) มีระบบควบคุมส่วนกลางประกอบด้วยสมองใหญ่และฮาลามัสซึ่งจะรับกระแสประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ และย้อนลงมามีผลต่อการปิดหรือเปิดประตูในระดับไขสันหลัง

3.2.1.3 ระบบการเคลื่อนไหว (action system) เมื่อกระตุ้นที่เซลล์ถึงระดับวิกฤตจะมีการส่งกระแสประสาทไปยังระบบการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

3.2.2 ทฤษฎีการควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) (निया สออารีย์, 2546: 14-15) เมื่อเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจะปล่อยสารต่างๆ ออกมา เช่น bradykinin prostaglandin เป็นต้น สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาท nociceptor ที่ทำหน้าที่เป็นตัวรับ เพื่อทำให้เกิดการส่งกระแสประสาท และ nociceptor ยังมีการหลั่ง substance P ซึ่งเป็นสารประกอบที่มีกรดอะมิโน ทำหน้าที่กระตุ้น fiber C ทำให้เกิดความเจ็บปวด ยังมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว เพิ่มความสารเคมีผ่านของหลอดเลือด เป็นเหตุให้มีการสร้างและหลั่ง bradykinin ออกมาจากหลอดเลือดเรื่อยๆ และ substance P สามารถกระตุ้น mast cell ให้หลั่ง histamine ทำให้บวม และกระตุ้นเกร็ดเลือดให้หลั่ง serotonin ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นปลายประสาททำให้ปวดได้เช่นกัน เมื่อใยประสาทขนาดเล็กถูกกระตุ้นให้ปล่อย substance P ในขณะเดียวกันใยประสาทขนาดใหญ่ที่มาจากสมอง จะปล่อยสาร opiate ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินในร่างกาย คือ enkaphalins สามารถพบได้ทั่วไปในร่างกายทั้งระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย และที่ไขสันหลัง ส่วน endorphins โดยเฉพาะชนิด beta endorphin พบได้เป็นบางบริเวณ เช่น กระจายอยู่บริเวณ thalamus และ hypothalamus แต่พบได้มากที่ส่วนหน้าของต่อมพิทูอิทารี โดยเก็บสะสมอยู่ใน corticotrophin และหลั่งออกมาพร้อม ฮอร์โมน ACTH beta endorphin เป็น opiate ที่ออกฤทธิ์ได้มากที่สุดในการควบคุมความปวด โดยออกฤทธิ์ 2 ทาง คือ ออกฤทธิ์ที่ส่วนหน้าของจุดเชื่อมต่อเซลล์ประสาท โดยยับยั้งการหลั่งของ substance P และออกฤทธิ์ที่ส่วนหลังของจุดเชื่อมต่อเซลล์ประสาท เป็นการยับยั้งการส่งผ่านกระแสประสาทความปวด จึงไม่มีสัญญาณไปกระตุ้น T cell ดังนั้นการส่งกระแสประสาทไปยังสมองเพื่อรับรู้ถึงความเจ็บปวดจึงไม่เกิดขึ้น

3.3 อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

Raj and Phero (1997 cited in Shiba, 1997) ได้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ มีการกระตุ้น nerve ending ของเยื่อหู การกดเบียดของก้อนมะเร็ง การกดเบียด nerve branches ของก้อนมะเร็ง การแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง และเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายจากรังสี มีรายงานการวิจัยพบว่าอาการปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากรังสี เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดที่พบมากที่สุดในการผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Shiba, 1997: 24)

ผลของรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์เกิดขึ้น ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเซลล์ ผลทางตรงเกี่ยวข้องกับการทำลาย DNA โดยตรง DNA ส่วนผลทางอ้อมรังสีจะทำปฏิกิริยากับน้ำในเนื้อเยื่อ เกิด Ionization ของโมเลกุลน้ำ เกิดปฏิกิริยาเคมีลูกโซ่ทำให้เกิด Free radical และไปทำลาย DNA ของเซลล์ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีผ่านช่องปาก รังสีนอกจากจะมีผลต่อเซลล์มะเร็งแล้วยังส่งผลต่อเนื้อเยื่อปกติข้างเคียงด้วย ความสมดุลระหว่างเซลล์ที่เกิดใหม่กับเซลล์ที่ตายมีความไม่สมดุลเกิดขึ้น เซลล์ที่ถูกทำลายมีมากกว่าเซลล์ที่เกิดใหม่ทำให้เกิดแผลในช่องปากและมีการอักเสบเกิดขึ้น ผลจากการเกิดแผลในช่องปากหรือจากอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบทำให้เกิดอาการปวดแบบเฉียบพลัน ส่วนอาการปวดเรื้อรังสามารถพบได้ในกรณีที่เกิดภาวะ Osteoradionecrosis นอกจากนี้ยังพบว่าผลของรังสีทำให้เกิดภาวะ fibrosis ของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อ เกิดอาการปวดตึงได้เช่นกันโดยเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อคอและช่องปาก

มีรายงานการวิจัยที่พบว่าอาการปวดในช่องปากจะเริ่มภายหลังการฉายรังสี 2-3 สัปดาห์ และจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นในสัปดาห์ที่ 5 ของการฉายรังสี (Weissman et al, 1989; Shiba, 1997: 12) โดยเฉพาะเวลาเคี้ยว กลืนอาหาร หรือการพูดคุย (Janjan, 1992) อาการปวดจะคงอยู่และจะหายไปภายหลังฉายรังสีครบ 1-2 เดือน (Blozis&Robinson, 1997; Corper, 1994 cited in Shiba, 1997: 160) ระดับความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย 39% ระดับปานกลาง 33% ระดับรุนแรง 37% (Weissman et al, 1989) ผู้ป่วยมีการรายงานอาการปวดเป็นแบบ burning และ aching และอาการปวดเป็นแบบต่อเนื่อง (Janjan et al., 2002 cited in Shih, 2003: 226)

3.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการปวดจากการได้รับรังสีรักษา ได้แก่ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2524; นิตยา สมบัติแก้ว, 2536: 19-20; สุमितรา ทองประเสริฐ, 2537, สุดธิดา สันติไชยกุล, 2538; อุไร ขลุ่ยนาค, 2540: 17; Berger and Eilers, 1998; Fitzgibbon & Chapman, 2001; Huang et al., 2003: 247)

3.4.1 ตำแหน่งของโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งที่ต้องได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องปากจะทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวดภายในช่องมากขึ้น เช่น มะเร็งบริเวณช่องปาก ค่าประมาณของอุบัติการณ์อาการปวด ที่เกิดจากการฉายรังสี สูงถึง 55-80% (Fitzgibbon & Chapman, 2001)

3.4.2 ระยะของโรค การรุกรานหรือแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวด เช่น กระดูก สมอง เป็นต้น โดยมะเร็งระยะแพร่กระจายจะมีอาการปวดมากกว่าระยะเริ่มแรก (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2537)

3.4.3 ปริมาณของรังสี ซึ่งพบว่าความรุนแรงของอาการปวดจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับรังสีเพิ่มขึ้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2524; สุธิดา สันติไชยกุล, 2538; อุไร ขลุ่ยนาถ, 2540: 17) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับรังสีที่มีความถี่มากกว่าปกติ เช่นผู้ป่วยที่ได้รับรังสี 2 ครั้งต่อวันจะมีอาการปวดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีวันละ 1 ครั้ง แต่อย่างไรก็ตามการที่ได้รับรังสีในปริมาณที่มากกว่าปกติจะเกิดอาการปวดได้เร็วกว่าแต่ก็ใช้ระยะเวลาในการรังสีสั้นลงและหายจากอาการปวดได้เร็วกว่าปกติ (Thames et al., 1982 cited in Shiba, 1997: 9)

3.4.4 ระยะเวลาที่ได้รับรังสี เมื่อได้รับรังสีในเวลานานจะทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้นโดยความรุนแรงของอาการปวดจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ของการฉายรังสี และจะเพิ่มรุนแรงมากขึ้นไปตลอดระยะเวลาของการฉายรังสี (Huang, 1998: 19; Shih, Miaskowski, and Dodd, 2003; Dudjak, 1987: 133) อธิบายว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ขึ้นไปจะมีผลต่ออวัยวะในช่องปาก เนื่องจากมีอาการอักเสบเกิดขึ้น อาการดังกล่าวนี้จะรุนแรงขึ้นและจะปรากฏอาการชัดเจนเมื่อได้รับรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์

3.4.5 การได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ จะทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบมากขึ้น ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น (Shiba, 1997: 8; Berger and Eilers, 1998; Huang et al, 2003: 247)

3.4.6 อายุ พบว่า เด็กจะมีความไวต่อรังสีมากที่สุด โดยเฉพาะอยู่ในครรภ์มารดา ผู้ใหญ่ จะเป็นวัยที่มีความต้านทานต่อรังสีมากที่สุด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความไวต่อรังสีจะกลับเพิ่มขึ้น (นิตยา สมบัติแก้ว, 2536: 19-20) เมื่อได้รับปริมาณรังสีที่เท่ากันเด็กและผู้สูงอายุจะเกิดการทำลายเนื้อเยื่อและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าทำให้เกิดอาการปวดได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่

3.4.7 ชนิดของรังสีที่ได้รับ พบว่า การฉายรังสีโดยการใช้ Stereotactic radiation therapy (SRT) หรือ Conformal radiation therapy สามารถปรับลำรังสีให้มีลักษณะเหมือนกับลักษณะของก้อนมะเร็ง ทำให้เนื้อเยื่ออกก้อนมะเร็งได้รับรังสีน้อยหรือไม่ได้รับเลย เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดการทำลายเนื้อเยื่อของรังสี ทำให้เกิดอาการปวดลดลง

3.4.8 ความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ พบว่า เมื่อมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงจะเพิ่มอาการปวดในช่องปาก โดยเฉพาะในขณะที่เคี้ยวอาหาร ขณะดื่มน้ำหรือแม้แต่ในขณะพูด (Shiba, 1997: 3; Huang, 1998: 20; McGuire, 1998: 387)

3.4.9 ปัจจัยอื่น ๆ

3.4.9.1 อาหารที่ร้อนจัดหรือมีรสจัด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแสบในช่องปาก จากการระคายเคือง

3.4.9.2 อาการปากแห้ง เป็นสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้มีอาการเจ็บปวดในช่องปากมากขึ้น โดยเฉพาะในขณะกลืนอาหาร (Huang, 1998: 55)

สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คือ ตำแหน่งที่เกิดโรค มะเร็ง ระยะของโรค ปริมาณของรังสีที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับรังสี การได้รับยาเคมีบำบัดร่วม อายุ ชนิดหรือวิธีการฉายรังสี ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ 40-59 ปี กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงในเรื่อง ตำแหน่งที่เกิดโรค ระยะของโรค การได้รับยาเคมีบำบัดร่วม ชนิดของรังสี ส่วนปัจจัยที่ไม่ได้ควบคุม คือ ระยะเวลาที่ได้รับรังสี เนื่องจากผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มฉายรังสีเป็นครั้งแรก และปัจจัยด้านอายุ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ไม่ใช่วัยเด็ก หรือผู้สูงอายุที่มีความไวต่อรังสี ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการฉายรังสีมากกว่า

3.5 ผลกระทบของอาการปวดจากการได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนจากจะดำรงชีวิตอยู่โดยไม่มีความหวังว่าจะรักษาให้หายขาดได้ ผลจากการได้รับรังสี เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ที่ได้รับรังสี และการกดเบียดของก้อนมะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องเผชิญกับอาการปวดที่รุนแรง และเรื้อรัง ซึ่งให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ และทางจิตวิญญาณ (นินยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และไข่มพักตร์ มณีวัต, 2545; นินยา สออารีย์, 2546) ได้แก่

3.5.1 การรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี หรือมีแผลเรื้อรังบริเวณคอจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหรือร่วมกับการฉายรังสี หรือช่องปากอักเสบจากการฉายรังสี การดื่มน้ำของกล้ามเนื้อร่วมกับอาการปวดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ขณะที่ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารจะปวดตึงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การใช้ลิ้นในการคลุกเคี้ยวอาหารไม่สะดวก กลืนอาหารลำบาก เพราะเจ็บคอ และขาดน้ำลายในการหล่อลื่นอาหาร (นินยา สออารีย์, 2546) นอกจากนี้ยังมีการทำลายต่อมรับรสเป็นผลให้การรับรู้รสชาติเปลี่ยนแปลง (Madeya, 1996) รวมทั้งอาการชาที่ลิ้น

เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีแผลในช่องปาก จากการอมยาแก้เจ็บปากที่มีส่วนผสมของยาชาเฉพาะที่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณอาหารไม่เพียงพอ นอกจากนี้ Baymer et al. (1994) กล่าวว่าตำแหน่งและความรุนแรงของความปวดและผลลัพธ์จากการลูกลามของมะเร็งทำให้ปรากฏอาการและอาการแสดงอื่นๆที่ตอบสนองร่วมไปกับความเจ็บปวดที่รุนแรง เช่นอาการคลื่นไส้อาเจียนทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง จึงส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้

3.5.2 ความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง ภาวะท้องผูกเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีอาการปวด สาเหตุที่พบได้บ่อย คือ ผลข้างเคียงของยาบรรเทาอาการปวด เช่น มอร์ฟีน หรือยาที่มีส่วนผสมของมอร์ฟีน ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (สุปรานี นิรุติศาสตร์, 2545) และผลจากการรับประทานยาที่มีกลไกยาลดลง จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง

3.5.3 แบบแผนการนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลง อาการปวดเป็นสาเหตุโดยตรงที่ไปรบกวนการนอนหลับ ถึงแม้จะเจ็บไม่มาก แต่ก็มีกรรบกวนการนอน หรือหลับได้ในช่วงเวลาสั้น ๆ ในช่วงที่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด และจะตื่นขึ้นเมื่อฤทธิ์ของยาบรรเทาอาการปวดลดลง (นียา สออารีย์, 2546) อาการปวดก่อให้เกิดอาการนอนไม่หลับ และพักผ่อนไม่เพียงพอ (Zimerman et al., 1996) การนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและลดพลังงานสำรองในร่างกาย มีผลทำให้ระดับความอดทนต่ออาการปวดลดลง (สุพร, 2528: 46)

3.5.4 ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา นอกจากจะมีอาการปวดจากการได้รับรังสีแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมที่นำมาเกี่ยวข้องกับ การไม่มีอารมณ์ทางเพศ เช่น มีความวิตกกังวล จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ อาการอ่อนเพลีย จากการนอนหลับไม่เพียงพอ ซึ่งมีสาเหตุมาจากอาการปวด รวมทั้ง กลิ่น และสิ่งคัดหลั่งต่างๆ

3.5.5 ด้านอารมณ์ เมื่อเกิดอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยมักเกิดความวิตกกังวล กลัว และซึมเศร้า กลัวว่าจะปวดมากกว่าเดิม กลัวว่าความปวดที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ทำให้ ผู้ป่วยมักจะแยกตัว เพราะต้องการหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีภาระด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล ความกลัว ส่งผลให้ความอดทนต่ออาการปวดลดลง เกิดอาการปวดตลอดเวลา เสมือนเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดภาวะท้องอืด ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัว จากการศึกษานของ Eardley (1996) ถึงประสบการณ์ การได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าประมาณ ร้อยละ 47 ซึ่งเป็นผลจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา ได้แก่ อาการปวดบริเวณปาก

3.5.6 ด้านสังคม ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เมื่อเกิดอาการเยื่อ บูดช่องปากอักเสบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดเมื่อพูดคุย (Saarilahti et al., 2002:479) เป็นอุปสรรค

สำคัญ ทำให้ลดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลง จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย ทำให้ผู้ป่วยมักแยกตัวและหลีกเลี่ยงจากสังคม การที่ต้องเผชิญกับอาการปวดซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของรังสีรักษา การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นอันเป็นผลกระทบทางกายของอาการปวด ส่งผลกระทบต่อด้านภาวะการดูแล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าลดลง และมีความเชื่อมั่นในตนเองน้อยลง (Ferrell et al., 1991)

3.5.7 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่การงาน เนื่องจากต้องเดินทางมาฉายรังสีทุกวัน ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้รายได้ลดลง และค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้จ่ายที่มีราคาแพงมากขึ้น เป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

3.5.8 ด้านจิตวิญญาณ โรคมะเร็งเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ของชีวิตอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการปวดเกิดขึ้นทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกหดหู่ คือขณะที่นั่งรอฉายแสงที่ต้องพบกับผู้ป่วยอื่น ซึ่งอาจมีสภาพ อ่อนเพลีย ชูบผอม ผิวหนังบริเวณฉายแสงไหม้เกรียม ความทุกข์ผลภาพต่างๆ จะบั่นทอนกำลังใจของผู้ป่วยมากที่สุด (อนรุรีย์ ต้นสกุล, 2527: 23 อ้างถึงใน นิตยา สมบัติแก้ว, 2536: 2)

3.6 การประเมินอาการปวด

การประเมินอาการปวดเป็นสิ่งที่สำคัญมาก

3.6.1. การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล ดังนั้นผู้ป่วยเท่านั้นที่จะรับรู้และสามารถบอกถึงความรู้สึกปวดที่ถูกต้อง โดยมีวิธีการดังนี้คือ

3.6.1.1 ความรุนแรงของความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด

3.6.1.2 ตำแหน่งหรือขอบเขตของความปวด โดยให้ผู้ป่วยชี้บอกตำแหน่งเอง หรือระบายลงในภาพ

3.6.1.3 ลักษณะของความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกว่ามีความปวดอย่างไร เช่น ปวดตื้อๆ ปวดตุ้บๆ เสียวแปลบๆ ปวดบิด เป็นต้น

3.6.1.4 เวลาที่เริ่มปวดและระยะเวลาที่ปวด

3.6.1.5 ประวัติความปวดในอดีต และวิธีบรรเทาอาการปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้

3.6.2 การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรม เนื่องจากความปวดจะไป

กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองเฉพาะตัว สามารถประเมินได้จากการแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กัดฟัน เป็นต้น พฤติกรรมการเคลื่อนไหว เช่น นอนบิดไปมา หรือนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหว พฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว กระสับกระส่าย เป็นต้น งานวิจัยที่นำการประเมินวิธีนี้ไปใช้ เช่น สมศรี รัตนปริยานุช (2525) นำไปใช้ศึกษาวิธีการลูกนึ่งที่สัมพันธ์กับการเจ็บแผลผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

3.6.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผลของความปวด จะทำ

ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สามารถวัดได้ เช่น ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออก รูม่านตาขยาย หรือมือเท้าเย็น งานวิจัยที่นำการประเมินวิธีนี้ไปใช้ เช่น สมศรี เจริญหล้า (2525) นำไปใช้ศึกษาผลของการพยาบาลผู้ป่วยแบบเน้นการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจในระยะหลังผ่าตัดต่อประสบการณ์ความเจ็บปวด

3.6.4 การประเมินจากการใช้ยาบรรเทาอาการปวด การใช้ยาบรรเทาอาการ

ปวดของผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวด งานวิจัยที่นำการประเมินนี้ไปใช้ เช่น บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2528) นำมาใช้ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด

3.6.5 การประเมินจากการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนอนหลับ

การรับประทานอาหาร และการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น เช่นงานวิจัยของ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) นำมาใช้ศึกษาการรับรู้ความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

3.6.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการปวด (สุพร พลยานันท์, 2528; นิโรบล

กนกสุนทรรัตน์, 2537; สุวรรณี อุดมทัศนีย์, 2538; พูลศรี พัฒนพงษ์, 2538; ผ่องรัตน์ รัตนไทย, 2540; Otto, 2001: 903)

3.6.6.1 มาตรวัดความเจ็บปวดตามระดับความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วย

(Adjectival scale) ซึ่งให้ผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดตามระดับความรู้สึกเจ็บปวด เช่นไม่เจ็บปวด หรือ เจ็บปวด สำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเล็กน้อย หรือรายงานเป็น 4 ระดับดังนี้ ไม่เจ็บปวดเลย เจ็บปวดเล็กน้อย เจ็บปวดปานกลาง และเจ็บปวดมาก เป็นต้น

3.6.6.2 มาตรวัดความเจ็บปวดตามตัวเลขร่วมกับระดับความรู้สึก

เจ็บปวด (Combining numerical scale and adjectival scale) โดยให้ผู้ป่วยรายงานระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดตามตัวเลขที่กำหนดไว้แทนระดับความรู้สึกเจ็บปวด ได้แก่

3.6.6.2.1 มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (simple pain

scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดออกเป็น 6 ระดับ ตามตัวเลขตั้งแต่ 0-5 แทนระดับความรุนแรง

ของความเจ็บปวด 0 หมายถึงไม่เจ็บปวดเลย 1 หมายถึง เล็กน้อย 2 หมายถึง ปานกลาง 3 หมายถึงค่อนข้างมาก 4 หมายถึงมาก และ 5 เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้

3.6.6.2.2 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของจอห์นสัน (Johnson's two component) จอห์นสันสร้างเครื่องมือวัดความเจ็บปวด 2 ส่วน คือวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดและระดับความทุกข์ทรมานเนื่องจากความเจ็บปวด โดยแบ่งระดับเป็น 11 ระดับ เรียงตั้งแต่ 0-10 0 หมายถึง ไม่รู้สึกเจ็บปวด หรือไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และ 10 หมายถึง เจ็บปวดมาก หรือทุกข์ทรมานมากจนทนไม่ได้

3.6.6.2.3 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดสำหรับเด็ก Kats ได้สร้างเครื่องมือวัดความเจ็บปวด 2 ส่วนด้วยกัน คือส่วนหนึ่งวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยใช้ Pain thermometer และอีกส่วนหนึ่งวัดระดับความวิตกกังวลโดยใช้ Fear face ซึ่งเป็นแผนภาพที่แสดงความรู้สึกทางใบหน้าแทนความรู้สึกจริง

3.6.6.2.4 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) ดัดแปลงจากเครื่องมือที่ใช้ศึกษาทางจิตวิทยา เช่น วัดภาวะซึมเศร้า การนอนหลับ ซึ่งให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบความรุนแรงของความเจ็บปวดตามเส้นตรงที่กำหนดไว้ โดยกำหนดให้ปลายด้านหนึ่งไม่รู้สึกเจ็บปวด และอีกด้านหนึ่งเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้

3.6.6.2.5 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของ Stewart (Stewart pain color scale) Stewart ได้พัฒนาแบบวัดความปวดโดยอาศัยความรู้ทางทฤษฎีสี กล่าวคือ สีแดงเป็นสีที่ร้อนแรง มักหมายถึงความปวด สีที่เข้มมากขึ้นเรื่อยๆ หมายถึงความปวดรุนแรงมากยิ่งขึ้น สีดำ หมายถึงความปวดที่รุนแรงมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยเลือกแถบสีแทนระดับความเจ็บปวด โดยกำหนด เป็น 10 ช่อง เรียงตามสี เทียว เหลือง หมายถึงไม่รู้สึกเจ็บปวด ส้มแดง หมายถึงเจ็บปวด ปานกลาง และ ดำ เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้

3.6.6.3 แบบประเมินอาการปวด Brief pain inventory (BPI) ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison Medical School เป็นเครื่องมือวัดองค์ประกอบของอาการปวดทั้ง 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสรีรวิทยา ปัจจัยทางการรับรู้ความรู้สึก ปัจจัยทางอารมณ์ ปัจจัยทางการรู้คิด ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ได้แก่ตำแหน่งของอาการปวด ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปภาพให้ผู้ผู้ป่วยทำสัญลักษณ์ลงบนตำแหน่งที่ปวด ระดับความรุนแรงของอาการปวดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินอาการปวดที่มากที่สุด น้อยที่สุด อาการปวดโดยเฉลี่ย และอาการปวดขณะที่ประเมิน สิ่งส่งเสริมหรือบรรเทาอาการปวด การรักษาหรือยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับ ระดับของการได้รับการบรรเทาอาการปวด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาบรรเทาอาการปวด ความเชื่อเกี่ยวกับ

อาการปวด ลักษณะของอาการปวด และผลของอาการปวดที่รบกวนต่อการทำกิจกรรม ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ การเดิน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การนอนหลับ และความเป็นสุขในชีวิต

3.6.6.4 Patient Questionnaire ของ Detroit Medical Center และ Wayne State University สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1995 ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน Patient Outcome Questionnaire ของ American Pain Society Quality of Care Committee ประกอบด้วยข้อคำถาม 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐาน และการประเมินอาการปวดและผลของอาการปวดที่รบกวนการทำหน้าที่ 13 ข้อ ระดับของการบรรเทาอาการปวด และความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อความเอาใจใส่ของแพทย์หรือพยาบาล 4 ข้อ การรอคอยยาบรรเทาปวด หรือการรักษาใหม่ 3 ข้อ อุปสรรคในการจัดการกับอาการปวด 7 ข้อ วิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับความปวดเมื่ออยู่บ้านและเมื่ออยู่โรงพยาบาล 2 ข้อ

3.6.6.5 แบบประเมินอาการปวด ของ Serlin et al. (Serlin, et al., 1995: 277-284) ดัดแปลงมาจาก Brief pain inventory (BPI) ประเมินอาการปวด เป็น 2 ด้าน คือการประเมินความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่าง ๆ Serlin et al. ได้นำไปศึกษาระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา จำนวน 1,106 ราย ฝรั่งเศส จำนวน 324 ราย จีน จำนวน 200 ราย และฟิลิปปินส์ จำนวน 267 ราย ได้วัดความเที่ยงโดยวัดความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในส่วนของความรุนแรงของอาการปวดเท่ากับ 0.87, 0.86, 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ และในส่วนการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด เท่ากับ 0.91, 0.90, 0.91 และ 0.86 ตามลำดับ ผลที่ได้นำมาแบ่งระดับความปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม โดย numeric rating scale มีคะแนน 0-10 แบ่งระดับได้ดังนี้คือ

คะแนน เท่ากับ 0 คือ ไม่ปวด และ/หรือไม่รบกวนการปฏิบัติกิจกรรม

คะแนนระหว่าง 1-4 คือ อาการปวด และ/หรือการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 5-6 คือ อาการปวด และ/หรือการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 7-10 คือ อาการปวด และ/หรือการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมระดับสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการปวด Brief pain inventory (BPI) ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison Medical School และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับอาการปวดของ Serlin et al. (Serlin, et al.,

1995: 277-284) Brief pain inventory (BPI) เป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินอาการปวดได้ ทั้งทางด้านความรู้สึกและผลกระทบจากอาการปวด มีลักษณะเป็นแบบ Numeric rating scale จากการศึกษาของ Rodriguez (2004) ศึกษาเครื่องมือประเมินอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอ พบว่าเครื่องมือประเมินความปวดชนิด Numeric rating scale มีคะแนนความง่ายในการนำไปใช้มากที่สุด ซึ่งหมายความว่าเครื่องมือ ชนิด Numeric rating scale มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ประเมินอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมากที่สุด

4. การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพราะมีเวลาและโอกาสในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยการพยาบาลจะแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (ศรีสุนทรา เจริญวิพัฒน์, 2545; เนตรสุวิทย์ เจริญจิตสวัสดิ์, 2547; ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548)

4.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับการฉายรังสี

4.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย

4.1.1.1 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเสื้อผ้าและเครื่องแต่งกายที่ใช้ในระหว่างมารับการฉายรังสี ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะดวกต่อการถอดและสวมใส่ เสื้อผ้าต้องสะอาดและเนื้อผ้าอ่อนนุ่ม ผู้ป่วยต้องไม่ใส่เครื่องประดับ สร้อยคอ เพื่อลดการเสียดสีผิวหนังส่วนที่ได้รับรังสี เพราะผิวหนังส่วนนั้นจะเป็นแผลถลอกได้ง่ายก่อให้เกิดความปวดได้

4.1.1.2 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อร่างกาย และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วเพื่อให้เยื่อช่องปากชุ่มชื้น

4.1.1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ดูแลสุขภาพปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ

4.1.2 การพยาบาลด้านจิตใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ชักถามปัญหา ให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเองกล้าที่จะปรึกษา และเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาฉายรังสีอย่างต่อเนื่อง อาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อน ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาและระบายความคับข้องใจ

4.2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะได้รับการฉายรังสี

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้เน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ได้แก่

4.2.1 การดูแลช่องปาก

4.2.1.1 ควรมีการตรวจช่องปากทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เวลาที่เหมาะสมในการตรวจคือภายหลังแปรงฟันตอนเช้า (เนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์, 2547) วิธีการตรวจช่องปากสามารถทำได้ด้วยตนเอง อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจได้แก่ ไฟฉาย กระจกเงา ไม้กดลิ้น มีขั้นตอนดังนี้คือ ใช้ไฟฉายส่องเข้าไปในปากแล้วดูภาพในกระจก จะพบกระพุ้งแก้ม เพดานอ่อน เพดานแข็ง ลิ้นไก่ เหงือก ฟันบน ฟันล่าง และลิ้น จากนั้นแลบลิ้นออกมา เคียงลิ้นไปด้านซ้ายและด้านขวา กระดกลิ้นขึ้น เพื่อดูฟันปาก ใช้ไม้กดลิ้นกดลิ้นดูบริเวณลิ้นไก่ และช่องคอ สังเกตลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้น หรือการเปลี่ยนแปลงและจดบันทึกอย่างต่อเนื่อง

4.2.1.2 การแปรงฟัน เป็นพื้นฐานของการดูแลช่องปาก เริ่มจากการเลือกแปรงสีฟันที่มีขนาดเล็ก ขนแปรงที่อ่อนจะมีประสิทธิภาพในการทำความสะอาดได้มากกว่าแปรงสีฟันที่แข็ง และเป็นอันตรายต่อเหงือกและฟันน้อยกว่าลดอาการระคายเคืองของเยื่อต่างๆ (ศิริวรรณ วิจิตร และคณะ, 2548: 49) ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ และละลายสิ่งสกปรก (Madeya, 1996 อ้างถึงในเนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์, 2547: 38) รวมทั้งรสไม่จัด วิธีการแปรงฟันควรเริ่มวางแปรงตรงบริเวณคอฟันและขอบเหงือก ขนแปรงแตะบริเวณ 1/3 ของตัวฟันนับจากเหงือกและขอบเหงือก ทำมุม 45 องศา กับแกนยาวของฟัน ชี้เฉียงไปทางปลายของรากฟัน กดปลายขนแปรงให้เข้าไปช่องเหงือกและซอกฟัน ออกแรงสั้นเบาๆ ตามแนวราบด้วยระยะทางสั้นๆ กลับไปกลับมา โดยที่ขนแปรงยังคงอยู่ในตำแหน่งเดิม แล้วบิดข้อมือให้ขนแปรงม้วนบิดมาทางด้านบดเคี้ยวของฟัน ทำซ้ำๆ ตำแหน่งละ 6 ครั้ง ส่วนด้านบดเคี้ยวใช้วิธีถูเข้าถูออกเป็นช่วงสั้นๆ เวลาที่ใช้ในการแปรงฟัน ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 90 วินาที วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและก่อนนอน (เนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์, 2547: 50)

4.2.1.3 การใช้ไหมขัดฟัน เพื่อขจัดคราบจุลินทรีย์ที่ติดอยู่ที่ฟันวิธีใช้โดยดึงเส้นใยยาว 12-15 นิ้ว พันเส้นใยรอบนิ้วกลางทั้งสองข้างสำหรับฟันบนดึงใยให้ตึงด้วยนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ ความยาวของเส้นใยระหว่างนิ้วทั้งสองประมาณ 1-1.5 นิ้ว สำหรับฟันล่างใช้นิ้วชี้ทั้งสองกดเส้นใยให้ตึง เคลื่อนเส้นใยไปมาเบาๆ เพื่อให้ผ่านเข้าซอกฟันโดยทำอย่างเบาแรง มิฉะนั้นจะระแทกเหงือกทำให้เหงือกบาดเจ็บได้ ดึงเส้นใยให้แนบกับตัวฟันด้านหนึ่งแล้วใช้วิธีถูเส้นใยแนบไปตามผิวฟันแบบใช้เลื่อย และดึงขึ้นลงเพื่อให้สามารถขจัดคราบจุลินทรีย์ที่ติดกับผิวฟันด้านประชิด ในขณะที่เส้นใยยังอยู่ในซอก เมื่อโอบรอบและถูรอบตัวฟันด้านหนึ่งแล้ว ให้ย้ายไปโอบอีกซี่หนึ่งในซอกเดียวกันนั้นใช้วิธีการโอบและถูแบบเดียวกัน

4.2.1.4 การบ้วนปาก เป็นการทำความสะอาดหลังแปรงฟัน เพื่อขจัดคราบที่ติดอยู่อย่างหลวมๆ ออก และไม่ระคายเคืองเนื้อเยื่อมากนัก

4.2.1.4.1 น้ำยาบ้วนปาก มีให้เลือกใช้ได้หลายชนิด แต่ที่นิยมใช้คือ น้ำเกลือนอร์มัล (0.9% Normal saline) ใช้ได้สะดวก ราคาไม่แพง เตรียมได้โดยง่าย โดยอัตราส่วนการผสมให้ใช้เกลือ $\frac{1}{2}$ ช้อนชา ละลายในน้ำ 500 ซีซี มีความเป็นกรดต่างเหมาะสมไม่ระคายเคืองเยื่อช่องปาก ส่งเสริมการหายของแผลในปาก

4.2.1.4.2 วิธีการบ้วนปาก โดยทั่วไปคือการให้มีช่องว่างสลับไปสลับมาและดูดแก้มเพื่อให้มีแรงเคลื่อนน้ำยาบ้วนปากอยู่ระหว่างฟัน แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ให้ใช้วิธีเอียงหรือสั่นศีรษะไปมา แล้วบ้วนน้ำยาออกมา การบ้วนปากแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 1-3 นาที แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ไม่ควรน้อยกว่า 30 นาที บ้วนปากหลังการแปรงฟันทุกครั้ง ในกรณีที่เกิดเยื่อช่องปากอักเสบให้บ้วนปาก ทุก 2 ชั่วโมง

4.2.2 การจัดการกับอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

4.2.2.1 ประเมินขนาดของแผลและความรุนแรงของอาการบวมแดงในช่องปากอย่างสม่ำเสมอ

4.2.2.2 กระตุ้นให้ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ลิตร

4.2.2.3 เน้นการดูแลความสะอาดในช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ

4.2.2.4 บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ นอร์มัล (0.9% Normal saline) ทุก 2 ชั่วโมง

4.2.2.5 ถ้ามีการอักเสบของเยื่อช่องปากมากจนกลายเป็นแผลลึก มีลักษณะคล้ายแผลอักเสบ ซึ่งจะเกิดบริเวณด้านข้างของลิ้นที่ติดอยู่กับฟัน หรือกระพุ้งแก้ม ที่กดติดกับส่วนของฟันกราม ควรปรึกษาแพทย์

4.2.2.6 ถ้ามีการอักเสบของริมฝีปาก ห้ามใช้เจนเทียลไวโอเลตทา เพราะจะทำให้ริมฝีปากแห้งมากขึ้นและจะยิ่งลุกลามเป็นแผลแตก ควรใช้วาสลีนหรือลิปติกชนิดมันแทน (ศรีสุนทรฯ เจริญวิพัฒน์, 2545: 218)

4.2.3 การดูแลผิวหนัง โดยให้คำแนะนำผู้ป่วยดังนี้

4.2.3.1 ระวังไม่ให้เส้นที่แพทย์ขีดลบไว้ ถ้าเส้นลบต้องพบแพทย์เพื่อขีดเส้นใหม่ ห้ามขีดเส้นเองโดยเด็ดขาด ถ้าผู้ป่วยขีดเส้นเองจะทำให้ตำแหน่งการฉายรังสีคลาดเคลื่อนและการรักษาไม่ได้ผล

4.2.3.2 หลีกเลี่ยงการใช้ครีมหรือยาต่าง ๆ เช่นครีมบำรุงผิว ครีมกันแดดทาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี

4.2.3.3 การทำความสะอาดร่างกายแนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติ แต่ต้องระวังไม่ขัดถูขี้ไคลหรือถูสบู่บริเวณที่ฉายรังสี หลังจากนั้นจึงใช้ผ้านุ่มๆ ซับให้แห้ง

4.2.3.4 ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อนหรือน้ำแข็งบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี

4.2.3.5 ห้ามใช้แปรงทาสีฟันบริเวณที่ฉายรังสี เนื่องจากแปรงอาจมีโลหะหนักผสมอยู่

4.2.4 การบำบัดอาการปวดในช่องปากโดยการให้ยา เป็นบทบาทที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการปวดและผลกระทบจากอาการปวดลดลง โดยมีแนวทางในการปฏิบัติคือ

4.2.4.1 การให้ยาแก้ปวดควรให้ตามเวลาที่กำหนด หรือให้ต่อเนื่องตลอดเวลา ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาก่อนที่อาการปวดจะเกิดขึ้น และให้ยาเมื่อผู้ป่วยบอกว่าเริ่มมีอาการปวด ก่อนที่อาการปวดนั้นจะรุนแรงขึ้นและควบคุมได้ยาก และร่วมวางแผนกับสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับคำสั่งการบริหารยาควรเป็นชนิดรับประทานอันดับแรก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระในการบริหารจัดการยาด้วยตนเองที่บ้าน

4.2.4.2 การบริหารยาอย่างถูกต้องตามลำดับขั้น โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางในการจัดการกับอาการปวด 3 ขั้น (World Health Organization, 1996) มีแนวทางในการบริหารยาดังนี้คือ

4.2.4.2.1 ยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด (Non opioid analgesic) โดยยาจะยับยั้งการสร้าง prostaglandin ทำให้ความไวต่อความปวดลดลง จัดเป็นยากลุ่มแรกในการบำบัดความปวด ในระดับเล็กน้อยและในระดับปานกลางยาที่นิยมใช้ คือ acetaminophen จัดเป็นยาตัวแรกในการบำบัดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในระดับเล็กน้อยและในระดับปานกลาง ยาจะออกฤทธิ์ลดอาการปวดใน 30-60 นาที ไม่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ขนาดที่ใช้ลดปวดคือ 0.3-1 กรัม รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง อาการข้างเคียงที่พบได้ในกรณีที่ใช้ยาดังนี้มากกว่า 10-15 กรัม รับประทานครั้งเดียวจะมีอันตรายถึงชีวิตจากภาวะตับวาย

4.2.4.2.2 ยาแก้ปวดชนิดเสพติด (opioid analgesic) ระวังปวดโดยการออกฤทธิ์กระตุ้น opioid receptors ที่อยู่ในบริเวณสมองส่วน thalamus แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ ยาแก้ปวดประเภทเสพติดอย่างอ่อน (weak opioid analgesic) ใช้ในกรณีที่อาการปวดอยู่ในระดับปานกลางหรือค่อนข้างรุนแรง ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ tramal และ codeine สามารถใช้ร่วมกับยากลุ่ม Non-opioid เสริมฤทธิ์ระงับปวดได้ดี ส่วนยาแก้ปวดประเภทเสพติดอย่างแรง (strong opioid analgesic) ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ morphine และ pethidine ใช้ในกรณีที่อาการปวดอยู่ในระดับรุนแรงมาก

1) tramal ขนาดที่ใช้ในการ ลดอาการปวด คือ 50-100 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมงมีทั้งชนิดเม็ด 50 มิลลิกรัม และชนิดฉีด 50 มิลลิกรัม หากใช้ถึงขนาด 400 มิลลิกรัมต่อวันแล้วยังบรรเทาอาการปวดไม่เป็นที่น่าพอใจ ควรเปลี่ยนไปใช้ยาที่ออกฤทธิ์แรงกว่า อาการข้างเคียงที่พบได้ คือ วิงเวียน ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก

2) codeine ขนาดที่ใช้ คือ 30 -120 มิลลิกรัม ทุก

4 ชั่วโมง ในทางปฏิบัติถ้าให้ codeine ขนาด 60 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมงแล้วได้ผลลดปวดไม่ถึงร้อยละ 50 ควรเปลี่ยนไปใช้ยาที่แรงกว่า อาการข้างเคียงที่สำคัญ คือ ท้องผูก ข้อดีของยาในกลุ่มนี้คือมีแพร์หลายและไม่ใช่ยาควบคุมพิเศษ

3) morphine เป็นยาที่ใช้ระงับปวดที่ดีที่สุด ใช้ในรูปแบบของยารับประทานและรูปยาฉีด เข็มเข้ากล้ามเนื้อ ได้ผิวหนัง หรือเข้าหลอดเลือดดำ ยาที่อยู่ในรูปยาเม็ด ห้าม บด หรือทำให้แตกโดยเด็ดขาด เพราะจะทำให้กลไกการออกฤทธิ์เสียไป ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืน หรือจำเป็นต้องได้รับทางสายยางให้อาหาร สามารถใช้ยา kapanol แทน หรืออาจจะพิจารณาให้ยาด้วยวิธีทางอื่นๆ อาการข้างเคียงของยานี้ที่พบได้บ่อยๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม จะเป็นเฉพาะ 3-5 วันแรกหลังจากนั้นผู้ป่วยจะสามารถทนต่ออาการข้างเคียงเหล่านี้ได้ การกดการหายใจ จะไม่พบเลยหากใช้ยาไปตามขั้นตอน และอาการท้องผูกซึ่งพบได้บ่อย ในกรณีที่มีอาการควรปรึกษาแพทย์เพื่อทำการรักษา

4) pethidine ออกฤทธิ์สั้น 3-4 ชั่วโมง ขนาดยาที่ใช้ คือ 50-100 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 3-4 ชั่วโมงไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานานเนื่องจากมี active metabolite ขับออกทางไต ถ้าสะสมในร่างกายมากจะมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ สับสน กระวนกระวาย และชักได้ จึงไม่นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบอาการข้างเคียง เช่นอาเจียน และกดการหายใจได้เช่นกัน

4.2.4.2.3 ยาเสริม หมายถึง ยาที่ไม่ได้ใช้เป็นยาระงับปวด แต่ส่งเสริมการบรรเทาอาการปวดจากโรคมะเร็งได้ผลดี หรือช่วยบรรเทาอาการอื่นที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคมะเร็งและอาการปวด ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท กลุ่มยากันชัก กลุ่มยาคลายงังวล กลุ่มยาด้านภาวะซึมเศร้า กลุ่มยา anti-histamine และกลุ่มยา steroid

4.2.4.2.4 ยาชาเฉพาะที่ สามารถใช้ลดความปวด ก่อให้เกิดอาการชา มีทั้งการใช้ในรูปแบบยาชาเฉพาะที่และยาชาทั้งระบบ ยาที่ใช้ได้แก่ 2% xylocaine viscous, 2% lidocaine hydrochloride โดยให้อมกั้วคอก่อนรับประทานอาหาร 15-20 นาที ยาจะช่วยลดความเจ็บปวดได้ภายใน 1 ชั่วโมง ข้อเสียคืออาจทำให้การรับรู้รสอาหารเสียไปรวมทั้งความไวต่ออุณหภูมิในช่องปาก (นิตยา ปัญจมีดิถี, 2539 อ้างถึงในเนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์, 2547: 46)

4.2.4.3 ให้ข้อมูลแก่แพทย์อย่างละเอียดแก่แพทย์ในเรื่อง การติดตาม ประสิทธิภาพของยาที่ให้ เช่น ความสามารถในการควบคุมอาการปวด ช่วงระยะเวลาในการออกฤทธิ์ตามระยะเวลาและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อเป็นข้อมูลในการสั่งยาหรือการปรับยาของแพทย์

4.2.4.4 พยาบาลควรทราบฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ของยาเพื่อที่จะสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาที่มีอาการปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการฉายรังสีครบ

การดูแลผู้ป่วยในระยะหลังการฉายรังสีครบมุ่งเน้นที่การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายฟื้นคืนสู่สภาพ และลดอาการข้างเคียงในระยะยาว ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

4.3.1 การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ให้ดูแลเช่นเดียวกับขณะฉายรังสีต่อไปอีก 4-6 สัปดาห์

4.3.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตรต่อวันเพื่อฟื้นฟูการหายของแผลในปาก

4.3.3 พักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายฟื้นคืนสภาพโดยเร็ว

4.3.4 ให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

4.3.5 แนะนำให้สังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การมีเลือดออก การมีไข้สูง เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเนื่องจากการฉายรังสีมักทำให้เกิดอาการข้างเคียงของรังสี การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง รวมทั้งมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ จะช่วยลดอาการข้างเคียงจากรังสีให้น้อยลง

5. โปรแกรมการจัดการกับอาการปวด

5.1 ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem

ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of self – care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of nursing system)

(สมจิต หนูเจริญกุล, 253; เพ็ญศรี ระเบียบ, 2539; 105-131; Orem, 1995)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of self – care) ทฤษฎีได้อธิบายการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ ซึ่งเปรียบได้กับกระบวนการของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ แต่ต่างกันตรงที่การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อม และชนบทธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและ

สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยอธิบายว่า บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่และพัฒนาตนเองตลอดจนป้องกัน ควบคุมกำจัดโรคและบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง Orem กล่าวว่า ทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจมีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือแนะนำหรือเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน การดูแลตนเองและการบำบัดทางการแพทย์ เป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ ประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กันคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้บุคคลสามารถที่กระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำว่าเหมาะสม ต้องมีการคาดการณ์ว่าสิ่งที่จะทำในสถานการณ์นั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับวิธีการในการปฏิบัติตน และผลที่จะเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริง โดยต้องคำนึงถึงสภาพของร่างกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ สิ่งบ่งชี้ถึงภาวะที่เกิดขึ้นว่าดีขึ้นหรือเลวลง และผลที่เกิดขึ้นจากการเลือกปฏิบัติจะเป็นประโยชน์หรือโทษ บุคคลที่มีการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ สภาพการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่ช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบและมองเห็น ตลอดจนความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำและผลของการกระทำในระยะนี้บุคคลต้องพิจารณาการกระทำอย่างมีเป้าหมาย บุคคลจะตั้งคำถามว่าจะต้องทำอะไร ต้องการแหล่งประโยชน์ใด และเมื่อต้องการความช่วยเหลือ มีใครช่วยได้บ้าง ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นสิ่งกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

ทฤษฎีการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

1.1 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เป็นส่วนประกอบแรกของการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อสนองตอบการดูแลตนเองที่จำเป็น ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรือเป็น

งานทั้งหมดที่จะต้องกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และงานทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลที่เฉพาะ เพราะฉะนั้นบุคคลจะต้องทราบการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนที่จะลงมือกระทำ

Orem ได้เรียกวัดถูประสงค์ หรือการกระทำในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นได้ทันทีหลังการกระทำว่าการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) แบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ

1.1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นสิ่งที่ปฏิบัติควบคู่ไปกับกระบวนการของชีวิต เพื่อที่จะดำรงรักษาความมั่นคงสมบูรณ์ทางโครงสร้างของมนุษย์ และการทำหน้าที่ตามปกติ การดูแลตนเองโดยทั่วไป ถือว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติตามปกติของมนุษย์ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองได้พบกับความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป คือ

1.1.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศน้ำ และอาหารที่เพียงพอ โดยการบริโภคอาหารและน้ำให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายตามปกติ และปรับความเปลี่ยนแปลงภายในและภายนอกเพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และการทำงานของอวัยวะต่างๆ

1.1.1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่าย และระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยการดูแลตนเองให้มีการขยับถ่าย ระบายเหงื่อไคล ตลอดจนดูแลความสะอาดของร่างกายส่วนนั้นๆ เพื่อสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.1.1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยเลือกกิจกรรมเพื่อช่วยให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลัง ได้ใช้สติปัญญา ความคิด และตอบสนองอารมณ์ รวมทั้งการได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเลือกพักผ่อนตามความสนใจ ค่านิยม ประเพณี แลกเปลี่ยนจากขนบธรรมเนียมประเพณี ทั้งนี้บุคคลจะต้องสามารถแบ่งเวลา โดยตระหนักถึงความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสมด้วย

1.1.1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ความสมดุลระหว่าง 2 ภาวะนี้จะช่วยพัฒนาบุคลิกภาพการเป็นตัวของตัวเอง และพัฒนาความสัมพันธ์ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น และสังคมที่อบอุ่นนี้จะช่วยให้บุคคลที่เป็นสมาชิกของสังคม สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้

1.1.1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และความสุขในชีวิต โดยการที่บุคคลสนใจและรับรู้อันตรายที่อาจเกิดขึ้น หาทางป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตรายพยายามหลีกเลี่ยง ควบคุมและขจัดเหตุการณ์ที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง

1.1.1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่ ได้แก่ การพัฒนาและรักษาภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง ได้แก่ การพัฒนาและรักษาอัตมโนทัศน์ที่เป็น

จริงการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคลรวมไปถึงการค้นหา สนใจความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

1.1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากขบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ใน ระยะต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 ได้แก่ การสร้างและการดำรงรักษา ซึ่ง สนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการของชีวิต โดยมีการเริ่มต้นระยะอยู่ในครรภ์จนถึงใน วัยผู้ใหญ่ และประเภทที่ 2 เป็นการดูแลเพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการ ป้องกันสิ่งที่เป็น อันตรายต่อมนุษย์ในสภาพแวดล้อม หรือลดความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ เช่น การ ขาดการศึกษา ความมั่นคงทางกรงาน เป็นต้น

1.1.3 การดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือ หน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่นเกิดโรคและความเจ็บป่วยและเกิดจากการวินิจฉัยโรค และผลจาก การรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือตาม ความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่ กระทบต่อพัฒนาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนอย่างมีพยาธิสภาพ รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้าง เคียงของการรักษาหรือจากโรค ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และ เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือสภาวะที่เป็นอยู่

ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีจะมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านคงอยู่ตลอดระยะเวลาของการรักษา กล่าวคือจากสภาวะโรคและการรักษา ทำให้มีความ ต้องการการดูแลที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย และในขณะเดียวกันมีความต้องการการดูแลตนเองที่ จำเป็นโดยทั่วไป เพื่อให้กระบวนการของชีวิตดำเนินไปตามปกติและยังมีความต้องการการดูแล ตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการควบคู่ไปด้วย เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency) เป็นส่วนประกอบที่ 2ของการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด เป็นความสามารถที่บุคคลพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการควบคุมกระบวนการของ ชีวิต คงไว้และส่งเสริมโครงสร้างการทำหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมให้เกิด ความผาสุก ความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปตามพัฒนาการจาก

วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ นอกจากนี้ยังขึ้นกับภาวะสุขภาพอีกด้วย ความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ

1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับกระทำกิจกรรมโดยทั่วๆ ไปอย่างจงใจ (Deliberate action) แบ่งออกเป็น

1.2.1.1 ความสามารถที่จะรู้เกี่ยวกับความสามารถที่จะกระทำ

1.2.1.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ หน้าที่ของประสาทสำหรับรับความรู้สึก การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเองที่มีอยู่ต่อการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

1.2.2 พลังสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง ประกอบด้วย

1.2.2.1 ความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง โดยมีความคิดว่าตนเองจะต้องเป็นผู้กระทำการดูแลตนเองจะต้องรับรู้ถึงปัจจัยภายในและภายนอกตนเองที่มีความสำคัญต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง

1.2.2.2 สามารถควบคุมการใช้พลังงานของร่างกายตนเองให้เพียงพอสำหรับที่จะเริ่มต้นปฏิบัติกิจกรรมและดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้

1.2.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมดูแลร่างกายและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวให้สามารถริเริ่มกระทำและกระทำการดูแลตนเองจนสำเร็จลงได้

1.2.2.4 ความสามารถในการใช้เหตุใช้ผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

1.2.2.5 มีแรงจูงใจที่เพียงพอที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดูแลตนเอง โดยรู้ถึงความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

1.2.2.6 ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามการตัดสินใจ

1.2.2.7 ความสามารถที่จะเรียนรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้

1.2.2.8 มีทักษะในการปฏิบัติ การดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่สติปัญญา การรับรู้ การจัดการสื่อสาร และทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล พร้อมทั้งสามารถปรับใช้สิ่งเหล่านี้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

1.2.2.9 ความสามารถในการจัดระบบระเบียบในการดูแลตนเองหรือจัดลำดับการดูแลตนเองตามลำดับก่อนหลังเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ในการดูแลตนเอง

1.2.2.10 ความสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและมีความสามารถสอดแทรกผสมผสานการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง

1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องปฏิบัติให้เหมาะสมกับความต้องการในการดูแลตนเองในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งประกอบด้วย

1.2.3.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมซึ่งสำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและการปรับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งความรู้ (Knowledge) เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

1.2.3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำ ควรกระทำ และจะกระทำ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งการตัดสินใจนั้นอาจมีผลมาจากประสบการณ์ ความรู้ สถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมในขณะนั้น

1.2.3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการลงมือกระทำกิจกรรมต่างๆเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of self – care deficit) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ทำไมบุคคลจึงต้องการและสามารถได้รับประโยชน์จากการพยาบาล โดยอธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self – care demand) Orem กล่าวว่า ความพร้อมในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นเกณฑ์ในการกำหนดการให้การพยาบาล โดยความต้องการการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลในวัยผู้ใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองหรือไม่สามารถให้การดูแลตนเองของผู้ที่อยู่ภายใต้การปกครองได้ เช่น เด็ก คนชรา หรือ ผู้ที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือเมื่อความต้องการการดูแลตนเองมีความยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะ

ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self – care deficit) เกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency) ไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self – care demand) ในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of nursing system) ทฤษฎีนี้จะอธิบายการช่วยเหลือของพยาบาลที่มีสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อที่จะตอบคำถาม 2 ประการคือ การช่วยเหลือที่พยาบาลกระทำคืออะไร และมีผลต่อผู้ป่วยอย่างไร Orem กล่าวว่า ระบบการพยาบาลที่พยาบาล กระทำด้วยความตั้งใจ โดยใช้ความสามารถที่เรียนรู้และฝึกฝนมา โดยเฉพาะ การปฏิบัติต้องผ่านสัมพันธภาพและการตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ที่ต้องการ การบริการสุขภาพ หรือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองหรือบุคคลภายใต้การปกครองอย่างมีประสิทธิภาพ สมบูรณ์และต่อเนื่อง โดยยึดหลักว่า ความต้องการความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยได้รับการประเมินและตอบสนองความสามารถของบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นได้รับการปกป้อง และพัฒนาจนอยู่ในระดับที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองได้ ระบบการพยาบาลนี้สามารถออกแบบให้ใช้กับบุคคลหรือกลุ่มคนได้

3.1 ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแลและจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

3.2 ระบบการพยาบาล (Nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ไขสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ Orem ได้เสนอระบบการพยาบาลไว้ 3 ระบบ ได้แก่

3.2.1 ระบบทดแทนทั้งหมด ในผู้ป่วยซึ่งมีความจำกัดทางจิตใจและทางกายภาพที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง

3.2.2 ระบบทดแทนบางส่วน ในผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายให้เป็นไปตามความต้องการในการดำรงชีวิต หรือในการทำงานเพื่อความปลอดภัยในระบบนี้ ผู้ป่วยและพยาบาลต่างก็มีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมพอๆ กันในการกระทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการของตนเอง

3.2.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ใช้กับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ สามารถเรียนรู้ได้ ตัดสินใจได้ แต่ทั้งนี้ไม่สามารถจะทำได้ถ้าปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลกระทำโดยใช้วิธีสนับสนุน การชี้แนะแนวทาง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการ และการสอน ทั้งนี้การใช้วิธีการต่างๆ นั้นจะต้องขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจึงจะทำให้ประสิทธิผลของระบบการพยาบาลได้ผลดี

วิธีการช่วยเหลือ Orem ได้กำหนดไว้ 4 วิธีดังนี้

1. การสอน เป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการในการพัฒนาความสามารถดูแลตนเอง แต่พยาบาลควรระลึกไว้เสมอว่า ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเอง หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

1.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้ อีกทั้งรู้สึกว่ายากกว่าพยาบาลสนใจ ค้นหาความต้องการของเขาในการเรียนรู้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

1.2 เนื้อหาที่จะสอนต้องเสริมจากความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้มากขึ้น

1.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ผู้ป่วยและพยาบาลจะต้องตัดสินใจร่วมกัน ในการเรียนรู้เพื่อดูแลตนเอง และพยาบาลควรนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้เสมอ โดยเฉพาะเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนาให้ถึงระดับที่ต้องสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

1.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ ในกระบวนการเรียนการสอนต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ฝึกพัฒนาการกระทำต่างๆในการดูแลตนเอง

1.5 การประเมินโดยให้ข้อมูลป้อนกลับ การได้รับคำชมเชยและให้กำลังใจสิ่งที่ทำ ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

1.6 เนื้อหาและวิธีการสอน จะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย พยาบาลต้องคอยสังเกตและจุกคิดถ้าผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามเลยไม่ว่าพยาบาลจะสอนแนะนำ หรือทำอะไร ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยก็ได้หรือไม่ยอมรับ

1.7 ต้องกำจัดสิ่งรบกวน พยาบาลต้องคอยควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้

1.8 สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน

1.9 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผน เป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน

2. การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลืออีกวิธีหนึ่ง ซึ่งพยาบาลมาใช้ร่วมกับการสนับสนุน การชี้แนะเป็นวิธีที่เหมาะสม ในกรณีนี้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถเลือกตัดสินใจได้ เช่น สามารถเลือก

วิธีการดูแลตนเองภายใต้การแนะนำและการตรวจตราของพยาบาล และผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อกันและกัน

3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะอยู่ในภาวะเครียดและมีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบในชีวิต สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอดอยู่โดยไม่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล การให้การสนับสนุนทางร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้การสนับสนุนยังรวมถึงการให้วัสดุสิ่งของ ซึ่งไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาลโดยตรง ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในสิ่งเหล่านี้จากนักสังคมสงเคราะห์

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ประชุมประสานพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจเป็นได้จากพัฒนาการรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและคุณค่า การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ และการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์ และติดต่อกับตนเองกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะได้คำแนะนำและสนับสนุนและให้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ

5.2 The PRO- SELF Program

Dodd et al. (2000) พัฒนา The PRO- SELF Program มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อลดอาการที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด จากการสัมมนาร่วมกันได้ข้อสรุปว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะโรค การรักษาที่ได้รับ และอาการข้างเคียงจากการรักษา ได้รับการฝึกทักษะเพื่อดูแลตนเอง พร้อมกับการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากพยาบาล ดังนั้นทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem จึงเหมาะสมที่สุดในการนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา The PRO- SELF Program ประกอบด้วย Self care, Therapeutic self care demand, Self care agency และ Nursing

Dodd et al. (2003) ได้สรุปแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง เพื่อลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจากโรคและผลของการรักษาประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูล (Information) เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการได้เฉพาะเจาะจงกับโรคและการรักษา เน้นการประเมินประสบการณ์ การสังเกตอาการที่เกิดขึ้น และจัดการกับอาการที่สัมพันธ์กับอาการด้วยตนเอง

2. การฝึกทักษะปฏิบัติ (Self-Care Exercises: Skill) เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะที่เฉพาะกับอาการ และสามารถลดอาการที่เกิดขึ้นได้ ประกอบด้วย

การเรียนรู้ทักษะปฏิบัติอย่างถูกต้อง (Learning the skill) การทดลองปฏิบัติ (doing the skill correctly) และการปฏิบัติและคงไว้ได้อย่างสม่ำเสมอ (doing the skill consistently)

3. การส่งเสริมและสนับสนุน (Supportive) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเป็นผู้ที่กระตุ้นหรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับฟังประสบการณ์จะทำให้ทราบความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้เสริมในส่วนที่มีความพร้อม กระตุ้นให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางบวก

ได้มีการทดสอบประสิทธิภาพของ The PRO- SELF Program ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถจัดการกับอาการได้เป็นอย่างดี ประกอบด้วย

1. The PRO-SELF Mouth Aware Program ซึ่ง Larson et al. (1998) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ The PRO-SELF Program ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด อาการเดียว คืออาการเยื่อช่องปากอักเสบ ใช้ชื่อโปรแกรมว่า The PRO-SELF Mouth Aware Program ในการป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบ และได้ทำการวิเคราะห์ว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบโดยสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบจาก 44% ลงเหลือน้อยกว่า 26%

สำหรับในประเทศไทย เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ได้ปรับ The PRO-SELF Mouth Aware Program มาจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ผลการวิจัยพบว่าสามารถลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้

2. The PRO-SELF Pain Control Program ของ Dodd et al. (2003) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ The PRO-SELF Program ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังกระดูกใช้ชื่อโปรแกรมว่า The PRO-SELF Pain Control Program โดยเน้นลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง และเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาบรรเทาปวด ผลการวิจัยพบว่าความรุนแรงของอาการปวดลดลง และผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

3. The PRO-SELF Candidiasis Program เป็นการนำ The PRO-SELF Program ไปใช้ในผู้ป่วยเอดส์ในการส่งเสริมการดูแลช่องปากเพื่อป้องกันเชื้อ Candidiasis และเฝ้าระวังการติดเชื้อฉวยโอกาส ผลการศึกษพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีอัตราการเกิดการติดเชื้อ Candidiasis ในช่องปาก 78% และกลุ่มควบคุมมีอัตราการเกิดการติดเชื้อ Candidiasis ในช่องปาก 88%

4. The PRO-SELF Fatigue Control Program เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของ The PRO-SELF Program ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการอ่อนล้าจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยเน้นการออกกำลังกายเพื่อลดอาการอ่อนล้า และศึกษาความอ่อนล้ากับระดับการมีกิจกรรม คุณภาพการนอนหลับ และความซึมเศร้า ซึ่งงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นองค์ความรู้พื้นฐานการวิจัยต่อไป

5.3 โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ประยุกต์ The PRO-SELF Pain Control Program ของ Dodd et al. (2003) มาจัดทำเป็นโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากของ เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) เนื่องจากอาการปวดจากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคออาการปวดส่วนหนึ่งเกิดจากอาการเยื่อช่องปากอักเสบ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่องปากที่ดีเพื่อลดอาการดังกล่าว โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ประกอบด้วย

1. การประเมินปัญหาและความต้องการ โดยผู้วิจัยประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และประสบการณ์ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ระบุปัญหาที่พบร่วมกันจากนั้นร่วมกันวางแผนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

2. การให้ข้อมูล โดยข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการได้รับการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนเมื่อได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวด การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดภายหลังได้รับการฉายรังสี การดูแลช่องปาก ผลกระทบของอาการปวด

3. การฝึกทักษะปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะ โดยจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตการดูแลช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การตรวจช่องปากด้วยตนเอง เป็นต้น การฝึกการบริหารกล้ามเนื้อคอ การฝึกการขยายช่องปาก ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ

4. การส่งเสริมและการสนับสนุน ผู้วิจัยรับฟังประสบการณ์อาการปวด ปัญหาที่พบจากการนำไปปฏิบัติจริง ให้ข้อเสนอแนะกระตุ้นและให้กำลังใจ ช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการปวดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ The PRO-SELF Program

เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยปรับจาก The PRO-SELF Mouth Aware Program ของ Larson et al. (1998) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การฝึกทักษะปฏิบัติ และการส่งเสริมสนับสนุน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1, 2 และ 3 ผลการวิจัยพบว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองสามารถลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับเคมีบำบัดในครั้งที่ 1, 2 และ 3

Larson et al. (1998) ได้ศึกษาถึงผลของ The PRO-SELF Mouth Aware Program ต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โปรแกรมการดูแลช่องปากประกอบด้วย การสอนเพื่อให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง พัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการดูแลช่องปาก และการส่งเสริมและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 91 ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลช่องปาก The PRO-SELF Mouth Aware Program สามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งเยื่อช่องปากได้เป็นอย่างดี และลดอุบัติการณ์การเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้

Dodd et al. (2003) ได้นำ The PRO-SELF Program มาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด โดยตั้งชื่อว่า The PRO-SELF : Pain control Program กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดและมีการแพร่กระจายไปยังกระดูก จำนวน 115 ราย ได้รับ The PRO-SELF Pain control Program และอีก 97 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมจะประกอบด้วย การให้ข้อมูล การฝึกทักษะปฏิบัติ และการสอนแนะ ระยะเวลาที่ในการศึกษาเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำแนะนำและฝึกทักษะ ผู้ป่วยมีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มีการใช้ยาตามเวลามากขึ้น และผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการลดลงของอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญ

Miaskowski et al. (2001) ศึกษาพฤติกรรมการบริหารยาบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นส่วนหนึ่งของการทดสอบประสิทธิภาพของ The PRO-SELF Program โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด และมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังกระดูกจำนวน 65 คน

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 92 % รายงานผลกระทบของอาการปวดต่อการทำงาน ผู้ป่วยจำนวน 13.9% ใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามเวลาที่แพทย์สั่ง จำนวน 56.9% ใช้ยาบรรเทาอาการปวดเฉพาะเมื่อมีอาการ และจำนวน 29.2 % ใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามเวลาและเพิ่มเมื่อมีอาการ ในภาพรวมพบว่า พฤติกรรมการตระหนักในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามเวลาที่แพทย์สั่งเพิ่มขึ้น จาก 84.5% เป็น 90.8% การใช้ยาบรรเทาอาการปวดเฉพาะเมื่อมีอาการ เพิ่มขึ้นจาก 22.2 % เป็น 26.6 % จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การจัดการกับอาการปวดไม่มีประสิทธิภาพคือการขาดการตระหนักในการใช้ยาบรรเทาอาการปวด

Schumacher, Koresawa, West, Dodd and et al. (2002) ประเมินผลประสิทธิภาพของแบบบันทึกรายงานอาการปวดประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ The PRO-SELF Pain control Program กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังกระดูก จำนวน 155 คน และผู้ดูแลจำนวน 90 ระยะเวลาที่ทำการศึกษา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 74 % เห็นว่าการใช้แบบบันทึกมีประโยชน์ จำนวน 10 % เห็นว่าไม่มีประโยชน์ จำนวน 6% ยังไม่มีความต้องการใช้ ในขณะนี้แต่อาจจะมีประโยชน์ในอนาคต และอีกจำนวน 10% ไม่เข้าใจและไม่มีการตอบสนองต่อการใช้แบบบันทึก ผู้วิจัยได้สรุปว่าการบันทึกที่สมบูรณ์จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลตนเอง

Schumacher, Koresawa, West, Hawkins, and et al. (2002) ศึกษาประสิทธิผลการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด จำนวน 11 คน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ The PRO-SELF Pain control Program ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง และการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ผลการวิจัยสามารถสรุปได้เป็น 3 ประการ ได้แก่ ประสิทธิภาพการปวดและกลวิธีในการจัดการกับอาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งปฏิกิริยาความรังเกียจของบุคลากรและสมาชิกในครอบครัวต่ออาการเจ็บปวด พบประสิทธิผลที่ไม่ดีเกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวด รวมไปถึงการเกิดภาวะท้องผูกอย่างรุนแรงจากการใช้ยาและความเชื่อเกี่ยวกับผลเสียของการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ชฎาพร คงเพชร (2528) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยมีการแบ่งสอนผู้ป่วยครั้งแรกติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน ในสัปดาห์แรก ครั้งละประมาณ 10-15 นาที และมีการติดตามผลและสอนย้ำใน

สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 จากนั้นประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองใน สัปดาห์ที่ 4 และ 6 พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการปฏิบัติตัวใน เรื่องการดูแลผิวหนัง การรักษาความสะอาดในช่องปาก การรับประทานอาหาร การบริหารป้องกัน การอ้าปากไม่ขึ้น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย การเข้าสังคม และการ ควบคุมประคองอารมณ์และจิตใจตนเอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) ศึกษาประสิทธิภาพของการพยาบาลระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอและปากมดลูกที่ได้รับรังสี รักษา จำนวน 142 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 71 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับความรู้ โดยใช้สไลด์ประกอบ เสี่ยง โดยแบ่งให้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มการรักษา ขณะได้รับการรักษา และระยะก่อน สิ้นสุดการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ ติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย และช่วยพัฒนาความสามารถตามสาเหตุของการพ่่อง ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่า และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย กว่ากลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้สรุปว่าการที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีแสดงถึงการมีความสามารถในการดูแล ตนเองที่จะลดหรือป้องกันอาการข้างเคียงจากการรักษา อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ และมีความสามารถปรับอารมณ์เครียดให้อยู่ในระดับที่พอเหมาะ

ดุรณี ชุณหะวัต และคณะ (2538) ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อความรู้สึกมี คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี จำนวน 60 คน ผู้ป่วย 30 คนแรกได้รับการพยาบาลตามปกติ และ อีก 30 คนต่อมาถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งใช้กลุ่ม ช่วยเหลือตนเองนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือในระหว่างที่ได้รับรังสี รักษา และ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผลการวิจัยพบว่า ในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยใน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่ม ควบคุม แต่ในระยะก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมี คุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สำหรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการ ได้รับรังสีของทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือมีอาการปากแห้ง อาการเจ็บคอ และกลิ่น อาหารลำบาก

ทองดี ศรีจงใจ (2539) ศึกษาประสิทธิภาพของน้ำยาเบนโซเดามีน ไฮโดรคลอไรด์ใน การป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงของรังสีต่อช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ การฉายรังสี จำนวน 44 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่ม

ควบคุม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 24 ราย จะใช้น้ำเกลือธรรมดา และ/หรือใช้โซเดียมไบคาร์บอเนตอมกั้วปากและคอ ส่วนกลุ่มทดลองใช้น้ำยาบ้วนปากเบนโซดาไมนไฮโดรคลอไรด์ ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการดูแลช่องปากเหมือนกัน คือ ระยะเวลาแปรงฟันช่องปากอีกเสบใช้น้ำยาบ้วนปากครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ อมกั้วในปากและคอวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร และเมื่อมีอาการเยื่อช่องปากอีกเสบใช้น้ำยาบ้วนปากและคอทุก 2-3 ชั่วโมง แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2 ลิตร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเมินอาการผิดปกติในช่องปากทุกวัน ผลการศึกษาพบว่า การใช้น้ำยาบ้วนปากเบนโซดาไมนไฮโดรคลอไรด์อมกั้วปากและคอ ช่วยป้องกันและบรรเทาผลของรังสีรักษาต่อช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ปทุมภรณ์ แซ่จึ้ง, สุภา ทับเกษม, ลักษมี จำปาแดง และสันทนา บทศรี (2539) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ตา หู คอ จมูก และปาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ตา หู คอ จมูกและ ปาก จำนวน 50 คน โดยให้การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบบังเอิญ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรจากพยาบาลประจำการ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการเยี่ยมและการพูดคุย ทั่วไป พร้อมทั้งได้รับการฝึกหัดอานาปานสติจากผู้วิจัย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอานาปานสติมีความวิตกกังวล และความซึมเศร้า หลังการฝึกสมาธิน้อยกว่าก่อนรับการฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญ และ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกสมาธิมีความวิตกกังวล และความซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

นฤมล ศาสตร์สุข (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา แบ่งออกเป็นด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ด้านความภาคภูมิใจ และด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษาเป็นครั้งแรก จำนวน 25 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่อ่อนได้รับรังสีรักษา ได้รับรังสีรักษาสัปดาห์ที่ 3 และได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้าย ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม ตามระยะเวลาที่ได้รับรังสีแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งคะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนได้รับรังสีจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าได้รับรังสีในสัปดาห์สุดท้ายและสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าภายหลังได้รับรังสีจะมีผลต่ออวัยวะในช่องปาก ทำให้มีความเจ็บปวดภายในช่องปาก รับประทานอาหารได้น้อย เป็นผลให้ความสามารถในการตอบสนองทางด้านร่างกายลดลง

สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2540) ศึกษาความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามธิบดี โดยประเมินประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากความปวด ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 2 การจัดการกับความปวดโดยแพทย์ พยาบาล และอุปสรรคในการจัดการกับความปวด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 60 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ประสบกับความปวดจะรับรู้ถึงความรุนแรงของความปวดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ โดยพบคะแนนเฉลี่ยความปวดมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสูง และคะแนนเฉลี่ยของการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความปวดมากที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมระดับปานกลางในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป ด้านการเดินการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการนอนหลับ สำหรับการจัดการกับอาการปวดพบว่าผู้ป่วยอาจได้รับการจัดการกับอาการปวดไม่เพียงพอ เนื่องจากประเภทของคำสั่งส่วนใหญ่เป็นยาให้เมื่อมีอาการปวด และยาแก้ปวดเป็นยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติดร่วมกับยาเสริมมากที่สุด ส่วนอุปสรรคที่พบในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย คือ กลัวติดยา กลัวดื้อยา กลัว ผลข้างเคียงของยา มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และกลัวรบกวนผู้อื่น

ศิริพรธณ โกมลประเสริฐ (2544) ศึกษาการให้คำแนะนำต่อการหายของแผลในปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยดวดยออกซิเจนความกดดันสูง โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร และการดูแลรักษาช่องปากเพื่อส่งเสริมการหายของแผลในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับรังสีรักษาและมารับบริการด้วยออกซิเจนความกดดันสูงเป็นครั้งแรก จำนวน 10 ราย พบว่า การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร และการดูแลรักษาช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีแผลในช่องปากหลังจากได้รับรังสีรักษา จะช่วยในการส่งเสริมการหายของแผลในช่องปากให้หายเร็วขึ้น

พัชราภรณ์ ทศนโกวิท (2545) ศึกษาผลของการใช้น้ำเกลือออร์มัล สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต และคลอเฮกซิดีนต่อภาวะในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 45 ราย โดยให้ผู้ป่วยใช้น้ำยาบ้วนปากครั้งละ 2 ช้อนโต๊ะ อมกลั้วคอในปากและคอบานครั้งละ 30 วินาที วันละ 5 ครั้ง หลังตื่นนอนตอนเช้า หลังอาหารมื้อเช้า เที่ยง เย็น และก่อนนอนร่วมกับการดูแลสุขภาพระหว่างการรักษา ประกอบด้วยการทำความสะอาดช่องปากและฟัน การเลือกแปรงสีฟัน การเลือกชนิดของยาสีฟัน ปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสม และชนิดของอาหารที่มีประโยชน์ พบว่า สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนตมีประสิทธิภาพในการใช้บ้วนปากเพื่อลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบจากการฉายรังสีดีกว่าน้ำเกลือออร์มัลหรือคลอโรเฮกซิดีน

เอมอร์ แซ่จิว และคณะ (2545) ศึกษาความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้ากับอาการที่รบกวนการรับประทานอาหาร ปัญหาการนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนได้รับรังสีรักษา น้าหนักและระดับฮีมาโตคริตที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งศึกษาวิธีการและประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 ราย ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีความอ่อนล้าเล็กน้อย โดยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 4 แล้วลดลงจนกระทั่งสัปดาห์ที่ 7 สาเหตุของความอ่อนล้าที่พบมากที่สุด คือ การได้รับรังสีรักษา และการได้รับอาหารไม่เพียงพอ การศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการที่รบกวนการรับประทานอาหาร และระดับปานกลางกับปัญหาการนอนหลับ นอกจากนี้ยังพบว่า วิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การนอนพัก และนอนหลับ ส่วนวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือการหยุดรับรังสีรักษา

Dodd (1984) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 คน ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นครั้งแรก โดยวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง และบันทึกได้แก่ การทำกิจกรรมของผู้ป่วย การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสี และระดับความวิตกกังวล ระยะเวลาที่ศึกษาเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษารายงานว่าไม่ทราบวิธีการดูแลตนเอง ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา และพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการคำแนะนำจากพยาบาลในการดูแลตนเอง

Dodd (1987) ประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาล โดยจัดสร้างคู่มือการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา (Side Effect Management Technique) โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เป็นกรอบแนวคิด นำมาทดสอบผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย 60 คน และบันทึกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงในเครื่องมือที่ชื่อว่า Self Care Behavior Log พบว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลและดีกว่าก่อนที่ได้รับข้อมูล ระดับความวิตกกังวลลดลงภายหลังได้รับข้อมูล ส่วนระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังให้ข้อมูลแสดงว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นไม่ใช่ตัวที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของอาการข้างเคียง

Weissman et al. (1989) ศึกษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและอยู่ระหว่างการได้รับรังสี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีอาการปวดในช่องปากจากอาการเยื่อช่องปาก

อีกเสบ โดยอาการปวดเริ่มขึ้นภายหลังได้รับรังสี 2-3 สัปดาห์ ระดับความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง 37% และอาการปวดเป็นแบบต่อเนื่อง 58% ผลกระทบของอาการปวดต่อการรับประทานอาหาร และการรบกวนการนอนหลับ 55% และ 34% ตามลำดับ และมีผู้ป่วย จำนวน 8 รายมีน้ำหนักลดลงมากกว่า 2 กิโลกรัม

Sella (1991) พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยประเมินศักยภาพในการเรียนรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แล้วให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและติดตามประเมินผลในเรื่องภาวะโภชนาการจะชั่งน้ำหนักตนเองสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และจดบันทึกไว้ สังเกตอาการผิดปกติในช่องปาก การรับรสที่เปลี่ยนแปลงไป การรับประทานอาหารได้น้อยลง และน้ำหนักตัวลดลง ผู้วิจัยสรุปว่า โปรแกรมการดูแลตนเองช่วยลดความวิตกกังวล อาการข้างเคียง เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ดีขึ้น

Miaskowski et al. (1999) ศึกษาอาการปวด ความอ่อนล้า และความบกพร่องของการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และมีการการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังกระดูก โดยศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างระดับความเจ็บปวด ความอ่อนล้า และประเมินประสิทธิภาพการนอน ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการรักษา และ กลวิธีในการจัดการกับอาการปวดและความอ่อนล้า ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการปวดและความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดไม่แตกต่างกันในระยะ 48 ชั่วโมง แต่มีการรายงานความอ่อนล้ามีนัยสำคัญในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบในช่วงเช้าและช่วงเย็น ผู้ป่วยมีความบกพร่องของการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับปริมาณรังสีในปริมาณที่มากกว่ามีความบกพร่องของการนอนหลับมากกว่าผู้ที่ได้รับรังสีน้อยกว่า สำหรับกลวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ได้แก่ การรับประทานยาบรรเทาอาการปวด การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การออกกำลังกาย ส่วนกลวิธีที่ใช้จัดการกับอาการอ่อนล้า ได้แก่ การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การอ่านหนังสือพิมพ์ เป็นต้น

Rose and Yates (2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 58 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลสัปดาห์แรกของการได้รับรังสี ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้าย และภายหลังได้รับรังสีแล้ว 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ในด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้รับรังสีในสัปดาห์แรกสูงกว่าในสัปดาห์สุดท้าย และภายหลังได้รับรังสี 1 เดือน ผู้ป่วยการ

รายงานเกี่ยวกับอาการอ่อนล้าและ ความเจ็บปวดในสัปดาห์แรกของการได้รับรังสีต่ำกว่า ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้าย และภายหลังได้รับรังสีแล้ว 1 เดือน

Huang et al. (2003) ศึกษาคุณลักษณะ อาการปวด บั้จจัยที่ทำให้เกิดอาการปวด และการรบกวนของอาการปวด ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา ในประเทศไต้หวัน จำนวน 50 ราย ระยะเวลาในการศึกษา 7 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของความปวด และการรบกวนของอาการปวดในการทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 และสูงที่สุดใน สัปดาห์ที่ 5 ของการได้รับรังสี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เกิดอาการแทรกซ้อนมากที่สุด สาเหตุของอาการปวดที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดที่มาจากอาการเยื่อช่องปากอักเสบ และผลกระทบที่ผู้ป่วยพบมากที่สุด คือปัญหาเรื่องการกลืนอาหารและการพูด มากกว่าปัญหาเรื่องการนอนและการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอในการจัดการกับอาการปวด ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉายรังสี อาการข้างเคียง และการจัดการกับอาการข้างเคียง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวด การใช้ยาบรรเทาปวด และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด จะช่วยให้ผู้ป่วยนำข้อมูลไปพิจารณาตัดสินใจเลือกการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด การสอนโดยการใช้สื่อ คือ ภาพประกอบการสอน คู่มือการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจได้ง่าย และ พัฒนาความสามารถตามสาเหตุของการพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือในการฝึกทักษะปฏิบัติ ได้แก่ การดูแลช่องปาก การแปรงฟัน การบ้วนปาก การใช้ไหมขัดฟัน รวมทั้งการบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกขยายช่องปาก จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชี่ยวชาญทักษะในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ชักถามปัญหาที่พบ ให้ความรู้เสริมในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ พร้อมทั้งชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ จะช่วยกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง โดยพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนความรู้และทักษะ กระตุ้นให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดเลือกพฤติกรรมดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองดังแสดงไว้ในไดอะแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดของ The PRO-SELF Pain Control Program ของ Dodd et al. (2003) ซึ่งได้มีการพัฒนามาจาก ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ประกอบด้วย

1. การประเมินปัญหาและความต้องการ โดยประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และประสบการณ์ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ระบุปัญหาที่พบร่วมกันจากนั้นร่วมกันวางแผนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

2. การให้ข้อมูล เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องตามอาการที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การประเมินอาการ การสังเกตอาการและการจัดการกับอาการที่ถูกต้องกับอาการ

3. การฝึกทักษะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติทักษะต่างๆ เพื่อนำไปใช้จัดการกับอาการได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิบัติ การทดลองปฏิบัติ และการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

4. การส่งเสริมและสนับสนุน เพื่อช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลตนเอง ให้ความรู้เสริมเมื่อผู้ป่วยต้องการ และส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

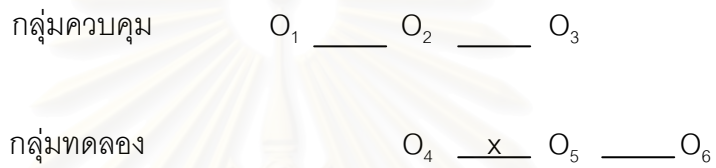
ความปวด

1. ระดับความรุนแรง
2. การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา



X หมายถึง โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง

O₁ หมายถึง ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดครั้งที่ 1

O₂ หมายถึง ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2

O₃ หมายถึง ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4

O₄ หมายถึง ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนการทดลอง

O₅ หมายถึง ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา วัดผลทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง

O₆ หมายถึง ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา วัดผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา อายุระหว่าง 35-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หอผู้ป่วยว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน กำหนดกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 1 ครั้งต่อวัน
3. สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
4. สัมครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่ม

1. ผู้ป่วยหยุดการฉายรังสี

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่จากการที่กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการฉายรังสีทุกวันติดต่อกันจนครบแผนการรักษา ดังนั้นเพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างอาจมีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และต้องการให้กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างคนที่ 20 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยทำการจับคู่ (Matching) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงในเรื่อง ตำแหน่งที่เกิดโรค มะเร็ง ระยะของโรค การได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยรังสี ชนิดของรังสีที่ได้รับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

สถานที่ศึกษา

ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ามารับการรักษา ณ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หอผู้ป่วยว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ตารางที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม ตำแหน่งที่เกิดโรค ระยะของโรค การได้รับยาเคมีบำบัดร่วม และ ชนิดของรังสีที่ได้รับ

คู่ที่	ตำแหน่งของโรค		ระยะของโรค		ได้รับเคมีบำบัด ร่วมกับการฉายรังสี		ชนิดของ รังสีที่ได้รับ	
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง
1	ช่องปาก	ช่องปาก	3	3	ไม่ได้	ไม่ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
2	โพรงจมูก	โพรงจมูก	3	3	ไม่ได้	ไม่ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
3	กล่องเสียง	กล่องเสียง	3	3	ได้	ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
4	ไทรอยด์	ไทรอยด์	2	2	ไม่ได้	ไม่ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
5	ช่องปาก	ช่องปาก	4	4	ได้	ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
6	โพรงจมูก	โพรงจมูก	1	1	ได้	ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
7	โพรงจมูก	โพรงจมูก	3	3	ได้	ได้	IMRT	IMRT
8	โพรงจมูก	โพรงจมูก	2	2	ได้	ได้	IMRT	IMRT
9	กล่องเสียง	กล่องเสียง	4	4	ไม่ได้	ไม่ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
10	กล่องเสียง	กล่องเสียง	1	1	ไม่ได้	ไม่ได้	Linear	Linear
11	ช่องปาก	ช่องปาก	3	3	ไม่ได้	ไม่ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
12	โพรงจมูก	โพรงจมูก	2	2	ได้	ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
13	โพรงจมูก	โพรงจมูก	3	3	ได้	ได้	IMRT	IMRT
14	โพรงจมูก	โพรงจมูก	4	4	ได้	ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
15	โพรงจมูก	โพรงจมูก	3	3	ไม่ได้	ไม่ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
16	กล่องเสียง	กล่องเสียง	3	3	ได้	ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
17	โพรงจมูก	โพรงจมูก	4	4	ได้	ได้	Linear	Linear
18	ช่องปาก	ช่องปาก	4	4	ไม่ได้	ไม่ได้	โคบอลต์	โคบอลต์
19	โพรงจมูก	โพรงจมูก	3	3	ได้	ได้	IMRT	IMRT
20	ช่องปาก	ช่องปาก	4	4	ได้	ได้	โคบอลต์	โคบอลต์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของอาการปวด รูปแบบของอาการปวด เวลาที่เกิดอาการปวด ประเภทของยาบรรเทาปวด การจัดการกับอาการปวด

1.2 แบบประเมินความปวด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความปวด Brief pain inventory (BPI) (Short Form) ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison Medical School ซึ่ง Serlin et al. (1995) ได้นำไปศึกษา ระดับความรุนแรงของความปวดในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา จำนวน 1,106 ราย ฝรั่งเศสจำนวน 324 ราย จีนจำนวน 200 ราย และฟิลิปปินส์จำนวน 267 ราย ได้วัดความเที่ยงโดยวัดความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในส่วนของความรุนแรงของอาการปวดเท่ากับ 0.87, 0.86, 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ และในส่วนของการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด เท่ากับ 0.91, 0.90, 0.91 และ 0.86 ตามลำดับ แปลเป็นภาษาไทย โดยผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) แบบประเมินความปวด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.2.1 มาตรวัดความรุนแรงของอาการปวด ประเมินความรุนแรงของอาการปวด จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ประเมินความปวดปัจจุบัน ความปวดที่มากที่สุด ความปวดที่น้อย และความปวดเฉลี่ย และผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามอีก 3 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดขณะตื่นนอน ความปวดขณะเคี้ยวอาหาร ความปวดขณะพูด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอจะมีแผลในช่องปาก ทำให้มีโอกาสเกิดอาการปวดภายในช่องปากได้ รวมข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นมาตราอันตรภาคซึ่งมีค่าคะแนน 0-10 โดยให้ผู้ป่วยประเมินโดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0 และ 10 (0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากจนทนไม่ได้

รวมคะแนนอาการปวดทั้ง 7 ข้อ และนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการปวด มีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน

คะแนนมาก หมายถึง มีระดับความรุนแรงของอาการปวดมาก

คะแนนน้อย หมายถึง มีระดับความรุนแรงของอาการปวดน้อย

1.2.2 แบบประเมินการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด ประเมินการรบกวนในการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ 7 ด้าน คือการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ การเดินหรือการเคลื่อนไหว การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การนอนหลับ และความเป็นสุขในชีวิตมีระดับการวัดเป็นมาตราอันตรภาค ซึ่งมีค่าคะแนน 0-10 คะแนน ให้ผู้ป่วยประเมินโดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0 และ 10 (0 คะแนน หมายถึง ไม่รบกวน และ 10 คะแนน หมายถึง รบกวนมากที่สุด)

รวมคะแนนการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด ทั้ง 7 ด้าน และนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด

คะแนนมาก หมายถึง มีการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวดมาก

คะแนนน้อย หมายถึง มีการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวดน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบประเมินความเจ็บปวดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ดังนี้ คือ

1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 3 ท่าน

1.2 พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิกทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน

1.3 อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านการรักษาโรคมะเร็ง ศีรษะและคอด้วยรังสีรักษา จำนวน 1 ท่าน

1.4 อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านการจัดการกับอาการปวด และปฏิบัติงานที่คลินิกความปวด จำนวน 1 ท่าน

หลังจากนั้นนำแบบประเมินความเจ็บปวดที่ผ่านการตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิโดย มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ในส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ควรเพิ่มรายละเอียดของลักษณะอาการปวดเพื่อให้ครอบคลุมอาการปวดในทุก ๆ ด้าน และเพิ่มวิธีการจัดการกับอาการปวดของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการอภิปรายผล

2. แบบประเมินความปวด ในส่วนของ การวัดความรุนแรงของอาการปวด ควรเพิ่มในเรื่องการประเมินความปวดขณะที่ดื่มน้ำ ขณะเคี้ยวอาหาร และขณะพูดอีก จำนวน 3 ข้อ เพราะผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอจะมีแผลในช่องปาก ทำให้มีโอกาสเกิดอาการปวดภายในช่องปากได้ ผู้วิจัยจึงได้ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินความปวดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ที่ศูนย์มหาชิราลงกรณ วิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จังหวัดปทุมธานี และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ในส่วนของการวัดความรุนแรงของอาการปวดได้เท่ากับ .553 และการรวบรวมการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวดได้เท่ากับ .759 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ในส่วนของการวัดความรุนแรงของอาการปวดได้เท่ากับ .733 และการรวบรวมการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวดได้เท่ากับ .837

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์มาแนวคิดจาก The PRO-SELF: Pain Control Program ของ Dodd et al. (2003) และโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองของเนตรสุวีณีย์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.1.1 ศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

2.1.2 นำแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนถึงงานวิจัยที่ผ่านมา ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมกันกำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ และพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมโดยมีลักษณะของโปรแกรมหาดังนี้

2.1.2.1 การประเมินปัญหาและความต้องการ เพื่อค้นหาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และประสบการณ์ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยระบุนปัญหาที่พบร่วมกันจากนั้นร่วมกันวางแผนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา จะดำเนินการทุกครั้งที่พบผู้ป่วย

2.1.2.2 การให้ข้อมูล เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องตามอาการที่เกิดขึ้นเริ่มจากการสอบถามประสบการณ์การเกิดอาการเปิดโอกาสได้สำรวจประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของตัวผู้ป่วยเอง เพื่อนำไปสู่การประเมินอาการ การสังเกตอาการ และการจัดการกับอาการที่ถูกต้องกับอาการ การให้ข้อมูลเริ่มตั้งแต่พบกันครั้งแรก ก่อนได้รับการฉายรังสี ครั้งที่ 2 ภายหลังได้รับการฉายรังสี 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ภายหลังได้รับการฉายรังสี 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 3 ครั้ง การให้ข้อมูลแต่ละครั้งใช้เวลา 20 นาที

2.1.2.3 การฝึกทักษะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติทักษะต่างๆ เพื่อนำไปใช้จัดการกับอาการได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การเรียนรู้เกี่ยวกับ

ทักษะ การทดลองปฏิบัติ และการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยการฝึกทักษะเริ่มตั้งแต่พบกันครั้งแรก ก่อนได้รับการฉายรังสี และครั้งที่ 2 ภายหลังจากได้รับการฉายรังสี 1 สัปดาห์ การฝึกทักษะปฏิบัติแต่ละครั้ง ใช้เวลา 30 นาที

2.1.2.4 การส่งเสริมและสนับสนุน เพื่อช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย และพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และให้ความรู้เสริมเมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยการส่งเสริมและสนับสนุนจะดำเนินการทุกครั้งที่พบผู้ป่วย

2.1.3 ผู้วิจัยสร้างเอกสารและสื่อที่ใช้ในโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด โดยศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาสรุปเนื้อหาเพื่อจัดสร้างสื่อการสอนโดยสื่อที่ใช้ในโปรแกรมมีดังนี้คือ

2.1.3.1 คู่มือสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย

2.1.3.1.1 แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฉายรังสี โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการฉายรังสี การดูแลตนเองก่อนได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองขณะได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการฉายรังสี และการดูแลตนเองภายหลังได้รับการฉายรังสีครบ ผู้วิจัยสอนเป็นรายบุคคล ในการพบกันครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที

2.1.3.1.2 แผนการสอนเรื่องการจัดการกับอาการปวด เนื้อหาจะประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับอาการปวด สาเหตุ การประเมินอาการปวด ผลกระทบของอาการปวด ข้อปฏิบัติในการรับประทานยาบรรเทาอาการปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ผู้วิจัยสอนเป็นรายบุคคล ในการพบกันครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20 นาที

2.1.3.1.3 เอกสารขั้นตอนการฝึกทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเอง เนื้อหาประกอบด้วย ขั้นตอนการฝึกทักษะการตรวจช่องปาก การประเมินเยื่อช่องปาก อักเสบ การดูแลช่องปากด้วยตนเอง ได้แก่ การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การบ้วนปาก และการใช้ยาทาแผลในปาก ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกทักษะ 30 นาที

2.1.3.1.4 เอกสารขั้นตอนการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อคอ เนื้อหาประกอบด้วย ขั้นตอนการฝึกทักษะบริหารกล้ามเนื้อคอ พร้อมภาพประกอบ ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกทักษะ 15 นาที

2.1.3.1.5 เอกสารขั้นตอนการฝึกการขยายช่องปาก เนื้อหาประกอบด้วย ขั้นตอนการฝึกทักษะการขยายช่องปาก พร้อมภาพประกอบ ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกทักษะ 15 นาที

2.1.3.2 คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอเป็นคู่มือที่ให้ข้อมูลในการทบทวนการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและจัดสร้างคู่มือโดยมีเนื้อหาในเรื่องของการดูแลตนเองก่อนได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองขณะได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับผลข้างเคียงจากการฉายรังสี การประเมินอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ข้อควรระวังเกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวด และการดูแลตนเองภายหลังได้รับการฉายรังสีครบ แจกให้ผู้ป่วยในการพบกันครั้งแรก

2.1.3.3 แผ่นภาพประกอบการสอน มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการเรื่องการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฉายรังสี และแผนการสอนเรื่องการจัดการกับอาการปวด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 3 ท่าน

1.2 พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิกทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน

1.3 อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยรังสีรักษา จำนวน 1 ท่าน

1.4 อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านการจัดการกับอาการปวด และปฏิบัติงานที่คลินิกความปวด จำนวน 1 ท่าน

หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

1. โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ควรเขียนรายละเอียดให้ชัดเจนว่าพบผู้ป่วยกี่ครั้ง แต่ละครั้งทำอะไรบ้าง ใช้เวลาเท่าไร

2. สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่คู่มือที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ควรมีการเรียงลำดับเนื้อหาเป็นส่วนๆ ตามลำดับ คือ การดูแลตนเองก่อนฉายรังสี การดูแลตนเองขณะได้รับการฉายรังสี และการดูแลตนเองภายหลังได้รับการฉายรังสีครบ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีอาการปวดจำนวน 5 คน ที่ศูนย์มหาวิทราชกรณ วิทยาลัยบุรี จังหวัด ปทุมธานี เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม พบว่า ขณะที่ผู้วิจัยสาธิตและผู้ป่วยฝึกทดลองปฏิบัตินั้น ผู้ป่วยมีการซักถามรายละเอียดของขั้นตอนการฝึกปฏิบัติเป็นระยะๆ ผู้วิจัยต้องตอบคำถามผู้ป่วยทำให้ระยะเวลาในการฝึกทักษะปฏิบัติที่ตั้งไว้ 20 นาทีไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติเป็น 30 นาที

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการปวดตามที่คุณวิจัยได้ทำการให้ข้อมูลและฝึกทักษะปฏิบัติจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ผู้ตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการปวด จะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น

ผู้วิจัยนำผลการตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดมาใช้ในการประเมินการให้ข้อมูลและการฝึกทักษะปฏิบัติ โดยผู้ป่วยต้องตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด มีลักษณะคำตอบเป็น ปฏิบัติเป็นประจำ และปฏิบัติบางครั้ง รวมกันเกินร้อยละ 80 ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในกรณีที่ไม่มีผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้ความรู้เสริม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา นำแบบประเมินความปวดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ดังนี้ คือ

1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 3 ท่าน

1.2 พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิกทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน

1.3 อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านการรักษาโรคมะเร็ง ศีรษะและคอด้วยรังสีรักษา จำนวน 1 ท่าน

1.4 อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านการจัดการกับอาการปวด และปฏิบัติงานที่คลินิกความปวด จำนวน 1 ท่าน

2. การหาความเที่ยง นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ที่ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .717 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .775

การดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ประกอบด้วยคู่มือสำหรับพยาบาล คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ ภาพประกอบ คำบรรยาย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

2. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

4. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ขอความร่วมมือในการทดลองและเตรียมสถานที่

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

1. สัมภาษณ์รายชื่อผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถามจากพยาบาลประจำการ และศึกษาจากรายงานผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธ์ภาพแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่

เข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 20 คน และ กลุ่มทดลอง 20 คน ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบทุกขั้นตอน จากนั้นจะเริ่มรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

2. กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การสอนและให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มเรื่องขั้นตอนและระยะเวลาที่จะได้รับการฉายรังสี การปฏิบัติตนขณะได้รับการฉายรังสี อาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และได้รับแผนปฏิบัติการปฏิบัติตนขณะได้รับการฉายรังสี 1 ฉบับ

3. กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 ก่อนผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

3.1.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพกล่าวทักทาย แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์และชี้แจงกระบวนการทั้งหมดของโปรแกรมต่อผู้ป่วย

3.1.2 สอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการฉายรังสี วิธีการดูแลตนเอง และทัศนคติเกี่ยวกับการฉายรังสี

3.1.3 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตามแผนการสอนการดูแลตนเอง เมื่อได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการผลข้างเคียงจากการฉายรังสี โดยใช้ภาพประกอบคำบรรยาย ถ้ามีญาติมาด้วยให้เข้าร่วมรับฟังด้วย ในการศึกษาครั้งนี้มีญาติเข้าร่วม จำนวน 8 คน โดยผู้วิจัยให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การจัดเตรียมอุปกรณ์การดูแลช่องปากให้ผู้ป่วยเป็นต้น

3.1.4 หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตการดูแลช่องปาก ประกอบด้วย การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การใช้น้ำยาบ้วนปาก และการตรวจช่องปากด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ ชี้แจงข้อดีของการเริ่มดูแลช่องปากตั้งแต่เริ่มการฉายรังสี

3.1.5 ผู้วิจัยสนับสนุนการทำกิจกรรมโดยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยสงสัย แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่องทุกวัน

3.1.6 แจกคู่มือการดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษาการจัดการกับอาการปวด 1 ฉบับ แนะนำการใช้คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปทบทวนที่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยในการให้ข้อมูลและฝึกทักษะ ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 1 สัปดาห์

3.2 ครั้งที่ 2 ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 60 นาที

3.2.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลกล่าวทั่วทุกทาย หลังจากนั้นซักถาม การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่องปาก ปัญหา ข้อสงสัย และอุปสรรคต่างๆ ในการดูแลช่องปากใน รอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและให้ความรู้เสริมตามความต้องการของผู้ป่วย ใน กรณีที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ถูกต้อง ให้กำลังใจ กระตุ้น และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมอย่าง ต่อเนื่อง

3.2.2 ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพิ่มเติมตามแผนการสอน เรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวด การประเมินอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ ปวด โดยใช้ภาพประกอบคำบรรยาย

3.2.3 ผู้วิจัยสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกขยายช่องปาก เพื่อป้องกันภาวะช่องปากแคบ โดยให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยในการให้ ข้อมูลและฝึกทักษะ ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 2 สัปดาห์

3.3 ครั้งที่ 3 ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 30 นาที

3.3.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล กล่าวทั่วทุกทาย หลังจากนั้นซักถาม การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่องปาก การฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกขยายช่อง ปากว่ามีปัญหา ข้อสงสัย และอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ คำแนะนำเพิ่มเติมและให้ความรู้เสริมตามความต้องการของผู้ป่วย

3.3.2 หลังจากนั้นร่วมทบทวนความรู้และการฝึกทักษะปฏิบัติ ประเมิน การทำกิจกรรมและผลของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.3.3 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองอย่าง ต่อเนื่อง จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินผล และแจ้งการสิ้นสุดการวิจัยโดยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินอาการปวดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการ กับอาการปวดด้วยตนเอง

2. กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการ จัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

3. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะได้รับการประเมินอาการปวดภายหลังจากได้รับการฉาย รังสี 2 สัปดาห์หรือทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง และ 4 สัปดาห์หรือหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

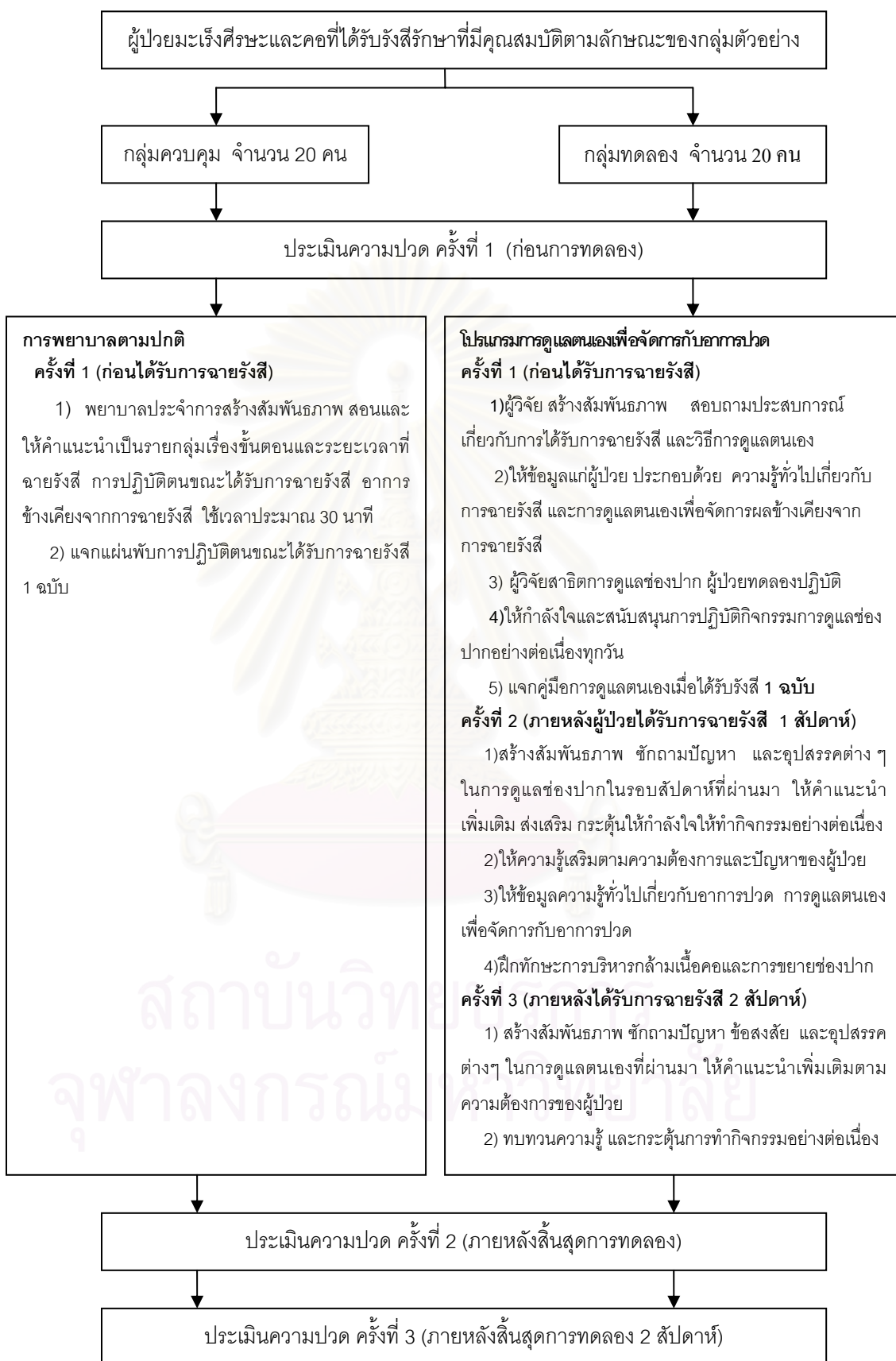
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วจึงดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ว่าการวิจัยนี้ไม่มีผลโดยตรงต่อการรักษาตามปกติของแพทย์ ในโรงพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามในข้อที่ไม่เข้าใจ ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยและให้อิสระกับผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัยโดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจแล้วจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ถ้าต้องการออกจากการศึกษาวิจัยก่อนสิ้นสุดการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ก็สามารถทำได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการวิจัยผู้วิจัยไม่ได้อ้างถึงชื่อของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้รับเป็นความลับ และนำมาใช้สำหรับการศึกษานี้โดยเฉพาะตามวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน ตำแหน่งที่มีอาการปวด ลักษณะอาการปวด รูปแบบอาการปวด ชนิดของยาบรรเทาอาการปวด และวิธีการจัดการกับอาการปวด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ หอผู้ป่วยว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จำแนกตาม เพศ อายุ คะแนน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	17	85	17	85	34	85
หญิง	3	15	3	15	6	15
อายุ						
41-50 ปี	5	25	4	20	9	22.5
51-60 ปี	10	50	12	60	22	55
61-70 ปี	5	25	4	20	9	22.5
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	$\bar{X}=54$	SD=7.26	$\bar{X}=54.5$	SD=6.11	$\bar{X}=54.25$	SD=6.62
สถานภาพสมรส						
โสด	3	15	1	5	4	10
คู่	13	65	15	75	28	70
หย่าร้าง/หม้าย/ แยกกันอยู่	4	20	4	20	8	20
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	13	65	11	55	24	60
มัธยมศึกษา	5	25	5	25	10	25
ปวส/อนุปริญญา	0	0	3	15	3	7.5
ปริญญาตรี/สูงกว่า	2	10	1	5	3	7.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n= 20)		(n= 20)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	5	25	11	55	16	40
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	10	3	15	5	12.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	30	2	10	8	20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	35	4	20	11	27.5
ประวัติการสูบบุหรี่						
สูบ < 10 มวนต่อวัน	1	5	0	0	1	2.5
สูบ 10-20 มวนต่อวัน	5	25	9	45	14	35
สูบ > 20 มวนต่อวัน	7	35	7	35	14	35
ไม่สูบ	7	35	4	20	11	27.5
ประวัติการดื่มสุรา						
ดื่ม	8	40	13	65	21	52.5
ไม่ดื่ม	12	60	7	35	19	47.5

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85 อายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55 และอายุระหว่าง 41-50 ปี และ 61-70 ปี เท่ากัน คือร้อยละ 22.5 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 54 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 54.5 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 40 รองลงมาคือ ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.5 มีประวัติการสูบบุหรี่ 10-20 มวนต่อวัน และมากกว่า 20 มวนต่อวัน เท่ากันคือร้อยละ 35 และ ดื่มสุรา ร้อยละ 52.5

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ชนิดของรังสี เสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ชนิดของรังสี

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	การวินิจฉัยโรค					
ช่องปาก	5	25	5	25	10	25
โพรงอากาศช่องจมูก	10	50	10	50	20	50
กล่องเสียง	4	20	4	20	8	20
ไทรอยด์	1	5	1	5	2	5
ระยะของโรค						
ระยะที่ 1	2	10	2	10	4	10
ระยะที่ 2	3	15	3	15	6	15
ระยะที่ 3	10	50	10	50	20	50
ระยะที่ 4	5	25	5	25	10	25
การรักษาที่ได้รับ						
รังสีรักษา	8	40	8	40	16	40
รังสีรักษาและเคมีบำบัด	12	60	12	60	24	60
ชนิดของรังสี						
Cobalt-60	14	70	14	70	28	70
Linear Acelator	2	10	2	10	4	10
IMRT	4	20	4	20	8	20

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50 เป็นมะเร็งโพรงอากาศของจมูก รองลงมาคือช่องปาก และกล่องเสียงร้อยละ 25 และ 20 ตามลำดับ ระยะของโรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระยะที่ 3 มากที่สุด คือร้อยละ 50 การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 60 และชนิดของรังสีที่ได้รับมากที่สุดคือ Cobalt-60 ร้อยละ 70



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ข้อมูลเกี่ยวกับ ตำแหน่งที่ปวด รูปแบบอาการปวด ลักษณะอาการปวด เวลาที่เกิดอาการปวด ชนิดของยาบรรเทาปวด และวิธีการจัดการกับอาการปวด เสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจง ความถี่และร้อยละ

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของอาการปวด รูปแบบอาการปวด เวลาที่ปวด ชนิดของยาบรรเทาอาการปวด และวิธีการจัดการกับอาการ

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งที่ปวด						
ช่องปาก	14	70	16	80	30	75
คอด้านหน้า/หลัง	5	25	4	20	9	22.5
ไหล่ซ้าย/ขวา	1	5	0	0	1	2.5
ลักษณะของอาการปวด						
ปวด						
ปวดชา	1	5	1	5	2	5
ปวดตื้อๆ	8	40	10	50	18	45
ปวดจี๊ดๆ	1	5	0	0	1	2.5
ปวดแสบปวดร้อน	1	5	4	20	5	12.5
ปวดเหมือนมีของ แหลมทิ่ม	3	15	4	20	7	17.5
ปวดหน่วงๆ	6	30	1	5	7	17.5
เวลาที่เกิดอาการปวด						
ระหว่างการใช้						
กิจกรรม	13	65	14	70	27	67.5
ระหว่างพักผ่อน	5	25	6	30	11	27.5
ตลอดเวลา	2	10	0	0	2	5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n= 20)		(n= 20)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รูปแบบอาการปวด						
ระยะสั้น ๆ ชั่วครู่	11	55	14	70	25	62.5
เป็นจังหวะ เป็น ๆ หาย ๆ	7	35	6	30	13	32.5
ต่อเนื่องและคงที่	2	10	0	0	2	5
ชนิดยาบรรเทาปวด						
ยาชาเฉพาะที่	7	35	9	45	16	40
ยาบรรเทาปวดชนิดไม่ เสพติด	6	30	6	30	12	30
ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับยา บรรเทาปวดชนิดไม่เสพติด	6	30	5	25	11	27.5
ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับยา บรรเทาปวดชนิดเสพติด	1	5	0	0	1	2.5
วิธีการจัดการกับอาการปวด						
นอนพัก	9	45	4	20	13	32.5
รับประทานยาบรรเทาปวด	4	20	8	40	12	30
ฟังเพลง	2	10	4	20	6	15
การดูโทรทัศน์	5	25	4	20	9	22.5

จากตารางที่ 4 พบว่า ตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดมากที่สุด คือ ในช่องปาก ร้อยละ 75 รองลงมา คือ บริเวณ คอ ร้อยละ 22.5 ลักษณะอาการปวดเป็นแบบตื้อ ๆ ร้อยละ 45 รองลงมา คือ ปวดเหมือนมีของแหลมทิ่ม และปวดแบบหน่วง ๆ เท่ากัน ร้อยละ 17.5 เวลาที่เกิดอาการปวดมากที่สุด คือ ระหว่างการมีกิจกรรม ร้อยละ 67.5 รูปแบบอาการปวดเป็นแบบระยะสั้น ๆ ชั่วครู่ ร้อยละ 62.5 กลุ่มตัวอย่างได้รับยาบรรเทาอาการปวดเป็นยาชาเฉพาะที่มากที่สุด ร้อยละ 40 รองลงมา คือ ยาบรรเทาปวดชนิดไม่เสพติด และ ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับยาบรรเทาอาการปวดชนิดไม่เสพติด ร้อยละ 30 และ 27.5 ตามลำดับ และการจัดการกับอาการปวดที่ผู้ป่วยมากที่สุด คือ การนอนพัก ร้อยละ 32.5 รองลงมา คือ รับประทานยาบรรเทาปวด ร้อยละ 30



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดก่อนการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของอาการปวด	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
	ก่อนการทดลอง	0.27	0.47	0.22		
ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที	4.40	1.65	2.85	0.87	3.731	.001
ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์	6.92	1.64	4.08	0.77	6.975	.000

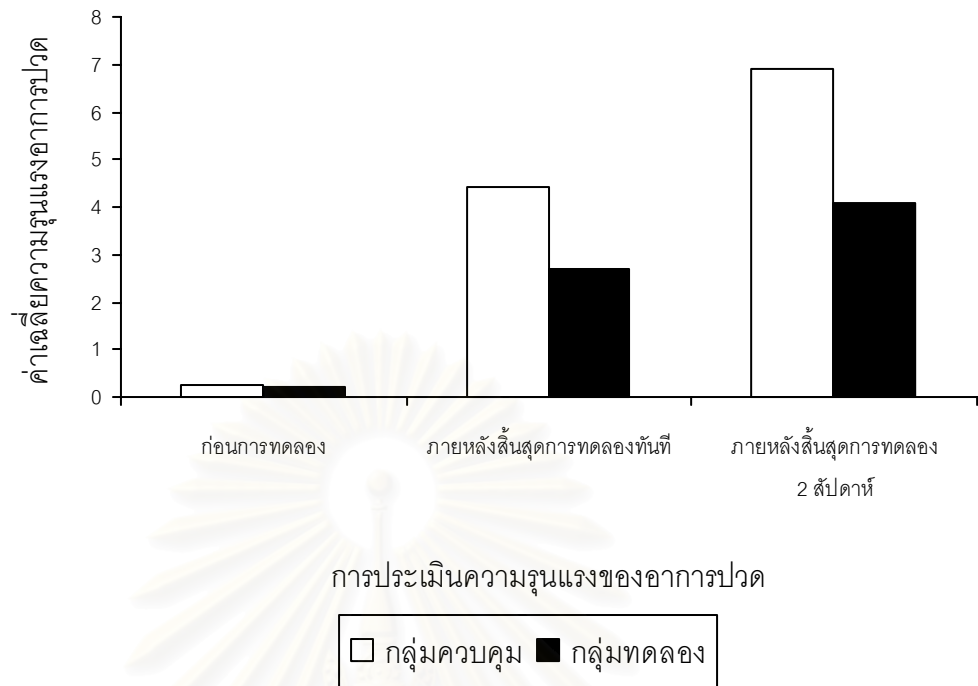
จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังแสดงไว้ในกราฟ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดก่อนการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

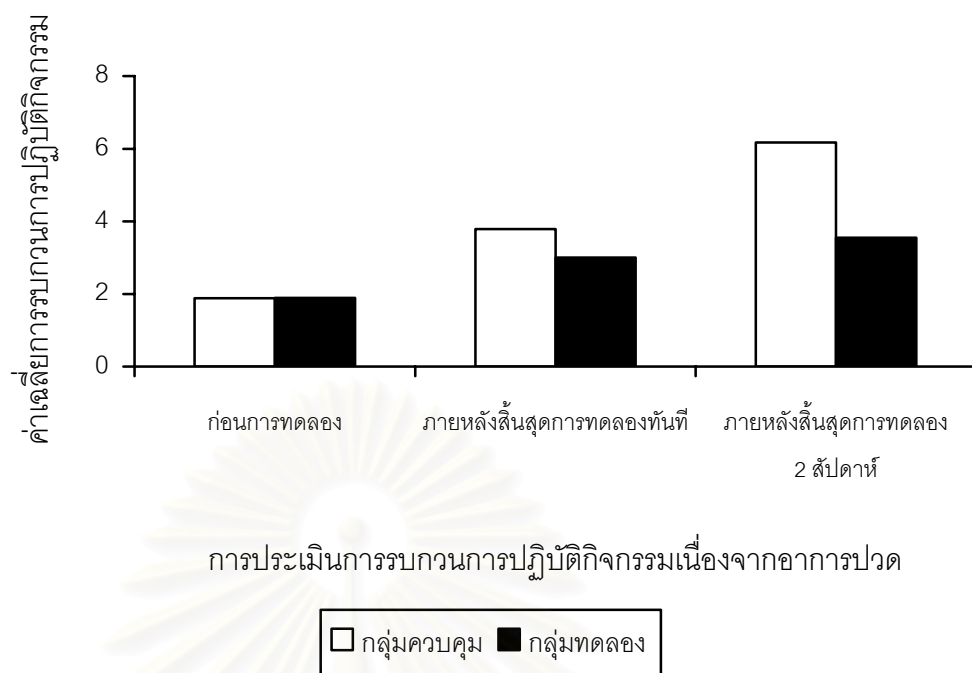
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดก่อนการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรบกวนการปฏิบัติ กิจกรรมเนื่องจากอาการปวด	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนการทดลอง	1.88	2.24	1.89	1.37	-0.12	.990
ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง ทันที	3.79	1.39	3.00	1.04	2.028	.050
ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์	6.17	1.47	3.55	0.76	7.070	.000

จากตารางที่ 6 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงไว้ในกราฟ



ภาพที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอากาศปวดก่อนการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่เข้ามารับการรักษาที่สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หอผู้ป่วยว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2549 จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้คือ

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 1 ครั้งต่อวัน
3. สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
4. สม่ครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่ม

1. ผู้ป่วยหยุดการฉายรังสี

ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง ตำแหน่งที่เกิด ระยะของโรค การได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยรังสี และชนิดของรังสีที่ได้รับ

สถานที่ศึกษา

ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ามารับการรักษา ณ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หอผู้ป่วยว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา
- 1.2 แบบประเมินความเจ็บปวด Brief pain inventory (BPI) แปลเป็นภาษาไทย โดยผ่องรัตน์ รัตน์ไทย (2540) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในส่วนของมาตรวัดระดับความรุนแรงของอาการปวดเท่ากับ .553 และในส่วนการรบกวนกิจกรรมเนื่องจากอาการปวด เท่ากับ .759 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในส่วนของมาตรวัดระดับความรุนแรงของอาการปวดเท่ากับ .733 และในส่วนการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวด เท่ากับ .837

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด The PRO-SELF Pain Control Program ของ Dodd et al. (2003) มาจัดทำเป็นโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากของเนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ประกอบด้วย

- 2.1 การประเมินปัญหาและความต้องการ เพื่อค้นหาความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
- 2.2 การให้ข้อมูล เป็นการสอนเพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง รวมทั้งการประเมิน การสังเกตอาการ และจัดการกับอาการด้วยตนเอง
- 2.3 การฝึกทักษะปฏิบัติ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญในทักษะที่เฉพาะกับอาการ
- 2.4 การส่งเสริมและสนับสนุน โดยการรับฟังประสบการณ์การเกิดอาการ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมกิจกรรมการดูแลตนเอง และให้การสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างการรักษา

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมนี้นี้คือ

1. คู่มือสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย

- 1.1 แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฉายรังสี
- 1.2 แผนการสอนเรื่องการจัดการกับอาการปวด
- 1.3 เอกสารขั้นตอนการฝึกทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเอง
- 1.4 เอกสารขั้นตอนการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อคอ
- 1.5 เอกสารขั้นตอนการฝึกการขยายช่องปาก

2. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ
3. แผนภาพประกอบคำบรรยาย
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดจำนวน 15 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .717 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .775 ผู้วิจัยนำผลการตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดมาใช้ในการประเมินการให้ข้อมูลและการฝึกทักษะปฏิบัติ โดยผู้ป่วยต้องตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด มีลักษณะคำตอบเป็น ปฏิบัติเป็นประจำ และปฏิบัติบางครั้งรวมกันเกินร้อยละ 80 ของพฤติกรรมดูแลตนเอง ในกรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้ความรู้เสริม ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเกินร้อยละ 80

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2549 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ประกอบด้วยคู่มือสำหรับพยาบาล คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอและภาพประกอบคำบรรยาย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง
2. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ขอความร่วมมือในการทดลองและเตรียมสถานที่

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

1. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถามจากพยาบาลประจำการ และศึกษาจากรายงานผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 20 คน และ กลุ่มทดลอง 20 คน ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบทุกขั้นตอน จากนั้นจะเริ่มรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

2. กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ได้แก่ การสอนและให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มเรื่องขั้นตอนและระยะเวลาที่จะได้รับการฉายรังสี การปฏิบัติตนขณะได้รับการฉายรังสี อาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ระยะเวลา 30 นาที และได้รับแผนพับการปฏิบัติตนขณะได้รับการฉายรังสี 1 ฉบับ

3. กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 ก่อนผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพกล่าวทักทาย แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์และชี้แจงกระบวนการทั้งหมดของโปรแกรมต่อผู้ป่วย สอบถามประสบการณ์ เกี่ยวกับการได้รับการฉายรังสี และวิธีการดูแลตนเองหลังจากนั้นให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ผู้วิจัยสาธิตการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสนับสนุนการทำกิจกรรมโดยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยสงสัย แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่องทุกวัน

3.2 ครั้งที่ 2 ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 60 นาที ผู้วิจัยซักถามการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่องปาก ปัญหาข้อสงสัย และอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลช่องปากในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและให้ความรู้เสริมตามความต้องการของผู้ป่วย ในกรณีที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ถูกต้อง ให้กำลังใจ กระตุ้น และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นให้ความรู้ เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวด การประเมินอาการปวด และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ผู้วิจัยสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกขยายช่องปากเพื่อป้องกันภาวะช่องปากแคบ โดยให้ผู้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ

3.3 ครั้งที่ 3 ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 30 นาทีผู้วิจัยซักถามการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่องปาก การฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกขยายช่องปากว่ามีปัญหา ข้อสงสัย และอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและให้ความรู้เสริมตามความต้องการของผู้ป่วย ร่วมทบทวนความรู้และการฝึกทักษะ ประเมินการทำกิจกรรมและผลของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินอาการปวดก่อนการทดลอง
2. กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์
3. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะได้รับการประเมินอาการปวดภายหลังจากได้รับการฉายรังสี 2 สัปดาห์หรือทันทีภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง และ 4 สัปดาห์หรือภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรุนแรงของอาการปวด และการรบกวนกิจกรรมเนื่องจากอาการปวด และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวด และการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดก่อนการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมีความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมีความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองจำนวน 20 คน อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้ คือ

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมีความปวด ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีน้อยกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมีความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยการนำประสบการณ์ในการจัดการอาการของผู้ป่วยมาเป็นแนวทางในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอทำให้สามารถนำข้อมูลไปพิจารณาตัดสินใจเลือกการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเองมากที่สุดและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวัน การช่วยเหลือในการฝึกทักษะปฏิบัติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นทำให้ลดความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมลงได้ นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยพร้อมทั้งชี้แนะ

สนับสนุนให้กำลังใจ จะช่วยกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองที่เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าพูดกล้าคุย จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกแสดงความคิดเห็นได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง (Maram, 1978 อ้างถึงใน สินีสุข รัตนสมบัติ, 2540: 79) การที่ผู้วิจัยมีการแบ่งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นตอนๆ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนนั้นประกอบด้วยเนื้อหาที่ตรงกับความสนใจของผู้ป่วยและสถานการณ์จริงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ โดยในวันแรกก่อนได้รับการฉายรังสีนั้น ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลต่อการได้รับการฉายรังสีไม่มั่นใจที่จะมารับการรักษา มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการฉายรังสีไม่เพียงพอ ดังนั้นการให้ความรู้ตั้งแต่ก่อนได้รับการฉายรังสี โดยความรู้ที่ให้ประกอบด้วย การดูแลตนเองเมื่อได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการได้รับการฉายรังสี และเริ่มเรียนรู้ถึงกิจกรรมการดูแลตนเอง

ภายหลังได้รับการฉายรังสี 1 สัปดาห์ เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญกับอาการต่างๆ พบว่าผู้ป่วยมักขาดความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียง (โชมพัคตร์ มณีวัต, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodd and Ahmed (1987, อ้างถึงใน ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, สมจิต หนูเจริญกุล และบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2534: 9) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งซึ่งได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.3) จะขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงต่างๆ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการข้อมูลที่จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ตนต้องประสบนอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ที่ว่าข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติกรดูแลตนเอง ดังนั้นการให้ความรู้ภายหลังผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา 1 สัปดาห์ เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการข้างเคียงและจัดการกับอาการต่างๆ โดยเฉพาะอาการปวดในช่องปากเป็นปัญหาที่เกิดควบคู่กับอาการเยื่อช่องปากอักเสบเสมอการที่ผู้ป่วยสามารถค้นหาอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้เร็วตั้งแต่ระยะแรก มีการดูแลช่องปากที่ถูกต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อส่งเสริมการหายของแผลในช่องปาก ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาอาการปวดที่ถูกต้องทำให้อาการปวดลดความรุนแรงลงได้และยังทำให้การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยลดลงได้เช่นกัน แต่จากการที่ผู้วิจัยได้ซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรดูแลช่องปากของผู้ป่วยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 9 รายที่แปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้ง หลังตื่นนอนตอนเช้า (45%) จำนวน 15 ราย ไม่เคยใช้ไหมขัดฟัน (75%) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมกรดูแลช่องปากที่ไม่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้เสริมในเรื่องของการดูแลช่องปากเพิ่มเติมในแต่ละบุคคล ส่วนในเรื่องของการบริหารยาบรรเทาปวดผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยยังมีความ

เชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาบรรเทาปวดที่ไม่ถูกต้องเหตุผลที่สำคัญของการไม่รับประทานยา คือ กลัวการติดยา และกลัวการติดยา ซึ่งเป็นประสบการณ์เดิม และความเชื่อเดิมของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดผลกระทบที่เกิดขึ้นคือผู้ป่วยมีอาการปวดที่รุนแรงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของพรจันทร์ สัยละมัย (2541) ที่พบว่าอุปสรรคในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย คือ การกลัวติดยากกลัวติดยา กลัวผลข้างเคียงของยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้เสริมในส่วนที่ผู้ป่วยมีปัญหา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดดีขึ้นดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ว่า “เมื่อก่อนไม่อยากกินยาเลยเพราะว่ากลัวจะติดยา ต้องรอจนปวดมากที่สุดจนทนไม่ไหวจึงได้กินยา บางครั้งกินก็ไม่หายอีก นอนก็ไม่หลับรู้สึกทรมานมาก”

ส่วนการให้ความรู้ภายหลังได้รับรังสี 2 สัปดาห์เป็นการทบทวนความรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาที่พบ ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและซักถาม พร้อมกับการให้ความรู้เสริมในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัยในการดูแลตนเอง จึงเป็นการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ ช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) นอกจากนี้การสนับสนุนด้วยวาจาและท่าทาง ให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ Orem (1995) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมและสนับสนุน เป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกทักษะที่เฉพาะกับอาการ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดนั้น โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการฝึกทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก การบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกการบริหารช่องปากเป็นการฝึกทักษะที่เฉพาะกับอาการ เพื่อลดระดับความรุนแรงของอาการปวด จะช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจดจำได้แม่นยำมากขึ้น (เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์, 2547: 104) ทั้งนี้ต้องสนับสนุนและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมการฝึกทักษะต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะปฏิบัติพร้อมทั้งให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะที่ดีในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง นอกจากนี้การใช้อุปกรณ์ประกอบการสาธิต พร้อมทั้งอธิบายให้เหตุผล หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยลงมือทดลองปฏิบัติ ผู้ป่วยมีโอกาสทดสอบความเข้าใจตนเองทันทีหลังสาธิต ทำให้เห็นข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นและได้รับการแก้ไข สอดคล้องกับสมจิต หนูเจริญกุล (2534: 34) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน มีการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตราย จะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยได้เรียนรู้และจดจำได้แม่นยำขึ้น เสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ

ในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้แผนภาพประกอบการสอน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและจดจำได้ง่ายขึ้น เป็นอุปกรณ์ที่กระตุ้นการเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟังตลอดซึ่งไชยยศ เรือง

สุวรรณ (2526: 15 อ้างถึงใน แก้วกาญจน์ เสือรัมย์, 2544) กล่าวว่า การที่มีรูปภาพประกอบในการสอนจะเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญต่อการเรียนรู้และทำความเข้าใจในสิ่งนั้นได้ดี รวมทั้งการให้ผู้พวายนำเอกสารไปอ่านเพิ่มเติมได้เท่าที่ต้องการเป็นการเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองที่บ้าน คู่มือดังกล่าวมีเนื้อหาสั้น ๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการภายหลังได้รับรังสีรักษา สอดคล้องกับแผนการสอนที่กำหนด ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย มีภาพประกอบ และมีการบรรยายแบบเป็นขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยสามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น สอดคล้องต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่ง Orem (1980: 83 อ้างถึงใน นพรัตน์ ราษฎร์นุ้ย, 2538: 70) ได้สนับสนุนการมีแหล่งข้อมูลคือมีเอกสารกลับบ้านจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะเริ่มต้นและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มที่ได้รับการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้อตั้งแต่ระยะที่ไม่มีอาการปวด และมีการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการแก่ผู้ป่วยในแต่ละระยะทั้งในด้านการประเมิน การสังเกต รวมทั้งการฝึกทักษะที่เฉพาะกับอาการและได้รับการสนับสนุนจากผู้วิจัย กระตุ้นและให้กำลังใจให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทำให้อาการข้างเคียงต่าง ๆ ลดลงโดยเฉพาะอาการเยื่อช่องปากอักเสบซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วยมีอาการปวดในช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีการรายงานความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดลดลงด้วย สอดคล้องกับรายงานที่พบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างใกล้ชิด (Ferrell, 1995 อ้างถึงใน ผ่องรัตน์ รัตนไทย, 2540: 41) เมื่อความรุนแรงของอาการปวดรุนแรงขึ้นหรือไม่ได้รับการบำบัดจะส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย รู้สึกรบกวนความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต ผู้ป่วยจะมีการแยกตัวออกจากสังคม และมีกิจกรรมทางสังคมลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2540) ที่พบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมระดับปานกลาง ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป ด้านการเดิน และการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านการนอนหลับ

งานวิจัยนี้สนับสนุนงานวิจัยของ Dodd et al. (2003) ที่ได้มีการพัฒนา The PRO-SELF Pain control Program เป้าหมายเพื่อลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง และเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาบรรเทาปวดพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ The PRO-SELF Pain control Program มีระดับความรุนแรงของอาการปวดลดลง และมีการรับประทานยาตามเวลามากขึ้น

ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นๆโดยมุ่งเน้นในเรื่องของขั้นตอนและความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการได้รับการฉายรังสี โดยไม่มีการให้ความรู้ที่เจาะจงกับอาการปวดที่เกิดขึ้น เช่นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปาก รวมทั้งการ

ฝึกทักษะการให้ข้อมูลต่าง ๆ อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดให้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากระยะเวลาในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายน้อย ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ทั้งหมด นอกจากนี้ในช่วงแรกของการได้รับการฉายรังสีอาการข้างเคียงต่าง ๆ มักจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยยังไม่เห็นประโยชน์ว่าการดูแลตนเองมีความสำคัญมากนักน้อยเพียงใด เมื่อได้รับการฉายรังสีไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีการอักเสบในช่องปากความปวดในช่องปากก็จะมีรุนแรงมากขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร การเคี้ยวอาหาร การกลืน หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ แม้กระทั่งการเข้าสังคมการพูดคุยทำให้ผู้ป่วยปวดในช่องปากมากขึ้นเมื่อขยับปาก จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีการรายงานระดับความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดเพิ่มขึ้น

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมีความปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์น้อยกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมีความรุนแรงของอาการปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมีการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอาการปวดลดลงเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้วิจัยได้ยึดหลักการที่ว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ต้องกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Orem, 1991) เกิดจากความตั้งใจมีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้น ซึ่งการเรียนรู้ อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือแนะนำ หรือเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจากการกระทำนั้นๆ ในแต่ละวัน Penn (1988) กล่าวว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ร่างกายมีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น และในภาวะพร้อมการดูแลตนเองบุคคลจะต้องประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและพิจารณาหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองโดยคำนึงถึงข้อจำกัดของความสามารถในการดูแลตนเองในด้านความรู้ประสบการณ์ต่างๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนการดำเนินชีวิต

จากการที่ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้กำลังใจ เป็นการดึงศักยภาพของตัวผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่ง Orem กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองจะกลายเป็นนิสัยติดตัวได้ถ้ามีการกระทำไปสักระยะหนึ่ง และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติตัวได้บุคคลจะกระทำโดยไม่ต้องใช้ความพยายาม จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง จำนวน 16 คน พึงพอใจในการเข้าร่วมวิจัย บอกว่ามีประโยชน์สามารถนำปฏิบัติในระหว่างการฉายรังสีได้ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่บอกว่า

“แรกๆ ก็ไม่เห็นว่ามีประโยชน์ในการปฏิบัติ แต่พอเริ่มมีอาการแล้วทดลองปฏิบัติ อาการโดยรวมดีขึ้น เห็นว่าน่าจะมีประโยชน์และควรจะทำต่อไป”

สอดคล้องกับงานวิจัยของ เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด พบว่าอาการเยื่อช่องปากอักเสบลดลงภายหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 และลดลงอีกหลังได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายว่าทั้งหมดนี้เป็นผลจากที่ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนให้ดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอเพื่อคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองจะมีความสามารถในการประเมินอาการปวดตั้งแต่ในระยะแรก และได้รับการกระตุ้นจากผู้วิจัยเป็นระยะๆ ตั้งแต่ในระยะแรกของการรักษาทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ตั้งแต่การดูแลช่องปากเพื่อลดการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ และการรับประทานยาบรรเทาปวดตามแพทย์สั่งทำให้อาการปวดลดลง และผู้ป่วยมีการรายงานการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดลดลง

ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะเริ่มมีการดูแลตนเองและเห็นความสำคัญก็ต่อเมื่อพบว่ามีอาการปวดเกิดขึ้นแล้วทำให้ยากต่อการควบคุมและกำจัดอาการปวดให้หมดไปได้ อาการปวดยังคงอยู่และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ การเกิดแผลในปากจากการฉายรังสีส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร การกลืน การดื่มน้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีการรายงานการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ King et al. (1985: 58) พบว่าในขณะที่ได้รับรังสีรักษาครบ 1 เดือนผลข้างเคียงของรังสีต่อร่างกายจะสูงสุดและจะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและอารมณ์ของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการ การให้ข้อมูล การฝึกทักษะปฏิบัติ และการส่งเสริมและสนับสนุน ถึงแม้ว่าไม่สามารถขจัดอาการปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้ลดลงได้ เนื่องจากอาการปวด

และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นยังคงดำเนินไปตามกระบวนการทางชีวรังสี แต่โปรแกรมดังกล่าวนี้สามารถช่วยบรรเทาความรุนแรงโดยเฉพาะอาการปวดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะเห็นได้จากตารางที่ 5 และตารางที่ 6 ซึ่งพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการปวดและการรบกวนกิจกรรมกิจกรรมเนื่องอาการปวด ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1.1 พยาบาลประจำการควรมีการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองไปปฏิบัติโดยผสมผสานกับการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการกับอาการปวดในช่องปากได้

1.1.2 ประยุกต์โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ ที่มีสาเหตุจากอาการปวดแตกต่างกัน เช่นอาการปวดจากการแพร่กระจายไปยังกระดูก หรืออาการปวดหลังจากการทำผ่าตัด

1.2 ด้านการศึกษาวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและคอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองเป็นระยะๆ โดยการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เช่นภายหลังจากได้รับการฉายรังสี 6 สัปดาห์ เป็นต้น

2.2 ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองนี้ไปทดลองใช้โดยการปรับการสอนเป็นรายกลุ่มทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ หลังนำไปปฏิบัติจริงและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- แก้วกาญจน์ เสือรัมย์. 2544. **ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากแบบพิเศษต่อความสามารถของบิดามารดาและสภาพช่องปากความเจ็บปวดและการได้รับอาหารของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. 2535. **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการ ไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์ และความพร้อมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไข่มพักตร์ มณีวัต. 2541. **การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จอมใจ วิจิตรานนท์. 2538. **การประชุมวิชาการเรื่องความปวด: ทฤษฎีและการดูแลช่วยเหลือ ครั้งที่ 3** เอกสารหมายเลข 6 เรื่องยาที่ใช้ในการบำบัดความปวด วันที่ 24-26 พฤษภาคม 2538. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดรุณี ชุณหะวัต, ยุวดี ภาษา, พิทยภูมิ ภัทรนุภาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน. 2538. **ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึที่มีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** *รามาธิบดีพยาบาลสาร* 2(1): 31-43.
- ทองดี ศรีจิงใจ. 2539. **ประสิทธิภาพของน้ำยาเบนไซดามีน ไฮโดรคลอไรด์ในการป้องกันและบรรเทาผลของรังสีรักษาต่อช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลสกุล แก้วลาย. 2545. **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤมล ศาสตร์สุข. 2540. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นาถฤดี พรหมเถาว์. 2544. **ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง.**
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
 ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. 2534. **ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย
 มะเร็งบริเวณ ศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา
 ครบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา สมบัติแก้ว. 2536. **ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายอารมณ์ต่อระดับความวิตก
 กังวลในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอก่อนรับการรักษาด้วยรังสี.** วิทยานิพนธ์
 ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา สออารีย์. 2546 . **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด.** สงขลา: แมกซ์ มี
 เด็ย วาย ทุ เค เพรส.
- นิตยา สออารีย์, อารี น้อยบ้านด่าน และ โขมพัคตร์ มณีวัต. 2545. **คุณภาพชีวิตและผลกระทบ
 จากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสภาการพยาบาล 17 (1): 45-61.**
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. 2535. **การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด
 ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์. 2547. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง
 ต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก.**
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2528. **ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของ
 การใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขา
 พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง, สุภา ทับเกษม, ลักษมี จำปาแดง และ สันทนา บทศรี. 2539. **ผลของการ
 ฝึกอานาปานสติสมาธิต่อการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ตา หู
 คอ จมูก และปาก. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(3): 39-47.**
- ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. 2547. **การประชุมวิชาการเรื่อง Symptom management: Quality
 of Care เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 10 เรื่อง Symptom management: pain
 วันที่ 25-26 พฤษภาคม 2547. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.**

- ผ่องรัตน์ รัตนไทย. 2540. **ประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรจันทร์ สัยละมัย. 2541. **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2524. **การรักษาพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษาในมะเร็งบริเวณศีรษะ ลำคอ และ หู จมูก**. พิสิทธ์ ชีวรังสี การพยาบาลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- พัชรภรณ์ ทศนโกวิท. 2545. **ผลของการใช้น้ำเกลือนอร์มัล สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนตและคลอร์เฮกซิดีนต่อภาวะในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พูลศรี พัฒนพงษ์. 2538. **บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด**. วารสารพยาบาลกองทัพบก 13(1): 13-17.
- เพ็ญศรี ระเบียบ. 2539. **ทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัดสำเนา)
- รพีพรรณ อุปการ. 2543. **การจัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณ ประสารอริคม และคณะ. 2546. **การบริหารยาของผู้ป่วยและครอบครัวในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน**. วารสารกองการพยาบาล 30(2): 18-31.
- วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์. 2544. **ผลของการนวดแผนไทยต่อการลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิชาญ หล่อวิทยา, และคณะ. 2544. **Manual of Radiation Oncology**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพรรณ โกมลประเสริฐ. 2544. **การให้คำแนะนำต่อการหายของแผลในช่องปากของแผลในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริรัตน์ เปลี่ยนบางยาง. 2533. **ผลของการฝึกอิเอ็มจีไปโอพีตแบบร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ วิจิตร. 2548. **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสีเคมีบำบัด.** กรุงเทพฯ : ฮายาบุสะกราฟฟิค.
- ศรีสุนทรา เจิมวรพิพัฒน์. 2545. **การพยาบาล หู คอ จมูก.** นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. 2534. **ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต และความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. พยาบาลสาร (ตุลาคม-ธันวาคม): 12-33.**
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. **การพยาบาล:ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: หจก. วี เจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2538. **การประชุมวิชาการเรื่องความปวด: ทฤษฎีและการดูแลช่วยเหลือ ครั้งที่ 3 เอกสารหมายเลข 8 เรื่อง การดูแลผู้เจ็บปวดจากมะเร็ง วันที่ 24-26 พฤษภาคม 2538. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- สมพร ชินโนรส. 2538. **การประชุมวิชาการเรื่องความปวด: ทฤษฎีและการดูแลช่วยเหลือ ครั้งที่ 3 เอกสารหมายเลข 9 เรื่อง แนวคิดและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ใหญ่ที่มีความปวด: ปัญหาและอุปสรรควันที่ 24-26 พฤษภาคม 2538. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- สมศรี เจริญล้ำ. 2525. **ผลของการพยาบาลผู้ป่วยแบบเน้นการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะหลังผ่าตัด ต่อช่วงเวลาที่ต้องการตอบสนองต่อยาแก้ปวดและประสบการณ์ความเจ็บปวด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศรี รัตน์ปรียานุช. 2525. **ศึกษาวิธีการลุกนั่งที่สัมพันธ์กับการเจ็บแผลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สินีนุช รัตน์สมบัติ. 2540. **ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุดธิดา สันดีไทยกุล. 2538. **ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ขี้ผึ้ง พีเอช 5 ยูเซอรินในการป้องกันผลของรังสีรักษาต่อผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. 2540. **ประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วย มะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุปราณี นิรุติศาสน์. 2545. **โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา และเคมีบำบัด เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง บทบาทของพยาบาลในการบำบัดอาการปวดจากมะเร็ง. วันที่ 30-31 กรกฎาคม และ 5 สิงหาคม 2545.**
กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- สุพร พลยานันท์. 2528. **การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แม็ค.
- สุमितรา ทองประเสริฐ. 2537. **ภาวะฉุกเฉินและปัญหาที่พบได้บ่อยในโรคมะเร็ง.** กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุรจิตร์ คุณสกุล. 2542. **คู่มือการดูแลและเตรียมช่องปากผู้ป่วยรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ.** ขอนแก่น: โรงพิมพ์บุญญไพศาลเจริญ.
- สุวรรณณี อุดมทัศน์ย์. 2538. **การประชุมวิชาการเรื่องความปวด : ทฤษฎีและการดูแลช่วยเหลือ ครั้งที่ 3 เอกสารหมายเลข 9 เรื่องการประเมินความปวดในเด็ก.วันที่ 24-26 พฤษภาคม 2538. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- อภินันตรี กองทอง. 2544. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉรา นุตตะโร. 2546. **ประสิทธิผลของการบำบัดการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่การวิเคราะห์ห่อภิมาณ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี แก้วสระศรี. 2541. **การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยชายโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- คูโร ชลฺุยนาค. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ๋ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คูโร นิโรนันท์. 2539. **ผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ๋ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอร แซ่จิ๋ว, เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา และสมจิต หนูเจริญกุล. 2545. ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. **รามาทิบัติพยาบาลสาร** 8(3): 192-205.

ภาษาอังกฤษ

- Baker, K.H. and Feldman, J.E. 1987. Cancer of the head and neck. **Cancer Nursing**10(October): 293-299.
- Berger, A.M., and Eilers,J. 1998. Factors influencing oral cavity status during high Dose antineoplastic therapy : A secondary data analysis. **Oncology Nursing Forum** 25(9): 1623-1626.
- Boss, B.J. 1992. **Medical surgical nursing : Assessment and management of clinical problems.** St. Louis : Mosby Year Book.
- Burns, N., and Grove,S.K. 2001. **The practice of nursing research: Conduct, Critique and Utilization.** 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunder.
- Chang, et al. 2002. Overcoming patient related barriers to Cancer pain management for home care patients. **Cancer Nursing** 25(6):470-476.
- Cleeland, C.S. 1984. The impact of pain on the patient with cancer. **Cancer** 54: 2635-2641.
- Clotfelter, C.E. 1999. The effect of an educational intervention on decreasing pain intensity in elderly people with cancer. **Oncology Nursing Forum** 26: 27-33.
- DeWit, F., et al. 1997. A pain education program for chronic cancer pain patients: Follow up results from a randomized controlled trial. **Pain** 73: 55-69.
- Dodd, M.J. 1984. Patterns of self-care in cancer patient's receiving radiation therapy. **Oncology Nursing Forum** 10(3): 23-27.

- Dodd, M.J. 1987. Proactive information effect on self – care of radiation therapy patients. **Heart and Lung** 16(5): 538-544.
- Dodd, M.J. 2000. The PRO-SELF Program: A self care intervention program for patients receiving cancer treatment. **Seminars in Oncology Nursing** 16(4): 300-308.
- Dodd, M.J., et al. 2001. Nursing theory and concept development or analysis. **Journal of Advance Nursing** 33(5): 668-676.
- Dodd, M.J., et al . 2003. The PRO-SELF Pain control Program: An effective approach for cancer pain management. **Oncology Nursing Forum** 30: 65-73.
- Dudjak, L.A. 1987. Mouth care for mucositis due to radiation therapy. **Cancer Nursing**10 (June): 131-140.
- Eardley, A. 1986. What do patients need to know ? **Nursing Time** 82: 16-22.
- Ferrell, B.R. & Schneider, C. 1988. Experience and management of cancer pain at home. **Cancer Nursing** 11(2): 84-90.
- Ferrell, B.R. & Rivera, L.M. 1997. Cancer pain education for patients. **Seminars in Oncology Nursing** 13(1): 42-48.
- Fitzgibbon , D.R. & Chapman, C.R. 2001. **Cancer pain: assessment and diagnosis. Bonica management of pain. 3rd** . Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkin.
- Francoeur, R.B. 2005. The relationship of cancer symptom cluster to depressive affect in the initial phase of palliative radiation. **Journal of Pain and Symptom Management** 29(2): 130-150.
- Huang, H.Y. 1998. **Pain and symptom experiences of persons with nasopharyngeal Carcinoma over the course of radiation therapy in Taiwan**. Doctoral dissertation. School of Nursing, University of Washington.
- Huang, H.Y., Wilkie, D.J. and Chapman, C. 2003. Pain trajectory of taiwanese with nasopharyngeal cacinoma over the couese of radiation therapy. **Journal of Pain and Symptom Management** 25(3): 247-255.
- Ignatavicius (Ed.) 1999. **Medical surgical nursing: A nursing process approach vol. I.** United State of America: W.B. Saunders Company.

- Janjan, N.A., Weissman, D.E., and Pahule, A. 1992. Improved pain management with Daily nursing intervention during radiation therapy for head and neck carcinoma. **International Journal of radiation Oncology, Biology, and Physics** 23(3): 647-652.
- King, B.K. et al. 1985. Patients descriptions of the experience of receiving radiation Therapy. **Oncology Nursing Forum** 12(4): 55-61.
- Kwong, K.K. 2004. Prevention and treatment of oropharyngeal mucositis following cancer therapy. **Cancer Nursing** 27(3): 183-205.
- Lai, Y.H. et al. 2003. Symptom distress, catastrophic thinking, and hope in nasopharyngeal carcinoma patients. **Cancer Nursing** 26(6): 485-492.
- Larson, P.J., et al. 1998. The PRO-SELF Mouth Aware program: An effective approach for reducing chemotherapy-induced mucositis. **Cancer Nursing** 21(4): 263-268.
- Larsson, M. et al. 2005. Eating problems and weight loss for patients with head and neck cancer. **Cancer Nursing** 28(6): 425-435.
- Levin, M.R. 1991. Placebo effect on mind and body. **JAMA**. 265, 1753 -1754.
- National Cancer Institute. 2005. Cancer Facts. Available form: <http://www.cancer.gov/>
- Madeya, M.L. 1996. Oral complications form cancer therapy: 1 pathophysiology and secondary complications. **Oncology Nursing Forum** 23(5) :801-807.
- McCaffery, M. 1979. **Nursing management of the patient with pain**. New York: J.B. Lippincott.
- McGuier, D.B., et al. 1993. Pattern of mucositis and pain in patients receiving preparative chemotherapy and bone marrow transplant. **Oncology Nursing Forum** 20(10): 1493-1502.
- McGuier, B.B., & Sheider, V.R. 1993. **Pain. Cancer Nursing: principle and practice**. 3rd ed. Boston : Jones and Bartlett.
- McGuier, D.B., Yeager, K.A., Peterson, D.E., Owen, D.C., and Wingard, J.R. 1998. Acute oral pain and mucositis in bone marrow transplant and leukemia patients: data from a pilot study. **Cancer nursing** 21(6): 385-393.
- McMillan, S. et al. 2000. Management of pain and pain-related symptoms in hospitalized veterans with cancer. **Cancer Nursing** 23(5): 327-336.

- Miaskowski, C. and Lee, K.A. 1999. Pain, fatigue, and sleep disturbances in oncology outpatients receiving radiation therapy for bone metastasis. **Journal of Pain and Symptom Management** 17(5): 320-332.
- Miaskowski, C., et al. 2001. Lack of Adherence with the analgesic regimen: A significant barrier to effective cancer pain management. **Journal of Clinical Oncology** 19(23): 4275-4279.
- Miaskowski, C., et al. 2002. Oncology outpatients with pain from bone metastasis require more than around the clock dosing of analgesics to achieve adequate pain control. **The Journal of Pain** 3(1): 12-20.
- Orem, D.E. 1995. **Nursing concepts of practice**. 5th. St.Louis: Mosby.
- Otto, S.E. 2001. **Oncology nursing**. 4th St louis: Mosby.
- Penn, C. 1988. Promoting independence. **Journal of Gerontological Nursing** 14(3): 14-18.
- Poroch, C. 1995. The effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiation therapy. **Cancer Nursing** 18(3): 206-214.
- Porock, D., Nikoletti, S., and Cameron, F. 2004. The relationship between factors that impair Wound healing and the severity of acute radiation skin and mucosal toxicities in head and neck cancer. **Cancer nursing** 27(1): 71-78.
- Portenoy,R.K., & Hagen , N.A. 1990. Breakthrough pain : definition, prevalence and Characteristic. **Pain** 41: 273-281.
- Rose, P. and Yates, P. 2001. Quality of life experienced by patients receiving radiation treatment for cancer of head and neck **Cancer Nursing** 24(4): 255-263.
- Rodriguez, C.S. 2004. Pain measurement in older adults with head and neck cancer and communication impairment **Cancer Nursing**. 27(6): 425-433.
- Saarilahti, K. et al. 2002. Comparison of granulocyte-macrophage colony-stimulating Factor and sucralfate mouthwashes in the prevention of radiation-induced mucositis: A double-blind prospective randomized phase III study. **International Journal of radiation Oncology, Biology, and Physics** 54(2): 479-485.
- Schumacher, K.L., Koresawa. S., West, C., Hawkins, C. et al. 2002. Putting cancer pain management regimens Into practice at home. **Journal of Pain and Symptom Management** 23(5): 369-382.

- Schumacher, K.L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M.J., et al. 2002. The usefulness of pain management diary for oncology outpatients with cancer-related pain. **Oncology Nursing Forum** 29(9) : 1304-1313.
- Schumacher, K.L., West, C., Dodd, M.J., Paul, S.T., et al. 2002. Pain management Autobiographies and reluctance to use opioids for cancer pain management. **Cancer Nursing** 25(2): 125-133.
- Sella, S. 1991. Using self care intervention in coping with side effects of radiation therapy to the head and neck. **Oncology Nursing Forum** 18 (abstr)
- Serlin, V.R., Mendoza, T.R., Nakamura, Y., Edwards, K. & Cleeland, C.S. 1995. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. **Pain** 61, 277-284.
- Shiba, G.H. 1997. **Radiation Therapy-Related Mucositis, Mucositis Pain, and Self-care Behaviors of Head and Neck Cancer Patient**. Doctoral dissertation. Department of Nursing, University of California.
- Shih, A. et al. 2003. Mechanisms for radiation-induced oral mucositis and the consequences. **Cancer Nursing** 26(3): 222-226.
- Torry, A.T. & Glick, O.J. 1993. The use of therapeutic massage as nursing intervention to Modify anxiety and the perception of cancer pain. **Cancer Nursing** 16(2): 93-101.
- Ward, S.E., et al. 1993. Patient-related barriers for management of cancer pain. **Pain** 52: 319-324.
- Weissman, D., Janjan, N., and Byhardt, R.W. 1989. Assessment of pain during head and neck irradiation. **Journal of Pain and Symptom Management** 4(2): 90-95.
- World Health Organization. 1996. **Cancer pain relief : with a guide to opioid availability**. 2nd ed.
- Zimmerman, L., et al. 1996. Psychological variables and cancer pain. **Cancer Nursing** 19(1): 44-53.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

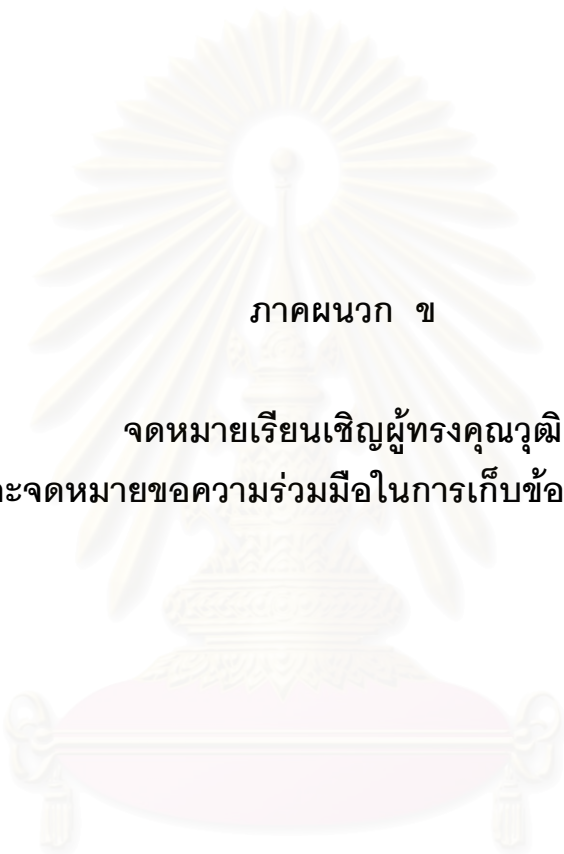
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รศ. แพทย์หญิง สุปราณี นิรุตติศาสตร์	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายแพทย์ชวลิต เลิศบุศยานุกูล	ภาควิชารังสีรักษาและ มะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวเนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยอಂಗวานิช 6 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
อาจารย์ปณิชา บุญสวัสดิ์	ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ผศ. กมลรัตน์ เอิบสิริสุข	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
นางสาวแม่นมมา จิระจรัส	ผู้อำนวยการพยาบาล งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ผศ. ดร.ชูชื่น ชีวพูนผล	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 1997

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนารี ชื่นคล้าย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชีวพูนผล อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชีวพูนผล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวนารี ชื่นคล้าย โทร. 0-1566-9664

ที่ ศธ 0512.11/ 1997

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนารี ชื่นคล้าย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สุปราณี นิรุตติศาสตร์ นายแพทย์ 9
2. นางสาวเนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ พยาบาลระดับ 6

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สุปราณี นิรุตติศาสตร์ และ นางสาวเนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ที่อธิบดี นางสาวนารี ชื่นคล้าย โทร. 0-1566-9664

ที่ ศธ 0512.11/ 1997

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนารี ชื่นคล้าย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กมลรัตน์ เอิบสิริสุข อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กมลรัตน์ เอิบสิริสุข

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ที่อธิบดี

นางสาวนารี ชื่นคล้าย โทร. 0-1566-9664

ที่ ศธ 0512.11/ 1997

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนารี ชื่นคล้าย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวแม่นมมา จิระจรัส ผู้อำนวยการพยาบาลงานอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวแม่นมมา จิระจรัส

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวนารี ชื่นคล้าย โทร. 0-1566-9664

ที่ ศธ 0512.11/ 2032

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนารี ชื่นคล้าย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ชวลิต เลิศบุศยานุกูล อาจารย์แพทย์ด้านเวชกรรม สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ชวลิต เลิศบุศยานุกูล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวนารี ชื่นคล้าย โทร. 0-1566-9664

ที่ ศธ 0512.11/ 2032

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนารี ชื่นคล้าย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ปณิชา บุญสวัสดิ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ปณิชา บุญสวัสดิ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวนารี ชื่นคล้าย โทร. 0-1566-9664

ที่ ศธ 0512.11/ 2032

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

6 ธันวาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ

เนื่องด้วย นางสาวนารี ชื่นคล้าย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 30 คน ณ แผนกรังสีรักษา โดยใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบบันทึกการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด มาตราวัดความรุนแรงของอาการปวด และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนารี ชื่นคล้าย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ที่อนิสิต

นางสาวนารี ชื่นคล้าย โทร. 0-1566-9664

ที่ ศธ 0512.11/2032

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

5 มกราคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวนารี ชื่นคล้าย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 40 คน ณ หอผู้ป่วยว่องวานิชโดยใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบบันทึกการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด มาตรฐานความรุนแรงของอาการปวด และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนารี ชื่นคล้าย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภัฏญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

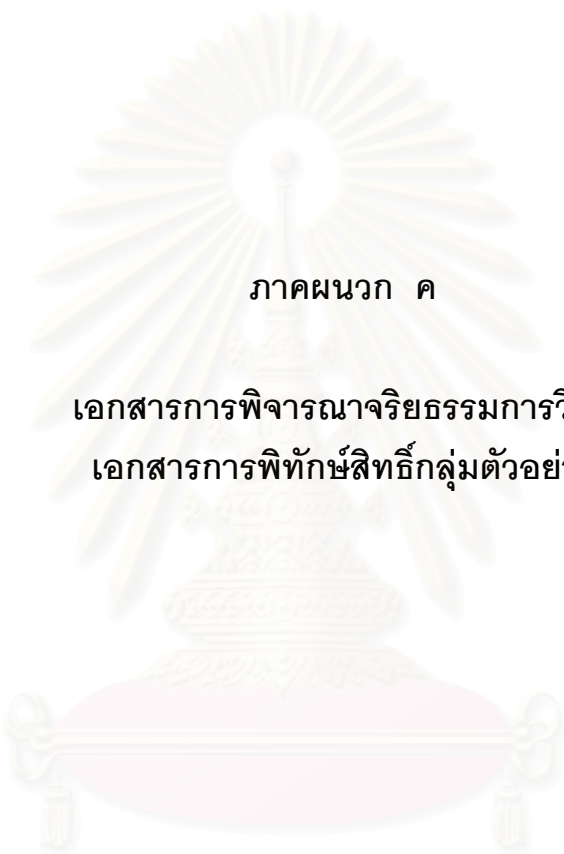
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ที่นินิต

นางสาวนารี ชื่นคล้าย โทร. 0-1566-9664



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

- ส่วนที่ 1 เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ส่วนที่ 2 ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
ส่วนที่ 3 ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 4455, 4493 ต่อ 14
 ที่ วจ. 11/2549 วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2549
 เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 เรียน น.ส. นารี ชื่นคล้าย

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ครั้งที่ 1/2549 ในวันจันทร์ที่ 9
 มกราคม พ.ศ. 2549 ได้พิจารณาโครงการวิจัยและเอกสารดังรายละเอียดต่อไปนี้

- โครงร่างการวิจัยฉบับแก้ไข

เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวด
 ของ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

หัวหน้าโครงการวิจัย น.ส. นารี ชื่นคล้าย

คณะกรรมการมีมติให้ผ่านจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิไล ชินธเนศ)
 รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี คณะแพทยศาสตร์

สำเนาเรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
 เพื่อทราบ

ใบยินยอมของผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวด
ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

เลขที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวนารี ชื่นคล้าย ที่อยู่ 38 หมู่ 6 แขวง คันนายาว เขต
คันนายาว กรุงเทพฯ ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และ
แนวทางการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อ
ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง
และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้อย่าง
เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วม
การศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้ทำวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษา
ทดลอง ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำวิจัยทันที

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางสาวนารี ชื่นคล้าย)

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่

.....
(.....) พยาน

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา

(Patient/Participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

THE EFFECT OF USING THE PRO-SELF PAIN CONTROL PROGRAM ON PAIN IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS RECEIVING RADIATION

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนารี ชื่นคล้าย ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4143 **โทรศัพท์ที่บ้าน** 02-919-2477

วิทยุติดตามตัว - **โทรศัพท์เคลื่อนที่** 01-566-9664

E-mail Address: chunkhlay_tor@yahoo.co.th

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยอวบน้ำ 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

น.ส. นารี ชื่นคล้าย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ 01-5669664

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย ลักษณะของเซลล์มะเร็งจะไวและตอบสนองต่อรังสีได้เป็นอย่างดี ดังนั้นรังสีรักษาจึงเป็นวิธีที่นิยมใช้ในทุกระยะของโรคมะเร็งโดยมีจุดประสงค์เพื่อการรักษา ควบคุมประคองอาการและเสริมการผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีประโยชน์มากมาย แต่ก็ทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้เช่นกัน โดยรังสีจะทำลายทั้งเนื้อเยื่อที่ปกติและเยื่อ ดังนั้นในช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับรังสีรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดอาการเจ็บปวดได้ ตั้งแต่ในระยะแรกของการรักษาและอาการปวดเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รังสีในปริมาณที่มากขึ้น อาการปวดที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดจะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงจากการมีแผลในช่องปาก นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพออ่อนเพลียมากขึ้น และรู้สึกท้อแท้

ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในการจัดการกับอาการและมีความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่อยู่โรงพยาบาลในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่ได้รับรังสี

รักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านและต้องจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง โดยปราศจากการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถจัดการกับอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก และมารับการรักษาที่สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจะสุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเข้ากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มโดยในแต่ละกลุ่มจะมีคุณสมบัติเหมือนกัน

2. กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาจะได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสี ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสี การดูแลตนเองในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาจำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 เพื่อประเมินอาการปวด ใช้เวลา 10 นาที

3. กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาได้รับ โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา โดยให้ข้อมูล 3 ครั้ง คือก่อนได้รับรังสี ภายหลังจากได้รับรังสี 1 สัปดาห์ และภายหลังจากได้รับรังสี 2 สัปดาห์ ในเรื่องของการได้รับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อนเมื่อได้รับรังสีรักษา การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ความรู้เกี่ยวกับอาการปวด สาเหตุของอาการปวด การประเมินอาการปวด ประเภทของยาบรรเทาอาการปวด วิธีการใช้ยาบรรเทาอาการปวด อาการข้างเคียงจากการได้รับยาบรรเทาอาการปวดและการฝึกทักษะปฏิบัติ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ในเรื่องการดูแลช่องปาก การบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกการบริหารขยายช่องปาก

ผู้วิจัยประเมินอาการปวดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา ก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด และหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดได้ด้วยตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของการได้รับรังสีรักษา

2. นำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากการได้รับรังสี

รักษา

ข้อดีและความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นของการเข้าร่วมงานวิจัย

ข้อดี : 1. การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์โดยตรงกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในอนาคตโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดได้

2. ผู้ป่วยที่เข้าโครงการวิจัยนี้ จะได้รับการดูแลจากผู้วิจัยอย่างใกล้ชิดทั้ง 2 กลุ่ม

ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น : ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาในโครงการวิจัยนี้ เพียงแต่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาโครงการวิจัยต้องเสียสละเวลาเพียงเล็กน้อย

ค่าใช้จ่าย : ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมงานวิจัยและจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

สิทธิในการงดเข้าร่วมงานวิจัย : ท่านสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการรับการรักษาพยาบาล

การรักษาความลับ : ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากท่านจะถือเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้คนอื่นทราบนอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมจากกรวิจัยในครั้งนี้อาจจะถูกตีพิมพ์และสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวด
- ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด
- ส่วนที่ 4 โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ID code.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง	
อายุ.....ปี			
สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง
ศาสนา	<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> อิสลาม
ระดับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	
	<input type="checkbox"/> ปวช./ปวส./อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี/ สูงกว่า	
	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....		
อาชีพ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	
	<input type="checkbox"/> ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	
ประวัติการสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> หยุดสูบบุหรี่ ระบุ..... ปี	
	<input type="checkbox"/> สูบบุหรี่ ระบุมวน ต่อวัน ปี		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่ม ระบุ	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (ผู้วิจัยบันทึกด้วยตนเอง)

1. การวินิจฉัยโรคมะเร็ง.....

2. ระยะของโรคมะเร็ง.....T.....N.....M..... Stage I II III IV

3. การรักษาที่ได้รับ

การผ่าตัด ระบุ.....วันที่.....

เคมีบำบัด ระบุ.....ครั้งที่.....

รังสีรักษา

ชนิดของรังสี

ตำแหน่ง ปริมาณ.....เซนติเกรย์

4. ประวัติอาการปวด

ตำแหน่งที่มีอาการปวด.....

ลักษณะอาการปวด ปวดเมื่อย ปวดชา ปวดตื้อ ๆ

ปวดเหมือนไฟช็อต ปวดบิด ปวดจี๊ด ๆ

ปวดเหมือนมีของแหลมทิ่ม ปวดแสบปวดร้อน

ปวดหน่วง ๆ อื่น ๆ ระบุ.....

รูปแบบอาการปวด ปวดเป็นระยะสั้น ๆ ชั่วครู่

ปวดเป็นจังหวะเป็น ๆ หาย ๆ

ปวดต่อเนื่องและคงที่

เวลาที่เกิดอาการปวด กลางคืน ระหว่างการเคลื่อนไหว หรือมีกิจกรรม

ระหว่างการพักผ่อน ตลอดเวลา

อื่น ๆ ระบุ.....

ชนิดของยาบรรเทาอาการปวด

ชื่อยา

ขนาด

วิธีการให้ยา

.....

.....

.....

.....

การจัดการกับอาการปวด.....

ความรู้สึกต่ออาการปวดที่เกิดขึ้น (จากการบอกเล่าของผู้ป่วย).....

.....

แบบประเมินความเจ็บปวด

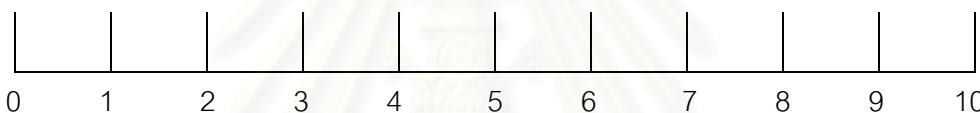
ID code.....ครั้งที่ประเมิน.....

มาตรวัดความรุนแรงของอาการปวด

คำชี้แจง

มาตรวัดนี้เป็นมาตรวัดอาการปวดตามความรู้สึกของท่าน ตั้งแต่ไม่มีอาการปวดจนกระทั่งมีอาการปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้ โปรดกาเครื่องหมายหรือขีดลงบนตัวเลขระหว่าง 0-10 ที่ได้ก็ได้ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด

1. อาการปวดในช่องปากของท่าน ขณะนี้ อยู่ในระดับใด



ไม่รู้สึกปวด

ปวดมากจนทนไม่ได้

2. อาการปวดในช่องปากของท่าน ขณะดื่มน้ำ อยู่ในระดับใด



ไม่รู้สึกปวด

ปวดมากจนทนไม่ได้

3. อาการปวดในช่องปากของท่าน ขณะเคี้ยวอาหาร อยู่ในระดับใด



ไม่รู้สึกปวด

ปวดมากจนทนไม่ได้

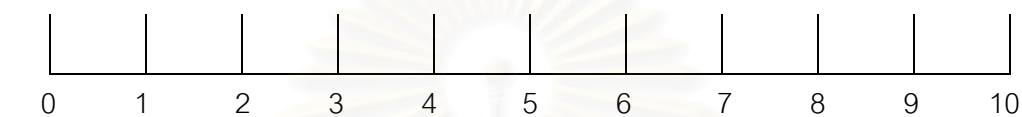
4. อาการปวดของท่านในช่องปากขณะพูด อยู่ในระดับใด



ไม่รู้สึกรปวด

ปวดมากจนทนไม่ได้

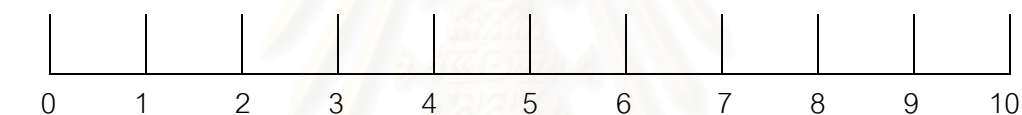
5. อาการปวดในช่องปากของท่านที่รู้สึกว่ารุนแรงมากที่สุด อยู่ในระดับใด



ไม่รู้สึกรปวด

ปวดมากจนทนไม่ได้

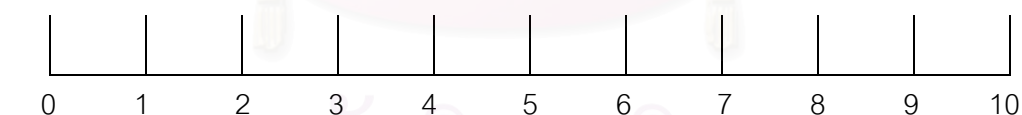
6. อาการปวดในช่องปากของท่านที่รู้สึกว่ารุนแรงน้อยที่สุด อยู่ในระดับใด



ไม่รู้สึกรปวด

ปวดมากจนทนไม่ได้

7. อาการปวดในช่องปากเฉลี่ย ของท่านอยู่ในระดับใด



ไม่รู้สึกรปวด

ปวดมากจนทนไม่ได้

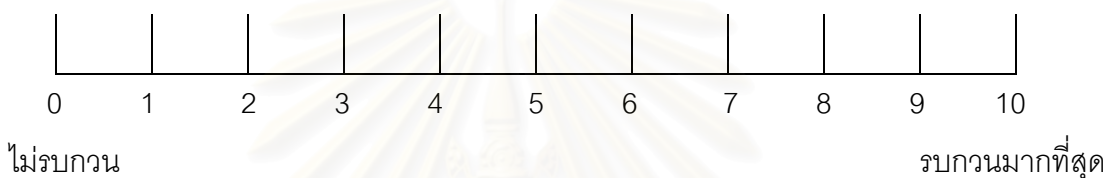
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด

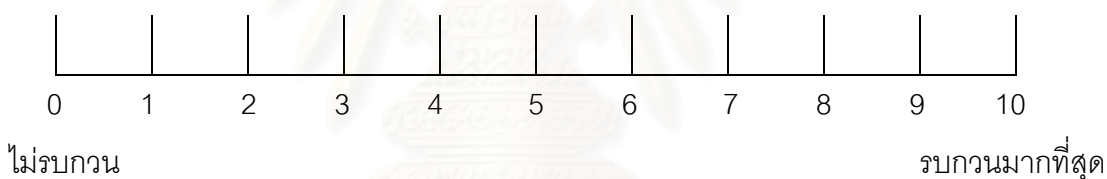
คำชี้แจง

แบบบันทึกนี้เป็นแบบบันทึกการรบกวนของอาการปวดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ไม่รบกวน จนกระทั่งรบกวนมากที่สุด โปรดวงกลมบนตัวเลขระหว่าง 0-10 ที่ได้ก็ได้ตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้

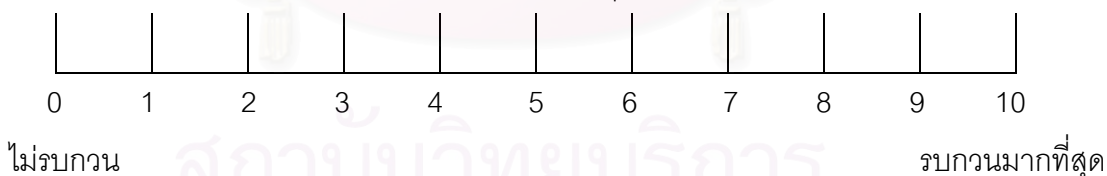
1. อาการปวดในช่องปากรบกวน การทำกิจวัตรประจำวัน (การรับประทานอาหาร, การพูด, การดื่มน้ำ) ของท่านระดับใด



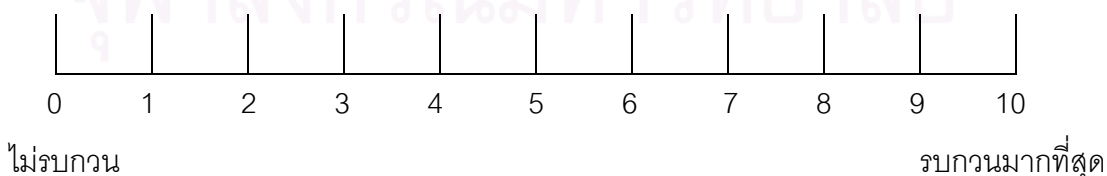
2. อาการปวดในช่องปากรบกวนทางด้าน อารมณ์ ของท่านระดับใด



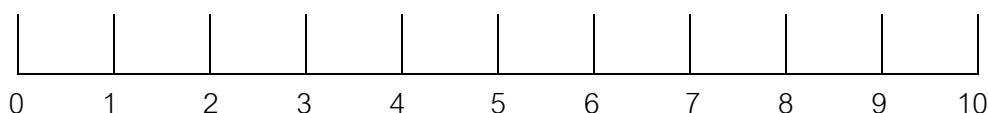
3. อาการปวดในช่องปากรบกวน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ของท่านระดับใด



4. อาการปวดในช่องปากรบกวน ความสามารถในการเดินหรือการเคลื่อนไหว ของท่านระดับใด



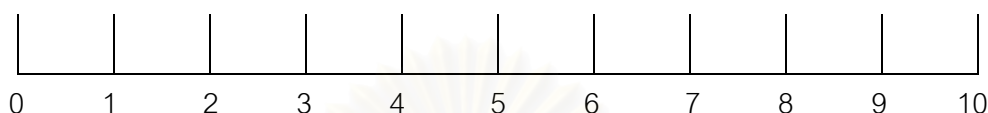
5. อากาการปวดในช่องปากรบกวนการนอนหลับของท่าน ระดับใด



ไม่รบกวน

รบกวนมากที่สุด

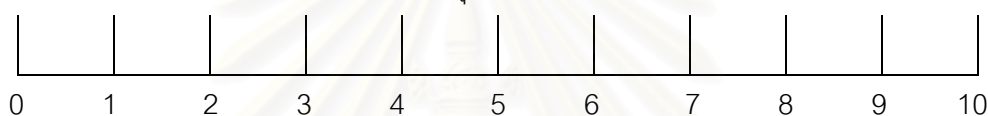
6. อากาการปวดในช่องปากรบกวนการทำงาน (ทั้งในบ้านและนอกรบ้าน) ของท่านระดับใด



ไม่รบกวน

รบกวนมากที่สุด

7. อากาการปวดในช่องปากรบกวนความเป็นสุขในชีวิต ของท่านระดับใด



ไม่รบกวน

รบกวนมากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด

ID codeครั้งที่ประเมิน.....

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองในการจัดการกับอาการปวดในช่องปาก และ/หรือ คอ ของท่านในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาในระหว่างที่ได้รับการฉายรังสี

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านประเมินความรุนแรงของอาการปวดโดยใช้มาตรวัดอาการปวด				
2. ท่านรับประทานยาบรรเทาปวดตามเวลาที่แพทย์สั่ง				
3. ท่านสังเกตอาการข้างเคียงหลังรับประทานยาบรรเทาปวด				
.....				
.....				
13. เมื่อเกิดแผลในช่องปากท่านบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 1-2 ชั่วโมง				
14. ท่านแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม				
15. ท่านรายงานแพทย์เมื่ออาการปวดไม่ลดลง				

คู่มือสำหรับพยาบาล โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง

ปัญหา

มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย ลักษณะของเซลล์มะเร็งจะไวและตอบสนองต่อรังสีได้เป็นอย่างดี ดังนั้นรังสีรักษาจึงเป็นวิธีที่นิยมใช้ในทุกระยะของโรคมะเร็ง โดยมีจุดประสงค์เพื่อการรักษา ควบคุมประคองอาการและเสริมการผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีประโยชน์มากมาย แต่ก็ทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้เช่นกัน โดยรังสีจะทำลายทั้งเนื้อเยื่อที่ปกติและเยื่อเมือก ดังนั้นในช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับรังสีรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดอาการเจ็บปวดได้ตั้งแต่ในระยะแรกของการรักษาและอาการปวดเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับรังสีในปริมาณที่มากขึ้น อาการปวดที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดจะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงจากการมีแผลในช่องปาก นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพออ่อนเพลียมากขึ้น และรู้สึกท้อแท้

ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1995) ภาวะความเจ็บป่วยมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเกิดขึ้นหลายอย่าง ทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นอันเนื่องมาจากปัญหาของโรค การรักษา และอาการข้างเคียง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับฉายารังสีแบบผู้ป่วยนอกที่ต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นระยะเวลาดังนั้น บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองและไม่สามารถจัดการกับอาการปวดให้หายไปได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการศึกษาวิธีการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดโดยเฉพาะอาการปวดในช่องปากเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจาก จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถเพียงพอในการดูแลตนเองเพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในการจัดการกับอาการปวดแล้วยังช่วยลดอัตราการสูญหายของผู้ป่วยขณะฉายรังสีแล้วยังอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งในระหว่างรับการฉายรังสีและเมื่อเสร็จสิ้นการรักษา ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ The PRO-SELF Pain Control Program ของ Dodd et al (2003) และโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อเมือกช่องปากอักเสบของเนตรสุวีร์ณ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547)

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้เรียนรู้ถึงประสบการณ์อาการปวด ประเมินความรุนแรงที่เกิดขึ้น และสามารถผสมผสานกลวิธีในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการได้เป็นอย่างดี

โปรแกรมนี้ได้พัฒนาจากแนวคิดของ The PRO-SELF Pain Control Program ของ Dodd et al. (2001) และโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบ ของเนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการจัดการกับอาการด้วยตนเองเพื่อลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก

4 ประการ คือ

1. การประเมินปัญหาและความต้องการ เพื่อค้นหาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

2. การให้ข้อมูล เป็นการสอนเพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างถูกต้องรวมทั้งการประเมิน การสังเกตอาการ และจัดการกับอาการด้วยตนเอง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง

3. การฝึกทักษะปฏิบัติ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญในทักษะที่เฉพาะกับอาการ สิ่งที่สำคัญของการฝึกทักษะคือการปฏิบัติที่ถูกต้อง การปฏิบัติในเวลาที่เหมาะสมและสามารถประเมินได้ พยาบาลเป็นผู้สาธิตการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จำนวน 2 ครั้ง และผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ

4. การส่งเสริมและสนับสนุน โดยซักถามประสบการณ์การเกิดอาการ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมกิจกรรมการดูแลตนเอง และให้การสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยใช้การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง

ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการฉายรังสี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล
2. ประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3. เพื่อค้นหาปัญหาและประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการได้รับรังสีรักษา และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

กิจกรรม

1. พบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แนะนำตนเอง บอกประโยชน์ของการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. พบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้
 - 2.1 การรับรู้เกี่ยวกับการฉายรังสี
 - 2.2 การประเมินอาการและการตอบสนองต่อการได้รับการฉายรังสี
 - 2.3 ประสบการณ์การดูแลตนเอง
3. ค้นหาปัญหา โดยผู้วิจัยซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาคำตอบของอาการ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และให้กำลังใจ
4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ตามเอกสารชุดที่ 1: แผนการสอนการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฉายรังสี
5. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวเอง “คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ”
6. ฝึกอบรมทักษะในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยการใช้วิธีการสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ ตามเอกสารชุดที่ 3: การฝึกทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับผลข้างเคียงจากการฉายรังสี
2. ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลช่องปากด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

สื่อการสอน ภาพประกอบคำบรรยาย

ระยะเวลา 60 นาที



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 2 ภายหลังได้รับการฉายรังสี 1 สัปดาห์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล
2. เพื่อค้นหาปัญหาและความสามารถในการดูแลตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการปวด การดูแลช่องปากเมื่อเกิดอาการปวดในช่องปากและคอ ภายหลังได้รับการฉายรังสี
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกการขยายช่องปาก

กิจกรรม

1. พบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. ชักถามปัญหาการดูแลตนเองและการจัดการกับผลข้างเคียงภายหลังได้รับการฉายรังสี ให้คำชี้แนะและความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ ให้ความรู้เสริมตามความต้องการของผู้ป่วย
3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับอาการปวด การจัดการกับอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดภายหลังได้รับการฉายรังสี การดูแลช่องปากเมื่อเกิดอาการปวดจากอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ตามเอกสารชุดที่ 2: แผนการสอนการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด
4. ฝึกทักษะในการบริหารกล้ามเนื้อคอ ตามเอกสารชุดที่ 4: การฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อคอ และการฝึกการขยายช่องปาก ตามเอกสารชุดที่ 5: การฝึกทักษะการขยายช่องปาก โดยการใช้วิธีการสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ

สื่อการสอน ภาพประกอบคำบรรยาย

ระยะเวลา 60 นาที

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดภายหลังได้รับการฉายรังสี
2. ผู้ป่วยมีทักษะในการบริหารกล้ามเนื้อคอและทักษะการขยายช่องปากอย่างถูกต้อง

ครั้งที่ 3 ภายหลังจากได้รับการฉายรังสี 2 สัปดาห์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม และคงไว้ซึ่งทักษะในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด

กิจกรรม

1. พบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และทบทวนความรู้ให้ผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย
3. ซักถามปัญหาการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการต่างๆ ให้คำชี้แนะและความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ได้รับรังสีและภายหลังจากได้รับรังสีครบอย่างน้อย 1 เดือน

สื่อการสอน ภาพประกอบคำบรรยาย

ระยะเวลา 40 นาที

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความสนใจซักถาม และร่วมทบทวนความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฉายรังสี
2. ผู้ป่วยสามารถบอกปัญหาการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการต่าง ๆ ระหว่างนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

เอกสารชุดที่ 1
แผนการสอนเรื่อง การดูแลตนเองเมื่อได้รับการฉายรังสี

ผู้สอน	นางสาวนารี ชื่นคล้าย
ผู้เรียน	ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี
เวลา	20 นาที
สถานที่	หอผู้ป่วยว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none">1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการฉายรังสีได้อย่างถูกต้อง2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองก่อนเริ่มการฉายรังสีได้อย่างถูกต้อง3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพทั่วไปในขณะที่ได้รับการฉายรังสีได้อย่างถูกต้อง4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อจัดการกับผลข้างเคียงจากการฉายรังสีได้อย่างถูกต้อง5. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองภายหลังการฉายรังสีครบได้อย่างถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	วิธีการสอน/สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการฉายรังสีได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นารี ชื่นคล้าย เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะมาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะที่ได้รับการฉายรังสี เพื่อให้ท่านสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>การฉายรังสีคือการรักษาเนื้องอกด้วยการใช้รังสี ฉายไปยังบริเวณที่เป็นมะเร็งเพื่อหยุดการเติบโตของมะเร็ง ทำให้มะเร็งยุบตัวลง ทั้งนี้จะต้องใช้ปริมาณรังสีที่เหมาะสม มากเพียงพอที่จะทำให้ลายเซลล์มะเร็งให้หมดไป สำหรับการฉายรังสีในบริเวณศีรษะและคอต้องใช้รังสีสูงถึง 7,000 เซนติเกรย์ หรือโดยแบ่งฉายรังสี 35 ครั้ง ประมาณ 7 สัปดาห์ อาจมีการทำลายเซลล์ปกติไปบ้าง เช่น ต่อม้ำลาย เยื่อหู ทำให้น้ำลายแห้ง เยื่อหู ช่องปากอักเสบ เจ็บปาก ซึ่งอาการเหล่านี้จะดีขึ้นภายหลังฉายรังสีครบการฉายรังสี ใช้เวลาครั้งละประมาณ 3-5 นาที หลังการฉายรังสี จะไม่มีรังสีตกค้างในร่างกาย</p>	1 นาที	บรรยาย /เปิดโอกาสให้ซักถาม	ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	วิธีการสอน/สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองก่อนเริ่มการฉายรังสีได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>ก่อนการฉายรังสีท่านจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพดังนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินสุขภาพทางด้านร่างกาย โดยแพทย์ 2. การตรวจสุขภาพปาก – ฟัน ถ้ามีฟันผุจะต้องทำการรักษาให้เรียบร้อยก่อนได้รับการฉายรังสี 3. การประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ 4. การกำหนดตำแหน่งของการฉายรังสี และวางแผนการรักษา <p>ท่านจะต้องดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรงเพื่อให้ได้รับรังสีรักษาครบตามแผนการรักษาโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาหาร ควรรับประทานให้ครบทั้ง 5 หมู่ และโปรตีนสูง ... 2. ดูแลสุขภาพช่องปาก 3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร <p>.....</p> <p>.....</p>		<p>บรรยาย / ภาพ พลิก</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองก่อนเริ่มการฉายรังสีได้ถูกต้อง</p>

เอกสารชุดที่ 2
แผนการสอนเรื่อง การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด

ผู้สอน	นางสาวนารี ชื่นคล้าย
ผู้เรียน	ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี
เวลา	20 นาที
สถานที่	หอผู้ป่วยว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none">1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจสาเหตุของอาการปวดได้อย่างถูกต้อง2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของอาการปวดได้อย่างถูกต้อง3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการปวดด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดภายหลังได้รับการฉายรังสีด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	วิธีการสอน/ สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นารี ชื่นคล้าย เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะมาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะที่ท่านต้องประสบกับอาการปวด เพื่อให้ท่านสามารถดูแลตนเองและจัดการกับอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะนี้คุณ.....รู้สึกอย่างไรบ้างคะ ต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้างคะ ปัญหาที่คุณ.....พบมีอะไรบ้าง ช่วยกรุณายกเล่าถึงประสบการณ์ ในขณะที่คุณ.....เกิดอาการปวด และมีวิธีในการจัดการกับอาการปวดอย่างไรบ้าง และผลจากการใช้วิธีดังกล่าวได้ผลอย่างไรบ้าง ค่ะ</p> <p>จากที่ดิฉันได้รับฟังประสบการณ์ของคุณ..... แล้ว ในลำดับต่อไปดิฉันจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวด ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวด 2. ผลกระทบของอาการปวด 3. การประเมินอาการปวด 4. วิธีการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการปวด 	2 นาที	สอบถาม ประสบการณ์	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	วิธีการสอน/ สื่อการสอน	การ ประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจสาเหตุของอาการปวดได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>อาการปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งสาเหตุของอาการปวดเกิดได้หลายสาเหตุ คือ</p> <p>1. ด้านร่างกาย</p> <p>1.1 รังสีทำให้เยื่อภายในช่องปากอักเสบ</p> <p>1.2 รังสีทำให้ผิวหนังบริเวณคอมีสีคล้ำขึ้น เมื่อได้รับรังสีหลาย ๆ ครั้งจะทำให้มีอาการปวดแสบ เหมือนโดนแดดจัด</p> <p>1.3 การลุกลามของโรคมะเร็ง ก้อนเนื้ออกโตกดเบียด</p> <p>.....</p>	1 นาที	บรรยาย ประกอบคู่มือ	ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของอาการปวดได้อย่างน้อย 1 ข้อ
<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของอาการปวดได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>อาการปวดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ</p> <p>1. ด้านร่างกาย</p> <p>2. ด้านอารมณ์</p> <p>3. ด้านสังคม</p> <p>4. ด้านเศรษฐกิจ.....</p>	1 นาที	บรรยาย	ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบของอาการปวดได้ถูกต้องอย่างน้อย 3 ข้อ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	วิธีการสอน/ สื่อการสอน	การ ประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการปวดด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>อาการปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลผู้ป่วยเท่านั้นเป็นบุคคลที่สามารถบอกถึงอาการปวดได้ดีที่สุด ดังนั้นการที่ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการปวดได้อย่างรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	1 นาที	บรรยาย / ภาพพลิก	ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการปวดได้อย่างถูกต้อง
<p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดภายหลังได้รับการฉายรังสีอย่างถูกต้อง</p>	<p>เมื่อได้รับการฉายรังสีเพิ่มมากขึ้นจะทำให้อาการปวดในช่องปากเพิ่มมากขึ้น จากการพูด การรับประทานอาหาร และการกลืน ดังนั้นผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดโดยเฉพาะในช่องปากได้ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลช่องปากที่ถูกต้อง แปรงฟันด้วยแปรงที่มีขนอ่อนนุ่ม เพราะแปรงที่แข็งเกินไป จะทำให้มีแผลในปากมากขึ้น 2. ประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ และประเมินอาการปวดอย่างต่อเนื่อง 3. เมื่อเกิดอาการปวดในช่องปาก ควรปฏิบัติดังนี้ <p>.....</p> <p>.....</p>	1 นาที	บรรยาย / ภาพพลิก	ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการปวดได้อย่างถูกต้อง

เอกสารชุดที่ 3

การฝึกทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

หลักการ

อาการเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดภายในช่องปาก ดังนั้นการควบคุมอาการเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดอาการรุนแรงของอาการปวดในช่องปาก โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนการฝึกทักษะ

1. การตรวจช่องปากและการประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

1.1 การตรวจช่องปาก เวลาที่เหมาะสมในการตรวจคือภายหลังแปรงฟันตอนเช้า ควรตรวจสภาพช่องปากอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

1.2 การประเมินภาวะเยื่อช่องปาก

2. การดูแลช่องปากด้วยตนเอง

2.1 ล้างมือให้สะอาดก่อนการดูแลช่องปาก

2.2 การแปรงฟัน

2.2.1 แปรงสีฟันขนแปรงที่อ่อนจะมีประสิทธิภาพในการทำมาสะอาดได้มากกว่าแปรงสีฟันที่แข็ง และเป็นอันตรายต่อเหงือกและฟันน้อยกว่า

2.2.2 การแปรงฟัน.....

2.3 การใช้ไหมขัดฟัน

2.4 การบ้วนปากเป็นการทำความสะอาดหลังแปรงฟัน เพื่อขจัดคราบที่ติดอยู่อย่างหลวม ๆ ออก

2.4.1 น้ำยาบ้วนปาก.....

2.4.2 วิธีการบ้วนปาก

2.5 การทาแผลด้วยยาชาเพื่อให้เกิดอาการชา.....

เอกสารชุดที่ 4

การฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อคอ

หลักการ

การฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณคอมีการตึงรั้ง ทำให้เกิดภาวะปวดตึงบริเวณคอได้ อาการปวดตึงบริเวณคอจะมากขึ้นเมื่อได้รับรังสีในปริมาณที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณคอสามารถบรรเทาอาการนี้ได้

ขั้นตอนการฝึกทักษะ

1. ก้มหน้าให้คางชิดอก และแหงนศีรษะขึ้นไปทางด้านหลัง ทำในระดับที่ท่านสามารถทนได้และค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จนกล้ามเนื้อบริเวณคอรู้สึกตึง ปฏิบัติประมาณ 10 ครั้ง
2. หมุนคอซ้าย ๆ ไปทางซ้ายและสลับไปทางด้านขวา ปฏิบัติประมาณ 10 ครั้ง
3. เอียงศีรษะไปทางด้านข้างซ้ายสลับกับข้างขวาเอียงให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ ปฏิบัติประมาณ 10 ครั้ง
4. การบริหารกล้ามเนื้อคอ ควรทำวันละ 2 ครั้ง และปฏิบัติตั้งแต่เริ่มฉายรังสีจนกระทั่งฉายรังสีครบแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน

เอกสารชุดที่ 5

การฝึกทักษะการขยายช่องปาก

หลักการ

ภาวะช่องปากแคบ เป็นปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของรังสีต่อกล้ามเนื้อที่เคี้ยวอาหาร อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับการฉายรังสีหรือเกิดภายหลังสิ้นสุดการรักษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการทำความสะอาดช่องปาก ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในปากได้ง่าย นอกจากนี้ทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

ขั้นตอนการฝึกทักษะ

1. อ้าปากให้กว้างที่สุด แล้ว หุบ ควรทำซ้ำ ๆ วันละประมาณ 30-50 ครั้ง
2. ใช้ไม้ไอศกรีม หรือวัสดุที่มีขนาดใหญ่นำมาคานไว้ในปากวันละ 4-5 ครั้ง ครั้งละ 1-2 นาที
3. การทำกายภาพฟื้นฟูเพื่อขยายช่องปากนี้ต้องทำอย่างสม่ำเสมอทุกวันตั้งแต่เริ่มฉายรังสีจนกระทั่งภายหลังฉายรังสีครบ 1 เดือน

ตัวอย่างภาพประกอบคำบรรยาย

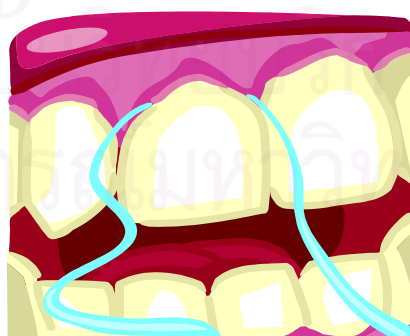
การจัดการกับอาการปวดในช่องปาก

1. การดูแลช่องปาก

1.1 แปรงฟันด้วยแปรงที่มีขนอ่อนนุ่ม หลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน



1.2 ใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดฟัน



ตัวอย่างคู่มือการดูแลตนเอง

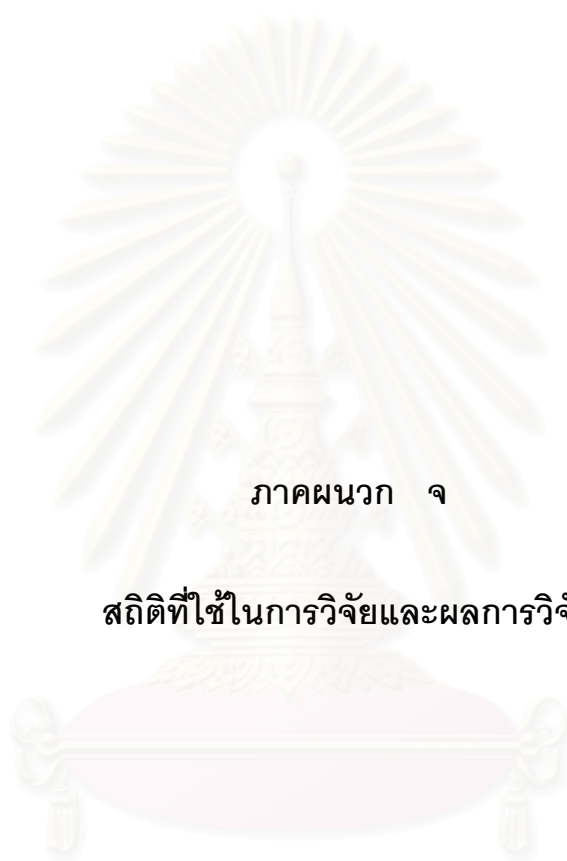
การฉายรังสี.....คืออะไร

การฉายรังสี คือการรักษาเนื้องอกด้วยการใช้รังสี เอ็กเรย์ เช่น เครื่องเร่งอนุภาค หรือ โคบอลต์ - 60 ฉายไปยังบริเวณที่เป็นมะเร็ง เพื่อหยุดการเติบโตของเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งยุบตัวลง

ระยะเวลาที่ใช้ในการฉายรังสี

การฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอจะแบ่งฉายรังสีประมาณ 3-5 ครั้ง หรือประมาณ 6-7 สัปดาห์ ระยะเวลาที่ใช้ในการฉายรังสีแต่ละครั้ง ประมาณ 15-20 นาที หลังการฉายรังสีจะไม่มีรังสีตกค้างในร่างกาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและผลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	α	=	คือค่าความสอดคล้องภายใน
	n	=	คือจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	=	คือผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	S_t^2	=	คือความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 สูตรคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean)

สูตร	\bar{X}	=	$\frac{\sum X}{n}$
------	-----------	---	--------------------

เมื่อ	\bar{X}	=	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 สูตรคำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

สูตร	S.D.	=	$\sqrt{\frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$
------	------	---	---

เมื่อ	S.D.	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนสังเกต
	$\sum X^2$	=	ผลรวมกำลังสองของคะแนนทั้งหมด
	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 สูตรทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย t-test (Independent sample) กรณี

$$\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

สูตร $t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$

เมื่อ $df =$ ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

$$= \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2 - 1}}$$

$\bar{X}_1 =$ ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_2 =$ ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$n_1 =$ ขนาดของกลุ่มทดลอง

$n_2 =$ ขนาดของกลุ่มควบคุม

$S_1^2 =$ ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ
(กลุ่มทดลอง)

$S_2^2 =$ ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ
(กลุ่มควบคุม)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการปวดเป็นรายข้อ ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของอาการปวด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	(n= 20)		(n= 20)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ก่อนการทดลอง				
อาการปวดขณะนี้	0.20	0.52	0.15	0.36
อาการปวดขณะดื่มน้ำ	0.35	0.58	0.40	0.88
อาการปวดขณะเคี้ยวอาหาร	0.55	1.05	0.50	0.68
อาการปวดขณะพูด	0.20	0.52	0.15	0.36
อาการปวดมากที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0.30	0.80	0.20	0.52
อาการปวดน้อยที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0.15	0.67	0.10	0.42
อาการปวดเฉลี่ย	0.15	0.48	0.25	0.55

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการปวดเป็นรายข้อ ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของอาการปวด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	(n= 20)		(n= 20)	
	X	SD	X	SD
ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที				
อาการปวดขณะนี้	4.75	2.55	3.10	2.04
อาการปวดขณะดื่มน้ำ	4.70	2.31	2.75	1.91
อาการปวดขณะเคี้ยวอาหาร	5.05	2.35	2.45	2.06
อาการปวดขณะพูด	3.60	2.21	2.90	2.24
อาการปวดมากที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	7.00	2.79	5.00	2.10
อาการปวดน้อยที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	1.85	1.87	1.10	1.25
อาการปวดเฉลี่ย	3.90	1.61	2.65	1.75

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการปวดเป็นรายข้อ ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง

ความรุนแรงของอาการปวด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	(n= 20)		(n= 20)	
	X	SD	X	SD
ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์				
อาการปวดขณะนี้	6.90	2.57	3.55	1.50
อาการปวดขณะดื่มน้ำ	7.20	2.46	3.50	1.19
อาการปวดขณะเคี้ยวอาหาร	8.20	1.98	4.60	1.75
อาการปวดขณะพูด	6.05	2.76	4.10	1.83
อาการปวดมากที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	9.10	1.41	6.65	1.89
อาการปวดน้อยที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	4.70	2.15	2.20	1.47
อาการปวดเฉลี่ย	6.30	1.45	4.00	1.02

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดเป็นรายข้อก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากอาการปวด	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)	
	X	SD	X	SD
ก่อนการทดลอง				
การทำกิจวัตรประจำวัน	0.50	0.94	0.50	1.00
อารมณ์	0.35	0.81	0.15	0.36
ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	0.25	0.63	0.25	0.55
การเคลื่อนไหว/การเดิน	0.05	0.22	0.10	0.30
การนอนหลับ	0.55	0.99	0.50	0.94
การทำงาน	0.15	0.48	0.35	0.58
ความเป็นสุขในชีวิต	0.25	0.55	0.30	0.57

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดเป็นรายข้อภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากอาการปวด	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)	
	X	SD	X	SD
ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที				
การทำกิจวัตรประจำวัน	4.60	2.21	3.40	1.81
อารมณ์	4.45	2.46	2.80	1.60
ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	3.10	1.97	2.70	2.17
การเคลื่อนไหว/การเดิน	2.70	2.17	2.90	2.50
การนอนหลับ	3.20	1.64	4.90	2.55
การทำงาน	2.60	1.84	3.40	1.88
ความเป็นสุขในชีวิต	3.95	2.66	2.90	1.55

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดเป็นรายข้อภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากอาการปวด	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)	
	X	SD	X	SD
ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์				
การทำกิจวัตรประจำวัน	7.05	2.78	4.20	1.73
อารมณ์	6.65	2.25	3.55	2.16
ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	5.30	2.15	3.35	1.30
การเคลื่อนไหว/การเดิน	4.25	2.53	2.85	1.35
การนอนหลับ	6.69	3.12	4.35	2.05
การทำงาน	6.05	2.13	2.60	0.88
ความเป็นสุขในชีวิต	6.95	2.37	3.95	1.63

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนารี ชื่นคล้าย เกิดวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2519 ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งพยาบาล
วิชาชีพระดับ 5 หอผู้ป่วยจุมภฏพงษ์บริพัตร 2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) จาก
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2541



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย