

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะ  
และลำคอที่ได้รับการฉายรังสี



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2560  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON XEROSTOMIA IN OLDER PERSONS  
WITH HEAD AND NECK CANCER RECEIVING RADIATION

Lieutenant Rungnapa Bunmee



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University



รุ่งนภา บุญมี : ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี (THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON XEROSTOMIA IN OLDER PERSONS WITH HEAD AND NECK CANCER RECEIVING RADIATION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ทัศนาศูววรรณะ ปกรณ์, 137 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ Follow up study กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้ง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent T-test และสถิติ Repeated measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมรายชื่อของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 5.45 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมรายชื่อของกลุ่มทดลองเท่ากับ 1.03 และความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ )

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5877190436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF-MANAGEMENT / XEROSTOMIA / OLDER PERSON / HEAD AND NECK  
CANCER X / RADIATION

RUNGNAPA BUNMEE: THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON  
XEROSTOMIA IN OLDER PERSONS WITH HEAD AND NECK CANCER RECEIVING  
RADIATION. ADVISOR: TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, 137 pp.

The present study was quasi-experimental research based on a follow up study. The sample was composed of older people with head and neck cancer receiving radiation in the Radiation Therapy Out-Patient Department, Rajavithi Hospital. The sample was divided into a control group composed of 20 subjects receiving routine care only and an experimental group composed of 20 subjects receiving the self-management program. Data was collected by using a questionnaire on personal information and a xerostomia rating scale. Reliability of xerostomia scale under Cronbach's alpha coefficient was 0.89. Data was analyzed by using frequency, mean, standard deviation, independent t-test and repeated measures ANOVA.

The effect of program showed that the total mean scale of xerostomia was 5.45 in the control group and 1.03 in the experimental group. The severity of xerostomia of the older people with head and neck cancer receiving radiation in the group receiving the self-management program was significantly lower than the group receiving routine care at .05 ( $p < .05$ ).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้จะเกิดขึ้นไม่ได้เลยหากขาดผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ ที่กรุณาเมตตาคอยดูแลและเอาใจใส่ลูกศิษย์คนนี้เป็นอย่างดี ท่านเสียสละเวลาส่วนตัวของท่านเพื่อช่วยชี้แนะอบรมสั่งสอน ให้ความรู้และคำแนะนำมาโดยตลอดการวิจัย ท่านคือครูผู้ให้อย่างแท้จริง

กราบขอบพระคุณแพทย์หญิงกนกรัตน์ ตั้งศรีวงษ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล คอยดูแลและช่วยเหลือตั้งแต่การเข้ารับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลราบรื่น งานวิจัยมีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆท่านที่ให้ความเมตตา ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้คำแนะนำดีๆ เพื่อมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับงานวิจัยนี้ และทำให้งานวิจัยออกมาดีและมีคุณภาพ

ขอบคุณที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถีทุกท่าน ที่เมตตาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอบพระคุณหัวหน้าแผนกรังสีรักษา ที่เมตตาคอยดูแลช่วยเหลือในทุกๆเรื่องและคอยติดต่อประสานงานให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอบคุณที่น้องสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ขอบขอบคุณที่น้องพยาบาลทหารเรือทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยในครั้งนี้ ทั้งการให้กำลังใจ คำปลอบโยนและคำแนะนำต่างๆ

ขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงมาได้ด้วยดี และขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกคนที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน

ขอบพระคุณกองทัพเรือและโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้

กราบขอบพระคุณพ่อที่เป็นทั้งพ่อและแม่ในคนเดียวกัน ทำให้มีกำลังใจและสู้กับทุกสิ่งได้ และหลายครั้งที่ทำให้ต้องกังวลและเป็นห่วง ขอบคุณญาติพี่น้องที่คอยช่วยเหลือ ขอบคุณสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เป็นที่พึ่งทางใจ ขอบคุณทุกคนที่คอยอยู่เคียงข้าง คอยให้กำลังใจ และขอบคุณตัวเองที่อดทนจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	3
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	5
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	7
1. ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอ.....	7
2. รังสีรักษา (Radiation Therapy).....	15
3. ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia).....	18
4. แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management).....	26
5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	31
6. โปรแกรมการจัดการตนเอง .....	42
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	45
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	46

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	47
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	48
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	55
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	68
สรุปผลการวิจัย.....	69
การอภิปรายผล .....	70
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	73
รายการอ้างอิง .....	74
ภาคผนวก.....	92
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ .....	93
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอตกลงใช้เครื่องมือและขอเก็บ รวบรวมข้อมูล และหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยจากต่างประเทศ .....	95
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เอกสาร แนะนำสำหรับอาสาสมัครและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร .....	102
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แผนการสอน และคู่มือการ จัดการตนเอง แผ่นพับต่างๆ .....	110
ภาคผนวก จ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	126
ภาคผนวก ฉ ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัย .....	128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	137



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี .....	58
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยรวมสัปดาห์ที่ 1-4 แยกเป็นรายข้อ (N = 20).....	61
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง แยกเป็นรายข้อในแต่ละสัปดาห์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 0-4.....	62
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแยกตามระยะเวลา โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA (N = 20) .....	63
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอ ในสัปดาห์ที่ 0-4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Two-way Repeated measures ANOVA.....	65
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ในสัปดาห์ที่ 0-4 เป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni.....	66

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	44
ภาพที่ 2 รูปแบบการทดลอง .....	45
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง .....	56
ภาพที่ 4 กราฟแสดงความแตกต่างของความรุนแรงภาวะน้ำลายแห้ง ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองตามระยะเวลา .....	64



## บทที่ 1

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งศีรษะและลำคอเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 5 ของโลก (Dirix, Hermans, & Nuyts, 2010) โดยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอทั่วโลกมากกว่า 550,000 คน/ปี เสียชีวิตประมาณ 300,000 คน/ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-4 เท่า (Ahmad, 2016) ส่วนในประเทศไทยพบเป็นอันดับ 6 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) และจากการศึกษาของ Vatanasapt et al. (2012) พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในประเทศไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 167,199 คน และแผนกผู้ป่วยในจำนวน 26,012 คน ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 691 ล้านบาท/ปี โดยพบมากในผู้ที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี และประมาณ 24% พบในผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (Gugic & Stojan, 2013) โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มสุรา (Conway et al., 2015)

การรักษา มะเร็งศีรษะและลำคอ ประกอบด้วย การผ่าตัด การให้เคมีบำบัดและการฉายรังสี การฉายรังสีเป็นการรักษาที่มีความจำเป็นแต่ส่งผลกระทบต่อหลายประการ โดยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี (Spijkervet & Vissink, 2010) โดยรังสีปริมาณตั้งแต่ 50-70 Gy สามารถทำให้เนื้อเยื่อบริเวณโดยรอบเกิดการตาย ต่อมาน้ำลายถูกทำลาย ทำให้การหลั่งของน้ำลายลดลง เกิดภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) (Fox et al., 2015) เริ่มตั้งแต่ได้รับการฉายรังสีใน 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 3 เดือนหลังการฉายรังสี (Pinna, 2015) หรือตลอดชีวิต (Dirix, Nuyts, & Van den Bogaert, 2006) นอกจากนี้ภาวะน้ำลายแห้งยังสามารถเกิดได้กับผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอทุกคนในขณะที่ได้รับการฉายรังสี (Greenspan, 1996; Jensen et al., 2010) และร้อยละ 97.5 มีภาวะน้ำลายแห้งหลังจากการฉายรังสี (Sumitsawan et al., 2009)

ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงค่า pH และสารต่างๆในน้ำลาย ทำให้ภายในช่องปากขาดความสมดุล (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557) แบคทีเรียเจริญเติบโต เกิดการอักเสบและติดเชื้อ ทำให้ฟันผุ (Sreebny & Vissink, 2010) นอกจากการอักเสบภายในช่องปากแล้วยังทำให้ ลิ้นแดงเสี้ยน ริมฝีปากแตกเป็นร่องลึก (Lewis & Jordan, 2012) กระดูกมีการติดเชื้อ (Infection) เกิดการทำลายของเนื้อกระดูก ทำให้เกิดภาวะกระดูกตายจากการฉายรังสี (Osteoradionecrosis : ORN) (Marx, 1983) การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก (Dysphagia) มีอาการแสบร้อนในช่องปาก รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากปริมาณน้ำลายลดลง ทำให้การหล่อลื่นอาหารในช่องปากผิดปกติ (Miller & Scully, 2011) และการรับรสเปลี่ยนแปลงไป เกิดภาวะพร่องทางโภชนาการ (Bossola, 2015; Conway et al., 2015) มีความยากลำบากในการพูด (Miller

& Scully, 2011) มีกลิ่นปาก (Halitosis) (Porter, 2010) ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ (พงทอง ไกรพิบูลย์, 2557; น้ำทิพย์ ไพคำนาม, 2557; Takayama, Demizu & Fuwa, 2015) นอกจากนี้ ภาวะน้ำลายแห้งยังทำให้ต้องตื่นขึ้นมาจิบน้ำบ่อยๆ การนอนหลับพักผ่อนจึงไม่เพียงพอ (Lew & Smith, 2007) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ในผู้สูงอายุทั่วไปมักมีภาวะน้ำลายแห้งเนื่องจากต่อมน้ำลายมีขนาดลดลง โดยเฉพาะต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ความชื้น ความใสและองค์ประกอบในน้ำลายเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการต่อต้านเชื้อโรคต่างๆในช่องปากลดลง ผู้สูงอายุบางรายอาจพบการฟอสิบของต่อมน้ำลายและมีพังผืด ทำให้น้ำลายถูกขับออกมาน้อยเกิดภาวะน้ำลายแห้ง รู้สึกแสบร้อนในปาก (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557) ร่วมกับหากได้รับการฉายรังสีด้วยจึงช่วยเสริมให้ต่อมน้ำลายถูกทำลายมากยิ่งขึ้น การได้รับรังสีเพียง 24 ชั่วโมงแรก สามารถทำให้ปริมาณน้ำลายลดลงได้ (Eisbruch, 2010; อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557) ซึ่งเป็นผลจากการฉายรังสีที่เกิดขึ้นต่อร่างกายอย่างเฉียบพลัน และหากมีการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ทำให้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเพิ่มขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเอง (Self-management) พบว่า ผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การดูแลสุขภาพมักลดลงตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงทำให้การจัดการตนเองด้านสุขภาพไม่ดี (ยงยุทธ วัฒนาไชย, 2554; สุภาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2554) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุมักขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลและจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (อนงค์ หาญสกุล และ ศรีพร บอร์สิงห์, 2555) รวมทั้งในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก มักขาดความตระหนักในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก จึงทำให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา (Takayama, Demizu & Fuwa, 2015) ซึ่งส่วนใหญ่การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพในผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น มักต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพและผู้ดูแลหลัก จึงทำให้เกิดภาวะพึ่งพาที่มากเกินไป (Lawn et al., 2011) ดังนั้น หากมีการจัดการตนเองที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีที่สำคัญอย่างภาวะน้ำลายแห้งได้ ซึ่งถือเป็นสาเหตุเริ่มต้นของอาการต่างๆ ภายในช่องปาก (Chouhan, Gadiya, Chouhan, Khan & Chouhan, 2017) รวมทั้งลดภาวะพึ่งพาในการจัดการตนเองด้วย

การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เพื่อดำรงชีวิตอยู่ของบุคคล (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองสามารถนำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้ โดยจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเมื่อผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน ทำให้ลดการพึ่งพาผู้อื่นและลดการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล (Nichol et al., 2016) การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากสามารถช่วยลดปัญหาเกี่ยวกับช่องปากอีกเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดได้ (วันทกานต์

ราชวงศ์, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลจัดการช่องปากด้วยตนเองเพื่อลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด (ปณิตา คุณสาร และคณะ, 2556) รวมทั้งพฤติกรรมในการจัดการตนเองสามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีได้เช่นกัน (ปิยวดี ชัดทะเสมา และคณะ, 2553) นอกจากนี้ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้นำการจัดการตนเองมาใช้เพื่อจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้ โดยพัชรี อ่างบุญตา และคณะ (2555) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสามารถลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้ดีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง นอกจากนี้ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (2555) ได้นำการจัดการตนเองมาใช้เพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงได้ดีเช่นกัน

การจัดการตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดี ปรับเปลี่ยนคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งการจัดการตนเองมีหลากหลายแนวคิด ในแต่ละแนวคิดก็มีลักษณะที่เฉพาะของแนวคิดนั้นๆ ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งให้กับผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) โดยมีญาติหรือผู้ดูแลหลักและบุคลากรทางสุขภาพมาร่วมในการจัดการด้วย โดยโปรแกรมนี้อาจช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอ นอกจากเกิดจากการฉายรังสีแล้ว ยังเกิดจากการจัดการตนเองที่ไม่ดีเกี่ยวกับช่องปาก ทำให้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเพิ่มมากขึ้น การจัดการตนเองเกี่ยวกับช่องปากที่ดีสามารถช่วยลดปัญหาภาวะน้ำลายแห้งได้ โดยในงานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) มาสร้างเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดปัญหาภาวะน้ำลายแห้ง โดย Lorig & Holman อธิบายว่า การจัดการตนเอง คือ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้สามารถจัดการกับอาการและปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม อารมณ์และบทบาทต่างๆให้เหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรค

ที่เป็นอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้สอดคล้องในแต่ละองค์ประกอบของแนวคิดการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ดังนี้

1) สร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพและข้อตกลงร่วมกันในผลประโยชน์ที่จะได้รับอย่างเท่าเทียมกันทั้ง 2 ฝ่าย ทั้งตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักและบุคลากรทางสุขภาพ สร้างความคุ้นเคยทำให้สามารถขอคำปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ แนะนำหรืออธิบายวิธีการแก้ปัญหาภาวะน้ำลายแห้ง เพื่อสร้างความมั่นใจ 2) สามารถแก้ปัญหา (Problem solving) ภาวะน้ำลายแห้งและอาการอื่นๆที่ถูกต้องได้ รวมทั้ง 3) สามารถใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) ในการสืบค้นข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมจากสื่อต่างๆได้ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ วารสารต่างๆ ฯลฯ โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการช่วยสืบค้นข้อมูล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น รู้จักแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและ 4) สามารถตัดสินใจ (Decision making) เลือกวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งที่เกิดขึ้นได้ แล้วนำมา 5) ปฏิบัติ (Taking action) ในการจัดการตนเองที่ดีและถูกต้อง อีกทั้ง 6) ติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring) โดยการประเมินภาวะน้ำลายแห้งและเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีผู้ดูแลหลักช่วยกระตุ้นเตือนและดูแลการปฏิบัติให้ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งจากการฉายรังสี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและยังช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักได้

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้ง ตาม 6 องค์ประกอบของ Lorig & Holman (2003) ดังกล่าว ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลหลักและบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะและความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาภาวะน้ำลายแห้งและรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถนำมาใช้สืบค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ สามารถติดตามประเมินตนเองและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ทำให้ลดและบรรเทาอาการของภาวะน้ำลายแห้งลงได้

### สมมติฐานการวิจัย

ภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบ 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

**ตัวแปรที่ศึกษา** ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ตัวแปรตาม คือ ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia)

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia)** หมายถึง อาการที่ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีรู้สึกมีความชุ่มชื้นในปากลดลง น้ำลายเหนียว เกิดความยากลำบากในการรับประทานอาหาร การเคี้ยว การกลืน การพูด และรบกวนการนอนหลับ ประเมินโดยแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. (2001) ที่ประเมินทั้งการรับรู้และความรุนแรง

**โปรแกรมการจัดการตนเอง** หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีเพื่อลดภาวะน้ำลายแห้ง โดยใช้แนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) การสร้างข้อตกลงร่วมกันในผลประโยชน์ที่จะได้รับอย่างเท่าเทียมกันทั้ง 2 ฝ่าย โดยการสร้างความคุ้นเคย การติดต่อสื่อสารและการขอคำปรึกษา 2) การแก้ปัญหา (Problem solving) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ วิธีการแก้ปัญหาภาวะน้ำลายแห้งตามอาการของแต่ละบุคคล 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) โดยจัดทำเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ วิดีโอคลิปและแนะนำการใช้สื่อในการสืบค้นข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งและอาการอื่นๆ 4) การตัดสินใจ (Decision making) โดยให้ตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งของตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ (Taking action) ให้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่องปาก วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง การกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้ และการเลือกรับประทานอาหาร และ 6) การติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring) โดยการประเมินภาวะน้ำลายแห้ง การเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง พร้อมทั้งลงแบบบันทึกการติดตามตนเอง

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การให้ความรู้และการพยาบาลของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกรังสีรักษาแก่ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีในครั้งแรกของการมารับการรักษา โดยการประเมินสัญญาณชีพทุกครั้งก่อนการฉายรังสี การให้แนะนำในการปฏิบัติตนในการฉายรังสีตามมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาล ซึ่งการให้คำแนะนำประกอบด้วย การอธิบายการเตรียมตัวเพื่อตรวจรักษาซึ่งใช้เวลาในการฉายรังสีประมาณ 10-15 นาที การแนะนำเกี่ยวกับการบริหารช่องปาก การกลั้วปากด้วยผงฟูทุก 1 ชั่วโมง การเข้าพบนักโภชนาบำบัดทุกสัปดาห์เพื่อรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและประเมินภาวะโภชนาการ รวมทั้งการมาเจาะเลือดเพื่อประเมินผลเลือดและเข้าพบแพทย์รังสีทุกสัปดาห์เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังการฉายรังสี โดยใช้เวลาในการให้คำแนะนำประมาณ 5-10 นาที

### **ประโยชน์ที่ได้รับ**

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีสามารถจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งด้วยตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายในช่องปาก
2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลในการช่วยบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี
3. เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี



## บทที่ 2

### เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอ (Older Persons with Head and Neck cancer)
2. รังสีรักษา (Radiation Therapy)
3. ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia)
4. แนวคิดการจัดการตนเอง
5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
6. โปรแกรมการจัดการตนเอง

#### 1. ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอ

มะเร็งศีรษะและลำคอ เป็นโรคที่เกิดบริเวณเยื่อบุผิวทางเดินหายใจและทางเดินอาหารส่วนต้น ตำแหน่งสำคัญที่พบ ได้แก่ ช่องปาก ช่องคอโพรงรอบจมูก กล้องเสียง ต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำลาย พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ (Conway et al., 2015)

##### 1.1 อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยง

จากสถิติทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอมากกว่า 550,000 คน/ปี เสียชีวิตประมาณ 300,000 คน/ปี (Ahmad, 2016) จัดเป็นอันดับ 5 ของโลก (Dirix, Hermans, & Nuyts, 2010) เกิดในเพศชาย 2-4 เท่าของเพศหญิง (Ahmad, 2016) ส่วนในประเทศไทย โรคมะเร็งศีรษะและลำคอจัดเป็นอันดับ 6 ของโรคมะเร็งที่พบทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) พบเกิดในผู้ที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี โดยเฉพาะในผู้สูงอายุตอนต้น และประมาณ 24% พบในผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปี (Gugic & Strojjan, 2013)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งศีรษะและลำคอ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2553) การเคี้ยวหมาก การไม่ดูแลความสะอาดช่องปาก (ณรงค์ฤทธิ์ จันทวงศ์, 2557; Scully & Bagan, 2010) การขาดสารอาหารในผู้ที่ดื่มสุราจัด กลุ่มโรค plummer-Vinson ภาวะเลือดจาง ภาวะกลืนลำบาก และกลุ่มที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น โรค Bloom syndrome และ Li-Fraumeni syndrome ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัส Epstein-Barr (เฉลียว ปิยะชน, 2555) และ Human

papilloma (HPV) สายพันธุ์ 16,18 (ธนรัตน์ อิมสุวรรณศรี และวนศรี ไพศาลตันติวงศ์, 2556; HPV Information Centre, 2016)

## 1.2 ลักษณะทางคลินิก

มะเร็งศีรษะลำคอในผู้สูงอายุมักพบอาการในระยะท้ายๆ โดยอาการในระยะแรกอาจมีอาการไม่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็น ดังนี้

1) เสียงแหบ กลืนลำบาก มีก้อนที่ลำคอ ปวดร้าวที่หู หายใจลำบาก สำลัก ไอเป็นเลือดหรือมีเสมหะปนเลือด พบในมะเร็งกล่องเสียง (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2557; ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, 2559)

2) มีแผลเรื้อรัง ปวด พูดไม่ชัด มีเลือดออกจากแผลหรือมีก้อนยื่นออกมา มีกลิ่นปาก กลืนลำบาก พบในมะเร็งช่องปาก (ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, 2559)

3) เจ็บเวลากลืน ทำให้กลืนลำบาก เสียงเปลี่ยน หายใจไม่สะดวก ในมะเร็ง orophalynx และ laryngopharynx (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2557; ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, 2559)

4) หูอื้อ ฟังไม่ชัด เกิดจาก serum otitis media ในมะเร็งโพรงหลังจมูก (เฉลียว ปิยะชน, 2555)

5) อาการแน่นจมูกหรือปวดศีรษะตื้อๆ ในมะเร็งช่องจมูกและโพรงรอบจมูก (เฉลียว ปิยะชน, 2555)

6) มะเร็งบริเวณ nasophalynx และ hypophalynx อาจไม่พบอาการใดๆในระยะแรกของการเกิดมะเร็ง (Scully & Bagan, 2010) อาการที่พบใน hypophalynx คือ มีอาการเจ็บคอเรื้อรัง กลืนลำบาก เสียงแหบ หายใจลำบาก ปวดร้าวที่หู ส่วน nasophalynx พบมีอาการหูอื้อ เลือดกำเดาไหล เสมหะปนเลือด เสียงเปลี่ยน ซาใบหน้า เห็นภาพซ้อน ตาเหล่ เหนื่อย ปวดศีรษะ (ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, 2559)

อาการของโรคมะเร็งในระยะลุกลามอาจมีอาการคล้ายกันในทุกตำแหน่งที่เป็น คือ น้ำหนักลด ปวดร้าวเนื่องจากมะเร็งกระจายและลุกลามไปที่เส้นประสาท ตามองเห็นภาพซ้อนจากเส้นประสาทสมองถูกทำลาย มีแผลทะลุออกทางผิวหนัง และมีเลือดออกทางปากและช่องคอ (ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, 2559) มะเร็งศีรษะและลำคอในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก้อนหรือแผลมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร อยู่ในเฉพาะตำแหน่งย่อยยังไม่ลุกลาม (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

ระยะที่ 2 ก้อนหรือแผลมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น ขนาดประมาณ 2-4 เซนติเมตร และเริ่มลุกลามเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง แต่ยังไม่ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองหรือแพร่กระจายเข้ากระแสเลือด (พิชิต สิทธิไทรย์ และคณะ, 2557)

ระยะที่ 3 ก้อนหรือแผลมะเร็งขนาดใหญ่ขึ้นมากกว่า 4 เซนติเมตร ลูกกลมเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียงมากขึ้นหรือลูกกลมเข้าต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง แต่ต่อมน้ำเหลืองยังมีขนาดเล็กไม่เกิน 3 เซนติเมตร ยังไม่มีการแพร่กระจายเข้ากระแสเลือด (ธนเดช เดชา พันธุ์กุล, 2559)

ระยะที่ 4 ก้อนหรือแผลมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก ลูกกลมเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง เช่น ผิวหนัง กระดูก ต่อมน้ำเหลือง ทำให้ต่อมน้ำเหลืองมีขนาดโตมากกว่า 3-6 เซนติเมตร สามารถแพร่กระจายเข้ากระแสเลือดได้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

### 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอในผู้สูงอายุ

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอมีด้วยกันหลายสาเหตุ คือ การบุหรี ซึ่งในบุหรีมีสารก่อมะเร็งมากกว่า 30 ชนิด ทำให้เกิดมะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก, oropharynx และ hypopharynx (พิชิต สิทธิไตรย์ และคณะ, 2557) การดื่มสุรา (Nation Cancer Institute, 2013) หมากและยาเส้น ซึ่งมีสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดมะเร็งช่องปากบริเวณกระพุ้งแก้ม (ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, 2559) การดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีรวมทั้งผู้ที่ใส่ฟันปลอมไม่เหมาะสม จึงทำให้เกิดการระคายเคืองเรื้อรังในช่องปาก เกิดมะเร็งช่องปากได้ (เมตไทย, 2017) การติดเชื้อไวรัส เช่น Epstein-Barr virus สัมพันธ์กับมะเร็ง nasopharynx และ human papilloma virus สัมพันธ์กับมะเร็ง oropharynx และ larynx (จักรพงษ์ จักรบาตร์ และ ขวลิต เลิศบุษยานุกุล, 2555) การรับประทานอาหารประเภทปลาเค็ม ของหมักดอง อาหารที่ใส่สารกันบูด ซึ่งพบสาร nitrosamine ที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็ง nasopharynx (เฉลียว ปิยะชน, 2555; อีรพร รัตนาเอนกชัย และสุภาภรณ์ ศรีรัมย์โพธิ์ทอง, 2557) การได้รับสารระคายเคืองต่างๆ เช่น ฝุ่นไม้ ทำให้เกิด adenocarcinoma ของจมูกและไซนัส และ nickle ทำให้เกิด squamous cell carcinoma ของจมูกและไซนัส (พิชิต สิทธิไตรย์ และคณะ, 2557) การขาดสารอาหารโดยเฉพาะวิตามิน C, E รวมทั้งเบต้าแคโรทีน ทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งบริเวณเยื่อหูทางเดินหายใจและทางเดินอาหารส่วนบนทั้งหมด (ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, 2559) การได้รับรังสี โดยรังสีขนาดปานกลาง สามารถทำให้เกิดมะเร็งไทรอยด์และมะเร็งต่อมน้ำลายได้ (ธนเดช เดชา พันธุ์กุล, 2559) แสงแดด ทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังและมะเร็งริมฝีปาก (จักรพงษ์ จักรบาตร์ และ ขวลิต เลิศบุษยานุกุล, 2555) ภาวะกรดไหลย้อน ทำให้เกิดมะเร็ง larynx และ hypopharynx (ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, 2559) และพันธุกรรม เป็นความผิดปกติของยีนส์ P53 ซึ่งทำหน้าที่ในการกวดความผิดปกติของยีนส์ พบมากในคนเอเชียโดยเฉพาะคนจีน (อีรพร รัตนาเอนกชัย และสุภาภรณ์ ศรีรัมย์โพธิ์ทอง, 2557; ธนเดช เดชา พันธุ์กุล, 2559)

### 1.4 การรักษา

การรักษามะเร็งศีรษะและคอในผู้สูงอายุ พิจารณาตามตำแหน่งที่พบ ระยะของโรค อายุ และความแข็งแรงของร่างกาย การรักษามีด้วยกัน 3 วิธี คือ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัดมะเร็งศีรษะและคอนั้นไม่มีบทบาทในการรักษาโดยตรง เนื่องจากขอบเขต

ของรอยโรคใกล้กับอวัยวะที่สำคัญ อาทิ เส้นเลือดแดงใหญ่ที่เลี้ยงคอและสมอง ฐานกะโหลกศีรษะ ตลอดจนส่วนของสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพียงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อพิสูจน์เท่านั้น แต่เนื่องจากวิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน ได้มีการคิดค้นการรักษาโดยการผ่าตัดที่ทันสมัยขึ้น ล่าสุดได้มีการผ่าตัดที่เรียกว่า มีดนาโน (Nano Knife หรือ Irreversible Electroporation : IRE) ซึ่งถือเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้ในการผ่าตัดเนื้องอกที่ลุกล้ำพื้นที่น้อยที่สุด และมีความแม่นยำสูง ไม่ทำลายเส้นเลือดและเส้นประสาท รวมทั้งเกิดบาดแผลขนาดเล็กบริเวณรอบๆ หลังการผ่าตัด หลักในการทำงาน คือนำมีดนาโนเข้าไปบริเวณก้อนเนื้อหรือบริเวณที่ต้องการสลาย ระหว่างการแทงเข็มจะเกิดคลื่นแรงดันสูงในระดับ microseconds เข้าไปทำลายโปรตีนของเนื้อเยื่อเซลล์มะเร็ง เกิดเป็นช่องว่างที่เยื่อหุ้มเซลล์ในระดับนาโน จึงทำลายเยื่อหุ้มเซลล์มะเร็งให้ตายได้หมด การผ่าตัดด้วยมีดนาโนแต่ละครั้งใช้คลื่นแรงดันสูงต่ำกว่า 1 microseconds โดยเนื้องอกขนาด 3 เซนติเมตร ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 5 นาที หลังจากการผ่าตัดสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ทันที บริเวณที่นิยมในการผ่าตัดด้วยมีดนาโน คือ มะเร็งบริเวณถุงน้ำดี ขั้วตับ ตับอ่อน ท่อทางเดินปัสสาวะ และต่อมลูกหมาก (ทีมข่าวไทยโพสต์ , 2560, 21 มิถุนายน; Castellino, 2015, 01 September ) ปัจจุบันการใช้มีดนาโนมาใช้ในการผ่าตัดก้อนมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอยังไม่เป็นที่นิยม แต่คาดว่าอีกไม่นานจะมีการนำมาใช้ผ่าตัดก้อนมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาที่มีฤทธิ์ต้านมะเร็งโดยเฉพาะเจาะจง เรียกว่า Targeted therapy ใช้สำหรับผู้ที่กลับเป็นซ้ำ หรือคือต่อการรักษาที่ผ่านมา ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Monoclonal antibodies โดยยา Cetuximab เป็นยาที่ได้รับการยอมรับให้ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ แต่ยาในกลุ่มนี้มีราคาแพงและยังคงต้องใช้เวลาในการศึกษาผลทางการรักษาต่อไป (ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, 2559)

ดังนั้น การรักษาด้วยการฉายรังสีจึงถือเป็นการรักษาหลักของมะเร็งศีรษะและลำคอที่มีประสิทธิภาพทางการรักษาเพราะมีความแม่นยำในการรักษาเฉพาะที่มากกว่า เกิดผลกระทบน้อยต่ออวัยวะปกติข้างเคียง (เฉลิมวิทย์ ปิยะชน, 2555) แต่การฉายรังสีก็ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอลลดลง (วิชาภา ออยู่ดวง และคณะ, 2558)

การรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอในระยะแรก รักษาโดยการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว แต่ในระยะลุกลาม ใช้การรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งมีวิธีการแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัดพร้อมกับการฉายรังสีและการให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียว ในส่วนของการฉายรังสีจะฉายติดต่อกัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ หยุดพักสัปดาห์ละ 2 วัน เพื่อให้เนื้อเยื่อปกติได้มีเวลาฟื้นตัว การรักษาใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุสามารถไปกลับได้ ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล (จักรพงษ์ จักรบาตร์ และ ชวลิต เลิศบุษยานุกุล, 2555)

การรักษาโดยการฉายรังสีในโรคมะเร็งศีรษะและลำคอตามที่ The National Comprehensive Cancer Network: NCCN (2008) ได้กำหนดมาตรฐานปริมาณรังสีที่ใช้ในการรักษา ดังนี้ คือ

<b>Definitive Radiation Therapy</b>	- Primary and gross adenopathy: $\geq 66$ Gray (2.0 Gray/day) External-beam radiation therapy: $\geq 50$ + Brachytherapy
	- Neck Low-risk nodal stations: $\geq 50$ Gray (2.0 Gray/day)
<b>Adjuvant Radiation Therapy</b>	- Primary: $\geq 60$ Gray (2.0 Gray/day)
	- Neck High-risk nodal stations: $\geq 60$ Gy (2.0 Gray/day) Low-risk nodal stations: $\geq 50$ Gy (2.0 Gray/day)

\* Gray คือ การแสดงหน่วยของรังสีดูดกลืนเป็นจูลต่อกิโลกรัม โดยจะกล่าวในหัวข้อรังสีรักษาต่อไป

## 1.5 ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี

### 1.5.1 ระยะเริ่มแรก

1) การอักเสบของเยื่อช่องปาก (Mucositis) เป็นการตายของเซลล์ชั้นเยื่อช่องปากและลำคอ ซึ่งชั้นเยื่อช่องปากมีความหนาประมาณ 3-4 ชั้น ภายหลังจากฉายรังสีประมาณ 12 วัน เยื่อช่องปากจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยจะมีสีแดง (erythema) ตามด้วยคราบสีขาว (patchy fibrinous exudate)

2) ผลต่อผิวหนัง เซลล์ที่ผิวหนังแบ่งเซลล์ช้ากว่าเซลล์ที่เยื่อ จึงทำให้การเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังใช้เวลานานกว่า โดยผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีแดงในสัปดาห์ที่ 3 หลังจากการรักษา มีลักษณะแห้งและลอกออกมา ขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ และการหายเป็นปกติจะใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์หลังการฉายรังสี (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

3) ผลต่อเส้นผมและขน ขนและผมจะมีการร่วงแม้ได้รับรังสีในปริมาณน้อย พบได้บริเวณที่รังสีผ่านเข้าออกและบริเวณข้างเคียงที่ได้รับรังสีในปริมาณมาก (สุพัตรา แสงรุจิ และคณะ, 2555)

4) ผลต่อการรับรส การได้รับรังสีบริเวณช่องปาก ลำคอหรือต่อมน้ำลาย จะทำให้เกิดการสูญเสียการรับรส โดยรังสีไปทำลายเซลล์รับรสโดยตรง เกิดเมื่อได้รับปริมาณรังสีสะสมตั้งแต่ 30 Gray ขึ้นไป ซึ่งการสูญเสียการรับรสมีผลอย่างมากต่อการรับประทานอาหารและผลทางด้านจิตใจ การกลับสู่ภาวะปกติในบางส่วนมักใช้เวลานานหลายเดือนหลังการฉายรังสี หรือประมาณ 20-30 วัน และกลับมาสู่ปกติภายใน 2-4 เดือน (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

5) ภาวะน้ำลายแห้ง (xerostomia) ต่อมน้ำลายจะมีความไวต่อการฉายรังสี โดยเซลล์ที่ตายไปแล้วจะไม่สามารถเจริญขึ้นมาแทนที่ได้ การได้รับรังสีเพียง 24 ชั่วโมง ก็สามารถทำให้ปริมาณน้ำลายลดลง (Eisbruch, 2010) ภาวะน้ำลายแห้งจะเกิดรุนแรงที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก (Crary & Carnaby, 2005)

6) การติดเชื้อ โดยพบเชื้อรา candida ระหว่างที่มีการอักเสบของเยื่อช่องปาก ร่วมกับน้ำลายแห้ง มีอาการปวดและการอักเสบแดงของเยื่อหรือมีฝ้าขาวขึ้น การรักษาโดยใช้ยาฆ่าเชื้อรา พวก Fluconazole หรือ miconazole อม 3-4 ครั้ง/วัน (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

### 1.5.2 ผลข้างเคียงในระยะท้าย

1) ภาวะขาดเลือดและผังผืด เซลล์เยื่อหลอดเลือดมีการแบ่งตัวช้า เมื่อมีการทำลายของรังสีจะมีการสร้างหลอดเลือดมาทดแทนซึ่งใช้เวลานาน การเกิดภาวะขาดเลือดใช้เวลาหลายเดือนและกินเวลานานเป็นปี โดยความรุนแรงขึ้นกับปริมาณของรังสีที่ได้รับ หากมีการตายของเนื้อเยื่อทำให้มีการกระตุ้น fibroblast เข้ามาแทนที่ เกิดการสร้าง collagen และเป็นผังผืดในที่สุด มีการศึกษาพบว่าการใช้ยา Pentoxifylline 400 mg วันละ 3 ครั้ง สามารถช่วยแก้ภาวะ necrosis อาการปวดตะคริว อาการอ่อนแรง หรือบริเวณที่เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอได้ (Mendenhall, Riggs & Cassisi, 2005)

2) การตายของเนื้อเยื่อ เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงที่ชั้นใต้เยื่อเป็นเวลานานทำให้เกิดการฝ่อและเหี่ยวของเยื่อ เมื่อมีบาดแผลจึงทำให้หายช้า เนื่องจากขาดเลือดมาเลี้ยง แผลเนื้อตายจากการฉายรังสี มีลักษณะแบนราบ ขอบไม่นูน ทำให้แยกออกจากการกลับเป็นซ้ำของแผลมะเร็ง ดังนั้นจึงควรเลี่ยงการตัดแผลเนื้อตาย เพราะทำให้แผลมีขนาดใหญ่ขึ้น การแยกแผลเนื้อตายกับแผลมะเร็ง สามารถแยกได้โดย ถ้ามีอาการปวดแบบลึกๆตลอดเวลา โดยร้าวไปที่หูให้นึกถึงมะเร็ง แต่ถ้าปวดตื้อๆกดเจ็บให้นึกถึงแผลเนื้อตาย และหากแผลเนื้อตายไม่หายภายใน 2 สัปดาห์ ให้นึกถึงการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

3) การตายของกระดูกจากรังสี เป็นการตายของกระดูกจากการได้รับรังสีรักษา เนื่องจากการได้รับรังสีในปริมาณที่สูงทำให้เส้นเลือดตีบตัน จึงส่งเลือดไปเลี้ยงกระดูกได้น้อยหรือไม่ส่งไปเลี้ยงเลย จึงทำให้เกิดการเปราะและแตกหักง่ายและเกิดการตายของกระดูกในที่สุด (Mendenhall, Riggs & Cassisi, 2005; Glastontury et al, 2013)

## 1.6 การพยาบาลผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

1.6.1 การพยาบาลผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีทั่วไป (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2557)

1) ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อน กระเป๋าน้ำแข็ง ชีด ช้อน เกาหรือแกะ ถู นวด ทาครีม หรือ ยาทุกชนิด บริเวณที่ฉายรังสี เพราะจะทำให้เกิดการระคายเคือง และควรใส่เสื้อผ้าที่อ่อนนุ่ม รวมทั้ง ระวังการติดเชื้อบริเวณที่ฉายรังสี (จักรพงษ์ จั๊กกาบาตร์ และ ชวลิต เลิศบุษยานุกุล, 2555)

2) ห้ามลบรอยขีดเขียนบริเวณที่ฉายรังสี (จักรพงษ์ จั๊กกาบาตร์ และ ชวลิต เลิศบุษยานุกุล, 2555)

3) หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เผ็ดร้อน ย่อยยาก กากใยมาก ให้ทานอาหารอ่อนนุ่ม มี โปรตีนและวิตามินสูง หากได้รับรังสีบริเวณหน้าท้อง ช่องอก หรือลำคอ (คณาจารย์สถาบันพระบรม ราชชนก, 2557)

4) ทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ด บุนหรี ยานต์และหมาก และบริหารปากเพื่อป้องกันการตีบแคบของปากในผู้สูงอายุที่ได้รับรังสีบริเวณ ปาก

การบริหารปากและลำคอ เพื่อไม่ให้เกิดขากรรไกรยึดและพังผืดบริเวณลำคอ สามารถทำได้ ดังนี้ คือ

- ให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างๆและหุบปาก ประมาณ 20 ครั้ง ทำบ่อยๆ หรือทุกครั้งที่นึก ได้

- อมลูกไม้ก้อกครั้งละ 1 นาที ทำอย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง

- หันหน้าไปทางซ้ายและขวาสลับกัน ก้มหน้าเงยคอขึ้น และหมุนศีรษะไปทางซ้าย และขวา ทำท่าละ 20 ครั้ง หรือทำทุกครั้งที่นึกได้ (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2016)

5) ให้อาแก้อ่อนนุ่มและเคี้ยว และควรแจ้งให้แพทย์รังสีทราบเพื่อปรับปริมาณรังสีใน การฉายรังสีครั้งต่อไป (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2557)

6) อธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการนอนนิ่งๆระหว่างการฉายรังสี และให้อาแก้อ่อน นุ่มที่มีอาการปวดก่อนรับการฉายรังสี

7) ให้สวมใส่เสื้อผ้าที่อ่อนนุ่มและอบอุ่น รวมทั้งเตรียมผ้าห่มเพื่อความอบอุ่นแก่ ร่างกาย (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2557)

8) แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ นม ไข่ เนื้อสัตว์ ผักและ ผลไม้ โดยให้ทานครั้งละมากๆ หากทานได้น้อยให้เพิ่มมื้ออาหารโดยทานน้อยๆแต่บ่อยครั้งแทน (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2016)

9) ไม่ควรหยุดการรักษาเองก่อนครบกำหนด

10) การพยาบาลทางด้านจิตใจทั้งในระยะก่อน ขณะและหลังการรักษาด้วยการฉาย รังสี จำเป็นต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ได้รับการฉายรังสีเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการรักษาและการฉายรังสี

อย่างต่อเนื่อง ลดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวของผู้สูงอายุลง (จักรพงษ์ จักรกาบาตร์ และชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2555)

## 1.7 การพยาบาลช่องปากในผู้สูงอายุเมื่เริ่มศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

### 1.7.1 การดูแลช่องปากก่อนการฉายรังสี

1) การประเมินผู้สูงอายุก่อนได้รับการรักษาทางทันตกรรม โดยการตรวจประเมินอาการทั่วไปในช่องปาก หากมีฟันผุควรได้รับการถอนฟันก่อนได้รับการฉายรังสี และควรให้แผลหายหลังจากถอนฟันไปแล้วอย่างน้อย 3 สัปดาห์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การถ่ายภาพรังสี (Mandenhall, Riggs & Cassisi, 2005)

2) การดูแลรักษาผู้สูงอายุทางทันตกรรม โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและญาติเกี่ยวกับผลของรังสีต่ออวัยวะในช่องปาก การสอนการแปรงฟันโดยการเน้นการกำจัดคราบ Plaque การแนะนำการใช้ยาบ้วนปากและการใช้ไหมขัดฟัน การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจดูแผลหลังการถอนฟันเป็นการเตรียมการฉายรังสี (อัมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

### 1.7.2 การดูแลช่องปากระหว่างการฉายรังสี

1) ปัญหาที่มักเกิดระหว่างการฉายรังสี ได้แก่ เยื่อปากอักเสบ การติดเชื้อฉวยโอกาส ภาวะน้ำลายแห้ง การขาดสารอาหาร การรับรสอาหารเปลี่ยนไป ดังนั้นในระหว่างนี้ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำ ฟันปลอมระหว่างรับการฉายรังสี และควรรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่มหรืออาหารเหลว หากมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมควรใส่ให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เน้นให้ผู้สูงอายุดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก โดยใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสม Fluoride วันละ 4 ครั้ง เพื่อลดการเกิดฟันผุในระหว่างการฉายรังสี หากมีอาการแสบร้อนในปากให้กลั้วปากด้วย Xylocaine ก่อนทานอาหารหรือก่อนแปรงฟันประมาณ 5 นาที และไม่ควรรอมานเกินไปเพราะจะทำให้สูญเสียความรู้สึกในช่องปากได้ เนื่องจากมีส่วนผสมของยาชา (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง, 2557)

2) การพยาบาลกรณีมีการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น เชื้อแบคทีเรียอาจให้ผู้สูงอายุม้วนปากด้วย Normal saline solution, Baking soda solution หรือ Isordil gargle หากมีการติดเชื้อไวรัส ให้ใช้ Acyclovir cream ทาบริเวณที่มีการติดเชื้อหรือยาทานชนิด 400 mg ทุก 8 ชั่วโมง นาน 7-14 วัน และถ้าติดเชื้อราให้ใช้ Nystatin suspension อมกลั้วปากก่อนทานอาหารและแปรงฟันนาน 3 นาทีแล้วกลืนหรืออมกลั้วปากวันละ 4 ครั้งนาน 2 สัปดาห์ (อัมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

3) การพยาบาลกรณีมีภาวะน้ำลายแห้ง พยาบาลแนะนำให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำบ่อยๆ หรืออมน้ำแข็ง หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เลียงชา กาแฟ อาหารรสจัดหรือหวานจัด อาหารที่มีลักษณะแข็ง เหล้า บุหรี่ และอาจใช้สารกระตุ้นน้ำลาย เช่น 1% pilocarpine โดยใช้ 0.5 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ให้ก่อนการฉายรังสี 7 วันหรือวันแรกที่ได้รับรังสีหรือการใช้น้ำลาย



เทียม และผู้สูงอายุควรงดการใส่ฟันปลอมเนื่องจากอาจทำให้เยื่อปากได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดเป็นแผลและอักเสบได้ (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

4) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเยื่อปากอักเสบ พยาบาลแนะนำให้ผู้สูงอายुरักษาช่องปากให้สะอาดและชุ่มชื้น ดื่มน้ำให้เพียงพอ และบ้วนปากบ่อยๆ (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง, 2557) หากมีอาการปวดสามารถให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาได้ เช่น Paracetamol, Codeine หรือหากมีอาการอักเสบร่วมด้วยอาจใช้ Benzydamine ซึ่งสามารถบรรเทาอาการปวดและอาการอักเสบได้ (หน่วยสารสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2552)

5) การพยาบาลภาวะขาดสารอาหาร โดยคำนวณจากน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวทั้งหมด อาจแนะนำให้ทานอาหารเสริมพวกวิตามิน เช่น Multivitamin และควรเลี้ยง FBC หรือ Ferrus sulfate เพราะทำให้อุจจาระแข็งและท้องผูกได้ กรณีที่ไม่สามารถทานอาหารได้ ควรใส่ NG tube เพื่อให้อาหารทางสาย ป้องกันภาวะขาดสารอาหาร (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

6) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง ส่วนใหญ่เกิดในกรณีที่ได้รับรังสี 12-16 Gy โดยเกิดในช่วงแรกๆของการได้รับรังสีและจะหายไป 1-2 สัปดาห์หลังหยุดการฉายรังสี อาจให้ผู้ป่วยทาน Zinc sulfate (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

1.7.3 การดูแลช่องปากหลังการฉายรังสี ในระยะนี้พยาบาลควรเน้นการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันการติดเชื้อและภาวะกระดูกตายจากการฉายรังสี โดยให้ผู้สูงอายุแปรงฟันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และใช้น้ำบ้วนปาก รวมทั้งใช้ไหมขัดฟันทุกวัน วันละครั้ง และแนะนำให้ผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ โดยในช่วงแรกอาจมาเดือนละครั้ง และค่อยๆห่างขึ้นเป็น 3 และ 6 เดือน ตามลำดับ เพื่อติดตามปัญหาสุขภาพช่องปาก ป้องกันอันตรายหลังการฉายรังสีโดยเฉพาะภาวะกระดูกตายจากการฉายรังสี (หน่วยสารสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2552)

## 2. รังสีรักษา (Radiation Therapy)

### ความหมาย

รังสีรักษา หรือ Radiation therapy คือ การใช้รังสีแม่เหล็กไฟฟ้ามาช่วยในการรักษาโรคทั้งโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง โดยอาศัยกระบวนการ Ionization (จักรพงษ์ จักกาบาตร์ และชวลิต เลิศบุษยานุกุล, 2555)

ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของการฉายรังสี คือ อายุและสุขภาพของผู้ป่วย (Shah, Patel, & Singh, 2012) ความไวต่อรังสีของอวัยวะที่ได้รับการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่

ได้รับ ปริมาตรหรือปริมาณของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ได้รับรังสี การรักษาร่วมอื่นๆ เช่น การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด หรือการฉายรังสีซ้ำ และโรคประจำตัวที่อาจมีผลร่วมด้วย

### **รังสีรักษาสามมิติ (Three-dimensional conformal radiation therapy: 3DCRT)**

ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังคงเป็นการรักษาแบบ 2 มิติ (Conventional Radiotherapy: 2D-RT) ซึ่งลักษณะของลำรังสีเป็นรูปเหลี่ยมหรือวงกลม (Shah, Patel, & Singh, 2012) ทำให้เนื้อเยื่อปกติโดยรอบได้รับรังสีเป็นบริเวณกว้างจึงเกิดข้อจำกัดในการให้รังสีในปริมาณสูง ด้วยเหตุผลและข้อจำกัดต่างๆ จึงมีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ใช้ในการวางแผนการรักษาด้วยระบบ 3 มิติ ทำให้ลำรังสีมีความถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น โดยใช้ระบบการสร้างภาพ การหาทิศทางที่เหมาะสมของลำรังสี ปริมาณสูงเฉพาะในรอยโรคและลดรังสีที่กระทบต่อเนื้อเยื่อดี ทำให้ลดผลข้างเคียงในระยะเฉียบพลันและระยะยาวได้ เรียกว่า การฉายรังสีสามมิติ หรือ Three-dimensional conformal radiation therapy (3DCRT) (ขวลิต เลิศบุษยานุกูล และ ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2016)

รังสีรักษาสามมิติ หมายถึง การฉายรังสีจากภายนอกโดยการวางแผนในระบบสามมิติ เพื่อให้ได้การกระจายของรังสีครอบคลุมใกล้เคียงกับปริมาตรและลักษณะของรูปร่างรอยโรค เป็นวิธีการให้ปริมาณรังสีที่มีความจำเพาะและแม่นยำสูงต่อโรค โดยใช้ CT Scan ช่วยระบุตำแหน่งของการฉายรังสี (Hoskin & Alozi, 2015)

ความสำคัญอีกประการของการฉายรังสีสามมิติ ที่นอกจากจะเป็นการลดปริมาณรังสีต่อเนื้อเยื่อปกติแล้ว คือ ความสามารถในการศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาตรของเนื้อเยื่อที่ได้รับรังสีกับปริมาณรังสีและภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อควรพิจารณาในการรักษาด้วยรังสี 3 มิติ คือ การกลับเป็นใหม่ของโรค หรือความล้มเหลวในการรักษารอยโรคเฉพาะที่ ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการควบคุมโรคกับปริมาณรังสี การเพิ่มผลการควบคุมรอยโรคเฉพาะที่ การไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่กระทบกระเทือนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความคุ้มค่าในราคาและค่าใช้จ่าย (ขวลิต เลิศบุษยานุกูล และ ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2016)

### **รังสีแปรความเข้มสามมิติ (Intensity - Modulated Radiation Therapy: IMRT)**

IMRT (Intensity - Modulated Radiation Therapy) เป็นเทคโนโลยีที่ใหม่ที่สุดของรังสีรักษาที่ได้มีการพัฒนา โดยอาศัยหลักการเดียวกับการรักษาด้วยเทคนิค 3DCRT (จักรพงษ์ จักกาบาตร์ และ ขวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2555) และมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มผลของการรักษาในกลุ่มที่มีปัญหาการควบคุมรอยโรคเฉพาะที่ โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 65-72 จะมีรอยโรคอยู่ในลักษณะเฉพาะที่และร้อยละ 30-50 ที่ผลการรักษาล้มเหลวในตำแหน่งรอยโรคเดิม (Hoskin & Alozi, 2015)

IMRT (Intensity - Modulated Radiation Therapy) เป็นการพัฒนาอีกระดับของรังสีสามมิติ หรือ 3DCRT ที่มีการพัฒนาทั้งด้านการสร้างภาพ การกำกับลำรังสี ระบบคำนวณ เทคนิคการให้รังสีและการตรวจสอบลำรังสี ทั้งยังปรับความเข้มของรังสีตามสัดส่วนความหนาบางของก้อนมะเร็งใน

แนวทางนั้นๆ โดยแต่ละแนวของการฉายรังสีจะมีเทคนิคการฉายที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดรูปร่างและความเข้มของรังสีที่แตกต่างกัน ซึ่งอาศัยระบบคอมพิวเตอร์ในการกำหนดความเข้มของรังสี

สำหรับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ ใช้การฉายรังสีสามมิติแปรความเข้มหรือที่เรียกว่า IMRT (Intensity - Modulated Radiation Therapy) โดยสามารถปรับความเข้มของรังสีตามสัดส่วนความหนาบางของก้อนมะเร็ง และตามความเหมาะสมของรอยโรค ข้อดีของ IMRT คือ การกระจายของรังสีสามารถครอบคลุมรอยโรคต่อก้อนที่จำเพาะ และลดปริมาณรังสีต่ออวัยวะปกติบริเวณข้างเคียง เช่น โพรงหลังจมูก ต่อม้ำลาย หูชั้นใน หรือเส้นประสาทตา เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ (พวงทอง ไกรพุลย์, 2559) นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบตำแหน่งของก้อนมะเร็ง (verification) ก่อนการฉายรังสีแต่ละครั้ง ที่เรียกว่า รังสีภาพนำวิถี (Image guided radiation therapy: IGRT) เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการฉายรังสีให้อยู่ในตำแหน่งที่วางแผนการรักษา การตรวจสอบตำแหน่งของก้อนมะเร็งโดยการถ่ายภาพเอกซเรย์ (On Board Imager: OBI) หรือการถ่ายภาพเอกซเรย์ คอัมพิวเตอร์ (Cone Beam CT) ทำให้มีความแม่นยำในการรักษาโดยการฉายรังสีมากขึ้น (Teh, Woo & Butler, 1999)

#### **ประโยชน์ของ IMRT**

IMRT มีหลักการที่คล้ายคลึงกับรังสีสามมิติหรือ 3DCRT แต่มีวิธีการและเทคนิคที่ต่างกัน ทำให้ IMRT มีคุณสมบัติและข้อดีข้อเสียต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยเทคนิคสามมิติทั่วไป (Teh, Woo & Butler, 1999) คือ

ข้อดี : ลักษณะการกระจายของรังสีมีความครอบคลุมรอยโรคที่จำเพาะและสม่ำเสมอมากกว่า การลดลงของปริมาณรังสีมีความรวดเร็วกว่า สามารถรักษาโดยการวางแผนการรักษาที่เรียกว่า Simultaneous integrated boost treatment (SIB) หรือ Simultaneous accelerated therapy (Smart) ซึ่งเป็นการวางแผนเพิ่มรังสีให้สูงขึ้นในบริเวณที่ต้องการได้รังสีสูง พร้อมกับการฉายพื้นที่บริเวณกว้างได้ ทำให้เกิดความแตกต่างของปริมาณรังสีในแต่ละบริเวณในการฉายแต่ละครั้ง (พลวัฒน์ ชนะมะเร้ง, 2009) รวมทั้งสามารถกำหนดปริมาณรังสีที่ปลอดภัยต่ออวัยวะสำคัญใกล้เคียงได้ดี

ข้อด้อย : เครื่องมือและอุปกรณ์มีราคาแพง (Teh, Woo & Butler, 1999) บุคลากรต้องที่มีความรู้และความชำนาญเฉพาะทาง รวมทั้งมีความผิดพลาดสูงกว่าการฉายรังสีโดยทั่วไป จึงต้องการความละเอียดในการป้องกันความผิดพลาดมากกว่า (พลวัฒน์ ชนะมะเร้ง, 2009)

### 3. ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia)

น้ำลายมีหน้าที่ในการช่วยหล่อลื่นอาหารให้สามารถกลืนลงคอได้สะดวกขึ้น ช่วยรักษาความสมดุลของกรดต่างในช่องปาก ป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและยังมีหน้าที่ในการช่วยย่อยอาหารอีกด้วย (กอบกาญจน์ ทองประสม, 2558) ซึ่งน้ำลายถูกสร้างจากต่อมน้ำลาย โดยต่อมน้ำลายแต่ละต่อมจะมีหน้าที่ในการสร้างและหลั่งน้ำลายที่แตกต่างกัน (Holmberg & Hoffman, 2014) คือ

- ต่อมน้ำลาย Parotid ประกอบด้วย Serousacini มีหน้าที่ในการผลิตน้ำลายเป็น Protienaceous มีลักษณะคล้ายน้ำ

- ต่อมน้ำลาย Submandibular ประกอบด้วย Mucous และ Serousacini มีหน้าที่ในการผลิตน้ำลายที่ค่อนข้างเหนียว

- ต่อมน้ำลาย Sublingual ประกอบด้วย Mucousacini มีหน้าที่ในการผลิตน้ำลายที่เหนียวที่สุด

#### 3.1 ความหมาย

ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) จัดเป็นกลุ่มอาการไม่ใช่โรค ซึ่งมักเป็นอาการสำคัญที่นำผู้สูงอายุมาพบแพทย์ เนื่องจากการไหลเวียนของน้ำลายลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของน้ำลายในช่องปาก ทั้งปริมาณและคุณภาพ (กอบกาญจน์ ทองประสม, 2558) รวมทั้งรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาได้มีผู้นิยามภาวะน้ำลายแห้งไว้หลากหลาย ดังนี้

ภาวะน้ำลายแห้ง เป็นภาวะที่ต่อมน้ำลายมีการผลิตน้ำลายลดลง ส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร การกลืน การพูด และการนอนหลับ (Lew & Smith, 2007)

ภาวะน้ำลายแห้ง หมายถึง การหลั่งของน้ำลายลดลง ทำให้น้ำลายเหนียว การกลืนลำบาก การรับรสผิดปกติ เยื่อปากอักเสบมีการติดเชื้อ ไม่มีน้ำลายชะล้างเศษอาหารตามซอกฟันนำไปสู่ฟันผุได้ (Sreebny & Vissink, 2010)

ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) หมายถึง อาการที่ร่างกายไม่สามารถผลิตน้ำลายได้เพียงพอ (National Cancer Institute)

ภาวะน้ำลายแห้ง (Xeroatomia) เป็นความรู้สึกปากแห้งเฉพาะบุคคล (Davies, 2010)

ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) คือ ความรู้สึกว่ามีอาการแห้งในปาก สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้ป่วย (Hopcraft & Tan, 2010)

ภาวะน้ำลายแห้ง เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายในช่องปากที่เกิดจากการขาดน้ำลายเป็นเวลานาน เนื่องจากยา โรคเรื้อรัง และการรักษา เพิ่มความเสี่ยงของฟันผุและทำให้การบดเคี้ยวอาหารลำบาก (American College of Prosthodontists)

ภาวะน้ำลายแห้ง หมายถึง อาการที่ไม่มีน้ำลายหรือมีการหลั่งของน้ำลายลดลง ซึ่งมีหลายสาเหตุ เช่น จากระบบประสาทหรือความเครียด แต่อย่างไรก็ตามภาวะน้ำลายแห้งทำให้การเคี้ยว การกินอาหาร การกลืน และการพูดลำบาก ภาวะน้ำลายแห้งยังเพิ่มความเสี่ยงของฟันผุเนื่องจากปราศจากน้ำลายในการช่วยป้องกันการติดเชื้อในช่องปากทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย (National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2014)

ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) เป็นความรู้สึกแห้งในปาก จนทำให้เกิดปัญหาในการพูด การกลืน การเคี้ยว (Tariq, Jamshaid, & Majeed, 2015)

ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) เป็นความรู้สึกแห้งในปาก จากการผลิตน้ำลายที่ลดลง สามารถบอกอาการได้เฉพาะบุคคล (Ying Joanna & Thomson, 2015)

National Institute of Dental and Craniofacial Research (2016) ให้นิยาม ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) ว่า คือ การที่มีน้ำลายไม่เพียงพอในปาก

ภาวะน้ำลายแห้ง (xerostomia) หมายถึง การทำลายหรือมีการลึบผิวของเนื้อเยื่อต่อมน้ำลาย ทำให้การผลิตและการทำงานของต่อมน้ำลายลดลง ส่งผลให้มีการไหลเวียนของน้ำลายในปากน้อยกว่าปกติ จึงเกิดภาวะน้ำลายแห้ง (กอบกาญจน์ ทองประสม, 2558)

ภาวะน้ำลายแห้ง (xerostomia) หมายถึง การมีปริมาณน้ำลายลดลง จากการสูญเสียน้ำและแร่ธาตุในร่างกาย วัยสูงอายุ การสูบบุหรี่-ดื่มสุรา การได้รับการฉายรังสีในโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ การให้เคมีบำบัด โรค Sjogren's syndrome และผลข้างเคียงของยาที่ได้รับในการรักษาโรค ทำให้ต่อมน้ำลายสูญเสียการทำงานที่ จึงผลิตน้ำลายน้อยลง (พิสชา ตรุณพันธ์, 2560)

ภาวะน้ำลายแห้ง เป็นผลข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ โดยทำให้การทำงานของต่อมน้ำลายลดลง (Davies, 2010) หรือการใช้ยารักษามะเร็งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของน้ำลายระหว่างการฉายรังสี น้ำลายผลิตน้อยลง เนื่องจากเกิดการระคายเคืองของต่อมน้ำลายหลังการรักษา เกิดภาวะน้ำลายแห้ง ผลอาจเกิดชั่วคราว (Pinna, 2015) หรือเกิดการสูญเสียการผลิตน้ำลายอย่างถาวร (Dirix, Nuyts, & Van den Bogaert, 2006) ทำให้การบดเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก (Miller & Scully, 2011; Saleh, Thortad, Apte & Deasy, 2014; Tariq, Jamshaid, & Majeed, 2015) มีอาการเจ็บหรือแสบร้อนบริเวณปากและลำคอ ลิ้นแดงลิ้นริมฝีปากแตกและมีรอยแยกบริเวณมุมปาก (Lewis & Jordan, 2012) การรับรสเปลี่ยนแปลงรับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดภาวะพร่องทางโภชนาการ (Bossola, 2015; Conway et al., 2015; Bressan et al., 2017) เพิ่มความเสี่ยงของโรคปริทันต์และฟันผุจากน้ำลายน้อย (Sreebny & Vissink, 2010; OncoLink est 1994, 2016) นอกจากนี้ยังทำให้กระดูกมีการติดเชื้อ (Infection) เกิดภาวะกระดูกตายจากการฉายรังสี (Osteoradionecrosis : ORN) (Marx, 1983) รวมทั้งมีความ

ยากลำบากในการพูด (Miller & Scully, 2011) ภาวะน้ำลายแห้งจึงเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญในการทำ  
ให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง (Eisbruch, 2010)

สรุป ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการ  
การฉายรังสีรู้สึกมีความชุ่มชื้นในปากลดลง น้ำลายเหนียว เกิดความยากลำบากในการรับประทานอาหาร  
อาหาร การเคี้ยว การกลืน การพูด และรบกวนการนอนหลับ

### 3.2 อุบัติการณ์

ภาวะน้ำลายแห้งพบในบุคคลทั่วไปร้อยละ 22-26 และพบมากในมะเร็งศีรษะและลำคอที่  
ได้รับการฉายรังสีถึงร้อยละ 78-82 (Davies, 2010) โดยปริมาณของรังสีที่ทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง  
คือ 50-70 Gy หรือปริมาณรังสีต่ำกว่า 2.5 Gray ก็ทำให้อัตราการหลังของต่อมน้ำลายลดลงร้อยละ  
50 ภายใน 24 ชั่วโมง และเมื่อได้รับรังสีเป็นเวลา 1 สัปดาห์หรือประมาณ 10 Gray อัตราการหลัง  
ของน้ำลายสามารถลดลงถึงร้อยละ 50 และอัตราการหลังน้ำลายจะลดลงมากกว่าร้อยละ 75 เมื่อ  
ได้รับรังสี 60 Gray ขึ้นไป (อัมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557) จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะน้ำลาย  
แห้งในมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี (Jensen et al, 2010) พบว่า

	การฉายรังสีรวมทั้งหมด	แบบสองมิติ	แบบแปรความเข้มสามมิติ
ก่อนฉายรังสี	6%	10%	12%
ระหว่างการฉายรังสี	93%	81%	100%
1-3 เดือนหลังการฉายรังสี	73.6%	71%	89%
3-6 เดือนหลังการฉายรังสี	79%	83%	73%
6-12 หลังการฉายรังสี	83%	72%	90%
1-2 ปีหลังการฉายรังสี	78%	84%	66%
>2 ปีหลังการฉายรังสี	85%	91%	68%

ในประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2560 พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ  
เป็นอันดับ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด และส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี  
(Spijkervet & Vissink, 2010) โดยการฉายรังสีจะทำลายเซลล์เนื้อเยื่อของต่อมน้ำลาย ทำให้การทำ  
หน้าที่ของต่อมน้ำลายลดลง ซึ่งจากความสัมพันธ์ของข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยอาจ  
เกิดภาวะน้ำลายแห้งจากการได้รับการฉายรังสีได้เป็นจำนวนมากเช่นกัน และจากสถิติการศึกษาของ  
เน่งน้อย ม่วงแก้ว, อังศุมา อภิชาติ และ นารี ปานทอง (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการที่  
พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ได้รับการฉายรังสีและให้เคมีบำบัดที่โรงพยาบาลสงขลา  
นครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำลายแห้งถึงร้อยละ 92 จึงทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ  
ภายในช่องปากตามมา

### 3.3 สาเหตุและพยาธิวิทยา

สาเหตุของภาวะน้ำลายแห้งที่พบได้บ่อยและนำมาศึกษาในงานวิจัยฉบับนี้คือ สาเหตุจากการฉายรังสี (radiotherapy) และการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี สามารถอธิบายได้ดังนี้

#### 3.3.1 การฉายรังสี

การฉายรังสีทำให้เกิดการทำลายและเกิดการสับฝ่อของเนื้อเยื่อต่อมน้ำลาย ทำให้การผลิตและการทำงานของต่อมน้ำลายลดลง ส่งผลให้มีการไหลเวียนของน้ำลายในปากน้อยกว่าปกติ จึงเกิดภาวะน้ำลายแห้ง (กอบกาญจน์ ทองประสม, 2558) โดยภาวะน้ำลายแห้งพบมากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ซึ่งการได้รับการฉายรังสีภายใน 24 ชั่วโมงแรก จะเกิดการอักเสบและมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ Parenchymal ของต่อมน้ำลาย ซึ่งต่อมน้ำลายจะถูกทำลายแบบเฉียบพลัน ทำให้ DNA เปลี่ยนแปลงไป โดยปริมาณรังสีที่ทำให้ต่อมน้ำลายเริ่มมีความผิดปกติ คือ 10-15 Gy แต่การฉายรังสีจำเป็นต้องใช้ปริมาณรังสีที่มากพอเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง คือ 50-70 Gy ดังนั้นจึงทำให้ต่อมน้ำลายได้รับการบาดเจ็บจากการได้รับรังสีในปริมาณที่มากเกินไป ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ในการผลิตน้ำลาย การหลั่งของน้ำลายน้อยกว่าปกติ จึงเกิดภาวะน้ำลายแห้งได้ในที่สุด (Tariq et al., 2015) รวมทั้งระยะเวลาในการได้รับรังสีที่ยาวนานจะทำให้ต่อมน้ำลายเกิดการฝ่อและกลายเป็นพังผืดได้เช่นกัน (Eisbruch, 2010) นอกจากนี้ ภาวะน้ำลายแห้งสามารถเกิดได้แบบชั่วคราวตั้งแต่เริ่มได้รับรังสีจนถึง 90 วันและค่อยๆทุเลาลง หากมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่ดีทั้งก่อน ขณะและหลังการฉายรังสี

#### 3.3.2 การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอส่วนใหญ่มักขาดความตระหนัก ความใส่ใจและขาดความรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่ดี (Takayama, Demizu & Fuwa, 2015) ดังนั้น จึงพบว่าผู้ป่วยมักเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะภาวะน้ำลายแห้ง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายในช่องปากต่างๆตามมา และเมื่อไม่ได้รับการใส่ใจในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่ดี ทำให้ต่อมน้ำลายถูกทำลายจากรังสีได้ง่ายเกิดภาวะน้ำลายแห้งต่อเนื่องมากกว่า 90 วัน เรียกว่า ภาวะน้ำลายแห้งแบบถาวร (Tariq et al., 2015) ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อในช่องปาก เนื่องจากมีการสะสมของจำนวนเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในปาก ทำให้เกิดฟันผุ และท้ายที่สุดนำไปสู่ภาวะกระดูกตายจากการฉายรังสี (Osteoradionecrosis: ORN) (Spiegelberg, 2014)

นอกจากการฉายรังสีและการจัดการตนเองเกี่ยวกับช่องปากแล้วยังมีสาเหตุและปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้งได้ ดังนี้

1) ความผิดปกติของต่อมน้ำลาย อาจเป็นความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น การที่ต่อมน้ำลายไม่มีการเจริญเติบโต (Salivary gland aplasia) มีเนื้องอกบริเวณต่อมน้ำลายหรือการได้รับบาดเจ็บ (trauma) การบาดเจ็บนี้มักเกิดมาจากบริเวณข้างเคียงของต่อมน้ำลายโดยเฉพาะศีรษะและลำคอ

2) การดื่มน้ำไม่เพียงพอหรือการสูญเสียน้ำในร่างกาย (กอบกาญจน์ ทองประสม, 2558)

3) โรคและยาที่รักษาประจำ เช่น โรคในกลุ่มอาการของไซเกรนส์ (Sjogren's Syndrome) ทำให้ต่อมน้ำลายและต่อมน้ำตาทำงานผิดปกติส่งผลให้การหลั่งน้ำลายและน้ำตาน้อยลง เกิดภาวะปากและตาแห้ง (Kallenberg, 2010) Diabetes insipidus, Cirrhosis, Renal Dialysis, HIV, Hepatitis C, Parkinson, Psychogenic disorders (Stegeman & Boyd, 2008) และการใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) (Stegeman & Boyd, 2008; Ying Joanna & Thomson, 2015)

4) อายุ ภาวะน้ำลายแห้งพบมากในผู้สูงอายุ (Atkinson et al., 2005; Chouhan, Gadiya, Chouhan, Khan & Chouhan, 2107) โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำลายแห้ง ยิ่งอายุมากขึ้นก็จะเกิดภาวะน้ำลายแห้งมากขึ้น โดยร้อยละ 30-40 พบในผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จึงต้องรับประทานยาหลายตัว (Polypharmacy) ส่งผลข้างเคียงให้เกิดภาวะน้ำลายแห้งได้ (Sreebny & Vissink, 2010) รวมทั้งในผู้สูงอายุการทำงานของต่อมน้ำลายลดขนาดลง โดยเฉพาะต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ความชื้น ความใสและองค์ประกอบในน้ำลายเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการต่อต้านเชื้อโรคต่างๆลดลง ผู้สูงอายุบางรายอาจพบการลีบฝ่อของต่อมน้ำลายและมีพังผืด ทำให้น้ำลายถูกขับออกมาน้อยเกิดภาวะน้ำลายแห้ง ผู้สูงอายุจะรู้สึกแสบร้อนในปาก (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

5) เพศ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Sreebny & Vissink, 2010) โดยเฉพาะวัยหมดประจำเดือน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ (Agha-Hosseini & Mirzaii-Dizgah, 2011)

6) การหักของกระดูกขากรรไกร และผู้ที่มีพฤติกรรมกรอเหงือกทางปาก ทำให้สูญเสียน้ำและความชื้นออกจากเยื่อเมือกช่องปากเกิดภาวะน้ำลายแห้งได้ (กอบกาญจน์ ทองประสม, 2558)

7) สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ (Hopcraft & Tan, 2010)

### 3.4 อาการและการแสดง

ต่อมน้ำลายเมื่อได้รับการฉายรังสี เนื้อเยื่อภายในต่อมน้ำลายจะถูกทำลายไม่สามารถหลั่งน้ำลายได้ตามปกติ ซึ่งการที่เนื้อเยื่อของต่อมน้ำลายถูกทำลายจะมีการสร้างเซลล์ Fibrous connective tissue มาทดแทนแต่จะมี Plasma cell และ Lymphocytes แทรกอยู่ด้วยจึงทำให้บริเวณนั้นเป็น Atrophy และกลายเป็นพังผืดในที่สุด ภาวะน้ำลายแห้งจึงมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน



ขึ้นอยู่กับขนาดรังสีและพื้นที่ของเนื้อเยื่อที่โดนรังสี (Tariq, Jamshaid & Majeed, 2015) โดยมีอาการคือ เกิดความลำบากในการพูด การรับประทานอาหาร การเคี้ยว การกลืน การรับรสเปลี่ยนไป (Miller & Scully, 2011) ปัญหาการนอนหลับ (Lew & Smith, 2007) และ ปัญหาการกลืนปาก (Porter, 2010) มีอาการเจ็บ ปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำลายแห้งรุนแรง จะมีอาการของลิ้นแดงลิ้น ริมฝีปากแตกเป็นร่องลึก (Lewis & Jordan, 2012) ซึ่งอาจตรวจพบร่วมกับการโตของต่อมน้ำลาย และยังพบฟันผุบริเวณคอฟัน (Neville, Damm, Allen & Chi, 2016) ส่งผลต่อปริมาณและคุณภาพของน้ำลาย การติดเชื้อ Candida (Glick, 2015) เป็นผลโดยตรงต่อภาวะน้ำลายแห้ง โดยปกติในน้ำลายจะมีสารช่วยต้านเชื้อราและจุลชีพจำนวนมาก เมื่อการหลั่งของน้ำลายลดลงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านปริมาณและคุณภาพของน้ำลายทำให้ฟันผุและนำไปสู่ภาวะกระดูกตายจากการฉายรังสี (Marx, 1983; Spiegelberg, 2014)

3.4.1 ความแตกต่างของภาวะน้ำลายแห้งในบุคคลทั่วไปกับผู้สูงอายุที่ได้รับการฉายรังสี ผู้วิจัยได้รวบรวมและสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ดังนี้

บุคคลทั่วไป: มีอาการเหนียวในปาก เจ็บคอ หิวน้ำบ่อย ปากแห้ง ลอกเป็นขุย ลิ้นแห้งแดง กลืน ลำบาก มีกลิ่นปาก กระแอมบ่อย เสียงแหบ สามารถหายได้เองเมื่อได้รับการดูแลรักษาที่ถูกวิธี โดยขึ้นกับอายุและฮอร์โมนเพศ และสามารถทานอาหารรสเปรี้ยวเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลายได้ (พิสชา ดรุณพันธ์, 2560; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

ผู้สูงอายุที่ได้รับการฉายรังสี: น้ำลายน้อย เหนียว มีความยากลำบากในการพูด การกลืน และการบดเคี้ยวอาหาร การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง เจ็บหรือแสบร้อน ริมฝีปากแตก มีรอยแยกบริเวณมุมปาก มีการเปลี่ยนแปลงของ enzyme และค่า pH ในน้ำลาย ปริมาณแบคทีเรียในปากเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของโรคปริทันต์และฟันผุ และยังรบกวนการนอนหลับ อาการดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ชั่วคราวและจะค่อยๆดีขึ้นหลังการรักษาครบแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ หรือไม่เกิน 90 วัน หากมีการจัดการตนเองที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แต่ถ้ามีอาการของภาวะน้ำลายแห้งมากกว่า 90 วัน ถือเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบถาวร (Tariq et al., 2015) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากไม่ใส่ใจในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องหลังการรักษา

### 3.5 การรักษาภาวะน้ำลายแห้ง

3.5.1 การรักษาเพื่อป้องกัน (Preventive therapy) เน้นการป้องกันเพื่อลดการเกิดฟันผุและโรคปริทันต์ โดยใช้ฟลูออไรด์เป็นหลัก การป้องกัน ประกอบด้วย การบ้วนปาก โดยใช้ Hydrogen peroxide หรือ Normal saline ผสมน้ำในอัตราส่วน 1 : 2 หรือ 1 : 4 หรือใช้ Sodium bicarbonate 1 ซ้อนโต๊ะ ผสมน้ำ 1 แก้ว จะช่วยเพิ่มค่า pH ของน้ำลายได้ หรือใช้เกลือครึ่งช้อนชา ผสมกับผงฟู 1 ซ้อนชา ผสมน้ำ 1 ลิตร ไม่แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์เพราะจะทำให้เยื่อช่องปากระคายเคืองและแห้งได้ (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557) การสอนสุขศึกษา การมารับการตรวจ

สุขภาพช่องปากเป็นระยะๆ การแนะนำหลีกเลี่ยงอาหารหวาน หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ (Dirix et al., 2006; Davies, 2010)

3.5.2 การรักษาตามอาการ (Symptomatic/Palliative treatment) คือ การลดและบรรเทาความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง โดยแนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ (Epstein & Jensen, 2015) จะเป็นน้ำเย็นหรือน้ำอุ่นก็ได้ แต่ไม่ควรเป็นน้ำร้อนเนื่องจากทำให้เกิดอาการปวดแสบปวดร้อนในปาก และเลี่ยงการจิบน้ำผลไม้ที่มีรสหวานหรือน้ำผลไม้รสเปรี้ยว เช่น น้ำส้ม น้ำมะนาว น้ำสับปะรด เป็นต้น รวมทั้งน้ำอัดลมและน้ำหวาน เพราะมีกรดและน้ำตาลผสมอยู่ อาจทำให้ฟันผุและท้องอืดได้ และการใช้ยาบ้วนปากที่มีสารหล่อลื่น หรือใช้น้ำลายเทียมเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในปาก (กอบกาญจน์ทองประสม, 2558) หรือยากระตุ้นน้ำลาย เช่น Pilocarpine โดยขนาดที่แนะนำคือ 5 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง เนื่องจากยานี้มีผลข้างเคียง คือ คลื่นไส้ เหงื่อออก เยื่อบุจมูกอักเสบ (อิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2557)

นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยธรรมชาติบำบัดเพื่อลดและบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งโดยใช้สมุนไพรว่านหางจระเข้มาช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับช่องปากและลดการถูกทำลายของต่อมน้ำลายจากการฉายรังสี โดยจากการศึกษางานวิจัยพบว่า ว่านหางจระเข้มีสรรพคุณช่วยสมานแผลและสร้างความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง (Dat et al., 2012) ช่วยลดแบคทีเรียในช่องปากได้ดี สามารถใช้แทนน้ำยาบ้วนปากได้โดยไม่เกิดผลข้างเคียง (Karim et al., 2014) ช่วยลดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา (พุดนิพรรณ พัววิพิงค์ และคณะ, 2552) ใช้ผลิตน้ำลายเทียมผสมโซลิทอลและฟลูออไรด์เพื่อป้องกันเหงือกอักเสบและอาการปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด (ธนเดช สิ้นธุเสก และ คณะ, 2551) นอกจากนี้เจลว่านหางจระเข้สามารถช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งและพังผืดในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา (Acharya et al., 2015) รวมทั้งนำว่านหางจระเข้มาเป็นส่วนผสมของน้ำยาบ้วนปากเพื่อช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีความปลอดภัย ราคาประหยัด และไม่ต้องรอแพทย์สั่งเพื่อการรักษา (Morales-Bozo et al., 2012) ดังนั้น น้ำว่านหางจระเข้จึงสามารถช่วยบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีได้

การเก็บรักษาใบว่านหางจระเข้ จากงานวิจัยของ วรณวิไล อมรเวชและจรัสแท้ ศิริพานิช ที่นำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการพืชสวนแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ในวันที่ 28-30 พฤษภาคม 2545 พบว่าการเก็บใบว่านหางจระเข้ในกระดาดขรุขระหรือฟิล์มพลาสติกและบรรจุในกล่อง โดยเก็บรักษาที่อุณหภูมิ 10 °C สามารถเก็บได้นานประมาณ 2-6 สัปดาห์ โดยไม่สูญเสียคุณภาพและยังคงความสดของใบว่านหางจระเข้ได้เหมือนตอนเก็บใหม่

3.5.3 การกระตุ้นการไหลเวียนของน้ำลาย (Salivary stimulation) แบ่งเป็น การกระตุ้นน้ำลายเฉพาะที่ โดยนวดบริเวณข้างกกหูทั้ง 2 ข้าง เพื่อกระตุ้นน้ำลายจากต่อม Parotid หรือการ

เคี้ยวหมากฝรั่งที่มีรสเปรี้ยว หลีกเลี่ยงที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสมเพราะทำให้ฟันผุ แต่การเคี้ยวหมากฝรั่ง อาจเกิดผลกระทบในผู้ป่วยบางคนได้ เช่น มีอาการปวดเมื่อยของขากรรไกร ปวดศีรษะ ถ้าเคี้ยวไม่ ระวังระมัดระวังอาจไปอุดตันทางเดินหายใจและหลอดอาหารได้ มีอาการท้องอืด ผิวน้ำรอบปากอักเสบ (Davies, 2010) การกระตุ้นน้ำลายโดยใช้ยากระตุ้นระบบประสาท Parasympathetic คือ Pilocarpine HCL และ Cevimeline HCL ซึ่งมีฤทธิ์ต่อระบบประสาท Parasympathetic ทำให้เกิด การสร้างและขับน้ำลายออกมา (Davies, 2010; Spiegelberg, 2014) การกระตุ้นโดยการกินอาหาร หรือกรดจากผลไม้ ประกอบด้วย Ascorbic acid (Vitamin C) กรดซิตริกจากผลไม้ กรดมาลิกจาก แอปเปิ้ล ลูกแพร์ การทานกรดจากผลไม้ไม่แนะนำในผู้ที่มีปัญหาเยื่อช่องปากอักเสบ แห้งและแตก (Davies, 2010) เพราะจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดจากกรดผลไม้ทำลายเยื่อช่องปากได้ และการใช้ ยาในการกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย โดยยาที่ใช้ในการกระตุ้นการหลั่งของน้ำลาย ได้แก่

ยา Pilocarpine HCL ขนาด 5-10 มิลลิกรัม ใช้วันละ 3-4 ครั้ง ออกฤทธิ์นาน 2-3 ชั่วโมง โดยห้ามใช้ในผู้ป่วย Pulmonary disease, Asthma, Cardiovascular disease และ Narrow angle glaucoma (กอบกาญจน์ ทองประสม, 2558)

ยา Cevimeline HCL ขนาด 30 มิลลิกรัม ใช้วันละ 3 ครั้ง ออกฤทธิ์นาน 3-4 ชั่วโมง ห้ามใช้ในผู้ป่วย Pulmonary disease, Cardiovascular disease, Narrow angle glaucoma และ Gallbladder disease (กอบกาญจน์ ทองประสม, 2558)

3.6.4 การรักษาหรือส่งต่อ เป็นการรักษาโดยหาต้นเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง เช่น หากเกิดจากยา ก็ให้แพทย์พิจารณาปรับเปลี่ยนยา (Hopcraft & Tan, 2010)

### 3.6 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการ ฉายรังสี

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือที่นำมาใช้วัดและประเมินภาวะน้ำลายแห้ง มีดังนี้ Eisbruch et al. (2001) ได้ศึกษาการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้ง ซึ่งเป็นแบบ Numerical rating scale (NRS) โดยมีข้อความทั้งหมด 8 ข้อคำถาม มีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 โดยแบ่งระดับของคะแนนเป็น

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่มีอาการ (None)
คะแนน 1-3	หมายถึง	อาการเล็กน้อย (Mild)
คะแนน 4-7	หมายถึง	อาการรุนแรงปานกลาง (Moderate)
คะแนน 8-10	หมายถึง	อาการรุนแรงมากที่สุด (Severe)

Agha-Hosseini & Mirzaii-Dizgah (2011) ได้มีการใช้แบบสอบถาม 2 ชุดเกี่ยวกับภาวะ น้ำลายแห้ง โดยนำมาใช้ประเมินภาวะน้ำลายแห้งของหญิงวัยหมดประจำเดือน ซึ่งชุดที่ 1 เป็นข้อ คำถามที่ใช้ประเมินภาวะน้ำลายแห้ง มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม โดยให้ตอบว่าใช่และไม่ใช่ ส่วนข้อ

คำถามชุดที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อจะมีระดับการตอบ 5 ระดับ คือ 1=ไม่เคย 2=นานๆครั้ง 3=บางครั้งบางคราว 4=บ่อยครั้ง และ 5=บ่อยที่สุด คะแนนสูงสุดคือ 55 คะแนน และต่ำสุดคือ 11 คะแนน

แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Common Terminology Criteria for Adverse Events V.3.0 (2006) โดยใช้ในการประเมินระดับภาวะน้ำลายแห้งมีทั้งหมด 3 ระดับ คือ 1-3 ในแต่ละระดับก็จะมีลักษณะต่างกัน ต่อมาในปี 2010 Common Terminology Criteria for Adverse Events V.4.0 (2010) ได้มีการสร้างแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งขึ้นมาอีกโดยมีลักษณะคล้ายเดิมคือระดับ 1-3 แต่ที่เพิ่มมาคือ มีการแบ่งระดับเป็น mild-severe

สำหรับงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. (2001) โดยมีความละเอียดและความเหมาะสมในการประเมินภาวะน้ำลายแห้ง แบบประเมินนี้มีการนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยของสุวิญญา ธนสีลังกุล (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการมองภาพอาหารต่อการหลั่งของน้ำลายและภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา และงานวิจัยของนิรมล พจน์ดั่ง และคณะ (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลช่องปากจากภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกหลังการรักษาด้วยรังสี

แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. (2001) นี้ พรรณวดี พุฒวัฒน์ และคณะ (2549) ได้ทำการแปลจากต้นฉบับและนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเครื่องมือ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการแปลภาษา 1 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำมาทดสอบหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ .90 ส่วนงานวิจัยของสุวิญญา ธนสีลังกุล (2556) ได้นำแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. (2001) ที่ได้รับการแปลแล้วโดย พรรณวดี พุฒวัฒน์ และคณะ (2549) ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.8

#### 4. แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)

##### 4.1 ความหมาย

การจัดการตนเองตามแนวคิดของ Lorig et al. (2001) หมายถึง กระบวนการที่อยู่บนพื้นฐานของสมรรถนะแห่งตน ใช้การแก้ปัญหา การตัดสินใจและการสร้างความมั่นใจ ส่วน Bodenheimer, Lorig & Holman (2002) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นการศึกษาด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทาง

การแพทย์ และเชื่อว่าการฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยเน้นการศึกษาด้วยตนเองมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว

ต่อมา Lorig & Holman (2003) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยนำมาใช้จัดการอาการของตนเองที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จุดประสงค์เพื่อทำให้เกิดการรับรู้ปัญหาของตนเองและมีทัศนคติที่ดีในการรักษา ประกอบด้วย 1) การจัดการทางการแพทย์ (Medical management) เช่น การจัดการการให้ยา การจัดการด้านอาการที่เฉพาะ และการจัดการด้านการหายใจ 2) การจัดการด้านบทบาท (Role management) คือ การปรับเปลี่ยนหรือการสร้างแนวคิดใหม่ๆ เพื่อใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือบทบาทการดำเนินชีวิต 3) การจัดการทางด้านอารมณ์ (Emotion management) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลายทางด้านอารมณ์ ทั้งโกรธ กลัว ไม่พึงพอใจ และซึมเศร้า การเรียนรู้ในการจัดการกับอารมณ์เหล่านี้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการด้านอาการ แนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) 2) การแก้ปัญหา (Problem solving) 3) การใช้แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ (Resource utilization) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การปฏิบัติ (Taking action) 6) การติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring)

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดการจัดการตนเองอีกหลากหลายแนวคิด โดยในแต่ละแนวคิดมีหลักการองค์ประกอบและขั้นตอนที่มีความแตกต่างกันตามการให้ความหมายของการจัดการตนเอง ซึ่งจะกล่าวดังต่อไปนี้ คือ

การจัดการตนเองของ Barlow et al. (2002) โดยกล่าวว่า เป็นความสามารถในการจัดการกับอาการ การรักษาทางร่างกาย จิตใจ การเปลี่ยนแปลงของชีวิต และความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Bourbeau, Nault, Dang-Tan (2004) ได้ให้ความหมายว่า การจัดการตนเองบุคคลนำมาบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมตามคำแนะนำ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อความผาสุกของชีวิต

Lawn, McMillan & Pulvirenti (2011) อธิบายว่า เป็นความพยายามของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงเพื่อจัดการให้สอดคล้องกับอาการของตนเอง

Dodd et al. (2001) กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น แล้วแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการนั้นๆ เพื่อลดความรุนแรงหรือความไม่สุขสบายนั้นลง

Ryan & Sawin (2009) อธิบายว่า เป็นการป้องกันและการชะลอเกี่ยวกับสุขภาพ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการกับสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก คือ ด้านบริบท ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์

Kanfer & Goldstein (1980) การจัดการตนเองเป็นการเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมแก่ตนเอง

Kanfer & Gaelick-Buys (1991) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตแบบเดิมทั้งหมด โดยมีครอบครัวและผู้ดูแลคอยให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกและให้กำลังใจ

Tobin et al. (1986) การจัดการตนเอง คือ การจัดการด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม การรับรู้ และการจัดการด้านสรีระวิทยาของตนเอง

การจัดการตนเองของ Creer (2000) เป็นการกระทำเพื่อควบคุมการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของ ตนเองและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ใช้ในการควบคุมโรค โดยเน้นการเลือกเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและการประเมินผลข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนกลับหรือการประเมินผล

Browder & Shapiro (1985) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการประเมินความรู้ ทักษะ ความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย การสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมาย การควบคุมตนเองและการตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับโดยการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง

McCorkle et al. (2011) อธิบายว่า การจัดการตนเองเป็นโปรแกรมความสัมพันธ์ของร่างกาย และจิตใจ เป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง

Howell et al. (2016) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการสนับสนุนผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือการฝึกทักษะการจัดการโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การจัดการด้านการแพทย์ บทบาทและความสัมพันธ์ การจัดการอารมณ์และจิตสังคมที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา สามารถเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดอาการของโรค การมารับบริการและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้

Foster & Fenlon (2011) กล่าวว่า การจัดการตนเองโดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือสื่อออนไลน์ต่างๆอาจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความเชื่อมั่นในตนเอง จึงจะสามารถจัดการปัญหาทางกายและจิตสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้

สำหรับงานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) เพื่อใช้จัดการภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี โดยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการภาวะน้ำลายแห้งด้วยตนเอง เนื่องจากภาวะน้ำลายแห้งเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล จึงจำเป็นต้องจัดการด้วยตนเองก่อนขอความช่วยเหลือจากพยาบาลและผู้ดูแล

การจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้หลากหลาย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังนั้นๆได้ เช่น โรคเบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง นำมาใช้

ในการจัดการพฤติกรรมและค่าความดันโลหิตของตนเอง สามารถช่วยลดระดับของความดันโลหิตได้ และพบว่าบุคคลจะสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความรู้ ทักษะและความเชื่อมั่น ในสมรรถนะของตนเอง (เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ, 2555) หรือการจัดการตนเองในการควบคุม ระดับน้ำตาลในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยเป็นการจัดการตนเองร่วมกับการออกกำลังกายแบบรำไม้อ่อน ของสุชาติดา คงหาญ (2553) ซึ่งพบว่า ระดับของ HbA1C ลดลงจากเดิมและทำให้คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุดีขึ้น แต่ยังไม่มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่มีภาวะน้ำตาลาย หนักจากการได้รับการฉายรังสี ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) มาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอที่มีภาวะน้ำตาลายหนักจากการฉายรังสี เพื่อลดและ บรรเทาภาวะน้ำตาลายหนักของผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

#### 4.2 องค์ประกอบของแนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) บทบาทของบุคลากรทางสุขภาพเปลี่ยนเป็นบทบาททางการสอน และการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ที่ได้รับ การให้ตัวเลือกเกี่ยวกับการรักษาและการโต้ตอบพูดคุยกับ บุคลากรทางสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) โดยศศิภาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์ (2557) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้ คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมารับ บริการได้ก็ต่อเมื่อได้รับคำปรึกษาแนะนำที่ดี (ธิดา รัตนวิไลศักดิ์, 2554)

2) การแก้ปัญหา (Problem solving) คือ การสอนหรือแนะนำการแก้ปัญหาจากผู้ดูแลหลัก ญาติ เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ และเป็นแผนการดำเนินการในการแก้ปัญหา (Lorig & Holman, 2003) จากการศึกษาพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทานอาหารของ ผู้สูงอายุ (วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555) เช่นเดียวกับ จิรนนท์ อาษาพนม (2556) กล่าวว่าความรู้ เกี่ยวกับช่องปากมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปาก ฉะนั้นการให้ความรู้จะนำไปสู่การ แก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดี

3) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) คือ การใช้สื่อในการค้นหาข้อมูล รู้จักการหา ข้อมูลที่หลากหลายและจำเป็นต่อตนเอง โดยไม่เป็นฝ่ายรอการป้อนข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ หรือผู้อื่น (Lorig & Holman, 2003) การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการ ปฏิบัติกิจกรรม (อมรรัตน์ โสทธิฤทธิ์ และนารี ปานทอง, 2557) และการศึกษาข้อมูลต่างๆด้วยตนเอง มีประสิทธิภาพต่อการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่าการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว การศึกษาข้อมูลต่างๆด้วยตนเองถือเป็นการดูแลสุขภาพขั้นสูง (Bodenheimer et al., 2002)

4) การตัดสินใจ (Decision making) คือ การตัดสินใจแก้ปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหา การตัดสินใจเพื่อตอบสนองต่ออาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน โดยพบว่าความรู้จะมีความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจ ซึ่งต้องมีข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสม (Lorig & Holman, 2003)

5) การปฏิบัติ (Taking action) คือ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการวางแผนการปฏิบัติที่มีความเฉพาะและใช้ระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เมื่อเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ บุคคลจะมีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่อ ข้อควรระวังสำหรับการปฏิบัติ คือ ความล้มเหลวจากการปฏิบัติ (Lorig & Holman, 2003)

6) การติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring) เป็นการประเมินการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรืออาการของตนเองที่เกิดจากการปฏิบัติทั้ง 5 องค์ประกอบข้างต้น (Lorig & Holman, 2003)

#### 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง

4.3.1 เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศมีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเอง เพศต่างกันจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ต่างกัน โดยในเพศหญิงมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย (ภัสราวลีย์ ศีตีสาร และคณะ, 2556) แต่บางการศึกษายังพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมจัดการตนเอง (สุภาพร เพ็ชรอร่าม และคณะ, 2554; สุคี ศรีวงค์พากร, 2556)

4.3.2 อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง (สุพิชา อัจฉิตการ และคณะ, 2556) จากการศึกษาพบว่าอายุที่มากขึ้นจะทำให้การจัดการตนเองต่ำ (สุภาพร เพ็ชรอร่าม และคณะ, 2554; Geboers et al., 2016) ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นการดูแลสุขภาพมีแนวโน้มแย่ลงตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (ยงยุทธ วัฒนาไชย, 2554) อย่างไรก็ตามในทางตรงกันข้ามได้มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุมากมีการจัดการตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (หยาดรุ้ง อุไรพันธ์, 2557)

4.3.3 การศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมจัดการตนเองโดยพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (ภัสราวลีย์ ศีตีสาร และคณะ, 2556; Sonsona, 2014) โดยความรู้และความสามารถมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของบุคคล (เนตรนารี พุกรอด, 2551; อังฤช มีจักร, 2554; จิรนนท์ อาษาพนม, 2556)

4.3.4 รายได้ เมื่อศึกษาปัจจัยด้านรายได้พบว่า ผู้ที่มีรายได้มากมีแนวโน้มในการจัดการตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Chen et al., 2014) เนื่องจากไม่มีกำลังทรัพย์เพื่อจัดสรรด้านสุขภาพ รวมทั้งต้องทำงานหาเงินมาใช้จ่ายภายในครอบครัว จึงทำให้ไม่มีเวลาในการจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ดี



4.3.5 แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง โดยพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคมทำให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ (ภัสราวลัย ศีตีสาร, 2556; ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557; อาทิตยา อติวิชญานนท์, 2558; Sonsona, 2014) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง (บุญเรียง พิสมัย, 2555; Lou, 2011) นอกจากนี้การได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวทำให้มีกำลังใจ (ภาวิณี ศรีสันต์, 2556) และเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี (สุพิชา อาจคิดการ, 2556; จงลักษณ์ ทวีแก้ว, 2558)

4.3.6 ที่อยู่อาศัย ที่อยู่อาศัยมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยผู้ที่พักอาศัยในเขตเมืองจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีกว่าผู้ที่พักอาศัยในเขตชนบท (Chen et al., 2014) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองสามารถรับข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงบริการต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่อาศัยในเขตชนบท

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังนั้นการจัดโปรแกรมจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) มาใช้เพื่อเป็นการส่งเสริมและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในการเผชิญกับภาวะน้ำลายแห้ง สามารถช่วยลดและบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งได้

## 5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยในประเทศ

ธนเดช สีนุเสถ (2551) ศึกษาประสิทธิภาพของน้ำลายเทียมจากว่านหางจระเข้ผสมไซลิทอล และฟลูออไรด์ในการป้องกันเหงือกอักเสบและอาการปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีและเคมีบำบัดที่ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ญัญบุรี โดยศึกษาในเดือนมกราคม 2549 - มิถุนายน 2550 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีและเคมีบำบัดจำนวน 57 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน ได้รับน้ำลายเทียมจากว่านหางจระเข้ผสมไซลิทอลและฟลูออไรด์ และกลุ่มควบคุม 31 คน ได้รับน้ำดื่มธรรมดา แต่มีการแต่งกลิ่น สี รส ให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ซึ่งทุกคนจะได้รับน้ำยาวันละ 12 ครั้ง ปริมาณ 20 มิลลิลิตรต่อครั้ง และได้รับการประเมินอาการทุก 15 วัน เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบการตรวจทางคลินิกในการตรวจสภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก (Mucositis score) ประเมินปัญหาในการพูด การเคี้ยวอาหาร การกลืน อาการเสียวฟัน อาการแสบร้อนในช่องปาก อาการปากแห้งหรือปริมาณน้ำลาย โดยมีคะแนน 0-4 คะแนน 0 คือ สภาพปกติ คะแนน 4 คือ

ผิดปกติมากที่สุด และการเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร ซึ่งทั้งหมดนี้จะได้รับการประเมินก่อน และหลังได้รับการฉายรังสี นอกจากนี้ยังบันทึกเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เชื้อโรคต่างๆในช่องปาก โดยการใช้ก้านสำลีป้าย (Swab) เชื้อบริเวณกระพุ้งแก้มและโคนลิ้น แล้วนำไปวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Ancova)

ผลการวิจัยพบว่า ปริมาณน้ำลายเพิ่มขึ้นและการรับรสดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .023$  และ  $p = .043$  ตามลำดับ) แต่การกลืนอาหารและเยื่อช่องปากอักเสบยังไม่มี ความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p = .164$  และ  $p = .363$  ตามลำดับ) รวมทั้งเชื้อโรคบริเวณกระพุ้งแก้มและโคนลิ้นยังคงมีอัตราสูงอยู่ โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบเชื้อ *Klebsillae pneumoniae* ร้อยละ 61.5 และ 46.1 เชื้อ *Viridans streptococci* ร้อยละ 23.1 และ 38.5 และเชื้อ *Psuedomonas aeruginosa* ร้อยละ 30.8 และ 15.4 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าปริมาณเชื้อในช่องปากยังคงมีปริมาณที่สูงอยู่ จึงควรมีการแปรงฟันและลิ้นร่วมด้วยเพื่อช่วยลดเชื้อโรคในช่องปากลง นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าใช้จ่ายในการใช้น้ำลายเทียมจากว่านหางจระเข้ผสมไซลิทอลและฟลูออไรด์ถูกกว่าน้ำลายเทียมที่ขายทั่วไปตามท้องตลาด โดยน้ำลายเทียมจากว่านหางจระเข้ผสมไซลิทอลและฟลูออไรด์ราคาเฉลี่ยอยู่ที่ 24 บาท/วัน หรือ 100 บาท/ลิตร ในขณะที่น้ำลายเทียมตามท้องตลาดขายที่ราคา 2800 บาท/ลิตร

ปิยวดี ชัดทะเสมา และคณะ (2553) ศึกษาประสบการณ์การมีน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับรังสีรักษา โดยเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการภาวะน้ำลายแห้งและผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสี โดยใช้แนวคิดของดอตต์และคณะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับการฉายรังสีจำนวน 100 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด จากแผนกผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ และหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก รพ. รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้เวลาศึกษา ตั้งแต่ มกราคม-เมษายน 2550 ทุกวันจันทร์ – วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 0800-2000 น. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการฉายรังสี ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อคำถาม รวม 4 ด้าน คือ ด้านหน้าที่ของร่างกาย ความปวดหรือความไม่สบาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ให้คะแนนแบบลิเกิร์ต (Likert type scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนน 0-4 โดย 0 = ไม่ใช่ และ 4 = มากที่สุด รวมคะแนน 0-60 ซึ่งคะแนนยิ่งมาก คุณภาพชีวิตยิ่งต่ำ แบบสอบถามประสบการณ์การเกิดน้ำลายแห้งเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. (2001) มีทั้งหมด 8 ข้อคำถาม โดย 4 ข้อแรกจะถามเกี่ยวกับการเกิดภาวะน้ำลายเมื่อรับประทานอาหาร และ 4 ข้อหลังถามเกี่ยวกับการเกิดภาวะน้ำลายเมื่อไม่รับประทานอาหาร คะแนน 0-10 และแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำลายแห้งและผลของการจัดการ โดยมีข้อ

คำถาม 17 ข้อคำถามย่อย แบ่งเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 5 ระดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 52.56 ปี โดยพบในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกมากที่สุด ร้อยละ 41 รองลงมาคือมะเร็งลิ้น ร้อยละ 14 และมะเร็งกล่องเสียง ร้อยละ 5 ตามลำดับ ในด้านการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอใช้มากที่สุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและน้ำ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด จิบน้ำบ่อยๆ บ้วนปากด้วยน้ำเปล่า แปรงฟันหลังทานอาหารและก่อนนอน ใช้น้ำลายเทียมและพบทันตแพทย์เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่าเทคนิคการฉายรังสีก็มีผลต่อภาวะน้ำลายแห้งด้วย เนื่องจากการฉายรังสีที่มีความแม่นยำสูงจะช่วยลดผลต่ออวัยวะข้างเคียงได้ดีกว่า รวมทั้งภาวะน้ำลายแห้งยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและปริมาณรังสีที่ได้รับด้วย โดยยิ่งภาวะน้ำลายแห้งมาก คุณภาพชีวิตยิ่งลดลง และปริมาณรังสีที่ได้รับมาก ภาวะน้ำลายแห้งก็มากตามด้วย แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับเวลาหลังได้รับรังสี ดังนั้น ภาวะน้ำลายแห้งมากจึงขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ ไม่เกี่ยวกับระยะเวลาที่ได้รับรังสี

วันทนีย ดวงแก้ว (2556) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาที่แผนกรังสีรักษา ศูนย์มะเร็งภาคใต้ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เวลาที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปากแห้งที่นำมาจากแบบประเมินอาการปากแห้งของทองดี (2539) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 0 หมายถึง มีปริมาณน้ำลายปกติ และระดับ 3 หมายถึง ไม่มีน้ำลายในปาก แบบประเมินความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบแบบ New scoring system ของ Sonis et al. (1999) โดยการประเมินประกอบด้วย ขนาดของแผล ความรุนแรงของอาการบวมแดงของแผลในช่องปาก และจำนวนแผลในช่องปาก และแบบประเมินเกี่ยวกับการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ที่ประยุกต์มาจากงานวิจัยของเนตร์สุวีณ์ (2547) เป็นการบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น มีทั้งหมด 22 ข้อคำถาม การให้คะแนนมี 4 ระดับ คือ ไม่เคย นานๆครั้ง บางครั้งเป็นประจำ โดยคำถามมีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ซึ่งการให้คะแนนจะมีความแตกต่างกันในแต่ละข้อคำถาม ส่วนเครื่องมือในการทดลอง คือ การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ดัดแปลงมาจาก The PRO-SELF Mouth Aware Program ของดอดด์และคณะ (1996; 2000)

สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน ฐานนิยม ใช้สำหรับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปาก

อีกเสบ ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอีกเสบภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Repeatde measure ANOVA การเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอีกเสบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ ANCOVA Independent T-test และ Mann-Whitney U test การดำเนินการจะเน้นการให้ความรู้ในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยในสัปดาห์ที่ 1-3 เป็นการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และประเมินผลทุกสัปดาห์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ก่อนการทดลอง และสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่าความรุนแรงของอาการปากแห้งและเยื่อปากอีกเสบหลังการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวิญญา ธนสีลังกุล (2556) ศึกษาผลของการมองภาพอาหารต่อการหลั่งของน้ำลายและภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการทำ Pilot study จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณจากค่าความแปรปรวนในสัปดาห์ที่มากที่สุด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 19 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 19 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการมองภาพอาหาร ระยะเวลาในศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2554 – มิถุนายน 2555 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ รพ. มะเร็งอุดรธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้ง (Visual analog scale xerostomia questionair) ของ Eisbruch et al. (2001) ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยพรธรวดี พุฒวัฒน์และคณะ มี 8 ข้อคำถาม คะแนน 0-10 โดยแบ่งเป็น คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ 8-10 หมายถึง ระดับความรุนแรงมาก และเก็บปริมาณน้ำลายโดยให้บ้วนลงภาชนะ (Spitting method) วัดเมื่อผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีทุกๆ 1,000 cGy หรือทุกสัปดาห์ จนกระทั่งครบ 6,000 cGy หรือ 6 สัปดาห์ ในการเก็บจะเก็บช่วงเวลาเช้า 0900-1000 น. หลังจากผู้ป่วยทานข้าวเช้าแล้วอย่างน้อย 90 นาที ซึ่งจะเก็บ 2 ช่วง คือ เก็บน้ำลายขณะพัก โดยจะใช้เวลาในการเก็บ 6 นาที และเก็บน้ำลายในขณะที่ได้รับการกระตุ้นโดยการมองภาพอาหาร ซึ่งใช้เวลาในการเก็บ 5 นาที ส่วนเครื่องมือในการทดลองคือ การกระตุ้นการมองภาพอาหาร โดยการให้มองภาพอาหารแล้วจินตนาการและนึกถึงอาหารที่เคยรับประทาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า การมองภาพอาหารสามารถช่วยในการกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายและยังสามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งได้ แต่ผลการทดลองต้องใช้เวลาและใช้ไม่ได้ผลกับทุกคน เนื่องจากเป็นการกระตุ้นความอยากอาหารจึงจะเกิดการหลั่งของน้ำลาย จึงยังต้องมีการศึกษาต่อ

นิรมล พจนันต์วงศ์ และคณะ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลช่องปากจากภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกหลังการรักษาด้วยรังสี ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจากภาวะน้ำลายแห้งภายหลังการรักษาด้วยรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติในการดูแลช่องปากจากภาวะน้ำลายแห้ง ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ มกราคม 2556 - มิถุนายน 2557 ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 41 คน โดยเป็นการศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ ให้คำปรึกษารายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. (2001) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่มีภาวะน้ำลายแห้ง สร้างโดย Henson et al. (2001) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อคำถาม รวม 4 ด้าน คือ ด้านหน้าที่ของร่างกาย ความปวดหรือความไม่สุขสบาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ให้คะแนนแบบลิเกิร์ต (Likert type scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนน 0-4 โดย 0 = ไม่ใช่ และ 4 = มากที่สุด รวมคะแนน 0-60 ซึ่งคะแนนยิ่งมาก คุณภาพชีวิตยิ่งต่ำ และแนวปฏิบัติในการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษาด้วยการฉายรังสี ซึ่งแนวปฏิบัติพัฒนามาจากแนวปฏิบัติในการดูแลช่องปากเพื่อบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือ การประเมินและการติดตามภาวะน้ำลายแห้ง โดยใช้แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. (2001) ในการประเมิน ส่วนที่ 2 คือ เนื้อหาในการจัดการภาวะน้ำลายแห้ง โดยการให้ข้อมูลเพื่อจัดการภาวะน้ำลายแห้ง และส่วนที่ 3 คือ แนวปฏิบัติเพื่อการประสานงานกับทันตแพทย์ในการมารับบริการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ หลังการรักษาด้วยรังสี ในการประเมิน ประเมินทั้ง 3 ครั้ง คือ ครั้งแรกก่อนใช้แนวปฏิบัติในการดูแลช่องปาก หลังจากนั้นประเมินเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 หลังใช้แนวปฏิบัติในการดูแลช่องปาก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ผลการศึกษาพบว่าการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลช่องปาก สามารถช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก หลังการฉายรังสีได้ ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ศิริพรรณ โกมลประเสริฐ (2544) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการหายของแผลในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยมารับการบำบัดรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) จำนวน 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงเพียงอย่างเดียว และกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงร่วมกับการให้คำแนะนำในเรื่องการทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยช่องปาก ผลพบว่า ความกว้าง-ยาว และลักษณะแผลภายในช่องปากของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับอาการปวดไม่มีความแตกต่าง แสดงว่าการแนะนำการดูแลสุขอนามัยช่องปากและการทานอาหารมีผลต่อการหายของแผลในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

เนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วยตนเองต่อเยื่อบุปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ประเมินผลทั้งหมด 3 ครั้ง แล้วเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยใช้แนวคิดของ Dodd et al (1996) ศึกษาตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2546 - 10 มีนาคม 2547 ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง สามารถช่วยลดการอักเสบของเยื่อบุช่องปากระหว่างการให้เคมีบำบัดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สุจิตรา ฟุ้งเฟื่อง (2550) ศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย ใช้เวลาในการศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2550 ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน ผลปรากฏว่า การจัดการต่ออาการที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผู้ป่วยใช้ คือ การใช้ยาแผนปัจจุบัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและน้ำดื่ม

อาภรณ์ พุกกุล (2551) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการป้องกันการเกิดเยื่อบุปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ศูนย์มะเร็งลำปาง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน แบ่งเป็นสองช่วงคือ ช่วงก่อนการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 19 คน ศึกษาในเดือนเมษายน - มิถุนายน 2550 และช่วงที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 23 คน ศึกษาในเดือนตุลาคม - มกราคม 2551 โดยใช้แนวคิดของสมาคมพยาบาลอาหารไอ 2002 ผลพบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดเยื่อบุปากอักเสบจากร้อยละ 89.5 ลดลงเหลือร้อยละ 34.78

พุดิพรรณ พัวทวีพงศ์ และคณะ (2552) ศึกษาประสิทธิภาพของน้ำว่านหางจระเข้ต่อเยื่อบุช่องปากอักเสบขณะฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ: การศึกษาแบบสุ่มและปกปิด ใช้กลุ่มตัวอย่าง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน โดยให้ผู้ป่วยทานน้ำว่านหางจระเข้วันละ 15 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ประเมินช่องปาก 2 ครั้ง/สัปดาห์ระหว่างการฉายรังสีและ 1 เดือนหลังการฉายรังสี ผลพบว่าน้ำว่านหางจระเข้ช่วยบรรเทาอาการเกิดความรุนแรงจากการอักเสบของเยื่อบุช่องปากได้ แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการบรรเทาอาการปากแห้ง

ธิดารัตน์ หนชัย และคณะ (2555) ศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 22 คน ศึกษาในช่วง ตุลาคม 2554-มีนาคม 2555 ผลพบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นและความไม่สุขสบายจากการได้รับเคมีบำบัดลดลง

วันทกานต์ ราชวงศ์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ใช้กลุ่มตัวอย่าง 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 กลุ่มทดลอง

27 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วย การประเมินปัญหาหรือความต้องการข้อมูลการดูแลของผู้ป่วย การให้ความรู้และฝึกทักษะร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การติดตาม การประเมินตนเองและการเสริมแรง ใช้เวลาในการศึกษา 30 วัน ผลทำให้การอักเสบของเยื่อช่องปากของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปณิตา คุณสาร และคณะ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด ใช้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน การดำเนินการทดลอง เป็นการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ร่วมกับการใช้กลีเซอรินพวยยอ 3 หยด 5 ครั้ง/วัน เป็นเวลา 14 วัน พบว่าการอักเสบ ระยะเวลาของอาการ ความรุนแรงและความปวดของเยื่อช่องปากน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและเกิดช้ากว่ากลุ่มควบคุม แต่ยังไม่สามารถระงับหรือยับยั้งการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบได้

เอมอร สุวรรณพิพัฒน์ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้น้ำมันมะพร้าวกลั้วปากในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 51 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 16 คน ใช้โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง กลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 16 คน ใช้โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับน้ำมันมะพร้าวกลั้วปาก และกลุ่มควบคุม จำนวน 19 คน ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งกลุ่มที่ได้รับน้ำมันมะพร้าวอมกลั้วปากจะใช้ออมกลั้วปาก ตั้งแต่เริ่มให้เคมีบำบัด โดยอมกลั้วปากในตอนเช้าของทุกวัน วันละ 15 นาที ใช้เวลาในการศึกษา 5 เดือน ผลพบว่า กลุ่มที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับน้ำมันมะพร้าวกลั้วปากสามารถช่วยป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้ดีกว่ากลุ่มอื่น แต่การใช้น้ำมันมะพร้าว อาจไม่เหมาะสมในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะอมกลั้วปากได้เกิดอาการสาหัส หรืออาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับฟันผุได้ถ้าดูแลความสะอาดช่องปากไม่ดี

อมรรัตน์ โสทธิฤทธิ์ และ นารี ปานทอง (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งช่องปาก ณ หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งช่องปากทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นสองกลุ่มเปรียบเทียบกัน โดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลการเตรียมผ่าตัดเพื่อการปฏิบัติตนอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมผ่าตัดแบบปกติ ใช้เวลาในการศึกษา 1 ปี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านความปวด และข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่ออาการปวด พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดหลังการผ่าตัดและความพึงพอใจที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่า การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติเพื่อจัดการตนเองต่ออาการปวดหลังการผ่าตัดมะเร็งช่องปาก

พิชญานา พิษะยะ และคณะ (2558) ศึกษาการใช้น้ำผึ้งในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะทางโภชนาการ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับน้ำผึ้งอมกลั้วปากก่อนกลืน 5 นาที ในปริมาณ 20 มิลลิลิตร ก่อนได้รับการฉายรังสี และหลังการฉายรังสี 15 นาที และอีกครั้งหลังฉายรังสี 6 ชั่วโมง ทำแบบนี้ทุกวัน วันละ 3 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับน้ำเกลืออมกลั้วปาก ใช้เวลาในการศึกษา 1 ปี พบว่าน้ำผึ้งช่วยลดความรุนแรงของเยื่อช่องปากได้ดีกว่าน้ำเกลือและจำนวนวันที่มีอาการน้อยกว่า ส่วนด้านภาวะโภชนาการ น้ำผึ้งไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการ แต่งานวิจัยนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ คือ การกลั้วปากด้วยน้ำผึ้งอาจทำให้เกิดฟันผุได้หากดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดี

ลักษณา เสาวเวียง และคณะ (2559) ศึกษาการดูแลช่องปากและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด โดยศึกษาในผู้ป่วย 28 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คนและกลุ่มควบคุม 14 คน เวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรม 5 ครั้ง รายบุคคล 2 ครั้ง และรายกลุ่ม 3 ครั้ง โดยการสาธิต ฝึกทักษะ การใช้ตัวแบบ คำพูดชักจูง การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเรียนรู้จากคู่มือผลคือช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากและการรับประทานอาหารดีขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในความต่างของระยะของโรคและคุณลักษณะของผู้ป่วยที่ยังไม่แน่ชัด

## 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Lou (2011) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งขาวจีนที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน และเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วย 277 คน ผลการศึกษาพบว่า อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจัดการโดยการพักผ่อนนอนหลับ ทานอาหารที่เหมาะสม อาการคลื่นไส้อาเจียนจัดการโดยทานยาแก้คลื่นไส้อาเจียนกรณีมีอาการรุนแรงปานกลาง และใช้การฝึกจิตใจเมื่อมีอาการเล็กน้อย ส่วนการจัดการด้านเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยใช้วิธีเลือกรับประทานอาหารอ่อนนุ่ม รักษาความสะอาดของช่องปาก บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก และจิบน้ำเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพและบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญในพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย

Fomer et al. (2011) ศึกษาเกี่ยวกับ Hyperbaric oxygen therapy (HBOT) ในการลดอาการปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรังสีรักษา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ประเมินผลโดยการวัดอัตราการหลั่งน้ำลายก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าอาการปากแห้งและการหลั่งของน้ำลายดีขึ้น เนื่องจาก HBOT ช่วยเพิ่มออกซิเจนในเนื้อเยื่อ กระตุ้น Monocyte และ Fibroblast แต่การศึกษานี้มีเพียงกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง จึงควรมีการทดลองในกลุ่มควบคุมด้วยเพื่อเปรียบเทียบกัน



และควรมีการวัดผลในระหว่างการทดลองและติดตามผลการทดลองหลังให้การรักษาด้วย HBOT ไปแล้วอย่างน้อย 12 เดือน เพื่อยืนยันผลที่แน่นอน

Morales-Bozo et al. (2012) ศึกษาประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากสองชนิดที่ช่วยลดภาวะน้ำลายแห้ง โดยศึกษาที่มหาวิทยาลัยในชิลี ในอาสาสมัคร 67 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกมี 33 คน และกลุ่มที่สองมี 34 คน ซึ่งอาสาสมัครทุกคนได้รับการวินิจฉัยจากคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยของชิลีว่ามีภาวะน้ำลายแห้ง มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและมีภาวะน้ำลายแห้งตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ มีรอยแผลในปาก มีประวัติความรู้สึกไวต่อน้ำยาบ้วนปาก มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวปากและสูญเสียการรู้คิดขั้นรุนแรง ในการทดลองใช้เวลา 20 วัน โดยมีการประเมินเป็นระยะๆตั้งแต่วันที่ 1, 8, 13 และ 20 สเกลการประเมินภาวะน้ำลายแห้ง คือ 1-10 ทดลองโดยให้อาสาสมัครกลุ่มแรกบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ประกอบด้วย xylitol, sodium fluoride, cetylpyridinium chloride, sodium chloride และ มินท์ ส่วนกลุ่มที่สองบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมเหมือนกลุ่มแรกแต่เติมสารให้ความชุ่มชื้น คือ propylene glycol, glycerine ว่านหางจระเข้และกรดซิตริก ผลปรากฏว่าน้ำยาบ้วนปากทั้งสองชนิดสามารถใช้เพื่อลดภาวะน้ำลายแห้งได้ แต่น้ำยาบ้วนปากที่มีว่านหางจระเข้ผสมสามารถช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งได้ดีกว่า

Gupta et al. (2014) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากว่านหางจระเข้ในการต่อต้านคราบจุลินทรีย์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ว่านหางจระเข้ในการบ้วนปาก 100 คน กลุ่มที่ได้ Chlorhexidine 100 คน และกลุ่มที่ใช้ Normal saline 100 คน ระยะเวลาในการทดลอง 4 วัน ปริมาณที่ใช้ 10 มิลลิลิตร บ้วนปาก 2 ครั้ง/วัน นานครั้งละ 60 วินาที ผลพบว่า น้ำยาบ้วนปากว่านหางจระเข้มีประสิทธิภาพในการต่อต้านคราบจุลินทรีย์ได้ดีเทียบเท่ากับน้ำยา Chlorhexidine และไม่เกิดผลข้างเคียงใดๆ โดยน้ำยาทั้ง 3 ชนิดมีการแต่งกลิ่นและรสชาติให้มีความเหมือนกันโดยคณะเภสัชเป็นผู้จัดเตรียมให้เพื่อผลการทดลองที่น่าเชื่อถือ

Karim et al. (2014) ศึกษาประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากว่านหางจระเข้ต่อโรคปริทันต์ในช่องปาก ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 345 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 115 คน โดยกลุ่มแรกใช้น้ำยาบ้วนปากว่านหางจระเข้ กลุ่มที่ 2 บ้วนปากโดยใช้ Chlorhexidine และ กลุ่มที่ 3 ใช้น้ำยาบ้วนปากว่านหางจระเข้ การใช้น้ำยาบ้วนปากโดยใช้น้ำยาบ้วนปากวันละ 2 ครั้ง ประเมินผล 3 ครั้ง คือ วันที่ 0, 15 และ 30 ผลพบว่า น้ำยาบ้วนปากว่านหางจระเข้สามารถช่วยลดแบคทีเรียในช่องปากได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับ Chlorhexidine โดยสามารถใช้แทนน้ำยาบ้วนปากได้โดยไม่เกิดผลข้างเคียง

Fox et al. (2015) ได้ทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังเกี่ยวกับการใช้ออกซิเจนแรงดันสูง (HBOT) ที่มีผลต่ออาการปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี โดยศึกษาตั้งแต่ปี 2007-2012 ผลพบว่า ออกซิเจนแรงดันสูงมีประโยชน์ในการรักษาและช่วยป้องกันการตายของกระดูกและ

เนื้อเยื่อ จึงเป็นเหตุผลว่า HBOT อาจมีส่วนช่วยในการเพิ่มปริมาณน้ำลาย ลดความรู้สึกปากแห้งลงได้ ทำให้ความรู้สึกปากแห้งดีขึ้นได้นานถึง 18 เดือนหลังให้การรักษาด้วย HBOT แต่ยังไม่มีความชัดเจน ยืนยันได้แน่ชัดว่า HBOT สามารถช่วยลดอาการปากแห้งได้จริง เป็นเพียงทางเลือกในการรักษาที่ช่วย ประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

Acharya et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับเจลวุ้นทางจระเข้เพื่อช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งและ พังผืดในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี โดยเป็นการทดลองร่วมกัน ระหว่างภาควิชาทันตกรรมและภาควิชารังสีรักษา ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ และได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีจำนวน 150 คน แบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยเจลวุ้นทางจระเข้ โดยใช้เจลวุ้นทางจระเข้ปริมาณ 5 กรัม ประเมินโดยใช้แบบประเมินแบบ Visual analog scale ในการประเมินภาวะ น้ำลายแห้ง ความสามารถในการทานอาหารและความสุขสบายภายในช่องปาก ซึ่งใช้เวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Anova ผลการศึกษาพบว่า วุ้นทางจระเข้ช่วยต้าน การทำลายของเนื้อเยื่อและลดพังผืดในช่องปาก ช่วยในการทำงานของต่อมน้ำลาย เพิ่มการหลั่ง น้ำลาย ทำให้สามารถในการรับประทานอาหารได้ดีและสร้างความสุขสบายในช่องปากของผู้ป่วย เนื่องจากว่าวุ้นทางจระเข้มีประสิทธิภาพในการป้องกันรังสีรวมทั้งมีสารต้านอนุมูลอิสระ จึงสามารถ ป้องกันเนื้อเยื่อของต่อมน้ำลายจากการทำลายรังสีได้

Ohara et al. (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่อง ปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำลายแห้ง โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำลายแห้งที่อาศัยในชุมชน อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 47 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 คน และกลุ่มทดลอง 26 คน แต่ระหว่างเก็บ ข้อมูล มีผู้ออกจากกรวิจัยทั้งสองกลุ่ม เหลือกลุ่มควบคุม 17 คน ได้รับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ช่องปาก และกลุ่มทดลอง 21 คน ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก คือ คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น และการนวดต่อมน้ำลาย โดยใช้เวลา 90 นาที ต่อครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ นาน 3 เดือน พบว่า การหลั่งของน้ำลายและการกลืนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นการให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากดังกล่าวจึงสามารถช่วย ปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของช่องปากได้ดีกว่าการให้ข้อมูลทั่วไป

Mcnamara et al. (2016) ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็งในกลุ่ม ตัวอย่าง 25 คน ที่ได้รับยาต้านมะเร็ง ในเดือนพฤษภาคม 2011- กรกฎาคม 2013 พบว่าผู้ที่ได้รับ ยาต้านมะเร็ง เมื่อกลับไปอยู่บ้านมักหยุดยาเองไม่ทานยาตามคำสั่งแพทย์ ดังนั้นการจัดการตนเอง ในขณะที่อยู่ที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญในการให้ผู้ป่วยทานยาต้านมะเร็งและจัดการกับอาการของตนเอง

Coolbrandt et al. (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ของการจัดการอาการหลังให้ยาเคมีบำบัดของ ผู้ป่วยมะเร็งที่กลับไปพักที่บ้าน จำนวน 28 คน โดยอาศัยการจัดการตนเองและการดูแลช่วยเหลือ

จากผู้ดูแลเป็นสำคัญ ผลพบว่า การจัดการอาการมีความสัมพันธ์กับการให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในรูปแบบที่เฉพาะของแต่ละคน ซึ่งการศึกษานี้ยังต้องมีการติดตามการรับรู้และพฤติกรรมส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่อ

Nichol et al. (2016) ศึกษาการจัดการตนเองย้อนหลัง 20 ปี โดยศึกษาปี 1989-2009 จุดประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวในการปฏิบัติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่พักฟื้นอยู่ที่บ้าน พบว่าการจัดการตนเองสามารถช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการกับอาการอาการต่างๆ ทำให้การพึ่งพาผู้อื่นลดลง สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล

Vangipuram, Jha & Bhashyam (2016) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของน้ำว่านหางจระเข้กับน้ำยา Chlorhexidine ต่อเหงือกและคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 130 คน กลุ่มแรกให้บ้วนปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้ กลุ่มที่ 2 ให้บ้วนปากด้วยน้ำยา Chlorhexidine และกลุ่มที่ 3 ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาหลอก ปริมาณที่ใช้ 10 มิลลิลิตร บ้วน 2 ครั้ง/วัน ประเมินผลในวันที่ 15 และ 30 พบว่าน้ำว่านหางจระเข้มีประสิทธิภาพในการลดคราบจุลินทรีย์ได้ดี เทียบเท่ากับน้ำยา Chlorhexidine โดยไม่เกิดอันตราย รวมทั้งยังมีราคาถูก แต่การวิจัยนี้มีส่วนผสมของสารกันบูดและสารเพิ่มรสชาติ ซึ่งไม่สะดวกในการเตรียมเองเพื่อไว้ใช้ที่บ้าน

Sargolzaie et al. (2016) ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของน้ำยาบ้วนปากโดยใช้ชาเขียวผสมกับน้ำว่านหางจระเข้กับ 0.2% Chlorhexidine ในการลดคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก โดยศึกษา 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มที่ 1 ใช้ 0.2% Chlorhexidine กลุ่มที่ 2 ใช้ชาเขียวผสมกับว่านหางจระเข้ และกลุ่มที่ 3 ใช้ชาเขียวผสมกับน้ำยาหลอก ใช้ปริมาณ 5 ml กลั้วปากนาน 30 วินาที 2 ครั้ง/วัน เป็นเวลา 14 วัน ผลพบว่า น้ำยาบ้วนปากชาเขียวผสมกับว่านหางจระเข้ กับ 0.2% Chlorhexidine สามารถลดคราบจุลินทรีย์ในช่องปากได้ใกล้เคียงกัน โดยได้มีการศึกษาและพัฒนาเพื่อนำมาใช้สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก

Pol, Patil, Sodhi, & Tadiparthi (2016) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการใช้ว่านหางจระเข้และเจลว่านหางจระเข้ในการรักษากลุ่มอาการของผิวหนังอักเสบเรื้อรังในช่องปาก พบว่าว่านหางจระเข้สามารถรักษาผู้ป่วยที่มีแผลภายในช่องปากเรื้อรังได้ โดยให้ทานว่านหางจระเข้ประมาณ 30 มิลลิลิตร 2 ครั้ง/วัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยติดตามประเมินผลเป็นระยะในช่วงสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 8

Delgado, Olafsson, & Donovan (2016) ที่ศึกษาเพื่อทดสอบค่า pH ของสารที่ให้ความชุ่มชื้นในช่องปาก 7 ชนิดที่มีใช้ทั่วไป ประเมินผลโดยใช้การวัดค่า pH เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แบ่งการวัดเป็น 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 96 ชั่วโมง 7 วัน 15 วัน ผลพบว่า ค่าความเป็นกรด - ด่างและความสามารถในการกักน้ำในช่องปากมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -0.73$ ;  $P$

$\leq 0.0001$ ) และพบว่าภาวะน้ำลายแห้งทำให้เกิดการกัดเซาะเหงือกและฟัน ทำให้ฟันผุได้ การทำให้ภายในช่องปากชุ่มชื้นจึงสามารถช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งได้

Charalambous et al. (2017). ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ thyme honey ในการลดภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี หรือฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด หรือฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดและการผ่าตัด จำนวน 72 คน โดยแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 36 คน ใช้แบบสอบถามภาวะน้ำลายแห้งที่พัฒนาโดย Dirix et al. (2008) และแบบประเมินเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วิธีการดำเนินการทดลอง คือ กลุ่มควบคุมได้รับ normal saline ในการบ้วนปาก และกลุ่มทดลองได้รับ thyme honey ในการบ้วนปาก โดยใช้ปริมาณของ thyme honey จำนวน 20 มิลลิลิตร ผสมน้ำ 100 มิลลิลิตร ในการบ้วนปาก ก่อนได้รับการฉายรังสี หลังการฉายรังสีทันที และ 6 ชั่วโมงหลังการฉายรังสี นอกจากนี้ยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก รวมทั้งได้รับการประเมินจากแพทย์รังสีรักษาทุกสัปดาห์ การประเมินผลจะประเมินก่อนการทดลอง, 1 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง ผลการทดลองพบว่าภาวะน้ำลายแห้งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลอง

## 6. โปรแกรมการจัดการตนเอง

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี โดยนำมาใช้จัดการอาการของตนเองที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ทำให้เกิดการรับรู้ปัญหาของตนเอง และมีทัศนคติที่ดีในการรักษา (Lorig & Holman, 2003) โดยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) ผู้วิจัยสร้างข้อตกลงร่วมกันในผลประโยชน์ที่จะได้รับอย่างเท่าเทียมกันทั้ง 2 ฝ่าย โดยสร้างความคุ้นเคยเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักสามารถขอคำปรึกษากับผู้วิจัยได้ มีการติดต่อสื่อสารกันระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักตามความเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหา (Problem solving) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างช่องปากที่สำคัญ โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ ผูกวิธีการแก้ปัญหาจากภาวะน้ำลายแห้งด้วยตนเอง จัดกิจกรรม - สร้างสถานการณ์ให้ผู้สูงอายุฝึกแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งในการแก้ปัญหาที่ดีจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและมีทักษะในการแก้ปัญหาภาวะน้ำลายแห้งรวมทั้งอาการอื่นๆที่เกิดขึ้นด้วย

องค์ประกอบที่ 3 การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) ผู้วิจัยจัดทำเอกสาร คู่มือ แผ่นพับ วิดีโอคลิป เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ วิจัยจัดการภาวะน้ำลายแห้ง รวมทั้งแนะนำการสืบค้นข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ วารสาร ฯลฯ โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เช่น การช่วยสืบค้นหาข้อมูล การถ่ายภาพ ถ่ายวิดีโอขณะผู้ป่วยสูงอายุฝึกปฏิบัติที่บ้าน

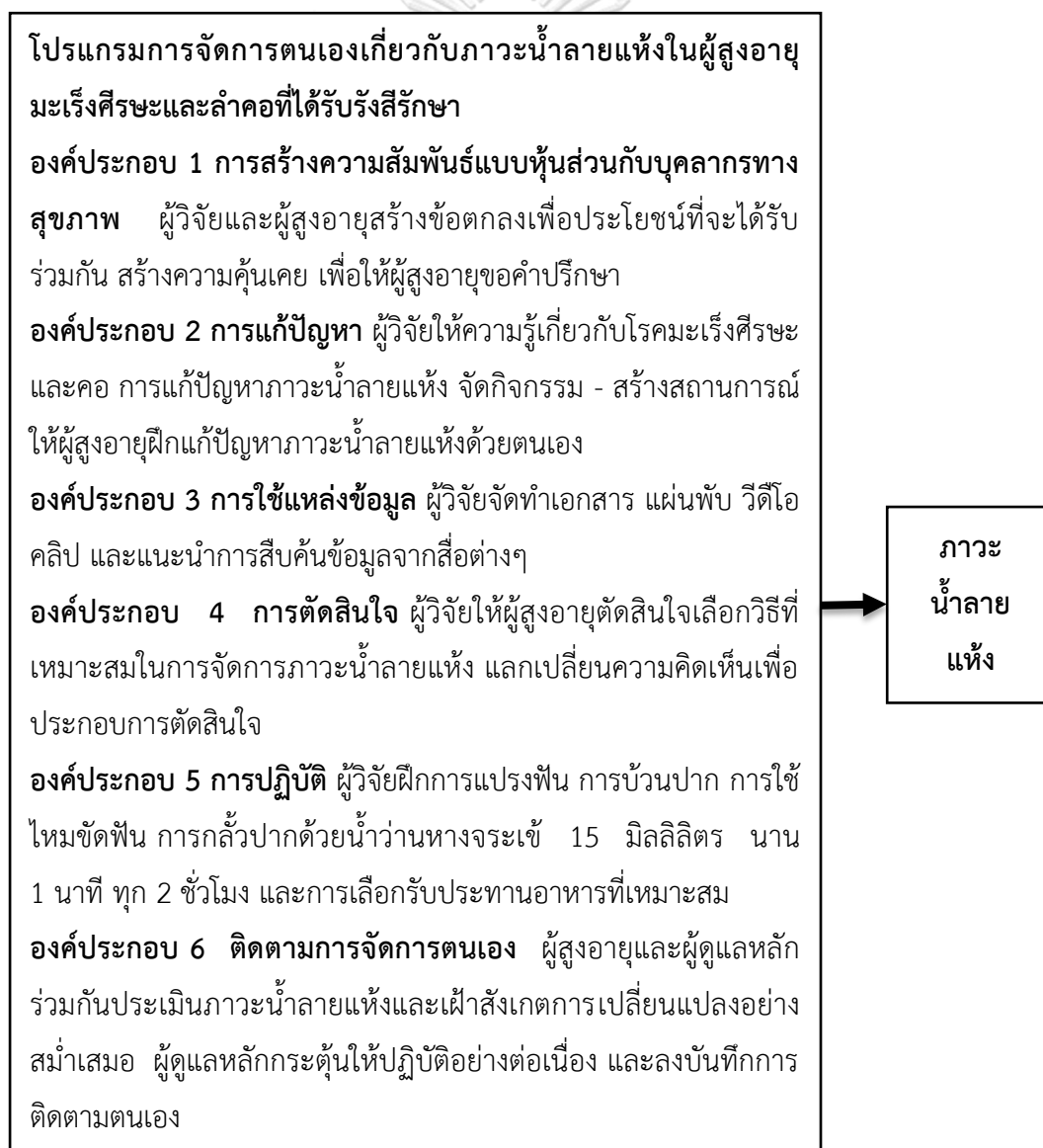
องค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจ (Decision making) ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งที่เกิดขึ้นของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 5 การปฏิบัติ (Taking action) ผู้วิจัยฝึกให้ผู้สูงอายุทำความสะอาดช่องปากของตนเอง โดยฝึกการแปรงฟันให้ถูกต้องตามขั้นตอน การบ้วนปาก ซึ่งการบ้วนปากอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งหลังรับประทานอาหารสามารถช่วยกำจัดเศษอาหารที่ติดค้างตามซอกฟันได้ การใช้ไหมขัดฟันพร้อมทั้งการกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้ทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ในปริมาณ 15 มิลลิลิตร กลั้วนาน 1 นาที ปริมาณและเวลาที่ใช้ได้มาจากการศึกษาที่ทำมาก่อนของ Eshghpour et al. (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้น้ำยาบ้วนปากเพื่อลดอาการปวดหลังการผ่าตัดศัลยกรรม โดยใช้น้ำยาบ้วนปากปริมาณ 15 มิลลิลิตรต่อครั้ง และ การศึกษาของ Gupta et al. (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากว่านหางจระเข้ในการต่อต้านคราบจุลินทรีย์ โดยใช้กลั้วปากนาน 1 นาที และอ้างอิงจากการพยาบาลตามปกติที่ใช้ผงฟูกลั้วปากทุก 1 ชั่วโมง แต่ในโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ได้ปรับเวลาให้เหมาะสมโดยการสอบถามผู้ป่วยก่อนการจัดทำโปรแกรม เพื่อความเหมาะสมและความสะดวกในการปฏิบัติ โดยให้กลั้วปากทุก 2 ชั่วโมงแทน และแนะนำการเลือกรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาที่สามารถทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะน้ำลายแห้งได้เมื่อเปรียบเทียบกับปฏิบัติโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองและการปฏิบัติตามการพยาบาลตามปกติ ซึ่งไม่จำเป็นต้องปล่อยให้กลุ่มควบคุมทุกซ์ทรมาณจากอาการของภาวะน้ำลายแห้งต่อไป ดังเช่นงานวิจัยที่ศึกษามาก่อนของ วันทนีย์ ดวงแก้ว และคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา รวมทั้งการศึกษาของ ลักษณะ เสาเวียง และคณะ (2559) โดยศึกษาการดูแลช่องปากและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด และ Acharya et al. (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ เจลว่านหางจระเข้มาช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งและพังผืดในปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ซึ่งการศึกษาทั้งหมดดังกล่าวใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ รวมทั้งให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้สูงอายุ เช่น ดูแลในการแปรงฟัน เตรียมว่านหาง

จระเข้ให้ผู้สูงอายุ ถ่ายภาพหรือวิดีโอขณะผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติ จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้กับ ผู้สูงอายุรับประทาน

องค์ประกอบที่ 6 ติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring) โดยผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก ประเมินภาวะน้ำลายแห้งและฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกการติดตามตนเองที่บ้านและให้ผู้ดูแลหลักช่วยกระตุ้นเตือน เพื่อให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติของผู้สูงอายุโดยการเข้าพบเพื่อซักถามปัญหา และให้คำแนะนำกรณีที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ Follow up study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ การวิจัยนี้ใช้แนวทางการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

		wk1	wk2	wk3	wk4
กลุ่มทดลอง	O <sub>1</sub> X	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>
กลุ่มควบคุม	O <sub>6</sub>	O <sub>7</sub>	O <sub>8</sub>	O <sub>9</sub>	O <sub>10</sub>

ภาพที่ 2 รูปแบบการทดลอง

- X หมายถึง โปรแกรมการจัดการตนเอง
- O<sub>1</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มทดลองก่อนเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง
- O<sub>2</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 1
- O<sub>3</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 2
- O<sub>4</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 3
- O<sub>5</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเองสัปดาห์ที่ 4
- O<sub>6</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O<sub>7</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติสัปดาห์ที่ 1
- O<sub>8</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติสัปดาห์ที่ 2
- O<sub>9</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติสัปดาห์ที่ 3
- O<sub>10</sub> หมายถึง ภาวะน้ำตาลในของของกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติสัปดาห์ที่ 4

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี คัดตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling)

## การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มของ Chow, Shao & Wang (2003) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน + Missing data 20% ได้กลุ่มละ 20 คน (ดังแสดงการคำนวณในภาคผนวก จ ) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

## ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ปกติ
2. ดูแลช่วยเหลือตนเองได้
3. มีผู้ดูแลหลัก
4. ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลหลักคนใดคนหนึ่งมีโทรศัพท์หรือมีความสามารถในการใช้สื่อทางโทรศัพท์
5. รับประทานอาหารได้เองทางปาก
6. ไม่มีประวัติแพ้สมุนไพรร เนื่องจากการใช้ว่านหางจระเข้ในการกลั้วปาก
7. ได้รับรังสีในปริมาณที่เท่ากันทุกคน
8. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองได้ครบตามกำหนดระยะเวลา อ่านหนังสือไม่ออก และเขียนหนังสือไม่ได้

### การคัดเลือกเข้ากลุ่ม

การจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่แบบ Matched pair ในด้านเพศ อายุ การศึกษา เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุ เพศ การศึกษา มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contaminated) และปัญหาด้านจริยธรรม ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองต่อ



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ผู้ดูแลหลัก วันที่เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค เทคนิคการฉายรังสี และการรักษาร่วม

1.2 แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. (2001) ซึ่งเป็นแบบ Numerical rating scale (NRS) แปลเป็นภาษาไทยโดย พรรณวดี พุทธิพนะ และคณะ (2549) มีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ โดยมีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะน้ำลายแห้งมาก โดยแบ่งระดับของคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ไม่มีภาวะน้ำลายแห้ง
คะแนน	0.01 - 3	หมายถึง	ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อย
คะแนน	3.01 - 7	หมายถึง	ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งปานกลาง
คะแนน	7.01 - 10	หมายถึง	ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมาก

แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. ได้มีการนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยของ สุวิญญา ธนสีลังกุล (2556) ที่ศึกษาผลของการมองภาพอาหารต่อการหลังของน้ำลายและภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา และงานวิจัยของ นิรมล พจน์ดวง และคณะ (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลช่องปากจากภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกหลังการรักษาด้วยรังสี โดยในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมาแปลผลคะแนนโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะน้ำลายแห้งทั้งรายข้อและคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในแต่ละสัปดาห์ แยกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม หนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย

1. แผนการสอนเกี่ยวกับโครงสร้าง หน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญในช่องปากพร้อมรูปภาพ ประกอบการสอน โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ การจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้ง การแปรงฟันที่ถูกต้อง วิธี การบ้วนปาก และการใช้ไหมขัดฟัน การเลือกแปรงสีฟัน การเลือกน้ำยาบ้วนปาก และการเตรียม

น้ำว่านหางจระเข้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีความมั่นใจ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้

2. วิดีโอคลิปเกี่ยวกับการแปรงสีฟันและการทำน้ำว่านหางจระเข้ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักสามารถฝึกปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องที่บ้าน

3. แผ่นภาพอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน เพื่อฝึกให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตนเองและนำมาปรับใช้ในการเตรียมอาหารและเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลหลักจัดเตรียมอาหารให้กับผู้สูงอายุได้

4. น้ำว่านหางจระเข้สำหรับกลั้วปาก เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้บรรเทาภาวะน้ำลายแห้งและเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก ลดความร้อนในช่องปากจากการได้รับการฉายรังสี

**3. เครื่องมือกำกับการทดลอง** เป็นแบบบันทึกการติดตามตนเอง มีทั้งหมด 7 ข้อ โดยครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบของ Lorig & Holman เพื่อช่วยเตือนความจำ ป้องกันการหลงลืมในการปฏิบัติของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ลงเครื่องหมาย (✓) เมื่อได้ปฏิบัติจริงในทุกวัน โดยถ้าปฏิบัติตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป (คิดเป็นร้อยละ 80) ถือว่าผ่านเกณฑ์ หากไม่ผ่าน ผู้วิจัยทำการสอนและแนะนำการปฏิบัติซ้ำอีกครั้ง รวมทั้งมีการติดตามโดยโทรศัพท์หรือไลน์สอบถามตามความสมควร เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือการจัดการภาวะน้ำลายแห้งด้วยตนเอง แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้ง แบบประเมินการดูแลช่องปากด้วยตนเอง แบบบันทึกการติดตามตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ แล้วนำมาแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของภาษา สำนวนการใช้ภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมให้ครอบคลุมตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 1 ท่าน
2. ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 2 ท่าน
3. ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลทางด้านอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน
4. ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 1 ท่าน

แบบประเมินภาชนะน้ำลายแห้งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1 และระดับความสอดคล้องของเนื้อหาจัดอยู่ในระดับสอดคล้องมาก มีการปรับคำในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น เช่น คำว่า ทานเปลี่ยนเป็นรับประทาน ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีการปรับเนื้อหาให้สมบูรณ์ขึ้น โดยเพิ่มอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น เครื่องเทศและน้ำผลไม้รสเปรี้ยวในคู่มือการจัดการตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินภาชนะน้ำลายแห้งไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน (Burn & Grove, 2009; P. 422) แล้วคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89 รวมทั้งได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมาตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจของภาษาที่ใช้ ระยะเวลาในการสอน การอธิบายและการฝึกปฏิบัติ พบว่า ภาษาและสื่อที่ใช้มีความชัดเจนดี ตัวอักษรของแผ่นพับและคู่มือเข้าใจง่าย เวลาในการสอน การอธิบายและการฝึกปฏิบัติมีความเหมาะสม ไม่รบกวนเวลาของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและไม่กระทบต่อการรักษา จากนั้นจึงนำเครื่องมือมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย สิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติ และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับการเข้าร่วมวิจัยและการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลทางการรักษาและการพยาบาลแต่อย่างใด พร้อมแสดงเอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 101/2560 มีผลตั้งแต่วันที่ 27 มิถุนายน 2560 ถึง วันที่ 26 มิถุนายน 2562 และให้เซ็นต์ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล และนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม หากมีข้อสงสัยในการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา รวมทั้งสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลแก่ผู้วิจัย ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยศึกษา ตำราและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและลำคอ วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาใช้จัดทำเอกสารให้กับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้ง โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี แผนการสอน เอกสารคู่มือและแผ่นพับเกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ ภาวะน้ำลายแห้งและวิธีการจัดการภาวะน้ำลายแห้ง แผ่นภาพโครงสร้างของอวัยวะในช่องปาก รูปภาพอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน วิดีโอคลิปการแปรงฟัน การบ้วนปาก การใช้ไหมขัดฟันและการทำน้ำวุ้นทางจระเข้สำหรับกลั้วปาก แบบบันทึกการติดตามตนเองในการปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเสนอขอทำโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลราชวิถี

3. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการวิจัยดังนี้

3.1 ขอนหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

3.2 ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกรังสีรักษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่วางแผนเพื่อรับการฉายรังสี แล้วนำมาตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด โดยดูจากแฟ้มประวัติและการสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยเข้าพบกับผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีและผู้ดูแลหลัก ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้า

ร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหลังการให้ข้อมูลโดยไม่มีการบังคับหรือส่งผลกระทบต่อการรักษาแต่ประการใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและปัญหาทางจริยธรรมเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโอกาสติดต่อสื่อสารกัน เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองต่อ

4. จัดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความเท่าเทียมกัน โดยการ Matched pair ด้านเพศ อายุ การศึกษา

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะๆ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลทุกวันที่ 5 ของการฉายรังสีในแต่ละสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ดังนี้

**สัปดาห์ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ**

ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการจัดกิจกรรมการวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังได้รับความร่วมมือ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยซักประวัติเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดก่อนให้การพยาบาลตามปกติ โดยแบบประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดเป็นฉบับเดียวกันกับของกลุ่มทดลองทุกประการ แต่ไม่มีโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการพยาบาลตามปกติที่โรงพยาบาลจัดให้ กิจกรรมในสัปดาห์นี้ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยแจ้งเวลามาพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักเพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดทุกวันที่ 5 ของการฉายรังสีในแต่ละสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 1-4**

ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี ให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกรังสีรักษา ในวันที่ 5 ของการฉายรังสีซึ่งเป็นวันสุดท้ายของทุกๆสัปดาห์ โดยใช้เวลาในการประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดในกลุ่มควบคุมประมาณ 5-10 นาที

ก่อนสิ้นสุดการวิจัยประมาณ 1-3 วัน ผู้วิจัยนัดหมายเพื่อพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักและประเมินภาชนะน้ำลายแห้งเป็นครั้งสุดท้าย

#### สัปดาห์ที่ 4

ผู้วิจัยทักทายและสอบถามอาการโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ แล้วให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินภาชนะน้ำลายแห้งหลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกรังสีรักษา โดยใช้เวลาในการประเมินภาชนะน้ำลายแห้งประมาณ 5-10 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการตนเอง แผ่นพับ และวิดีโอคลิป ที่ใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาชนะน้ำลายแห้งให้กับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม รวมทั้งนำว่านหางจระเข้สำหรับกลั้วปากในรายที่มีความประสงค์ต้องการนำว่านหางจระเข้ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความประสงค์ต้องการนำว่านหางจระเข้สำหรับกลั้วปากไว้ใช้ที่บ้าน

#### กลุ่มทดลอง

##### สัปดาห์ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

1) จัดเตรียมสถานที่บริเวณแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการจัดกิจกรรมการวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักเซ็นต์ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัย และให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อกับผู้วิจัย

2) ผู้วิจัยซักประวัติเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินภาชนะน้ำลายแห้งก่อนเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 5-10 นาที

##### สัปดาห์ที่ 1

##### วันที่ 1

1) ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงที่ผู้สูงอายุรอรับการฉายรังสี เพื่อไม่เป็นการรบกวนเวลาของผู้สูงอายุมากเกินไป ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวอีกครั้ง เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ตามองค์ประกอบที่ 1 คือการสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนกับพยาบาล

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้าง หน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ ภาชนะน้ำลายแห้งและวิธีการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาชนะน้ำลายแห้งแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างความมั่นใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตามองค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหา โดยใช้สื่อการสอนเป็นแผ่นภาพโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก คู่มือ แผ่นพับ และแนะนำการสืบค้น

ข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ วารสารต่างๆ ฯลฯ เพื่อให้ผู้สูงอายุฝึกใช้แหล่งข้อมูลในการสืบค้นเพิ่มเติม ตามองค์ประกอบที่ 3 การใช้แหล่งข้อมูล พร้อมตอบข้อซักถาม

3) อธิบายสรรพคุณของน้ำว่านหางจระเข้ในการช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งได้ วิธีการทำน้ำว่านหางจระเข้ไว้ใช้ที่บ้าน โดยใช้สื่อเป็นวิดีโอคลิปที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักรับชม เป็นการฝึกการใช้แหล่งข้อมูล เพื่อนำไปทบทวนที่บ้านตามองค์ประกอบที่ 3 การใช้แหล่งข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายการเลือกใบว่านหางจระเข้ที่มีขนาดโคนของใบกว้าง ประมาณ 2 นิ้วและอายุประมาณ 1 ปี รวมทั้งอธิบายการเก็บรักษาใบว่านหางจระเข้ในกระดาษบุฟหรือฟิล์มพลาสติกและนำมาบรรจุในกล่องพลาสติกที่อุณหภูมิ 10 °C สามารถเก็บได้ประมาณ 2-6 สัปดาห์ โดยไม่สูญเสียคุณภาพและสามารถคงความสดของใบว่านหางจระเข้ไว้ได้ และการกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้ ตามองค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหา เพื่อประกอบในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาภาวะน้ำลายแห้งของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามองค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจ

4) แจกน้ำว่านหางจระเข้ปริมาณ 250 มิลลิลิตร จำนวน 7 ขวด ให้กับผู้สูงอายุเพื่อใช้อมกลั้วปากที่บ้าน พร้อมทั้งสอนผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับวิธีการกลั้วปาก โดยใช้ปริมาณ 15 มิลลิลิตร กลั้วปากนาน 1 นาที/ครั้ง กลั้วปากทุก 2 ชั่วโมง ใช้วันละขวดและเก็บน้ำว่านหางจระเข้ไว้ในตู้เย็น หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติเอง เป็นการฝึกให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาและปฏิบัติให้ถูกต้องและเหมาะสมโดยมีผู้ดูแลหลักร่วมฝึกปฏิบัติด้วย ตามองค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหาและองค์ประกอบที่ 5 การปฏิบัติ

5) สอนการลงบันทึกในเครื่องมือกำกับการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) โดยให้ลงบันทึกทุกวันในข้อที่ได้ปฏิบัติจริงและกระตุ้นการทำความสะอาดช่องปากของตนเองอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งแนะนำการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและบอกแหล่งค้นคว้าข้อมูลจากสื่อต่างๆเพิ่มเติม เพื่อลดปัญหาภาวะน้ำลายแห้ง ตามองค์ประกอบที่ 6 การติดตามการจัดการตนเอง ใช้เวลารวมทั้งหมดประมาณ 20 นาที

## วันที่ 2

1) ผู้วิจัยทักทายและซักถามอาการทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามองค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนกับพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยสอนและสาธิตวิธีการจัดการความสะอาดช่องปาก โดยการแปรงฟันตามขั้นตอน การใช้น้ำยาบ้วนปาก และการใช้ไหมขัดฟัน (กรณีที่สามารถใช้ได้) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและมีความมั่นใจในการปฏิบัติ นำไปสู่การแก้ปัญหาที่ถูกต้องตามองค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหา และให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติเพื่อนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ โดยมีผู้ดูแลหลักคอยกระตุ้นและดูแลการปฏิบัติของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบที่ 5 การปฏิบัติ สื่อที่ใช้ในการสอน คือ แผ่นพับและวิดีโอคลิปเกี่ยวกับการจัดการความสะอาดของช่องปากที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น รวมทั้งแนะนำสื่อในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความสะอาดช่องปากเพิ่มเติมแก่ผู้สูงอายุ

ตามองค์ประกอบที่ 3 การใช้แหล่งข้อมูล และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมกับตนเองในการประกอบ การตัดสินใจตามองค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจ การสอนและฝึกปฏิบัตินี้ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

### วันที่ 3

1) ผู้วิจัยทักทาย ชักถามอาการทั่วไปและปัญหาในการปฏิบัติหลังการสอนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ

2) จัดกิจกรรม “ปริศนาอาหารจานโปรด” โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักช่วยกันเลือกภาพอาหารที่เหมาะสมกับอาการภาวน้ำลายแห้งของตนเอง พร้อมอธิบายเหตุผลที่เลือกเพราะอะไร เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักฝึกแก้ปัญหาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำมาสู่การประกอบการตัดสินใจ กิจกรรมนี้อยู่ในองค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหาและองค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับตนเองได้ตามองค์ประกอบที่ 5 การปฏิบัติ และแนะนำการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆอีกครั้งหนึ่ง ตามองค์ประกอบที่ 3 การใช้แหล่งข้อมูล เวลาที่ใช้สำหรับกิจกรรมนี้รวมทั้งหมดประมาณ 15-20 นาที

วันที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้สอนในวันที่ 1-3

### วันที่ 5

1) ผู้วิจัยทักทายและสอบถามปัญหาในการปฏิบัติการดูแลช่องปากและการจัดการภาวน้ำลายแห้งตามองค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนกับพยาบาลและองค์ประกอบที่ 6 การติดตามการจัดการตนเอง หากพบปัญหาจากการปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ข้อมูลและอธิบายซ้ำในสิ่งที่ผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง

2) ให้ผู้สูงอายุประเมินภาวน้ำลายแห้งของตนเองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ครบ 5 วัน กิจกรรมนี้เป็นไปตามองค์ประกอบที่ 6 การติดตามการจัดการตนเอง ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 20-30 นาที

### สัปดาห์ที่ 2-4

ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนที่อธิบายและสอน และให้ติดตามประเมินภาวน้ำลายแห้งทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง พร้อมทั้งแจกน้ำว่านหางจระเข้ปริมาณ 250 มิลลิลิตร จำนวน 7 ขวดให้กับผู้สูงอายุเพื่อใช้อมกลั้วปากที่บ้านทุกสัปดาห์

ก่อนสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักก่อน 1-3 วัน เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักทราบและเป็นการเตรียมเพื่อสิ้นสุดการสร้างสัมพันธภาพ

### สัปดาห์ที่ 4 วันสุดท้ายของสัปดาห์

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสอบถามอาการโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินภาวน้ำลายแห้งหลังเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที



2) เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้ และกล่าวสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักทราบเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งแนะนำให้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

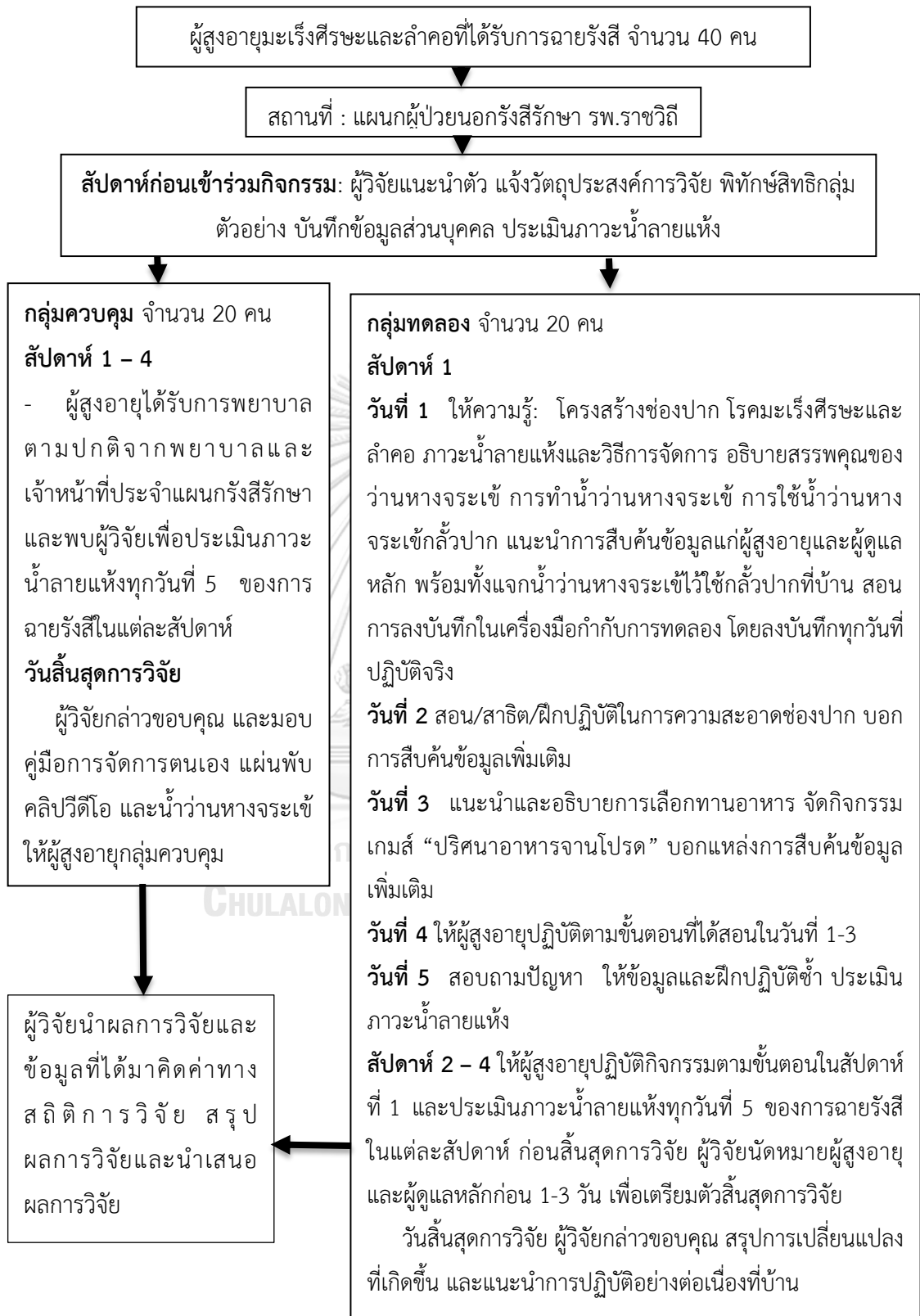
เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมทั้งหมดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาทำการประเมินผลการวิจัยและคิดค่าทางสถิติการวิจัย เพื่อสรุปผลการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบทางสถิติโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติ Independent T-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายข้อ
3. สถิติ Repeated measures ANOVA ในการประเมินภาวะน้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองกับการพยาบาลตามปกติเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งแยกตามระยะเวลา

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ Follow up study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี โดยคัดเลือกเข้ากลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน เพื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำตาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยรวมในสัปดาห์ที่ 1-4 แยกเป็นรายข้อ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง แยกเป็นรายข้อในแต่ละสัปดาห์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 0-4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงภาวะน้ำตาลในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแยกตามระยะเวลา โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะน้ำตาลในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอ ในสัปดาห์ที่ 0-4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Two-way Repeated measures ANOVA

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะน้ำตาลในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ในสัปดาห์ที่ 0-4 เป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N <sub>1</sub> =20)		กลุ่มทดลอง (N <sub>2</sub> =20)		รวม (N <sub>รวม</sub> =40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>เพศ</b>					
ชาย	15	75	15	75	30	75
หญิง	5	25	5	25	10	25
<b>อายุ</b>	(X̄=66.15,SD=5.76) (X̄=66.0,SD=5.28) (X̄=66.08,SD=5.46)					
60-64 ปี	10	50	10	50	20	50
65-69 ปี	5	25	5	25	10	25
70 ขึ้นไป	5	25	5	25	10	25
<b>การศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	15	3	15	6	15
ประถมศึกษา	9	45	9	45	18	45
มัธยมศึกษา	3	15	3	15	6	15
ปวช-ปวส	3	15	3	15	6	15
ปริญญาตรี	1	5	1	5	2	5
ปริญญาโท	1	5	1	5	2	5
<b>อาชีพ</b>						
รับจ้าง	6	30	8	40	14	35
ค้าขาย	5	25	3	15	8	20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	45	9	45	18	45
<b>รายได้</b>						
< 5,000	13	65	16	80	29	72.5
5,000-10,000	4	20	2	10	6	15
10,000 บาทขึ้นไป	3	15	2	10	5	12.5

(ตารางที่ 1 ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(N <sub>1</sub> =20)		(N <sub>2</sub> =20)		(N <sub>รวม</sub> =40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	3	15	2	10	5	12.5
สมรส	12	60	16	80	28	70
ม่าย	5	25	2	10	7	17.5
<b>ผู้ดูแลหลัก</b>						
คู่สมรส	9	45	9	45	18	45
บุตร - หลาน	11	55	11	55	22	55
<b>การวินิจฉัยโรค</b>						
CA Nasopharynx	6	30	4	20	10	25
CA Tonsil	3	15	1	5	4	10
DLBCL	-	-	1	5	1	2.5
CA External ear canal	1	5	1	5	2	5
CA Maxillary sinus	-	-	2	10	2	5
CA Hypopharynx	-	-	2	10	2	5
CA Oropharynx	1	5	1	5	2	5
CA Parotid	-	-	2	10	2	5
CA Gum	1	5	1	5	2	5
CA Glottic	1	5	2	10	3	7.5
CA Tongue	1	5	2	10	3	7.5
CA larynx	-	-	1	5	1	2.5
CA Floor for mouth	2	10	-	-	2	5
CA Cheek	1	5	-	-	1	2.5
CA Pyriform	1	5	-	-	1	2.5
CA Soft palate	1	5	-	-	1	2.5
CA Lower lip	1	5	-	-	1	2.5

(ตารางที่ 1 ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(N <sub>1</sub> =20)		(N <sub>2</sub> =20)		(N <sub>รวม</sub> =40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เทคนิคการฉายรังสี</b>						
2D-RT	8	65	8	40	16	40
3D-CRT	6	15	6	30	12	30
IMRT	6	20	6	30	12	30
<b>CRR</b>	8	40	8	60	16	40
<b>RT alone</b>	12	60	12	40	24	60
<b>ปริมาณรังสีที่ได้รับต่อวัน</b>						
200 cGy / วัน	20	100	20	100	40	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในสัดส่วน 3:1 โดยสามในสี่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 และระดับการศึกษาที่สูงกว่าคิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 55 และเป็นผู้มีรายได้ทุกคน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70 ดังนั้น ผู้ดูแลหลักจึงเป็นบุตร-หลานและคู่สมรส ส่วนตำแหน่งของโรคที่พบมากที่สุดคือ บริเวณโพรงหลังจมูก (Nasopharynx)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยรวมสัปดาห์ที่ 1-4 แยกเป็นรายข้อ (N = 20)

การรับรู้ภาวะน้ำลายแห้ง	$\bar{X}$	
	สัปดาห์ที่ 1-4	
	กลุ่มควบคุม (N <sub>1</sub> =20)	กลุ่มทดลอง (N <sub>2</sub> =20)
1. น้ำลายแห้งทำให้คุณรู้สึกมีความยากลำบากในการพูด	4.80	0.58
2. น้ำลายแห้งทำให้คุณรู้สึกมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร	5.38	1.10
3. น้ำลายแห้งทำให้คุณรู้สึกมีความยากลำบากในกลืนอาหารแห้งและแข็ง	6.41	1.54
4. น้ำลายแห้งทำให้คุณรู้สึกมีปัญหาในการนอนหลับบ่อยแค่ไหน	5.15	0.94
5. เมื่อคุณรับประทานอาหาร คุณรู้สึกมีอาการปากและคอแห้ง	5.01	0.99
6. เมื่อคุณไม่ได้รับประทานอาหาร คุณรู้สึกมีอาการปากและคอแห้ง	5.46	1.19
7. คุณจิบน้ำบ่อยเพื่อช่วยในการกลืนอาหาร	5.86	1.26
8. คุณจิบน้ำบ่อยเมื่อไม่ได้รับประทานอาหาร	5.55	0.66
<b>รวมคะแนนการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งโดยรวม</b>	<b>5.45</b>	<b>1.03</b>

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมในกลุ่มควบคุมอยู่ที่ระดับความรุนแรงปานกลาง ( $\bar{X} = 5.45$ ) ส่วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมอยู่ในระดับความรุนแรงเล็กน้อย ( $\bar{X} = 1.03$ ) รวมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบการรับรู้ความรุนแรงของน้ำลายแห้งที่ทำให้เกิดความยากลำบากในกลืนอาหารแห้งและแข็งมากที่สุด และการรับรู้ความรุนแรงของน้ำลายแห้งโดยใช้การจิบน้ำบ่อยเพื่อช่วยในการกลืนอาหารรองลงมา ซึ่งเมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในแต่ละสัปดาห์ จะได้ผลดังตารางที่ 3 ดังนี้

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง แยกเป็นรายข้อในแต่ละสัปดาห์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 0-4

ข้อ	สัปดาห์ที่ 0		สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 3		สัปดาห์ที่ 4	
	Control	Test	Control	Test	Control	Test	Control	Test	Control	Test
1	0.60	0.40	2.25	0.35	4.15	0.40	5.85	0.70	6.95	0.85
2	0.30	0.60	2.30	0.65	4.40	0.80	6.80	1.30	8.00	1.65
3	1.15	0.95	3.55	0.95	5.70	1.20	7.60	1.85	8.80	2.15
4	1.25	0.90	2.65	0.75	4.60	0.85	6.20	0.95	7.15	1.20
5	0.30	0.55	2.15	0.65	4.40	0.60	6.20	1.15	7.30	1.55
6	0.55	0.80	2.90	0.95	4.85	0.85	6.45	1.30	7.65	1.65
7	1.25	0.70	3.05	0.70	5.00	0.90	7.10	1.50	8.30	1.95
8	1.00	1.00	2.80	0.50	4.95	0.50	6.80	0.80	7.65	0.85

จากตารางที่ 3 พบว่า ในสัปดาห์ก่อนการทดลอง ยังไม่พบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งของทั้งสองกลุ่ม เมื่อได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ เริ่มพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในทั้งสองกลุ่ม แต่ยังไม่ชัดเจนในทางคลินิก โดยอยู่ในระดับความรุนแรงเล็กน้อยเท่ากัน ทั้งค่าเฉลี่ยรายข้อและค่าเฉลี่ยโดยรวม ส่วนในสัปดาห์ที่ 2 เริ่มมีความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งอยู่ที่ระดับปานกลาง ส่วนในกลุ่มทดลองการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งอยู่ที่ระดับเล็กน้อย เช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 3 ที่การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งของทั้งสองกลุ่มเท่ากับสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่ากลุ่มควบคุมมีความทุกข์ทรมานจากภาวะน้ำลายแห้งมาก ทั้งคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยรายข้อ เมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองซึ่งยังคงอยู่ที่ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อยเท่านั้น

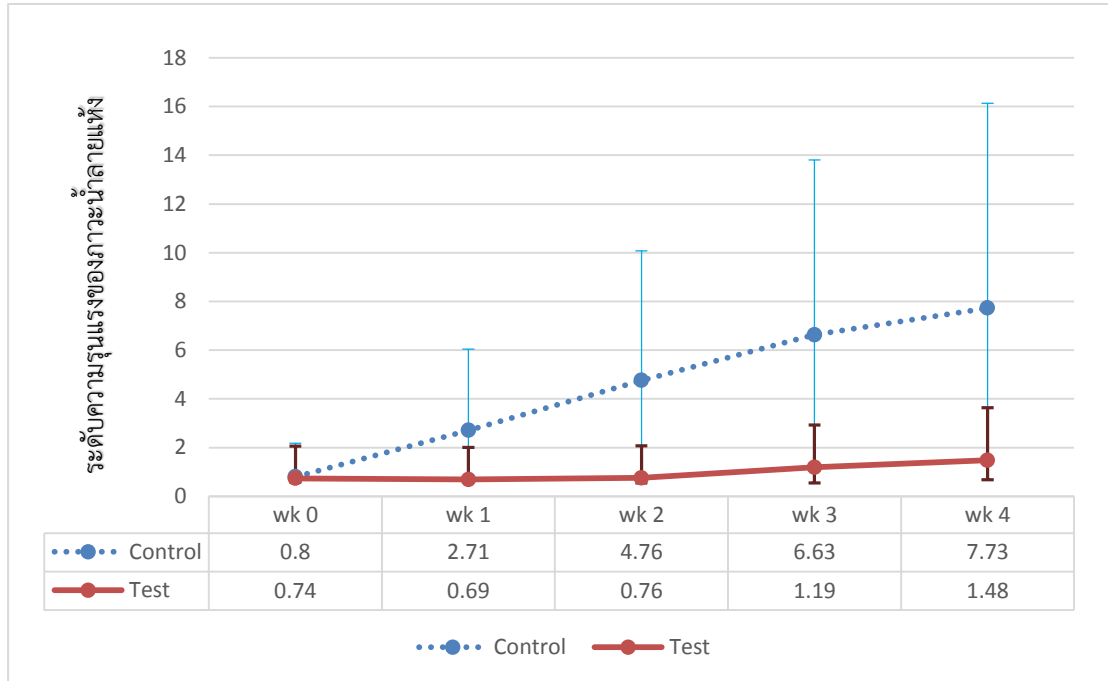


**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแยกตามระยะเวลา โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA (N = 20)

สัปดาห์	กลุ่มควบคุม (N <sub>1</sub> =20)			กลุ่มทดลอง (N <sub>2</sub> =20)		
	$\bar{X}$	S.D.	ภาวะ น้ำลายแห้ง	$\bar{X}$	S.D.	ภาวะ น้ำลายแห้ง
0	0.80	1.36	เล็กน้อย	0.74	1.19	เล็กน้อย
1	2.71	1.65	เล็กน้อย	0.69	1.09	เล็กน้อย
2	4.76	1.40	ปานกลาง	0.76	1.03	เล็กน้อย
3	6.63	1.25	ปานกลาง	1.19	1.17	เล็กน้อย
4	7.73	1.59	มาก	1.48	1.41	เล็กน้อย

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบภาวะน้ำลายแห้งโดยรวม พบว่า สัปดาห์ที่ 0 - 4 กลุ่มควบคุมมีความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากความรุนแรงเล็กน้อยถึงความรุนแรงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงเริ่มตั้งแต่ 0.80, 2.71, 4.76, 6.63 และ 7.73 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่ามีระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งสูงขึ้นเล็กน้อยและค่อนข้างคงที่ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 0 - 4 ค่าเฉลี่ย 0.74, 0.69, 0.76, 1.19 และ 1.48 ตามลำดับ ดังแสดงตามกราฟเส้น

กราฟเส้นที่ 1 แสดงความแตกต่างของความรุนแรงภาวะน้ำลายแห้งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามระยะเวลา



ภาพที่ 4 กราฟแสดงความแตกต่างของความรุนแรงภาวะน้ำลายแห้งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามระยะเวลา

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุเมื่เริ่มศึรยะและลำคอ ในสัปดาห์ที่ 0-4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Two-way Repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
<b>ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม</b>					
<b>(Group)</b>					
กลุ่ม	630.125	1	630.125	119.964	0.000
ความคลาดเคลื่อน	199.599	38	5.253		
<b>ความแปรปรวนภายในกลุ่ม</b>					
<b>(Time)*</b>					
ระยะเวลาที่วัด	392.508	1.688	232.579	110.519	0.000
ระยะเวลาที่วัด × กลุ่ม	254.997	1.688	151.097	71.800	0.000
ความคลาดเคลื่อน	134.958	64.130	2.104		

\* SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

\*Greenhouse-Geisser

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบวัดซ้ำโดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ก่อนการวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Repeated Measure ANOVA ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้มาจากประชากรที่มีการแจกแจงแบบปกติ ความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) ของประชากรในแต่ละกลุ่มของตัวแปรตามมีค่าเท่ากัน ข้อมูลที่ทำการทดสอบอยู่ในมาตรวัดแบบอันดับภาค คะแนนภาวะน้ำลายแห้งในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนภาวะน้ำลายแห้ง ในการวัดซ้ำแต่ละครั้งหากเป็น Compound Symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ค่าของ Sphericity Assumed แต่หากไม่เป็น Compound Symmetry จะอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีการปรับค่า Degree of Freedom ของ Greenhouse-Geisser ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า ค่าสถิติ Mauchly's W = 0.082,  $p < 0.05$  สรุปว่าไม่เป็น Compound Symmetry จึงอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลของ Greenhouse-Geisser

จากตารางที่ 5 การทดสอบด้วย One-between one-within ANOVA พบว่า อิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มถึงระดับนัยสำคัญ  $F = 119.964$ ,  $p < 0.05$  คือ รูปแบบคะแนนภาวะน้ำลายแห้งในช่วงเวลาต่างๆ ระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งช่วงเวลา จึงวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา โดยควบคุมความผิดพลาดทั้งกลุ่มด้วยวิธีของ Bonferroni ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะนั้น้ำลายแห้งในผู้สูงอายุเมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ในสัปดาห์ที่ 0-4 เป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni

Time	(I) กลุ่มตัวอย่าง	(J) กลุ่มตัวอย่าง	Mean Difference (I-J)	p-value
สัปดาห์ที่ 0	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	0.063	0.878
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	-0.063	0.878
สัปดาห์ที่ 1	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	2.019*	0.000
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	-2.019*	0.000
สัปดาห์ที่ 2	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	3.994*	0.000
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	-3.994*	0.000
สัปดาห์ที่ 3	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	5.431*	0.000
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	-5.431*	0.000
สัปดาห์ที่ 4	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	6.244*	0.000
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	-6.244*	0.000

\*p-value < .05

Time		SS	df	MS	F	p-value
สัปดาห์ที่ 0	Contrast	0.039	1	0.039	0.024	0.878
	Error	62.009	38	1.632		
สัปดาห์ที่ 1	Contrast	40.754	1	40.754	20.983	0.000
	Error	73.805	38	1.942		
สัปดาห์ที่ 2	Contrast	159.500	1	159.500	105.502	0.000
	Error	57.449	38	1.512		
สัปดาห์ที่ 3	Contrast	294.985	1	294.985	200.227	0.000
	Error	55.984	38	1.473		
สัปดาห์ที่ 4	Contrast	389.844	1	389.844	173.653	0.000
	Error	85.309	38	2.245		

\*p-value < .05 SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

จากตารางที่ 6 อิทธิพลของกลุ่มในแต่ละระดับของเวลา พบว่า

ในสัปดาห์ที่ 0 กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม  $F = 0.024, p = 0.878$

ในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F = 20.983, p < .05$

ในสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F = 105.502, p < .05$

ในสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F = 200.227, p < .05$

ในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F = 173.653, p < .05$



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ Follow up study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการคัดเลือกตามคุณสมบัติและเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มนี้ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี และเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองต่อจำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ได้คัดเลือกตามคุณสมบัติและเกณฑ์การคัดเลือกเหมือนกับกลุ่มควบคุมทุกประการ โดยกลุ่มนี้ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ทั้ง 6 องค์ประกอบ ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 – มกราคม 2561 รวมทั้งสิ้น 7 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ผู้ดูแลหลัก วันที่เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค เทคนิคการฉายรังสี และการรักษา

1.2 แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch et al. (2001) ซึ่งเป็นแบบ Numerical rating scale (NRS) โดยมีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ มีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีภาวะน้ำลายแห้ง คะแนน 0.01-3 หมายถึง ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อย คะแนน 3.01-7 หมายถึง ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งปานกลาง และคะแนน 7.01-10 หมายถึง ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมาก

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แผนการสอนเกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญในช่องปากพร้อมรูปภาพ ประกอบการสอน โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ การจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้ง การแปรงฟันที่ถูกต้อง วิธี การบ้วนปากและการใช้ไหมขัดฟัน การเลือกแปรงสีฟัน การเลือกน้ำยาบ้วนปากและการเตรียมน้ำว่านหางจระเข้

#### 2.2 วิดีโอคลิปเกี่ยวกับการแปรงสีฟันและการทำน้ำว่านหางจระเข้

2.3 แผนภาพอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน

2.4 น้ำว่านทางจรจะเข้สำหรับกล้วยปาก

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบบันทึกการติดตามตนเอง มีทั้งหมด 7 ข้อ โดยครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบของ Lorig & Hollman เพื่อช่วยเตือนความจำ ป้องกันการหลงลืมในการปฏิบัติของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ลงเครื่องหมาย (✓) เมื่อได้ปฏิบัติจริงในทุกวัน โดยถ้าปฏิบัติตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป (คิดเป็นร้อยละ 80) ถือว่าผ่านเกณฑ์

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีแพทย์ด้านรังสีรักษามาร่วมคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยด้วย การวิจัยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 20 รายก่อนจนครบ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลองต่อ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและปัญหาทางด้านจริยธรรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโอกาสติดต่อสื่อสารกัน จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ทั้ง 6 องค์ประกอบ การประเมินภาวณ้ำลายแห้งทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินก่อนเข้ารับการรักษาด้วยรังสีและทุกสัปดาห์ขณะฉายรังสี เป็นเวลา 1 เดือน หรือ 4 สัปดาห์ แล้วจึงนำผลการวิจัยมาเปรียบเทียบภาวณ้ำลายแห้งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามระยะเวลาที่ประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent T-test และสถิติ Repeated measures ANOVA ในการประเมินภาวณ้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองกับการพยาบาลตามปกติเกี่ยวกับภาวณ้ำลายแห้งในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

### สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวณ้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีสามารถช่วยลดภาวณ้ำลายแห้งได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## การอภิปรายผล

จากสมมติฐานการวิจัย ภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐาน คือ ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีภาวะน้ำลายแห้งน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ( $\bar{X}$  = 1.03) แต่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 5.45) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิญญา ธนสีลังกุล ที่ศึกษาผลของการมองภาพอาหารต่อการหลั่งน้ำลายและภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา พบว่าการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย ( $\bar{X}$  = 2.86) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 4.13) และเมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งในรายข้อ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะน้ำลายแห้งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลรวมทุกข้อ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการสอนจากผู้วิจัยในการจัดการตนเองแบบมีข้อตกลงร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายของการลดภาวะน้ำลายแห้งที่เกิดจากการฉายรังสีตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองยังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ การจัดการภาวะน้ำลายแห้ง การดูแลความสะอาดช่องปาก จากการสอนของผู้วิจัยผ่านทางวิดีโอคลิปและให้ทดลองฝึกปฏิบัติจริง เนื่องจากการดูแลภายในช่องปากให้สะอาดและชุ่มชื้นตลอดเวลาสามารถช่วยบรรเทาความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งได้ (Epstein & Jensen, 2015) และยังทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจในการปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังได้รับคู่มือการจัดการตนเองเป็นเอกสารและแผ่นพับ เพื่อนำไปทบทวนต่อที่บ้านได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง มีความมั่นใจ และเกิดความตระหนักในการจัดการอาการต่างๆรวมทั้งภาวะน้ำลายแห้ง ซึ่งเป็นสาเหตุเริ่มต้นของอาการต่างๆ ภายในช่องปาก (Chouhan, Gadiya, Chouhan, Khan & Chouhan, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (2555) ที่ศึกษาพบว่าบุคคลจะสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีความรู้ ทักษะและความมั่นใจในตนเอง ส่วนการศึกษาของ Ohara et al. (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำลายแห้ง พบว่าการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีการหลั่งของ



น้ำลายและการกลืนที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Slev et al. (2016) ที่ศึกษา Meta analysis จำนวน 10 เรื่อง พบว่า การให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง อีกทั้งมีทัศนคติที่ดีในการจัดการตนเอง ตามการศึกษาของ Jansen, van Uden-Kraan, van Zwieten, Witte & Verdonck-de Leeuw (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าการสร้างทัศนคติที่ดีทำให้เกิดการจัดการตนเองและการดูแลสุขภาพที่ดี รวมทั้งการได้รับคู่มือ แผ่นพับและวิดีโอคลิป ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนต่อที่บ้านได้ โดยมีผู้ดูแลหลักช่วยเหลือและกระตุ้นเตือนให้เกิดการตัดสินใจปฏิบัติเพื่อการจัดการตนเองในการดูแลความสะอาดภายในช่องปาก โดยการแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร เพื่อจัดเศษอาหารที่หมักหมม ป้องกันการติดเชื้อภายในช่องปาก (Spiegelberg, 2014) การแปรงฟันนอกจากช่วยให้ภายในช่องปากสะอาดแล้ว ยังช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก จึงบรรเทาความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งได้ (Epstein & Jensen, 2015; Delgado, Olafsson, & Donovan, 2016)

การสอนให้เลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนิ่ม หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดเพื่อป้องกันการระคายเคืองและอาการปวดแสบภายในช่องปาก (Lewis & Jordan, 2012) กลุ่มตัวอย่างจึงรับประทานอาหารได้โดยไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของ Hopkinson (2015) ที่พบว่า การดูแลเอาใจใส่เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง สามารถช่วยลดภาวะทุพโภชนาการได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ van den Berg et al. (2015) ที่พบว่า การให้คำปรึกษาด้านการเลือกรับประทานอาหารทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอรับประทานอาหารได้ดีขึ้น จึงไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการ และการศึกษาของ Bressan et al. (2017) ที่ศึกษาแบบ Systematic review and meta-synthesis เกี่ยวกับอาการที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอขณะได้รับการรักษา จำนวน 121 เรื่อง โดยมี 12 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการเลือก รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา เช่น การกลืนลำบาก เยื่อช่องปากอักเสบและภาวะน้ำลายแห้ง ทำให้การรับประทานอาหารดีขึ้น ช่วยลดภาวะทุพโภชนาการ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69,  $\bar{X}$  = 66) ซึ่งยังคงมีศักยภาพในการจัดการตนเองที่ดี และตามประเพณีนิยมที่ปลูกฝังให้เพศชายมีความเข้มแข็งทางร่างกายและจิตใจ (Kleina et al., 2015) ทำให้จัดการตนเองได้ดี นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 85 จึงทำให้มีความสามารถในการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่อต่างๆ เพื่อนำมาจัดการกับอาการต่างๆ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามการศึกษาของ Conway et al. (2015) ที่พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสามารถจัดการด้านสุขภาพของตนเองได้ดีและถูกต้อง

จากตารางการเปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งตามระยะเวลา พบว่า ในช่วงสัปดาห์ก่อนการรับการฉายรังสี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อย ( $\bar{X} = 0.80$  และ  $\bar{X} = 0.74$  ตามลำดับ) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อได้รับการฉายรังสีครบ 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเริ่มมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเพิ่มขึ้นแต่ยังคงอยู่ที่ระดับความรุนแรงเล็กน้อย ( $\bar{X} = 2.71$ ) แต่ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเพิ่มมากขึ้นทุกสัปดาห์ โดยมีความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมาก ( $\bar{X} = 7.73$ ) ในสัปดาห์ที่ 4 และเป็นไปได้ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนสิ้นสุดการรักษา (ดังกราฟ) ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาและปริมาณรังสีที่เพิ่มขึ้นไปทำลายต่อมน้ำลายมากขึ้น ทำให้การผลิตน้ำลายลดลง ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 จนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 4 ( $\bar{X} = 0.69$ ,  $\bar{X} = 0.76$ ,  $\bar{X} = 1.19$ ,  $\bar{X} = 1.48$  ตามลำดับ) และมีแนวโน้มคงที่หากยังคงจัดการตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา (ดังแสดงในกราฟ) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักได้สร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้วิจัย โดยการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการติดตามผลโดยกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลหลักและผู้วิจัย จึงทำให้จัดการตนเองได้ถูกต้อง ภาวะน้ำลายแห้งจึงลดลง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองและการดูแลความสะอาดช่องปากร่วมกับการกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้สามารถช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งได้ ทั้งนี้จากคุณสมบัติที่ว่า ว่านหางจระเข้ช่วยสร้างความชุ่มชื้นให้เยื่อบุผิวหนังและช่วยสมานแผล (Dat et al., 2012) ดังนั้นน้ำว่านหางจระเข้จึงเปรียบเสมือนน้ำลายเทียมช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก ผู้ที่กลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้จึงมีภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อยเท่านั้น (Delgado, Olafsson, & Donovan, 2016) และการใช้ว่านหางจระเข้ในการกลั้วปากสามารถทำใช้เองที่บ้านได้ง่าย สะดวก และมีความปลอดภัย เนื่องจากไม่ปรุงแต่งสารใดๆ จึงไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียง (Karim et al., 2014) ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้สารหล่อลื่นในว่านหางจระเข้ยังช่วยให้การกลืนอาหารได้สะดวกขึ้น รวมทั้งไม่เกิดพังพืดบริเวณกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน ทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของ Morales-Bozo et al. (2012) ที่ศึกษาโดยนำว่านหางจระเข้มาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการทำน้ำยาบ้วนปาก ผลพบว่าสามารถช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Acharya et al. (2015) และ Susman (2016) ที่ศึกษาพบว่า ว่านหางจระเข้สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีโดยเฉพาะภาวะน้ำลายแห้งและพังพืดภายในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ช่วยลดอาการแสบร้อนภายในช่องปาก การอ้าปากลำบากและเพิ่มการรับรสอาหารได้ รวมทั้งการศึกษาของ Neena, Ganesh, Poomima & Korishettar (2015) การศึกษาของ

Nair, Naidu, Jain, Nagi, Makkad & Jha (2016) และการศึกษาของ Pol, Patil, Sodhi & Tadiparthi (2016) ที่ศึกษาพบว่า ว่างานทางจระเข้มีประสิทธิภาพช่วยลดการระคายเคืองและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบอาการแสบร้อน ภาวะน้ำลายแห้งจากการฉายรังสี การติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราที่ทำให้เกิดฟันผุ และป้องกันพังผืดภายในช่องปากได้ นอกเหนือจากการกลั้วปากด้วยน้ำว่างานทางจระเข้แล้ว กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการกระตุ้นเตือนจากผู้ดูแลหลักให้จิบน้ำบ่อยๆระหว่างวัน เนื่องจากการจิบน้ำช่วยให้ภายในช่องปากและคอชุ่มชื้นลดการระคายเคืองลงได้ (Epstein & Jensen, 2015)

ผู้วิจัยได้มีการติดตามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยผ่านสื่อทางโทรศัพท์และไลน์เพื่อติดตามการเลือกวิธีการจัดการตนเองอย่างถูกต้องรวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักและผู้วิจัย ทำให้การจัดการอาการที่เกิดขึ้นบรรลุเป้าหมายเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการศึกษาของ Wang et al. (2014) ที่พบว่า บุคคลจะเกิดการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ก็ต่อเมื่อพึงพอใจในผลที่ได้รับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zhang, Liu, Deng, & Chen (2017) ที่พบว่า การดูแลเอาใจใส่ตนเองและการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมทำให้เกิดการแบ่งปันความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล รวมทั้งผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องหลังเสร็จสิ้นการวิจัยเพื่อช่วยบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฉายรังสีในระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนนำไปปฏิบัติตาม เนื่องจากเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติตามเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้ โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งจึงให้ผลลัพธ์ที่ดีและเป็นที่ยอมรับของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลัก

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### การพยาบาล

1. ใช้แนะนำเพื่อป้องกันภาวะน้ำลายแห้งและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฉายรังสีในผู้ป่วยรายอื่นๆที่มีปัญหาภาวะน้ำลายแห้ง หรือกับผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคเบาหวาน ที่มีผลทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง และผู้สูงอายุทั่วไปที่มีปัญหาน้ำลายแห้งจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น

2. โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลในผู้ป่วยที่มารับการฉายรังสี ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความยุ่งยากหรือเพิ่มภาระงาน และไม่กระทบต่อภาระหน้าที่และเวลา ทั้งของพยาบาล เจ้าหน้าที่และตัวผู้ป่วย

## รายการอ้างอิง

- กอบกาญจน์ ทองประสม. (2558). *การรักษาโรคในช่องปากที่พบบ่อย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2557). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3 (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- จงลักษณ์ ทวีแก้ว และ ชนกพร จิตปัญญา. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารเกื้อการณย์*, 22(2), 107-121.
- จักรพงษ์ จักกาบาตร์ และ ชวลิต เลิศบุษยานุกูล. (2555). *รู้จัก รู้เรื่อง รู้รักษา โรคมะเร็ง (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- จिरันท์ อาษาพนม. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลียว ปิยะชน. (2555). *เรื่องมะเร็งที่หมอ (อาจ) ไม่ได้บอกคุณ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: สายธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง. (2557). *การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2561 จาก <http://www.siamca.com/knowledge-id387.html>
- ชวลิต เลิศบุษยานุกูล และ ประยุทธ์ โรจน์ประดิษฐ์. (2016). *การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (Intensity Modulated Radiation Therapy: IMRT)*. แผนกรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2561 จาก <https://www.chulacancer.net/education-inner.php?id=393>.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณรงค์ฤทธิ์ จันทวงศ์. (2557). *ความชุกของการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในประชากร อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทีมข่าวไทยโพสต์. (2560, 21 มิถุนายน). *ศิริราชใช้มีดนาโนในการรักษามะเร็งตับ*. ไทยโพสต์.

สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2560 จาก <http://www.thaipost.net/>

ธนเดช เตชาพันธุ์กุล. (2559). มะเร็งศีรษะและลำคอ(Head and neck cancer). ในวิฑูร ลีเกริกก้อง, วันดี ไช่มุกด์ และ กรองทอง วงศ์ศรีตรัง (บ.ก.), *ตำรา หู คอ จมูก (ENT Text Book)* (น. 271-292). กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).

ธนเดช สีนุเสถก, นวกรมล สุริยันต์, นุชลินดา เอี่ยมบุตรลบ, ปัจจัย เนืองโคตะ, วรธนา ฉายอรุณ และ สุมิตร เมตไตรย์. (2551) การศึกษาประสิทธิภาพของน้ำลายเทียมจกว่านทางจระเข้ผสมโซลิตอล และฟลูออไรต์ในการป้องกันเหงือกอักเสบและอาการปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีและเคมีบำบัด. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์*, 58(3), 189-195.

ชนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี และ วนศรี ไพศาลตันติวงศ์. (2556). การติดเชื้อเอชพีวีและเอชไอวีกับมะเร็งคอหอยส่วนกลาง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 163-173.

ธิดา รัตน์วิไลศักดิ์. (2554). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสาธารณสุขเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ธิดารัตน์ หนชัย, ประทุม สร้อยวงษ์ และ นาดา ลักคนหทัย. (2555). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 40(ฉบับพิเศษ), 14-22.

ธีรพร รัตนาเอนกชัย และสุภาภรณ์ ศรีรัมย์โพธิ์ทอง. (2557). *ตำรา หู คอ จมูก สำหรับนักศึกษาแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พิมพ์ครั้งที่ 4*. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.

นิรมล พจน์ด้วง, สุภี ทองปาน และ สมจินต์ จินดาวิจักษณ์. (2558). ผลการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลช่องปากจากภาวะน้ำลายแห้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกหลังการรักษาด้วยรังสีรักษา. *วารสารโรคมะเร็ง*, 35(3), 90-102.

เนตรนารี พุกรอด. (2551). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในจังหวัดยะลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อบุปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แนนน้อย ม่วงแก้วงาม, อังศุมา อภิชาติ และ นารี ปานทอง. (2554). การจัดการกับอาการที่พบบ่อย

- ในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *วารสารโรคมะเร็ง*, 31(3), 82-92.
- น้ำทิพย์ ไพค่านาม. (2557). *การรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาคุช และ ทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39(4), 124-137.
- บุญเรียง พิสมัย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นีรัตน์ อิมามิ และ สุภาพ อารีเอื้อ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(2), 54-67.
- ปณิตา คุณสาระ, พรรณวดี พุฒวัฒน์ และ ธิดาภรณ์ จันทร์ดา. (2556). ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 19(1), 73-86.
- ปิยวดี ชัดทะเสมา, พรรณวดี พุฒวัฒน์ และ ดรุณี ชุมหะวัติ. (2553). ประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับรังสีรักษา. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 16(1), 40-53.
- พรชัย โอเจริญรัตน์. (2553). *มะเร็งศีรษะและลำคอ*. SIRIRAJ E-PUBLIC RIBRALY. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2559 จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=695>
- พรรณวดี พุฒวัฒน์, พิชานี แสนมโนวงศ์, สุภาภรณ์ ปติพร, ลดาวัลย์ อุนประเสริฐพงศ์, ธิดาภรณ์ จันทร์ดา และ ลดาวัลย์ นาควงศ์. (2549). รายงานวิจัย เรื่อง *เปรียบเทียบประสิทธิภาพของพญาอกกับเบนโซดาซีนไฮโดรคลอไรด์ในการป้องกันและบรรเทาอาการอักเสบในช่องปากจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาริบัติมหาวิทยาลัยมหิดล
- พลวัฒน์ชนะมะเร็ง. (2009). *การรักษาทางรังสีแบบพิเศษ*. สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2561 จาก <https://www.tapataalk.com/groups/phonlawat/-t30.html>.
- พวงทอง ไกรพุลย์. (31 พฤษภาคม 2557). *โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ*. สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย. [เว็บไซต์]. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2559 จาก <http://www.thastro.org/index.php/2/29-2014-05-28-08-24-16/34-2014-05-31-09-43-43>

- พวงทอง ไกรพลูย์. (2559). *คุยกับหมอรักษาโรคมะเร็งตอน มะเร็งชนิดที่สองจากการฉายรังสีไอเอ็มอาร์ที (IMRT)*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2561 จาก <http://haamor.com/th/>
- พัชรี อ่างบุญตา, สีนจง โปธิบาล และ ญัฐพงศ์ โฆษคุณพันธ์. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 39(3), 93-104.
- พิชญาภา พิษะยะ, พรรณวดี พุฒวัฒน์, ลาวัลย์ รักษาเวศ และ สุภัทรา เพ็ญคอน. (2558). ผลของการใช้น้ำผึ้งต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง*, 35(3), 103-111.
- พิชิต สิทธิไตรย์, สายสวาท ไชยเศรษฐ, สุวิชา แก้วศิริ และ ศณัฐธร เขาวนศิลป์. (2557). *ตำรา หู คอ จมูก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป พิมพ์ครั้งที่ 3*. เชียงใหม่: Trick Think.
- พิชชา ดรณพันธ์. (2560). ภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อย (Xerostomia). โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. [เว็บไซต์]. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2560 <http://www.info.dent.nu.ac.th/dentalHospital/index.php/2012-09-18-18-57-27/1-oral-diagnosis-clinic-/97--xerostomia>
- พุดพิพรรณ พัทวีพงศ์, มัณฑนา ธนะไชย, ลดาวัลย์ นาควงษ์, ชมพร สิตะธานี และ ภรณ์ พุทธิการ์นต์. (2553). *การศึกษาประสิทธิภาพของน้ำว่านทางจรเข้ต่อเยื่อช่องปากอักเสบขณะฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ : การศึกษาแบบสุ่มและปกปิด* (รายงานผลการวิจัย). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. สืบค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2559 จาก [http://elibrary.trf.or.th/download\\_fullstep1.asp](http://elibrary.trf.or.th/download_fullstep1.asp)
- ภัสราวัลย์ ศิตินสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และ จารุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(2), 120-136.
- ภาวินี ศรีสันต์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในเขต อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. ใน *การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556* (น. 122-132). สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- เมตไทย. (2017). มะเร็งช่องปาก (Oral cancer) อาการ สาเหตุ การรักษา มะเร็งในช่องปาก 5 วิธี !. สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2561 จาก <https://medthai.com>
- ยงยุทธ วัฒนาไชย. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในจังหวัดอุบลราชธานี. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 32, 40-51

ลักษณะ เสาเวียง, ธราดล เก่งการพานิช, สุปรียา ต้นสกุล และ มณฑา เก่งการพานิช. (2559).

โปรแกรมการดูแลช่องปากและการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง*, 36(1), 7-19.

วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนสุนันทา.

วันทกานต์ ราชวงศ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, สุวิมล กิมปี และนันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย. (2556).

ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 34-48.

วันทนีย์ ดวงแก้ว. (2554). *ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิชาภา อยู่ดวง, ยุวดี วิทย์พันธ์, พิมพ์ลักษณ์ ดำเนียร, อัญญารัตน์ มุสิกกะ, วิวัฒน์ หาญกล้า และสุนีย์ ละกำป็น. (2558). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี*. *วารสารโรคมะเร็ง*, 35(1), 14-25.

ศศิกัญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์. (2557). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา ตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 353-360.

ศิริพรรณ โกมลประเสริฐ. (2544). *การให้คำแนะนำต่อการหายของแผลในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.

สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2016). *การปฏิบัติตัวขณะได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะ หู คอ จมูก ช่องปาก และลำคอ*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561 จาก <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=80>

สุคี ศิริวงศ์พากร. (2556). *การศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.



- สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง. (2550). *ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา คงหาญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้ออกกำลังกายระดับฮิโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา แสงรุจิ, วรชาติ สิริวรารณ, มาโนชญ์ เหล็กคำรง, พัฒนา เอี่ยมกระสินธุ์, วรณวิไล อุตรวีเชียร, & อัญชลี วัชรมุสิก. (2555). *แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางรังสี*. กรุงเทพมหานคร: ทองสุขพรีนซ์.
- สุพาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒมา และ นันทวัน สุวรรณรูป. (2554). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. *Journal of Nursing Science*, 29(4), 18-26.
- สุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิบาล และ ดวงฤดี ลาสุชะ. (2556). *พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. *พยาบาลสาร*, 40(ฉบับพิเศษ), 22-32.
- สุวิญญา ธนสีลังกุล. (2556). *ผลของการมองภาพอาหารต่อการหลั่งน้ำลายและภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *ปัญหาช่องปากในผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2561 จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/38423-%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8.html>.
- หน่วยสารสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2552). *เมื่อฉายแสงบริเวณศีรษะและคอ*.

สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2561 จาก

[http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news\\_ca.php?newsID=916&typeID=18&form=3](http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=916&typeID=18&form=3)

- หยาดรุ้ง อุไรพันธุ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 87-92.
- อนงค์ หาญสกุล และ ศรีไพร ปอสิงห์. (2555). ความรู้และการปฏิบัติตัวในการมีส่วนร่วมต่อการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารคณะพลศึกษา*, 15(ฉบับพิเศษ), 189-200.
- อมรรัตน์ โสติถิฤทธิ์ และ นารี ปานทอง. (2557). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งช่องปาก ณ หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารโรคมะเร็ง*, 34(4), 160-171.
- อังกฤษ มีจักร. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาทิตยา อติวิชานนท์. (2558). ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาภรณ์ พุกกุล. (2551). ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัมใจ ชิตาพนารักษ์. (2557). ผลกระทบจากการฉายรังสีในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ. ใน อัมใจ ชิตาพนารักษ์. (บ.ก.), *ผลกระทบจากการรักษาโรคมะเร็ง* (น. 111-130). เชียงใหม่: ร้านทริค ทิงค์.
- เอมอร สุวรรณพิวัฒน์. (2556). ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการอมกลั้วปากด้วยน้ำมันมะพร้าวต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- Acharya, J. K., Garg, D. R., Mathur, R., Jakhar, S. L., Mahawar, N. L., Kwatra, A., Mathur, R. K., Purohit, R. N. (2015). Aloe vera: an ancient herb for radiation induced xerostomia and oral fibrosis. *Annals of Oncology*, 26(9), 96.
- Agha-Hosseini, F., & Mirzaii-Dizgah, I. (2011). Serum 17 $\beta$ -estradiol and oral dryness feeling in menopause. *Health*, 3(5), 258-262. Doi: 10.4236/health.2011.35046
- Ahmad, A. (2016). *7 Head and neck zancers you should know*. Medscape. Retrieved from <http://reference.medscape.com/features/slideshow/head-and-neck-cancers>
- American College of Prothodontists. *Dry mouth (xerostomia)*. Retrieved from <http://www.gotoapro.org/dry-mouth/>
- Atkinson, J. C., Grisius, M., & Massey, W. (2005). Salivary hypofunction and xerostomia: diagnosis and treatment. *Dental Clinics of North America*, 49(2), 309-326. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2004.10.002
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Bodenheimer, T., Lorig, K. R., & Holman, H. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Jama*, 288(19), 2469-2475. Doi: 10.1001/jama.288.19.2469
- Bossola, M. (2015). Nutritional interventions in head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy: A narrative review. *Nutrients*, 7, 265-267. doi:10.3390/nu7010265
- Bourbeau, J., Nault, D., & Dang-Tan, T. (2004). Self-management and behavior modification in COPD. *Patient Education and Counseling*, 52, 271-277.
- Bressan, V., EBagnasco, A., Aleo, G., Catania, G., Zanini M.P., Timmins, F., & Sasso, L. (2017). The life experience of nutrition impact symptoms during treatment for head and neck cancer patients: A systematic review and meta-synthesis. *Supportive Care in Cancer*, 25(5), 1699-1712.
- Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (1985). Application of self-management to individuals

- with severe andicaps: A review. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 10, 200-208.
- Bruns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6<sup>th</sup>). St. Louis, Missouri: Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
- Castellino, A. M. ( 2015, 01 September). *Nanoknife zblation doubles survival in pancreatic cancer*. Retrieved from <http://www.medscape.com/viewarticle/850367>
- Charalambous, A., Lambrinou, E., Katodritis, N., Vomvas, D., Raftopoulos, V., Georgiou, M., Paikousis, L. & Charalambous, M. (2017). The effectiveness of thyme honey for the management of treatment-induced xerostomia in head and neck cancer patients: A feasibility randomized control trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 27, 1-8.
- Chen, C., Feng, L., & Li, S. (2014). The correlation between socioeconomic status and health self-management in the elderly. *International Journal of Nursing Science*, 410-415.
- Chouhan, S. K., Gadiya, N. K., Chouhan, S., Khan, M. A., & Chouhan, R. (2017). Oral health in elderly people: A neglected issue. *National Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 2(2), 07-14.
- Chow, S. C., Shao, J., & Wang, H. (2003). *Sample size calculations in clinical research* (2<sup>nd</sup> ed.). Basel: Marcel Dekker, Inc.
- Common Terminology Criteria for Adverse Events V.3.0 (CTCAE). (2006). Retrieved From [https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic\\_applications/docs/ctcaev3.pdf](https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcaev3.pdf).
- Common Terminology Criteria for Adverse Events V.4.0 (CTCAE). (2010). Retrieved from [https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03\\_2010-06-14\\_QuickReference\\_5x7.pdf](https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf).
- Conway, D. I., Brenner, D. R., McMahon, A. D., Macpherson, L. M. D., Agudo, A., Ahrens, W., & et al. (2015). Estimating and explaining the effect of education and income on head and neck cancer risk: INHANCE consortium pooled

- analysis of 31 case-control studies from 27 countries. *International Journal of Cancer*, 136(5), 1125-1139.
- Coolbrandt, A., Dierckx De Casterle, B., Wildiers, H., Aertgeerts, B., Van Der Elst, E., Van Achterberg, T., & Milisen, K. (2016). Dealing with chemotherapy-related symptoms at home : A qualitative study in adult patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 25, 79-92.
- Crary, M. A., & Carnaby, G. C. (2005). Cancer of the head and neck. In V. T. DeVita, S. Hellman, & S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer principles & practice of oncology* (7<sup>th</sup> ed.) (pp. 732-743). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Poekaert (Ed.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). California: Academic.
- Dat, A. D., Poon, F., Pham, K. B. T., & Doust, J. (2012). Aloe vera for treating acute and chronic wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(2), CD008762. doi:10.1002/14651858.CD008762.pub2
- Davies, A. (2010). Salivary gland dysfunction. In A. N. Davies and J. B. Epstein (Eds.), *Oral complications of cancer and its management* (pp. 203-223). Bangalore: MPG Books Group, Bodmin and King's Lynn.
- Delgado, A. J., Olafsson, V. G., & Donovan, T. E. (2016). pH and erosive potential of commonly used oral moisturizers. *Journal of Prosthodontics*, 25(1), 39-43. doi:10.1111/jopr.12324
- Dirix, P., Hermans, R., & Nuyts, S. (2010). Optimization of intensity-modulated radiotherapy for head and neck cancer. *Belgian Journal of Medical Oncology*, 4(1), 29-32.
- Dirix, P., Nuyts, S., & Van den Bogaert, W. (2006). Radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: a literature review. *Cancer*, 107(11), 2525-2534. doi:10.1002/cncr.22302
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Eisbruch, A., Kim, H. M., Terrell, J. E., Marsh, L. H., Dawson, L. A., & Ship, J. A. (2001).

- Xerostomia and its predictors following paratid-sparing irradiation of head-and-neck cancer. *International Journal Radiation Oncology Biology Physics*, 50(3), 695-704.
- Eisbruch, A. (2010). Head and neck radiotherapy: an iatrogenic factor. In L. M. Sreebny and A. Vissink (Eds.). *Dry mouth the malevolent symptom: aclinical guide* (pp. 139-140). Iowa: Blackwell Publishing.
- Epstein, J. B., & Jensen, S. B. (2015). Management of hyposalivation and xerostomia: criteria for treatment strategies. *Compendium*, 36, 1-6.
- Eshghpour, M., Mortazavi, H., Rezaei, N. M., & Nejat, A. (2013). Effectiveness of green tea mouthwash in postoperative pain control following surgical removal of impacted third molars : Double blind randomized clinical trail. *DARA Journal of Pharmaceutica Sciences*, 21, 59.
- Forner, L., Hyldegaard, O., von Brockdorff, A. S., Specht, L., Andersen, E., Jansen, E. C., & Jensen, S. B. (2011). Does hyperbaric oxygen treatment have the potential to increase salivary flow rate and reduce xerostomia in previously irradiated head and neck cancer patients? A pilot study. *Oral Oncology*, 47(6), 546-551. doi:10.1016/j.oraloncology.2011.03.021
- Foster, C., & Fenlon, D. (2011). Recovery and self-management support following primary cancer treatment. *Br J Cancer*, 105 Suppl 1, S21-28. doi:10.1038/bjc.2011.419
- Fox, N. F., Xiao, C., Sood, A. J., Lovelace, T. L., Nguyen, S. A., Sharma, A., & Day, T. A. (2015). Hyperbaric oxygen therapy for the treatment of radiation-induced xerostomia: A systematic review. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics*, 120(1), 22-28. doi:10.1016/j.oooo.2015.03.007
- Geboers, B., de Winter, A. F., Spoorenberg, S. L. W., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qual Life Res*, 25, 2869-2877.
- Glastontury, C. M., Harnsberger, H. R., Branstetter, B. F., Michel, M. A., Shatzkes, D. R., & Hudgin, P. A. (2013). *Speciality imaging head and neck cancer state of art diagnosis, staying and surveillance*. Manitoba: Amirsys, Inc.

- Glick, M. (2015). *Burket's oral medicine* (12th ed.). Shelton,CT: PMPH-USA.
- Greenspan, D. (1996). Xerostomia: diagnosis and management. *Oncology (Williston Park)*, 10(3 Suppl), 7-11.
- Gugic, J., & Strojan, P. (2013). Squamous cell carcinoma of the head and neck in the elderly. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 18(1), 16-25. Retrieved from <http://doi.org/10.1016/j.rpor.2012.07.014>
- Gupta, R. K., Gupta, D., Bhaskar, D. J., Yadav, A., Obaid, K., & Mishra, S. (2014). Preliminary antiplaque efficacy of aloe vera mouthwash on 4 day plaque re-growth model: Randomized control trial. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 24(2), 139-144.
- Holmberg, K. V., & Hoffman, M. P. (2014). Anatomy, biogenesis and regeneration of salivary glands. In A. J. M. Ligtenberg & E. C. I. Veerman (Eds.), *Monographs in Oral Science* (Vol. 24, pp. 1-13). Basel: Karger.
- Hopcraft, M. S., & Tan, C. (2010). Xerostomia : An update for clinicians. *Australian Dental Journal*, 55(3), 238-244. doi:10.1111/j.1834-7819.2010.01229
- Hopkinson, J. B. (2015). Nutritional support of the elderly cancer patient: *The role of the nurse*. *Nutrition*, 31(4), 598 - 602.
- Hoskin, P., & Alozi, R. (2015). Imaging for radiotherapy planning. In A. Adam, J. H. Gillard, & C. M. Shchaefer-Prokop (Eds.), *Grainger & Allison's Diagnostic radiology* (6th ed., pp. 1737-1754). London: Churchill livingstone an imprint of Elsevier Limited.
- Howell, D., Harth, T., Brown, J., Bennett, C., Boyko, S., & the Patient Education Program Committee. (2016). *Self-management education for patient with cancer evidence summary*. Ontario, Evidence Summary 20-3.
- HPV Information Centre. (2016). *Human papillomavirus and related diseases report*. Institute Catala d'Oncologia. Retrieved from <http://www.hpvcentre.net/index.php>
- Jansen, F., Van Uden-Kraan, C. F., van Zwieten, V., Witte, B. I., & Verdonck-de Leeuw,

- I. M. (2015). Cancer survivors' perceived need for supportive care and their attitude towards self-management and eHealth. *Supportive Care in Cancer*, 23(6), 1679-1688.
- Jensen, S. B., Pederson, A. M. L., & Nauntofte, B. (2010). Other causes of dry mouth: the list is endless. In L. M. Sreebny and A. Vissink (Eds.). *Dry mouth the malevolent symptom: a clinical guide* (pp. 178-179). Iowa: Blackwell Publishing.
- Kallenberg, C. G. M. (2010). The autoimmune connection. In L.M. Sreebny and A. Vissink (Eds.). *Dry mouth the malevolent symptom: a clinical guide* (pp. 128-132). Iowa: Blackwell Publishing.
- Kanfer, F., & Goldstein, A. (1980). *Helping people change* (2<sup>nd</sup>). New York: Pergamon.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. K. A. P. Goldstein (Ed.), *Helping people change: A textbook of methods, 4th ed.* (pp. 305-360). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- Karim, B., Bhaskar, D. J., Agali, C., Gupta, D., Gupta, R. K., Jain, A., & Kanwar, A. (2014). Effect of Aloe vera mouthwash on periodontal health: triple blind randomized control trial. *Oral Health Dent Manag*, 13(1), 14-19.
- Kleina, S. L., Schiebingerb, L., Stefanickc, M. L., Cahilld, L., Danskae, J., de Vriesf, G. J., Zucker, I. (2015). Opinion: Sex inclusion in basic research drives discovery. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(17), 5257–5258.
- Lawn, S., McMillan, J., & Pulvirenti, M. (2011). Chronic condition self-management: expectations of responsibility. *Patient Education and Counseling*, 84, e5-e8.
- Lew, J., & Smith, J. A. (2007). Mucosal graft-vs-host disease. *Oral Diseases*, 13(6), 519-529.
- Lewis, M. A. O., & Jordan, R. C. K. (2012). *A colour handbook oral medicine* (2<sup>nd</sup>). London: Manson Publishing.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcome and mechanisms. *Annals of Behavior Medicine*, 26(1-7).
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of self-management program patients with chronic disease. *ECP*, 4(6), 256-262.



- Lou, Y. (2011). *Self-management of cancer treatment-related fatigue, nausea, vomiting and oral mucositis in chines cancer patients. Master's thesis*, Queensland University of Technology. Retrieved from <http://eprints.qut.edu.au/44127/>
- Marx, R. E. (1983). Osteoradionecrosis: A new concept of its pathophysiology. *J Oral Maxillofac Surg*, 41(5), 283-288.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-Management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1), 50–62. <http://doi.org/10.3322/caac.20093>
- McNamara, E., Redoutey, L., Mackler, E., Severson, J. A., Peterson, L., & Mahmood, T. (2016). Improving oral oncolytic patient self-management. *Journal of Oncology Practice*. Retrieved from <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.2016.011304>
- Mendenhall, W. M., Riggs, C. E., & Cassisi, N. J. (2005). Cancer of the head and neck. In V. T. DeVita, S. Hellman, & S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer principles & practice of oncology (7<sup>th</sup> ed)* (pp. 662-732). Philadelphia: Lippincott williams & wilkins.
- Miller, M., & Scully, C. (2011). *Mosby's Textbook of dental nursing*. London: Elsevier Ltd.
- Morales-Bozo, I., Rojas, G., Ortega-Pinto, A., Espinoza, I., Soto, L., Plaza, A., & Urzua, B. (2012). Evaluation of the efficacy of two mouthrinses formulated for the relief of xerostomia of diverse origin in adult subjects. *Gerodontology*, 29(2), e1103-1112. doi:10.1111/j.1741-2358.2012.00626.x
- Nair, G. R., Naidu, G. S., Jain, S., Nagi, R., , Makkad, R. S., & Jha, A. (2016). Clinical effectiveness of aloe vera in the management of oral mucosal diseases- A systematic review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(8), ZE01-ZE07. doi:http://doi.org/10.7860/JCDR/2016/18142.8222
- National Cancer Institute. *NIC cictionary of cancer terms: Xerostomia*. Retrieved from <http://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?cdrid=44537>

- Nation Cancer Institute. (2013). *Head and neck cancers* Retrieved from <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet>.
- National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2014). *Dry mouth (Xerostomia)*. Retrieved from <http://nidcr.nih.gov/Oralhealth/Topics/DryMouth/WO>
- National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2016). *Dry mouth*. Retrieved from <http://nidcr.nih.gov/oralhealth/topics/drymouth/drymouth>
- Neena, I. E., Ganesh, E., Poomima, P., & Korishettar, R. (2015). An ancient herb aloe vera in dentistry: A review. *Journal of Oral Research and Review*, 7(1), 25-30.
- Neville, B., Damm, D. D., Allen, C. M., & Chi, A. C. (2016). *Oral and maxillofacial pathology* (4<sup>th</sup> ed.). MO: Elsevier.
- Nichol, K., Stacey, D., Kuziemy, C., & Gifford, W. (2016). Cancer symptom management in the home: A scoping review. *Oncology Nursing Journal*, 26(1), 4-10. Doi: 10.5737/23688076261411
- Ohara, Y., Yoshida, N., Kono, Y., Hirano, H., Yoshida, H., Mataka, S., & Sugimoto, K. (2015). Effectiveness of an oral health educational program on community-dwelling older people with xerostomia. *Geriatrics and Gerontology International*, 15(4), 481-489. doi:10.1111/ggi.12301
- Pinna, R., Campus, G., Cumbo, E., Mura, I., & Milia, E. (2015). Xerostomia induced by radiotherapy : An overview of the physiopathology, clinical evidence, and management of the oral damage. *Therapeutic and Clinical Risk Management*, 11, 171-188. Doi: 10.2147/TCRM.S70652
- Pol, J. S., Patil, B. A., Sodhi A ., & Tadiparthi, J. (2016). Evaluation of therapeutic effect of aloe vera juice and gel in the management of symptomatic oral lichen planus. *International Journal of Medical and Dental Sciences*, 5(2), 1138-1144. doi:10.19056/ijmdsjssmes/2016/v5i2/100595
- Porter, S. (2010). Halitosis. In A. N. Davies & J. B. Epstein (Eds.), *Oral complications of cancer and its management* (pp. 233-240). Bangalore: MPG Books Group, Bodmin and King's Lynn.

- Rosner, B. (2011). *Fundamentals of biostatistics* (7th ed.). Boston: Books/Cole, Cengage Learning.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook*, 57(4), 217-225.e216. doi:10.1016/j.outlook.2008.10.004
- Saleh, Z., Thortad, W. L., Apte, A., & Deasy, J. O. (2014). Modeling patient reported xerostomia-related symptoms: confirmation of mean dose to the contralateral parotid gland as a key predictor. *International Journal of Radiation Oncology\*Biography\*Physics*, 90(1), S41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2014.05.161>
- Sargolzaie, N., Rajabi, O., Arab, H., Esmalee, H., & Ehteshamfar, A. (2016). Comparative evaluation of green tea - aloe vera mouthwash and chlorhexidine 0.2% on gingival indices (a randomized clinical trial). *Journal of Dental Materials and Techniques*, 5(1), 31-35.
- Scully, C., & Bagan, J. (2010). Oral cancer. In A. N. Davies & J. B. Epstein (Eds.), *Oral complications of cancer and its management* (pp. 53-64). Bangalore: MPG Books Group, Bodmin and King 's Lynn.
- Shah, J., Patel, S., & Singh, B. (2012). *Jatin Shah's Head and neck surgery and oncology* (4th ed.). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Slev, V. N., Misman, P., Pasman, H. R. W., Verdonck-de Leeuw, I. M., Van Uden-Kraan, C. F., & Francke, A. L. (2016). Effects of eHealth for patients and informal caregivers confronted with cancer: A meta-review. *International Journal of Medical Informatics*, 87, 54-67.
- Sonsona, J. B. (2014). *Factor Influencing diabetes self-management of Filipino Americans with type 2 diabetes mellitus: A holistic approach*. Master's thesis, Walden University.
- Spiegelberg, L. (2014). *Hyperbaric oxygen therapy for the prevention-induced tissue injury in the head and neck region: an experimental mouse study*. Ridderkerk: Ridderprint BV.
- Spijkervet, F., & Vissink, A. (2010). Post-radiation osteonecrosis (osteoradionecrosis) of

- jaws. In A. N. Davies & J. B. Epstein (Eds.), *Oral complications of cancer and its management* (pp. 117-120). Bangalore: MPG Books Group, Bodmin and King's Lynn.
- Sreebny, L. M., & Vissink, A. (2010). *Dry mouth the malevolent symptom: A clinical guide*. Denvers: Palatino by Toppan Best-set Premadia Limited.
- Stegeman, C., & Boyd, L. (2008). Prevention strategies for oral components of systemic conditions. In D. Cappelli and C. C. Mobley (Eds.), *Prevention in clinical oral health care* (pp. 246). Philadelphia: Mosby, Inc.
- Sumitsawan, Y., Chaiyasate, S., Chitapanarux, I., Anansuthiwara, M., Roongrotwattanasiri, K., Vaseenon, V., & Tooncam, H. (2009). Late complications of radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma. *Auris Nasus Larynx*, *36*(2), 205-209. doi:10.1016/j.ant.2008.04.006
- Susman, E. D. (2016). Aloe vera reduces radiation-induced oral side effects. *Oncology Times*, *38*(16), p32. doi:10.1097/01.COT.0000482233.78836.24
- Tariq, T., Jamshaid, M., & Majeed, I. (2015). Xerostomia: Post radiation management. *Strategies International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences*, *4*(3), 35-47.
- Takayama, K., Demizu, Y., & Fuwa, N. (2015). Radiotherapy. In K. Omura and T. Kiritani (Eds.), *Oral cancer diagnosis and therapy* (pp. 285-306). Tokyo: Springer Science & Business Media.
- Teh, B. S., Woo, S. Y., & Butler, E. B. (1999). IMRT: A New Promising Technology in Radiation Oncology. *The Oncologist*, *4*, 433-442.
- The National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2008). *Practice guidelines in oncology-v.2.2008 maxillary sinus tumors*. Retrieved from <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cirugiamaxilo/nccn-head-and-neck.pdf>.
- Tobin, M. J., Perez, W., Guenther, S. M., Semmes, B. J., Mador, M. J., Allen, S. J., Dantzker, D. R. (1986). The pattern of breathing during successful and unsuccessful trials of weaning from mechanical ventilation. *Am Rev Respir Dis*, *134*(6), 1111-1118. doi:10.1164/arrd.1986.134.6.1111
- van den Berg, M. G. A., Kalf, J. G., Hendriks, J. C. M., Takes, R. P., van Herpen, C. M. L.,

- Wanten, G. J. A., . . . Merkx, M. A. W. (2015). Normalcy of food intake in patients with Hhead and neck cancer supported by combined dietary counseling and swallowing therapy: A randomized clinical trial. *Head Neck*, 38(S1), E198-E206. doi:10.1002/hed.23970
- Vangipuram, S., Jha, A., & Bhashyam, M. (2016). Comparative efficacy of aloe vera mouthwash and chlorhexidine on periodontal health: A randomized controlled trial. *J Clin Exp Dent*, 8(4), e442-e447. doi:10.4317/jced.53033
- Vatanasapt, P., Thanaviratananich, S., Ratanaanekchai, T., & Thepsuthammarat, K. (2012). The burden of head and neck cancers in Thailand. *J Med Assoc Thai*, 95 Suppl 7, S182-189.
- Wang, S., Noe, R. A. & Wang, Z. (2014). Motivating knowledge sharing in knowledge management systems: A quasi-field experiment. *Journal of Management*, 40(4), 978-1009. doi:10.1177/0149206311412192
- Ying Joanna, N. D., & Thomson, W. M. (2015). Dry mouth – An overview. *Singapore Dental Journal*, 36, 12-17. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.sdj.2014.12.001
- Zhang, X., Liu, S., Deng, Z., & Chen, X. (2017). Knowledge sharing motivations in online health communities: A comparative study of health professionals and normal users. *Computers in Human Behavior*, 75, 797-810.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง / หน่วยงานที่สังกัด
1. แพทย์หญิง กนกรัตน์ ตั้งศรีวงศ์	นายแพทย์ชำนาญการด้านเวชกรรมสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
2. นาง อารยา ปานพรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจรังสีรักษา งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี
3. นาวาตรีหญิง อุทุมพร รูปเล็ก	หัวหน้าห้องตรวจโรคระบบประสาทและจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านอายุรกรรม)
4. นางสาว วาสนา สุขไพศาล	หัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพระปกเกล้า
5. นาง จรียา สงวนไทร	หัวหน้างานพยาบาลรังสีระยะไกล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ





ที่ ศธ 0512.11/ 0785



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุระยะเรื้อรังและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรีหญิง อุทุมพร รูปเล็ก หัวหน้าห้องตรวจโรคระบบประสาทและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาวาตรีหญิง อุทุมพร รูปเล็ก

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี โทร. 06-2519-3594

ที่ ศธ 0512.11/0765



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุระยะเรื้อรังและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. แพทย์หญิง กนกรัตน์ ตั้งศรีวงศ์ แพทย์รังสีวิทยาทั่วไป
2. นางอารยา ปานพรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจรังสีรักษา  
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

แพทย์หญิง กนกรัตน์ ตั้งศรีวงศ์ และนางอารยา ปานพรม

โทร: 0-2218-1131 โทรสาร: 0-2218-1130

ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร: 0-2218-1151

เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี โทร: 06-2519-3594

ที่ ศร 0512.11/ 0789



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางจรรยา สวงนไทร หัวหน้างานพยาบาลรังสีระยะไกล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางจรรยา สวงนไทร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี โทร. 06-2519-3594

ที่ ศร 0512.11/ 0789



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

/6 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุระยะเริ่มศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระบกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววาสนา สุขไพศาล หัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาววาสนา สุขไพศาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระบกรณ์ โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี โทร. 06-2519-3594

ที่ ศธ 0512.11/ 0๘๖๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุเมเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุเมเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 40 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้ง แบบบันทึกการติดตามตนเอง คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้ง แผ่นพับเกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ, ภาวะน้ำลายแห้ง, แผ่นพับเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก และการทำวุ้นทางจระเข้ คลิป์วิดีโอสอนการแปรงฟัน และการทำน้ำวุ้นทางจระเข้สำหรับบ้วนปาก และแผนการสอน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกตพิชญ์วัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าห้องตรวจรังสีรักษา งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

ขอหนังสือ

เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี โทร. 06-2519-3594



Dr. Avraham Eisbruch M.D.  
Department of Radiation Oncology  
University of Michigan  
Hospital, Ann Arbor, MI 48109, USA

April 20, 2017

Dear Dr. Avraham Eisbruch:

I am writing to you to request for using the Xerostomia questionnaire. My name is Rungrapa Bunmee, a master's student of Gerontological Nursing Program. I found your article titled "Xerostomia and its predictors following parotid-sparing irradiation of head and neck cancer" on Image: Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2001, 50(3): 695-704. I am interested to use the Xerostomia questionnaire on my thesis project "The Effect of Self-Management Program on Xerostomia in Older People with Head and Neck Cancer Receiving Radiation". My advisor is Asst Prof Tassana Choowattanakorn, RN, PhD. I appreciated you so much for previously sending me the full instrument. I would think that you do not mind for costing me on this matter. Should you have any condition for using this questionnaire, please let me know.

Sincerely Yours,

*Rungrapa Bunmee*

Lieutenant Rungrapa Bunmee RN., BNS.  
Faculty member of Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University, BKK, 10330 Thailand

*T. Choowattanakorn*

Tassana Choowattanakorn RN., PhD  
(Principle advisor)

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี  
เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัครและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 60099  
เอกสารเลขที่ 101/2560

ชื่อโครงการ “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี”  
(ภาษาอังกฤษ) “The effect of self-management program on xerostomia in older people with head and neck cancer receiving radiation.”

ชื่อหัวหน้าโครงการ เรือเอกหญิงรุ่งภา บุญมี ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโทบัณฑิต  
ผู้ร่วมวิจัย ผศ.ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ ตำแหน่ง อาจารย์  
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ผู้ร่วมวิจัย แพทย์หญิงกนกรัตน์ ตั้งศรีวงศ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  
สังกัดหน่วยงาน กลุ่มงานรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2560
2. แบบเก็บบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2560
3. แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้ง ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2560
4. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2560
5. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2560

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี  
คือสิ้นสุดวันที่ 26 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2562

ลงนาม.....

(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....

(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

**เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร**  
**(Participant Information Sheet)**

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี  
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 062-5193594 E-mail : rungnapaabunmee@gmail.com

สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนส่วนตัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีสามารถจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งได้ด้วยตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนและภาวะการดูแลของผู้ดูแล ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีดีขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยลดและบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยในประเด็นอื่นๆต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคออายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการฉายรังสี มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ที่ดี สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ มีผู้ดูแลหลัก ท่านหรือผู้ดูแลหลักคนใดคนหนึ่งมีความสามารถในการใช้สื่อทางโทรศัพท์ และไม่มีประวัติแพ้สมุนไพรร และการศึกษาครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นทางเลือกใหม่ในการให้การพยาบาลเพื่อลดและบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งจากการฉายรังสี โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

### ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้โดยผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 9 ข้อ และแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งจำนวน 8 ข้อ ซึ่งแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งนี้จะประเมินทุกสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือจากท่านในการปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งที่ผู้วิจัยได้ให้และลงบันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึกการติดตามตนเองทุกครั้งปฏิบัติ และขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในการดูแลและควบคุมการปฏิบัติของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ท่านดูแลเพื่อให้เป็นไปตามโปรแกรมการวิจัยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

### ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ เช่น ความล่าช้าของการรักษา ความไม่สุขสบายจากรสชาติของน้ำหวานทางกระเพาะที่ใช้กลั้วปาก

ความเสี่ยงที่ได้รับจากการเจาะเลือด ไม่มีการเจาะเลือดสำหรับงานวิจัยนี้

### ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สุขสบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้วิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจทำให้ท่านสามารถจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งจากการได้รับการฉายรังสีได้ด้วยตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนและภาวะการดูแลของผู้ดูแล ทำให้คุณภาพชีวิตท่านดีขึ้น แต่ไม่รับรองว่าสุขภาพของท่านจะดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

### การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีความกระทบใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่าน โดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/  
เจ็บป่วยจากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่

ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี

สถานที่ปฏิบัติงาน (ที่ทำงาน) หอพักพยาบาล 1 ช้างวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ 504

ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสินแขวงบुकโคล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

(ที่บ้าน) ที่อยู่ 31 หมู่ 7 ต. ดอนทราย อ. โพนาราม จ.ราชบุรี 70120

โทรศัพท์มือถือ 062-5193594 E-mail : [rungnapaabunmee@gmail.com](mailto:rungnapaabunmee@gmail.com) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง  
ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะ  
ได้รับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง

ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดย  
รวดเร็วไม่ปิดบัง

การรักษาความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงาน  
ผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่  
เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่าน จะต้องได้รับการ  
ปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่  
ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน  
รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับความช่วยเหลือในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมใน  
โครงการวิจัย

7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับ ช่มชู้ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. (02) 3548108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการ



**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร**  
**โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะ**  
**และลำคอที่ได้รับการฉายรังสี**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย / นาง / นางสาว.....อยู่  
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน..... แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยลดและบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีต่อไป

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ต้องทำการให้รายละเอียดส่วนตัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วยที่เป็น การรักษาต่างๆที่ได้รับ และจากข้อมูลต่างๆที่ข้าพเจ้าให้ไป ยินยอมที่จะให้นำไปใช้เพื่อประโยชน์ในวิจัยทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังทราบว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะยังประโยชน์ต่อความรู้ ทางด้านวิชาการ ซึ่งข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามขั้นตอน ระเบียบวิธีวิจัยในครั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะซักถามทุกข้อสงสัยเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนจากผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี เบอร์โทรศัพท์: 062-519-3594 ได้ตลอดเวลา

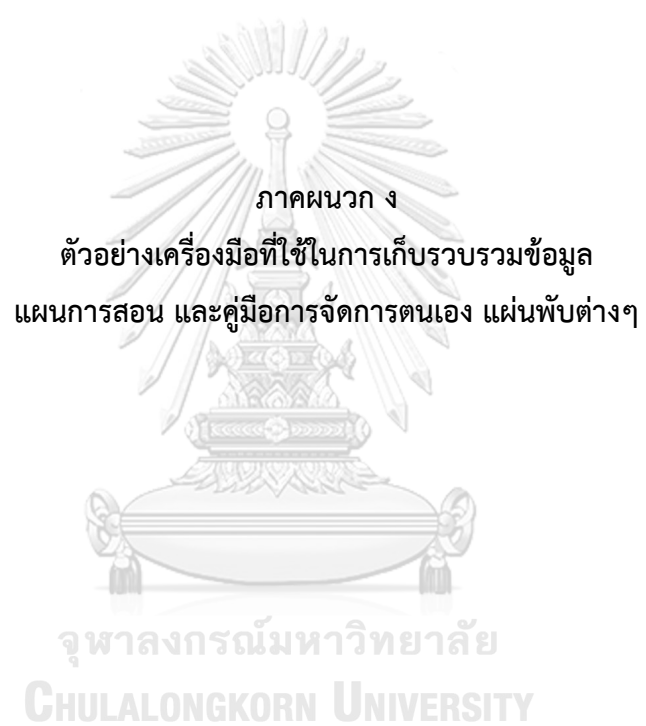
ข้าพเจ้าทราบดีว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัย และจริยธรรมโรงพยาบาลราชวิถี และระหว่างในการทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการวิจัยในเวลาใดก็ได้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และขอลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ที่นี้

ลงนาม.....ผู้ร่วมศึกษาวิจัย      ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย  
 (.....)  
 วันที่.....      วันที่.....  
 (เรือเอกหญิงรุ่งนภา บุญมี)

ลงนาม.....ผู้ดูแลหลัก      ลงนาม.....พยาน  
 (.....)  
 วันที่.....      วันที่.....







## ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ชนิดคือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 12 ข้อคำถามดังนี้ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ผู้ดูแลหลัก วันที่ เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค เทคนิคการฉายรังสี และการรักษาร่วม

1.2 แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ มีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะน้ำลายแห้งสูง โดยแบ่งระดับของคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง ไม่มีภาวะน้ำลายแห้ง
คะแนน 0.01 - 3	หมายถึง ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อย
คะแนน 3.01 - 7	หมายถึง ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งปานกลาง
คะแนน 7.01 - 10	หมายถึง ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมาก

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม หนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย

1. แผนการสอนเกี่ยวกับโครงสร้าง หน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญในช่องปากพร้อมรูปภาพประกอบการสอน, โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ, การจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้ง, การแปรงฟันที่ถูกวิธี การบ้วนปาก และการใช้ไหมขัดฟัน, การเลือกแปรงสีฟัน การเลือกน้ำยาบ้วนปาก และการเตรียมน้ำว่านหางจระเข้ เพื่อให้ผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอ และผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีความมั่นใจ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้

2. วิดีโอคลิปเกี่ยวกับการแปรงสีฟันและการทำน้ำว่านหางจระเข้ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักสามารถฝึกปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องที่บ้าน

3. แผ่นภาพอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน เพื่อฝึกให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตนเองและนำมาปรับใช้ในการเตรียมอาหารและเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลหลักจัดเตรียมอาหารให้กับผู้สูงอายุได้

4. น้ำว่านหางจระเข้สำหรับกลั้วปาก เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้บรรเทาภาวะน้ำลายแห้งและเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก ลดความร้อนในช่องปากจากการได้รับการฉายรังสี

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบบันทึกการติดตามตนเอง มีทั้งหมด 7 ข้อ โดยครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบของ Lorig & Hollman เพื่อช่วยเตือนความจำ ป้องกันการหลงลืมในการปฏิบัติของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ลงเครื่องหมาย (v) เมื่อได้ปฏิบัติจริงในทุกวัน โดยถ้าปฏิบัติตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป (คิดเป็นร้อยละ 80) ถือว่าผ่านเกณฑ์

### เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินภาวณ้ำลายแห้ง

วันที่เก็บข้อมูล.....

ID.....

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

- 1) เพศ  ชาย  หญิง
- 2) อายุ  60-64 ปี  65-70 ปี  70 ปีขึ้นไป
- 3) การศึกษา  ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่นๆ.....
- 4) สถานะสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
 อื่นๆ.....
- 5) รายได้.....ต่อเดือน
- 6) อาชีพ.....
- 7) วันที่เริ่มการฉายรังสี.....
- 8) ผู้ดูแลหลัก.....
- 9) ปริมาณรังสีที่ได้รับ..... cGy / วัน
- 10) การวินิจฉัยโรค.....
- 11) เทคนิคการฉายรังสี  2D-RT  3D-CRT  IMRT
- 12) การรักษาร่วม  RT Alone  CRRT

วันที่ประเมิน.....สัปดาห์ที่.....

**ตอนที่ 2 แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้ง**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง โปรดทำเครื่องหมาย (X) ที่ตัวเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของภาวะน้ำลายแห้งของคุณ ตอบให้ครบ 8 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนน 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีภาวะน้ำลายแห้ง และ 10 หมายถึง ภาวะน้ำลายแห้งทำให้เกิดความยากลำบากหรือเกิดปัญหามากที่สุด

1. น้ำลายแห้ง ทำให้คุณรู้สึกมีความยากลำบากในการพูด

ไม่มีความยากลำบาก ลำบากมากที่สุด

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

2. น้ำลายแห้ง ทำให้คุณรู้สึกมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร

ไม่มีความยากลำบาก ลำบากมากที่สุด

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3. ....

4. ....

5. ....

6. ....

7. ....

8. ....



**แผนการสอนเรื่องโครงสร้าง หน้าที่ ของอวัยวะที่สำคัญในช่องปาก  
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี**

โปรแกรมการจัดการตนเอง ได้สร้างตามกรอบแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย 6 ทักษะดังนี้ 1) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) 2) การแก้ปัญหา (Problem solving) 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การปฏิบัติ (Taking action) 6) การติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring)

**วัตถุประสงค์** เพื่อผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงสร้าง หน้าที่ ของอวัยวะที่สำคัญในช่องปาก

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีที่มารับบริการที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 20 คน

**สถานที่** ห้องว่างหรือพื้นที่ว่างสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี

**ระยะเวลา** ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที

**ผู้ดำเนินการ** เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี

**อุปกรณ์และสื่อ**

- 1) แผ่นภาพเกี่ยวกับโครงสร้าง หน้าที่ ของอวัยวะที่สำคัญในช่องปาก
- 2) Clip VDO
- 3) โทรศัพท์มือถือ

### แผนการสอนเรื่องมะเร็งศีรษะและลำคอ

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

โปรแกรมการจัดการตนเอง ได้สร้างตามกรอบแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย 6 ทักษะดังนี้ 1) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) 2) การแก้ปัญหา (Problem solving) 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การปฏิบัติ (Taking action) 6) การติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring)

**วัตถุประสงค์** เพื่อผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีที่มารับบริการที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 20 คน

**สถานที่** ห้องว่างหรือพื้นที่ว่างสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี

**ระยะเวลา** ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที

**ผู้ดำเนินการ** เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี

**อุปกรณ์และสื่อ**

- 1) แผ่นพับเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและลำคอ
- 2) Clip VDO
- 3) โทรศัพท์มือถือ

### แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้ง

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

โปรแกรมการจัดการตนเอง ได้สร้างตามกรอบแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย 6 ทักษะดังนี้ 1) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) 2) การแก้ปัญหา (Problem solving) 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การปฏิบัติ (Taking action) 6) การติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring)

**วัตถุประสงค์** เพื่อผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อมีภาวะน้ำลายแห้ง

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีที่มารับบริการที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 20 คน

**สถานที่** ห้องว่างหรือพื้นที่ว่างสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี

**ระยะเวลา** ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที

**ผู้ดำเนินการ** เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี

**อุปกรณ์และสื่อ**

- 1) แผ่นพับ/คู่มือเกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้ง
- 2) Clip VDO การดูแลช่องปาก
- 3) โทรศัพท์มือถือ
- 4) รูปภาพอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน

### แผนการสอนเรื่องการเตรียมน้ำว่านทางจระเข้

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

โปรแกรมการจัดการตนเอง ได้สร้างตามกรอบแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย 6 ทักษะดังนี้ 1) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) 2) การแก้ปัญหา (Problem solving) 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การปฏิบัติ (Taking action) 6) การติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring)

**วัตถุประสงค์** เพื่อผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีสามารถเตรียมน้ำว่านทางจระเข้ใช้เองที่บ้านได้

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีที่มารับบริการที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 20 คน

**สถานที่** ห้องว่างหรือพื้นที่ว่างสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี

**ระยะเวลา** ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที

**ผู้ดำเนินการ** เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี

**อุปกรณ์และสื่อ**

- 1) แผ่นพับการเตรียมน้ำว่านทางจระเข้
- 2) Clip VDO การเตรียมน้ำว่านทางจระเข้
- 3) โทรศัพท์มือถือ



**แผนการสอนเรื่องการแปร่งฟันที่ถูกรื้อ การบ้วนปาก และการใช้ไหมขัดฟัน  
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี**

โปรแกรมการจัดการตนเอง ได้สร้างตามกรอบแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วย 6 ทักษะดังนี้ 1) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) 2) การแก้ปัญหา (Problem solving) 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การปฏิบัติ (Taking action) 6) การติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring)

**วัตถุประสงค์** เพื่อผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแปร่งฟัน การบ้วนปาก และการใช้ไหมขัดฟัน

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีที่มารับบริการที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 20 คน

**สถานที่** ห้องว่างหรือพื้นที่ว่างสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี

**ระยะเวลา** ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที

**ผู้ดำเนินการ** เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี

**อุปกรณ์และสื่อ**

- 1) แผ่นเกี่ยวกับการแปร่งฟัน การบ้วนปาก และการใช้ไหมขัดฟัน
- 2) Clip VDO การแปร่งฟัน
- 3) โทรศัพท์มือถือ

**คู่มือการจัดการตนเอง**

**สำหรับผู้สูงอายุที่มีแรงเสียดทานและลำคอที่  
มีภาวะน้ำลายแห้งจากการฉายรังสี**



**วิธีทำ**

1. เลือกใบว่านทางจระเข้ที่ขนาดโตคนใบกว้าง 2 นิ้ว อายุประมาณ 1 ปีขึ้นไป ปอกเปลือกสีเขียวออก ล้างให้หมดยาง หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ แล้วแช่ลงในน้ำ



**หมายเหตุ** กรณีไม่มีเครื่องปั่น อาจใช้การสับให้ละเอียดหรือใช้ช้อนบดให้พอละเอียดแทนการปั่น

2. เติมน้ำสะอาดประมาณ 250 มิลลิลิตร จากนั้นปั่นจนละเอียด



จะได้เป็นน้ำว่านทางจระเข้สำหรับกลั้วปาก เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในปาก กรณีมีอาการน้ำลายแห้งระหว่างวัน



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี  
 ผศ. ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์

# น้ำว่านทางจระเข้

## สำหรับกลั้วปาก



- ดูแลและทำความสะอาดช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากที่ปราศจากโรคส่วนหนึ่งส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม
- แอลกอฮอล์
- ใช้น้ำเปล่าหรือน้ำซิงค์หรือฟลูออไรด์ที่ผสมกับน้ำดื่มที่ปราศจากน้ำตาล โอเดอเนโตสามารถกำจัดแบคทีเรียในช่องปากได้
- หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อนเกินไป เช่น กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีอุณหภูมิสูงเกินไป
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัดหรือเผ็ดร้อน
- ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ปราศจากแอลกอฮอล์หรือฟลูออไรด์
- ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ปราศจากแอลกอฮอล์หรือฟลูออไรด์



ไม่ใช้ยาสูบหรือแอลกอฮอล์หรือฟลูออไรด์ ทำให้ฟันสึกและฟันผุ

- เลี่ยงอาหารมัน อาหารที่มีลักษณะแข็ง
- รับประทานอาหารอ่อนหรือเหลว เช่น โจ๊ก
- หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล
- การใช้น้ำยาบ้วนปากที่ปราศจากแอลกอฮอล์



คุณพยาบาลอดิสรุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 ปรึกษารุ่นพี่  
 ผศ. ดร. พัทธนา ชูวรรณะประภรณ์

# ภาษาเขียนแห้ง



**การเตรียมตัวสำหรับการรักษา**

การเตรียมตัวที่สำคัญ คือ การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง การรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่อย่างเพียงพอ และการดูแลสุขภาพช่องปาก

**ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา**

- **การผ่าตัด:** การสูญเสียอวัยวะและความสวยงาม เพราะเป็นอวัยวะอยู่บนใบหน้าและลำคอ
- **ยาเคมีบำบัด:** คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด ท้องบวม ทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย เม็ดเลือดแดงต่ำ เกิดภาวะซีดและเกล็ดเลือดต่ำ เกิดเลือดออกได้ง่าย
- **การฉายรังสี:** ภาวะอักเสบของเยื่อช่องปาก และคอ มีผลต่อการรับประทานอาหาร กลืน ผลในระยะยาว ที่พบได้บ่อย เช่น **ภาวะน้ำลายน้อยหรือภาวะน้ำลายแห้ง** ฟันผุ ช่องปากอักเสบ และผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีเป็นพังผืด

**การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา**

1. เลิกสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์
2. รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่
3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
4. ดูแลรักษาช่องปากและฟัน
5. บ้วนปากทุกครั้งหลังการบริโภค
6. แปรงฟันหลังอาหาร หรือวันละ 2 ครั้ง
7. ใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละหนึ่งครั้ง
8. บริหารช่องปาก ป้องกันช่องปากอักเสบ
10. ควบคุมโรคร่วม: เบาหวาน ความดันโลหิต
11. พบแพทย์และทันตแพทย์ตามนัด



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี  
 ผศ. ดร. ทัศนาศูววรรณปกรณ์

**มะเร็งศีรษะและลำคอ**  
 (Head and Neck Cancer)



### การใช้ไหมขัดฟัน

1. ตั้งไหมขัดฟันยาวประมาณ 20-30 เซนติเมตร พันกับนิ้วกลางทั้งสองข้าง โดยใช้ นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้จับไหมไว้ ดังรูป

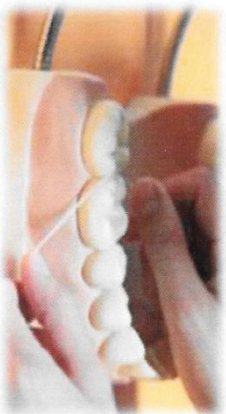


หมายเหตุ : การพันไหมกับนิ้วกลางให้พันไหม กับนิ้วกลางข้างใดข้างหนึ่งมากกว่าอีกข้าง เพื่อเวลาใช้ จะใช้นิ้วข้างที่มีไหมน้อยมานำไหมที่ใช้แล้ว และใช้นิ้วที่เหลือมากกว่าปล่อยไหมที่สะอาดออกมาแทน

2. ดันไหมขัดฟันลงในร่องฟันโดยใส่เหมือน เลื่อย เพราะถ้าหากดันลงไปตรงๆ จะทำให้ เลือดออกได้



3. ตั้งไหมให้โค้งตามฟัน ฎีไหมขึ้นลงตามร่อง ฟันทั้ง 2 ด้าน ทำทุกซี่ของฟันจนครบ ดังรูป



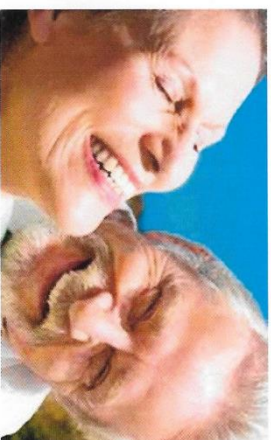
4. การขัดฟันเสร็จในสุด โดยใช้นิ้วชี้เพียงนิ้วเดียว นำไหมเข้าไปขัดฟันซี่ในสุด เพื่อสามารถนำไหมเข้าไปใต้ลิ้นชั้น ดังรูป



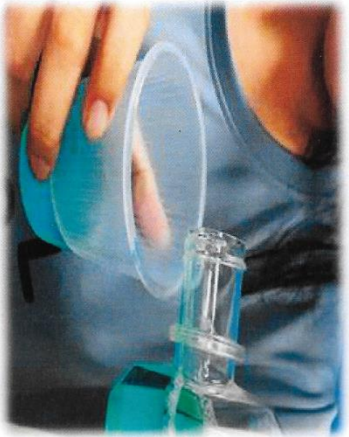
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี  
 ผศ. ดร. ทศนา สุวรรณะปกรณ์

## แปรงฟันถูกวิธี

### พิชิตปัญหาช่องปาก



- **ประเภทที่ที่สอง** คือ เซทิลไพริดีเนียมคลอไรด์ ช่วยลดการเกิดคราไปบิโอฟิล์ม และเหงือกอักเสบได้ สามารถใช้ได้เป็นประจำทุกวัน ควรใช้หลังการแปรงฟันอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด และไม่ควรรับประทานอาหารหรือน้ำทันทีหลังรับประทาน เพราะอาจทำให้เกิดการติดสีของอาหารที่ฟันได้



- **ประเภทที่สุดท้าย** น้ำมันสกัดจากสมุนไพรธรรมชาติ เป็นสารไม่มีประจุ และมีโมเลกุลขนาดเล็กออกซอกซอนได้ดี จึงช่วยลดการเกิดคราไปบิโอฟิล์มและเหงือกอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ได้เป็นประจำทุกวัน โดยไม่ก่อให้เกิดคราบสีที่ฟัน

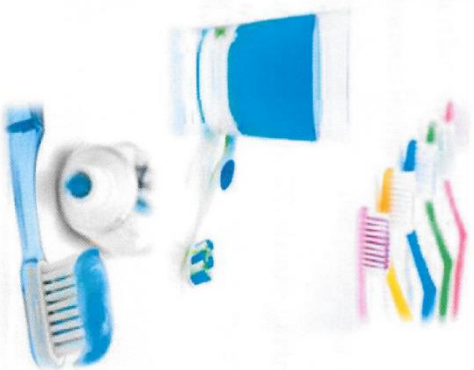


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี  
 ผศ. ดร. ทัศนภา ชูวรรณะปะปกรณ์

## การเลือกแปรงสีฟัน

VS

## น้ำยาขี้ฟันปาก







### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มของ Chow, Shao & Wang (2003)

$$\text{สูตรคือ } n = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 x \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$n$  = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_\alpha$  = ความเชื่อมั่นที่กำหนด เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha = 0.05$  คือ 1.96

$Z_\beta$  = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับอำนาจในการทดสอบ 80% คือ 0.84

$\sigma^2$  = ค่าความแปรปรวน

$$n = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\delta^2}$$

$$\delta = \frac{(\mu_1 - \mu_2)}{\sigma} = \text{effect size} \quad , \quad (\mu_1 - \mu_2) = \sigma$$

กำหนด effect size = 1

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{2x(1.96 + 0.84)^2}{1}$$

$$n = 15.68 \text{ ราย} \approx 16 \text{ ราย} + \text{missing data } 20\%$$

$$= 20 \text{ ราย}$$

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 ราย

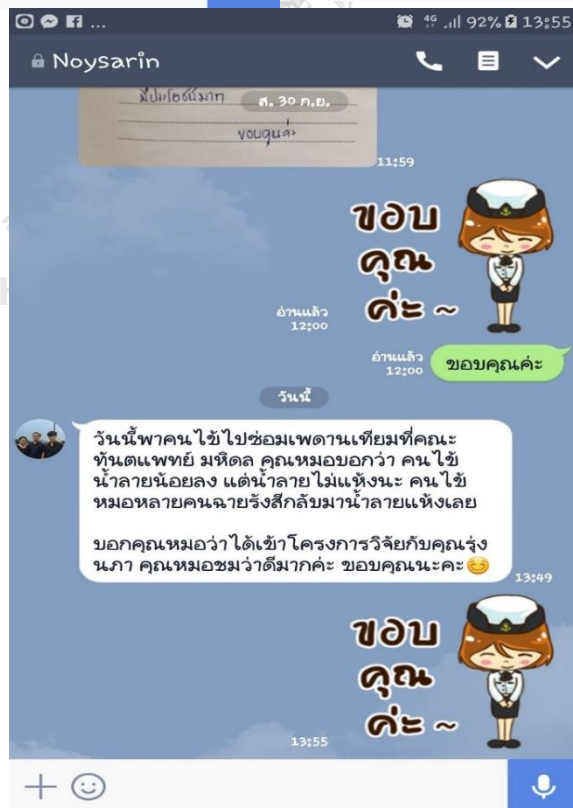
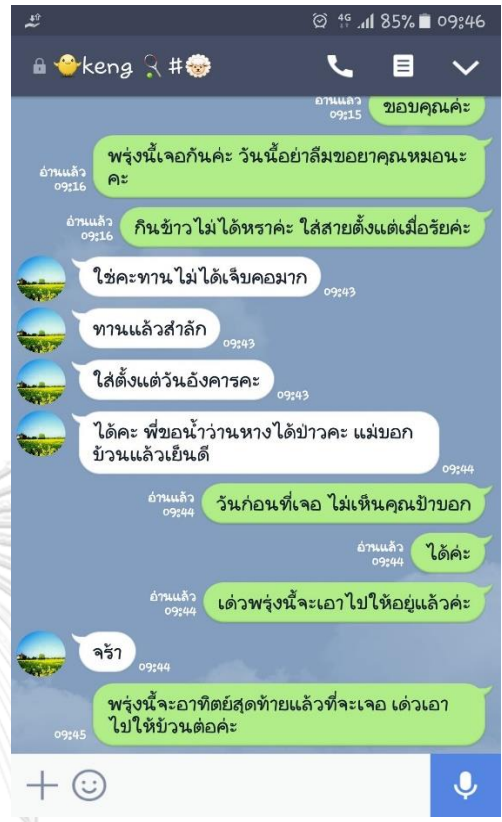
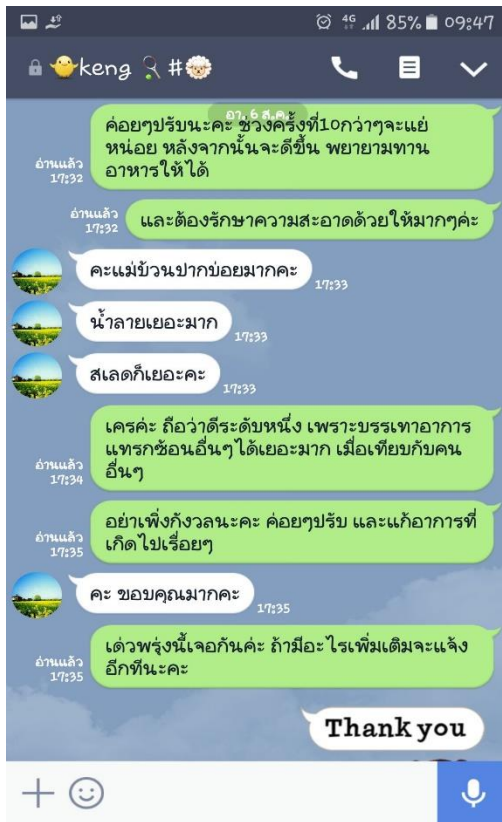
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ฉ

ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัย


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY







น้ำจืดที่หาได้จะอยู่ที่ปากค้ำห้วยน้ำจืด  
 ใต้ใต้ในทางป่าดงป่า น้ำได้ทำค้ำห้วย  
 หนะน้ำของน้ำจืด และน้ำจืดน้ำจืด  
 จากทางน้ำจืดปากค้ำห้วยน้ำจืด  
 ที่เห็นตัวค้ำห้วยน้ำจืดน้ำจืด  
 น้ำจืดน้ำจืดน้ำจืด น้ำจืดน้ำจืด  
 น้ำจืดน้ำจืดน้ำจืด น้ำจืดน้ำจืด  
 น้ำจืดน้ำจืดน้ำจืด น้ำจืดน้ำจืด  
 น้ำจืดน้ำจืดน้ำจืด น้ำจืดน้ำจืด



บันทึก

วันนี้ได้ไป ทาน ผัดผัด มะ รัง ในโรงพิมพ์  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ที่ 3 ของทางผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด

1. ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด

2. ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด

บันทึก

3. ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด

4. ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด

5. ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด  
 ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด ผัดผัด

ขอบคุณ

LINE 4G 60% 11:04

79211\_ความคิดเห็น - บันทึกแล้ว

≡ ✎ 🔍 📄 👤 ↶

### ความคิดเห็น

ก่อนอื่นเลย ต้องขอขอบคุณ คุณพยาบาลนะคะ ที่นำข้อมูล ข้อเสนอแนะ สำหรับพ่อที่จะต้องปฏิบัติตัวในระหว่างที่ได้รับการรักษา การฉายแสง เพราะเนื่องจากเป็นทางครอบครัวของเราไม่เคยมีใครป่วยด้วยโรคนี้นมาก่อน จึงไม่รู้ว่าปฏิบัติตัวอย่างไรถึงจะถูกต้องและปลอดภัย

จากคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการฉายรังสี ที่ทางครอบครัวได้รับจากพยาบาลเป็นข้อเสนอแนะ และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เช่น

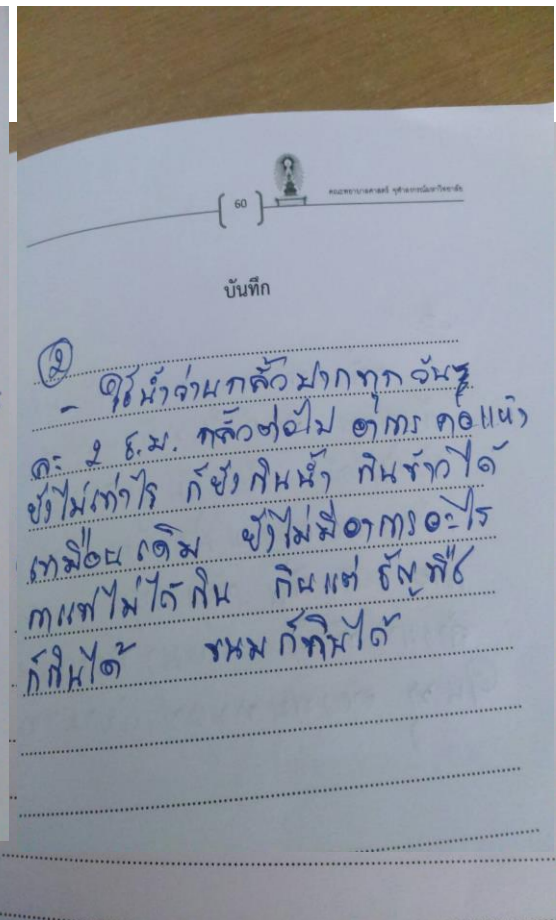
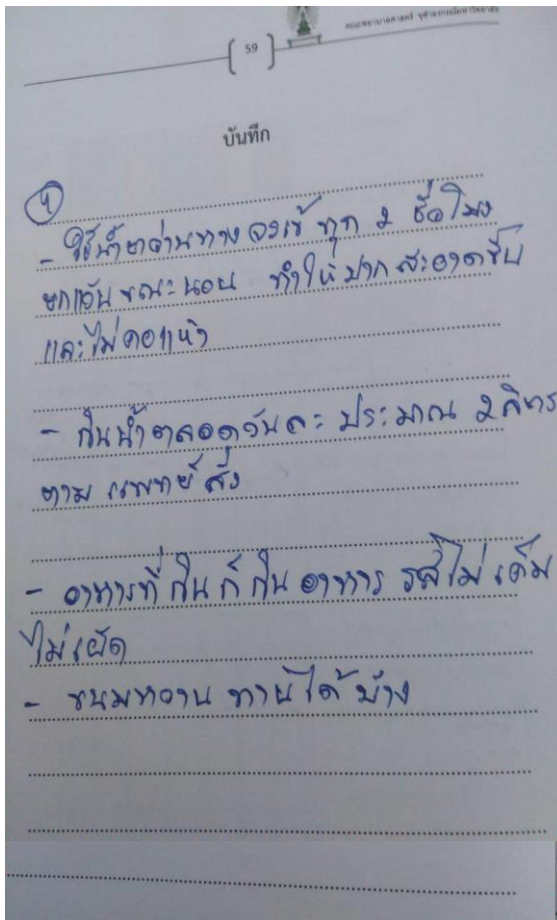
1. ทราบถึง สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ
2. ทราบถึง อาการของผู้ป่วย
3. ทราบถึง ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ระยะ ที่เท่าไร
4. ทราบถึง การรักษาโรคมะเร็งของแต่ละระยะเป็นอย่างไร
5. ทราบถึง โอกาสการหายหลังการรักษาว่าจะรักษาหายมากน้อยแค่ไหน
6. ทราบถึง การเตรียมตัวในการรักษาโรคมะเร็ง ที่สำคัญ เช่น การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง
7. ทราบถึง ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา
8. ทราบถึง วิธีการป้องกันเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
9. ทราบถึง วิธีป้องกันการเกิดโรคมะเร็งศีรษะ
10. ทราบถึง อาหารที่ควรทาน และไม่ควรทาน
11. ทราบถึง การแปร่งฟันที่ถูกวิธิตามขั้นตอน
12. ทราบถึง น้ำยาบ้วนปาก และวิธีการทำน้ำยาบ้วนปากจากว่านหางจระเข้

ข้อมูลที่ทางครอบครัวของเราได้รับมานี้เป็นประโยชน์มาก ๆ นะคะ และจะนำข้อมูลที่ได้จากคู่มือการจัดการตนเองนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดทั้งกับคนป่วยเองคือพ่อ และกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ

ทางครอบครัวของเราต้องขอขอบคุณ คุณพยาบาลมาก ๆ นะคะ ที่ดูแลเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการทำน้ำยาบ้วนปากมาให้ คำแนะนำดี ๆ รวมไปถึงความเป็นกันเองอีกด้วย และที่สำคัญเลยทำให้พ่อได้เข้าร่วมโครงการในการวิจัยในครั้งนี้ด้วย ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่โชคดีมาก ๆ เลยคะ

นางปัทมา ชื่นชม  
(ลูกสาวคนป่วย)

**B** *I* U ✎ **A** ☰ 1 2 3 ➡ ▲









## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรือเอกหญิง รุ่งนภา บุญมี เกิดวันที่ 12 เมษายน 2527 ที่จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ในปีการศึกษา 2550 ซึ่งเป็นสถาบันสมทบของมหาวิทยาลัยมหิดล ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลฝ่ายบริการสุขภาพ ตึก 80 พรรษา หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 -2558 และได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปีการศึกษา 2558 – ปัจจุบัน

