

ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการ  
ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด  
ในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการ  
ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด  
ในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย

ดิลิตา ฟุ้งเฟื่อง

นางสุจิรา ฟุ้งเฟื่อง  
ผู้วิจัย

ธีรภรณ์ จันทร์ดา

ดร. ธีรภรณ์ จันทร์ดา

Ph. D. (Nursing)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ณัฏฐา หาญประสิทธิ์คำ

ผศ. ดร. ณัฏฐา หาญประสิทธิ์คำ

Ph. D. (Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชินนุสรณ์ สวัสดิวัตน์

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชินนุสรณ์ สวัสดิวัตน์

Ph. D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

อรสา พันธุ์รักดี

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์รักดี

พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการ

ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

ในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติตามหลักสูตรให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2550

สจจ พงศ์เพ็ญ

นางสุจิรา พงศ์เพ็ญ

ผู้วิจัย

สมพร ชินโนรส

ร.ศ. สมพร ชินโนรส

วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข), วท.ม. (พยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

จันท์เพ็ญ สันตวาจา

ดร. จันท์เพ็ญ สันตวาจา

พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ

ผศ. ดร. ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ธีรภรณ์ จันทร์ดา

ดร. ธีรภรณ์ จันทร์ดา

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชินนุสรณ์ สวัสดิวัตน์

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชินนุสรณ์ สวัสดิวัตน์

Ph. D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รัชตะ รัชตะนาวัน

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวัน

พ. บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ อาจารย์ ดร. ชีราภรณ์ จันทร์ดา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา โดยเฉพาะอาจารย์ ดร. ชีราภรณ์ จันทร์ดา ที่เป็นที่ปรึกษาที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมาตั้งแต่เริ่มจนสำเร็จการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

กราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. จันทร์เพ็ญ สันตวาจา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รศ. สมพร ชินโนรส กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่ประสิทธิ์ประสาท วิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่ง รวมทั้งให้กำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัด ลพบุรี และโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ได้สละเวลาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ รัษฎบุรี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี ที่อนุญาติและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณท่านรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพี่ เพื่อน และน้องๆ หอผู้ป่วยหญิง 6 และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือด้วยดี เสมอมา และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏรัษฎบุรี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัด ลพบุรีที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสี รักษาพร้อมกับเคมีบำบัดทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการการเก็บข้อมูลวิจัยและเป็น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณรุ่นพี่ เพื่อนๆร่วมรุ่นรหัส 48 ทุกคน และเพื่อนในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่ ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา โดยเฉพาะคุณ นิรมล พงษ์ด้วง ที่คอยให้ คำปรึกษาและเป็นกำลังใจให้กันและกันด้วยดีเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ของผู้วิจัย และคุณพ่อคุณแม่ของสามี รวมทั้งขอบคุณสมาชิกในครอบครัว และที่สำคัญคือ คุณยุทธศาสตร์ ที่เป็นกำลังใจและให้การ สนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย (SYMPTOM EXPERIENCES SYMPTOM MANAGEMENT AND OUTCOMES OF PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER UNDERGOING CONCURRENT CHEMORADIATION AT CANCER CENTERS IN THE CENTRAL PART OF THAILAND)

สุจิรา ฟุ่งเฟื่อง 4837039 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ธีราภรณ์ จันทร์ดา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ Ph.D. (Nursing)

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ตามกรอบแนวคิดของคอคด์และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ศูนย์มะเร็งภาคกลางในประเทศไทยได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาชิราลงกรณธนบุรี และศูนย์มะเร็งลพบุรี รวม 55 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2550 โดยใช้แบบสอบถามการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่คัดแปลงจากแบบสอบถามของ อภิรติ ศาวารักษ์ และคณะ (2547) และปรับปรุงโดยนุชกร แสงแก้ว และคณะ (2549) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมีค่า CVI เท่ากับ .95 ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของการประเมินความถี่ ระดับความรุนแรงของอาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการด้านคุณภาพชีวิตเท่ากับ .79, .82, .73 และ .85 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์อาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในด้าน ความถี่ของอาการ 5 อันดับแรกคือ อันดับ 1) รับประทานอาหารไม่รู้สึกชาต 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) กลืนลำบาก 4) ปวด/เจ็บ/คอ และ 5) เบื่ออาหาร และอาการที่มีความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรกคือ 1) กลืนลำบาก 2) รับประทานอาหารไม่รู้สึกชาต 3) ปวด/เจ็บ/คอ 4) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลาย และ 5) เจ็บปาก ส่วนอาการที่รบกวนการ ดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรกได้แก่ อาการปวด/เจ็บ/คอ พบเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ เจ็บปาก กลืนลำบาก แผลในปาก และ ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง ตามลำดับ และวิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อยแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือ การใช้ยาแผนปัจจุบัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำดื่ม ซึ่งผลการจัดการกับอาการเหล่านี้ช่วยให้อาการทุเลาลงมากที่สุด และอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงกว่าก่อนรักษา

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ได้รับ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนบริเวณปากและคอ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนัก โดยหาวิธีการจัดการกับอาการ และวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะ และสอดคล้องกับภาวะแทรกซ้อนในช่องปากที่เกิดขึ้น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ ประสบการณ์อาการ/ วิธีการจัดการกับอาการ/ ผลจากการจัดการกับอาการ/

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ/ การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

SYMPTOM EXPERIENCES SYMPTOM MANAGEMENT AND OUTCOMES OF  
PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER UNDERGOING CONCURRENT  
CHEMORADIATION AT CANCER CENTERS IN THE CENTRAL PART OF THAILAND

SUJIRA FOONGFAUNG 4837039 RAAN/M

M.N.S (ADULT NURSING)

THESIS ADVISOR: TIRAPORN JUNDA, KANITHA HANPRASITKAM, Ph.D. (Nursing)

**ABSTRACT**

The purpose of this descriptive study was to analyze the experience of certain symptoms, symptom management, and outcomes of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation based on the Symptom Management Model of Dodd et al. (2001). The study focused on 55 patients with head and neck cancer who were undergoing concurrent chemoradiation at cancer centers in the central part of Thailand at the National Cancer Institute, Mahavajiralongkorn Cancer Center and Lopburi Cancer Center. Data collection took place from February to April 2007. Data were collected by using the symptom experience and symptom management questionnaire developed by Aphiradee Ladawan et al. (2004) and by Busakorn Sangkaew et al. (2006). The questionnaire was tested for content validity by 5 experts. The CVI was .95 and the reliability of the Cronbach Alpha correlation coefficient in relation to four categories (the frequency of symptoms, severity of symptoms, symptom management, and symptom outcome related to quality of life) were .79, .82, .73 and .85, respectively.

The findings showed that symptoms which occurred most frequently, as perceived by the subjects were: 1) taste alteration; 2) xerostomia; 3) dysphagia; 4) sore throat; and, 5) anorexia. The most severe symptoms were ranked as follow : 1) dysphagia; 2) taste alteration; 3) sore throat; 4) xerostomia; and, 5) sores in the mouth. In regards to the 5 symptoms that interfered with their daily life, sore throat was ranked first, followed by sores in the mouth, dysphagia, oral mucositis and xerostomia, respectively.

To manage their symptoms, the subjects used modern medicine and adjusted their food and fluid intake. The outcome of their symptom management was that they were relieved of their symptoms and also their quality of life was lower than before their treatment.

The findings supported the idea that patients with head and neck cancer had to endure suffering from their treatments especially side effects to their mouth and throat. Thus nurses should pay more attention to symptom management in this area and plan a specific program to help patients manage their symptoms to improve their quality of life.

KEY WORD: SYMPTOM EXPERIENCE / SYMPTOM MANAGEMENT /  
OUTCOMES / HEAD AND NECK CANCER/ CHEMORADIATION

148 P.

## สารบัญ

|                                           | หน้า |
|-------------------------------------------|------|
| กิตติกรรมประกาศ                           | ก    |
| บทคัดย่อภาษาไทย                           | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ                        | จ    |
| สารบัญตาราง                               | ช    |
| สารบัญรูปภาพ                              | ญ    |
| <b>บทที่ 1 บทนำ</b>                       |      |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา            | 1    |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย                      | 5    |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย                   | 11   |
| คำถามในการวิจัย                           | 11   |
| ขอบเขตการวิจัย                            | 11   |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ                 | 12   |
| นิยามตัวแปร                               | 12   |
| <b>บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม</b>           |      |
| โรคมะเร็งศีรษะและคอและการรักษา            | 14   |
| อาการและผลกระทบของอาการจากการรักษา        | 20   |
| ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ                 |      |
| การจัดการกับอาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 29   |
| <b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>         |      |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง                   | 35   |
| สถานที่เก็บข้อมูล                         | 36   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย                | 37   |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล                       | 42   |
| การวิเคราะห์ข้อมูล                        | 44   |

## สารบัญ (ต่อ)

|                                            | หน้า |
|--------------------------------------------|------|
| <b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>                  |      |
| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง                     | 45   |
| ประสบการณ์อาการ                            | 50   |
| วิธีการจัดการกับอาการ                      | 52   |
| ผลของการจัดการกับอาการ                     | 58   |
| <b>บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย</b>        |      |
| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง                     | 63   |
| ประสบการณ์อาการ                            | 64   |
| วิธีการจัดการกับอาการ                      | 69   |
| ผลของการจัดการกับอาการ                     | 72   |
| <b>บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ</b> |      |
| สรุปผลการวิจัย                             | 75   |
| ข้อสรุปที่ได้จากการวิจัย                   | 77   |
| ข้อจำกัดในการวิจัย                         | 78   |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้           | 78   |
| <b>บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย</b>        | 80   |
| <b>รายการอ้างอิง</b>                       | 114  |
| <b>ภาคผนวก</b>                             | 130  |
| <b>ประวัติผู้วิจัย</b>                     | 148  |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่                                                                                                                                                        | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในปี พ.ศ. 2548                                                                             | 36   |
| 2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล                                                                                                       | 46   |
| 3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล                                                                                    | 48   |
| 4. จำนวนและร้อยละของความถี่ของอาการ 10 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง<br>จำแนกตามความถี่ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง                                                 | 50   |
| 5. ค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการ 10 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง<br>จำแนกตามความถี่ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง                                              | 51   |
| 6. จำนวนและค่าเฉลี่ยของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง<br>ที่เลือกอาการเหล่านี้ใน 5 อันดับแรก                                               | 52   |
| 7. จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างตามอาการที่รบกวน<br>ชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก                                                          | 53   |
| 8. จำนวนร้อยละของแหล่งที่มาของข้อมูลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ<br>ของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก | 55   |
| 9. จำนวนและร้อยละของบุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง                                                                                        | 56   |
| 10. จำนวนและร้อยละของเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง                                                                                     | 57   |
| 11. จำนวนและร้อยละของสถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง                                                                                  | 57   |
| 12. จำนวนและร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ<br>สภาพอาการ                                                                      | 58   |
| 13. จำนวนและร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ<br>การทำหน้าที่ของร่างกาย                                                         | 59   |
| 14. จำนวนและร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ<br>สภาพอารมณ์                                                                     | 59   |
| 15. จำนวน และร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ<br>ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น                                                         | 60   |

## สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่                                                                                                                                     | หน้า |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 16. จำนวน และร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน                                    | 61   |
| 17. จำนวน และร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง                                       | 61   |
| 18. ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดและในปัจจุบัน | 62   |

## สารบัญรูปภาพ

### รูปภาพที่

1. รูปแบบจำลองแนวคิดในการจัดการกับอาการ
2. กรอบแนวคิดในการวิจัย

### หน้า

9

10



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งในประเทศไทยมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 - 2548 ซึ่งในปี พ.ศ. 2543 มีอัตราการตาย 63.9 รายต่อประชากร 1 แสนราย และ พ.ศ. 2548 มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 81.4 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547; กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และสถิติมะเร็งประเทศไทยปี 2541-2543 พบโรคมะเร็งศีรษะและคอมีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เพิ่มขึ้น เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งในเพศชาย และพบเป็นอันดับ 6 ของมะเร็งในเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติและคณะ, 2550) ส่วนข้อมูลสถิติของศูนย์มะเร็งในภาคกลาง พบว่าสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 18.5 ตามลำดับ ของมะเร็งในเพศชาย และพบเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.85 เป็น 4.03 ตามลำดับของมะเร็งในเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548; 2549) เช่นเดียวกับข้อมูลจากศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี ในปี พ.ศ.2547 และพ.ศ. 2548 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบเป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 28.3 และ 30.1 ตามลำดับของมะเร็งในเพศชาย และพบเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 9.2 และ 9.4 ตามลำดับ ของมะเร็งในเพศหญิง

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งมีความรุนแรงจากอัตราการเกิดและตายที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้บุคคลทั่วไปยังมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง รักษาไม่หาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัว วิดกกังวล เศร้าโศก หมดหวัง และกลัวความตาย (ดวงกมล วัตรากุลย์, 2540; ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2544) โดยเฉพาะโรคมะเร็งศีรษะและคอเพราะบริเวณศีรษะและคอเปรียบเสมือนส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก บุคลิกภาพ และมีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากเป็นบริเวณที่สามารถสังเกตเห็นได้ง่าย และไม่สามารถปกปิดด้วยเสื้อผ้า (ศิริพร เปลียนผดุง, 2542; Roesch, & Kagan, 2003; Sharp, Layrell, Tiblom, Andersson, & Briksjo, 2004)

โรคมะเร็งนอกจากส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ที่เป็น การรักษาก็ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกัน การรักษามะเร็งศีรษะและคอ มีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด

หรือใช้วิธีต่างๆร่วมกัน 2 ใน 3 วิธี เช่น การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด เป็นต้น (ชาลิต เลิศบุญยานุกูล และประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2545 ; Vokes, Haraf, & Kies, 2000) โดยการรักษาหลักสำหรับมะเร็งศีรษะและคอในระยะที่ 1 และ 2 คือ การผ่าตัดและการฉายรังสี เพื่อมุ่งหวังให้หายขาด สำหรับเคมีบำบัดจะใช้ในกรณีที่มีการกระจายของโรคหรือในผู้ป่วยที่มะเร็งกลับเป็นซ้ำ (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544; สาทิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541) แต่พบว่าผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 มักจะมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะที่ 3 และ 4 (สาทิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541) ซึ่งเป็นระยะที่โรคก้าวหน้ามาก ดังนั้นการรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เนื่องจากช่วยให้มีอัตราการรอดชีวิต อัตราการปลอดการก้าวหน้าของโรค และอัตราการควบคุมเฉพาะบริเวณสูงกว่าการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว แต่จะพบภาวะแทรกซ้อนมากกว่า (ชาลิต เลิศบุญยานุกูล และประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2545)

แม้ว่าการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งแต่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายกับผู้ป่วยได้ เช่น ภายหลังรับรังสีรักษา 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากรังสี อาจทำให้มีปากแห้งคอแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ เลือดออกในปาก และคลื่นไส้อาเจียน (Epstein & Sonb, 2004; Petruson, Silander & Hanmerlid, 2005) นอกจากนี้ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ทำให้มีอาการปวดในช่องปากและคอได้ถึงร้อยละ 69 กลืนลำบากร้อยละ 56 และน้ำหนักลดร้อยละ 34 (Trotti, Bellm, Epstein, Frame, Fuchs, & Gwede, 2003) โดยเฉพาะเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดสูงส่งผลต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบได้ถึงร้อยละ 30-75 (Epstein, & Schubert, 2003) ซึ่งผลของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบทำให้ความทนต่อการรักษาที่ได้รับน้อยลง ต้องลดปริมาณยาที่ควรได้รับหรือหยุดพักการรักษา (Trotti, et al., 2003) รวมทั้งเมื่อได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด จะทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากและปัญหาในการรับประทานอาหารในช่วงที่รักษาและหลังการรักษามากกว่า 3 เดือน ทำให้น้ำหนักลดลงได้ถึง 0-21 กิโลกรัม (Nguyen, Moltz, Frank, Vos, Smith, Kopolsson, et al., 2004) โดยวิธีการจัดการกับอาการ เยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้งคอแห้ง และอาการปวดในช่องปากและคอที่ใช้บ่อยและมีประสิทธิภาพคือ การใช้น้ำยาบ้วนปาก (Wong, Dodd, Miaskowski, Paul, Bank, & Shiba, 2006) หรือการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (น้ำเกลือหรือน้ำสะอาด) หรือที่มีส่วนผสมของโซเดียมไบคาร์บอเนต ช่วยในการทำความสะดวกช่องปากและฟันก่อนรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและปรับสภาพในช่องปากลดความเป็นกรด จากคุณสมบัติของโซเดียมไบคาร์บอเนตที่เป็นด่างช่วยลดอาการปากแห้ง การติดเชื้อ และกลืนปาก (กรองทอง ยุทธาวร, 2543; ศรีสุนทรา เจริญวิพัฒน์, 2545; National Cancer Institute, 2003) และประสิทธิภาพของน้ำยาโซเดียมไบคาร์บอเนต (salt & soda) และซูการ์เฟต(sucrafate) สามารถช่วยลดอาการปวดและการหายของแผลในปากได้ (Dodd, Miaskowski,

Deborah, Laurie, Shin, & Shiba, 2003) ส่วนวิธีการจัดการกับอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา การให้อาหารทางสายยางช่วยให้ผู้ป่วยนำน้ำกลดไม่มากหรือไม่ลดลง และมีความทนต่อการรักษาด้วยการฉายรังสีดีขึ้น (Zogbaum, Fitz, Duffy, 2004) หรือเมื่อมีอาการกลืนลำบากผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีลักษณะอ่อนหรือเหลวที่ย่อยง่าย มีโปรตีนและแคลอรีสูง เพิ่มจำนวนครั้งของการรับประทานอาหาร รวมทั้งรับประทานอาหารครั้งละน้อยต่อบริการ (ครั้งถึง 1 ช้อนชา) (The British Columbia Cancer Agency, 2005) นอกจากภาวะแทรกซ้อนในช่องปากรังสีรักษายังเป็นสาเหตุของความอ่อนล้า (เอมอร์ แซ่จิ๋ว, 2545; Barserick, Whitmer, Sweeney, & Nail, 2002) และยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการเสียงแหบ ไม่สามารถสื่อสารได้ ถึงร้อยละ 29 (Rose-Ped, Bellm, Epstein, Trotti, Gwede, & Fuchs, 2002) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าอาการเยื่อช่องปากอักเสบส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น (Cheng & Chang, 2003) ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้ไม่สบายใจ กลัว สูญเสียความเป็นตัวเองของตัวเอง ท้อแท้ ปฏิเสธการรักษา การรักษาไม่ต่อเนื่องและไม่ได้ผล ส่งผลให้อาการรุนแรงมากขึ้น (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; อรพรรณ ทองแดง, 2540; Rose, & Yate, 2001) หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และอาจพยายามฆ่าตัวตายได้ (อานนท์ วิทยานนท์, 2542)

นอกจากผลจากโรคมะเร็งและการรักษาก่อให้เกิดอาการข้างเคียงมากมายที่เป็นผลกระทบทางกาย ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ท้อแท้ และมีภาวะซึมเศร้าตามมา รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคม เศรษฐฐานะและจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย ทำให้บทบาทในครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยลดลง ต้องหยุดงานหรือออกจากงาน มีความไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิตในอนาคต และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมได้อย่างเหมาะสม (นิตยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และ โขมพัทธ์ มณีวัต, 2545; ไพพร แซ่เตีย, 2544; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) รวมทั้งเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้บทบาทที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย มีผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกภายในครอบครัว ผู้ป่วยอาจเป็นภาระให้แก่ครอบครัวในเรื่องการดูแล และมีผลต่อค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น (Gorman, 1998) และการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งยังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับรู้ความไม่แน่นอนของชีวิต และขาดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเมื่อเจ็บป่วย (แสงอรุณ สุขเกษม, อังศุมา อภิชาติ และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2539) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าความรุนแรงของโรคมะเร็ง และอาการที่เกิดจากการรักษามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ รวมทั้งการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001; Given, Given, Azzouz, Klozachik, & Stommel, 2001; Mc Millan, & Small, 2002)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้สามารถดูแลจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยทนต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้ประโยชน์สูงสุดจากการรักษา รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดอดด์และคณะ (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, & Humphreys, 2001) จึงได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ขึ้น ในแบบจำลองนี้ กล่าวถึง อาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับน้อยไปจนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อให้ผลจากอาการที่เกิดขึ้นบรรเทาลงหรือดีขึ้น ผู้ป่วยพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากโรค และการรักษาตามการรับรู้ของตนเอง ดังการศึกษาของ เอเมอร์ แซ่จิ๋ว (2544) ศึกษาความอ่อนล้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า วิธีที่ผู้ป่วยใช้จัดการกับอาการอ่อนล้ามากที่สุดคือ การนอนพักและนอนหลับ นอกจากนี้ที่มสุขภาพก็ค้นหาวิธีการที่จะช่วยจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ อรณัฐ ประดับทอง (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการโดยการใช้จ่ายด้านการอาเจียนและการหยุดการรับประทานอาหารขณะเกิดอาการ และการนอนพักอยู่ในระดับมากที่สุด อย่างไรก็ตามการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้งภายในภายนอกของผู้ป่วย ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับอาการ ซึ่งการจัดการกับอาการ (symptoms management) หมายถึง วิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือจัดการ องค์กรประกอบในการจัดการอาการขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าว มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน จากแนวคิดการจัดการกับอาการสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยหรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้ การประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกการจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล (Dodd, et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการที่เป็นผลจากโรค และการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้เข้าใจอาการของโรคมะเร็งและผลข้างเคียงของการรักษา รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วย และผลจาก

การจัดการนั้นๆ การศึกษาของ ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์ (2544) ศึกษาประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี พบว่า มีวิธีการจัดการกับความปวดที่หลากหลายคือ การจัดการเพื่อลดอาการปวด โดยการบีบนิ้ว การใช้ความร้อนประคบ หรือฝึกการผ่อนคลายให้ความปวดลดลง เป็นต้น และจากการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาเฉพาะอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น งานที่ศึกษาประสบการณ์อาการทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งมีอยู่น้อย ได้แก่ การศึกษาของอภิรดี ลดาจารย์ (2547) ในผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้ และบุษกร แสงแก้ว (2549) ในผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศไทย เป็นการศึกษาประสบการณ์อาการและการจัดการอาการเป็นภาพรวมของอาการและวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายชนิด อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ รวมทั้งยังไม่ได้ระบุวิธีการจัดการกับอาการตามอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำมาใช้หรืออ้างถึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้ เนื่องจากมะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก บุคลิกภาพและมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยอย่างมากมีผลต่อการรับรู้ต่อความรุนแรงของอาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการได้ แม้การพยาบาลในปัจจุบันจะมีจุดมุ่งหมายที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแต่ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอและอาจมีความแตกต่างกันของอาการและวิธีการจัดการ ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การวางแผนและให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือและแก้ไขควบคุมประเมินหรือป้องกันไม่ให้เกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ

ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความเข้าใจถึงประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยรับรู้และปฏิบัติอยู่ รวมทั้งผลของการจัดการกับอาการ เพื่อเป็นแนวทางที่พยาบาลจะช่วยส่งเสริม และสนับสนุนผู้ป่วยให้เข้าใจถึงอาการของโรคและผลข้างเคียงของการรักษาที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีส่วนร่วมในการติดตามสังเกต และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการ และวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติแล้วส่งผลต่ออาการ หรือลดความรุนแรงของอาการ รวมทั้งควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดอาการนั้นได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ซึ่งดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ได้พัฒนาแนวคิดต่อมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของลาร์สันและคณะ (Larson, Carrieri-Kohlman, Dodd, Douglas, Faucett, & Froelicher,

1994) กล่าวถึง 3 มิติหลักคือ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) วิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลของการจัดการกับอาการ (symptom outcomes) แบบจำลองนี้ตระหนักถึงมิติของศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อมิติหลักทั้ง 3 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

บุคคล (Personal domain) ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล จิตใจ สังคม และสรีรวิทยา เป็นสิ่งซึ่งอยู่ในตัวบุคคลที่ทำให้เห็นถึงมุมมอง การตอบสนองต่อประสบการณ์อาการ และระดับพัฒนาการหรือภาวะของแต่ละบุคคล ยกตัวอย่างเช่น ผู้หญิงวัยกลางคนที่มีการหมดประจำเดือนมีอาการที่เป็นผลกระทบต่อคุณภาพของการนอนหลับเป็นต้น (Lee & Taylor, 1996 cited in Dodd, et al., 2001)

สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ภาวะสุขภาพ โรคและการบาดเจ็บหรือการไร้ความสามารถ ซึ่งมีผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 มีวิธีการจัดการกับอาการที่เหมือนกัน แต่พบว่าผลของการจัดการกับอาการที่ได้แตกต่างกัน (Hunt, et al., 1998, Rankin, 1988 cited in Dodd, et al., 2001) ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดและขอบเขตของโรคมะเร็งจะเป็นตัวกำหนดทิศทางการรักษา และเป็นผลให้มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษามีความเสี่ยงที่ทำให้เกิด อาการปวด เชื้อราช่องปากอักเสบ แตกต่างกันตามชนิดของการรักษาที่ได้รับ (Shiba, 1997 Beck, 1999, Dodd, et al., 1999 cited in Dodd, et al., 2001)

สิ่งแวดล้อม (Environment domain) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วย ตัวแปรทางด้านกายภาพ สังคม และวัฒนธรรม โดยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย เช่น ความเชื่อ การให้คุณค่า ประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา เชื้อชาติ และศาสนา รวมทั้งสถานที่ที่มีประสบการณ์อาการ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการเลือกวิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งแบบผู้ป่วยนอก มีอาการเชื้อราช่องปากอักเสบได้รับคำแนะนำให้ดูแลตนเอง โดยการจัดการกับอาการเชื้อราช่องปากอักเสบที่บ้าน เป็นต้น (Beck, 1999, Dodd, et al., 1999 cited in Dodd, et al., 2001)

มิติหลักของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการ โดยทั้ง 3 มิติหลักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) ประกอบด้วย การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ การรับรู้ต่ออาการจะนำไปสู่การสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างไปจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินอาการและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ การคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความเข้าใจในองค์ประกอบของประสบการณ์อาการมีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ภายในมโนทัศน์ของประสบการณ์อาการประกอบด้วย มโนทัศน์ย่อยอีก 3 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยทั้ง 3 มโนทัศน์ย่อย จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันดังนี้

เมื่อบุคคลรู้สึกว่าร่ากาย หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคลและ/หรือการรักษา และเมื่อบุคคลรับรู้อาการจะมีการประเมินอาการ ในเรื่อง ความรุนแรง ตำแหน่งการเป็นชั่วคราวหรือถาวรของอาการ ความถี่ของอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และรวมถึงการประเมินภาวะคุกคามของอาการ โดยการประเมินอาการจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์อาการ และเมื่อบุคคลมีการประเมินอาการแล้วจะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม รวมทั้งพฤติกรรมของบุคคล โดยการตอบสนองต่ออาการทางด้านร่างกายจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏออกมา เช่น การนอนไม่หลับ เป็นต้น ส่วนการตอบสนองทางด้านจิตใจจะสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความคิดหรือวิสัยทัศน์ เช่น การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ เป็นต้น การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงความรู้สึกที่มีต่ออาการของโรค รวมทั้งการพูดและการสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น ร้องไห้ หรือมีท่าทางสับสน การทำหน้าที่ของบุคคลลดลง ซึ่งการตอบสนองต่ออาการ อาจจะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่าหนึ่งอาการขึ้นไป

เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการมีประสบการณ์อาการ ซึ่งส่งผลคุกคามกับบุคคลจะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการนั้นๆ

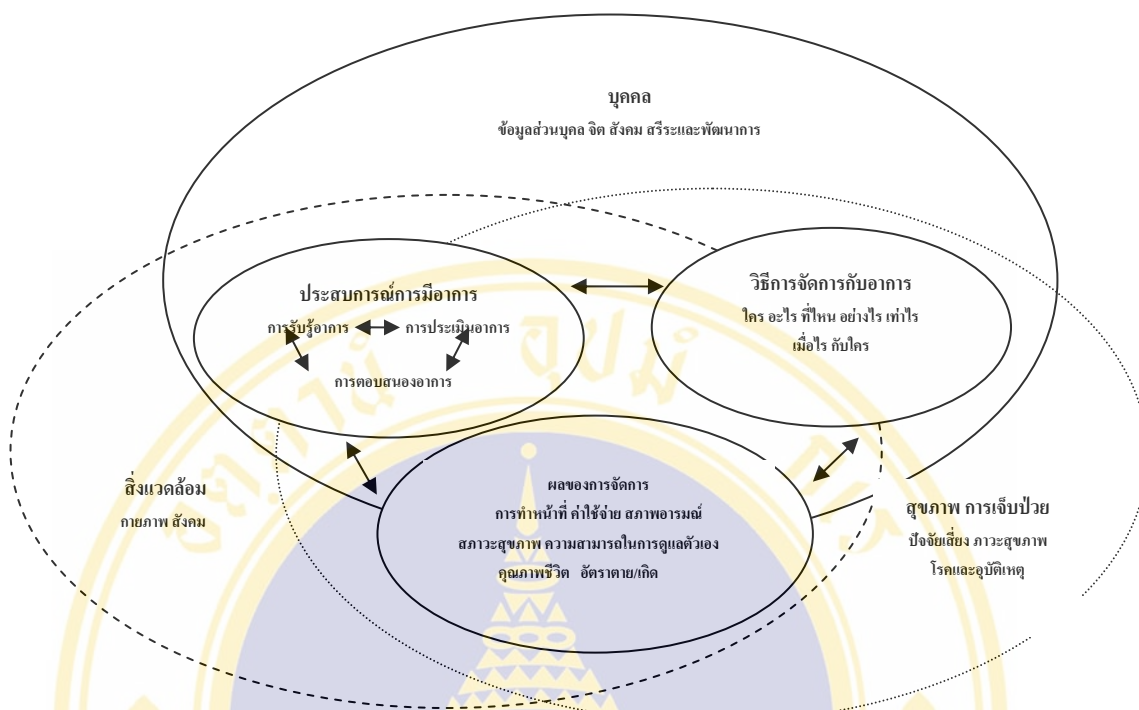
2. วิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับความต้องการ ระยะเวลา และการตอบสนองและการยอมรับของแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดปัญหาหรือชะลอผลของการเกิดอาการ เริ่มจากการประเมินประสบการณ์อาการของผู้ป่วย เป็นการระบุปัญหา และวางเป้าหมายสำหรับการวางแผนหรือหาวิธีการที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ องค์ประกอบในการจัดการประกอบด้วย ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีการบรรเทาอาการที่ใช้คืออะไร จัดการเมื่อไหร่

ที่ไหน ทำไม อย่างไร และจัดการโดยวิธีการใด

หลังจากบุคคลหาวิธีการจัดการกับอาการและลองปฏิบัติแล้ว จะเห็นถึงผลของการจัดการกับอาการดังกล่าว

3. ผลของการจัดการกับอาการ (Symptom outcomes) เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการ และวิธีการจัดการอาการ ซึ่งผลของการจัดการกับอาการที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการที่สำคัญมี 8 ปัจจัย คือ 1) สภาพอาการ 2) การทำหน้าที่ของร่างกาย 3) สภาพอารมณ์ 4) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 5) การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน 6) อัตราตาย 7) คุณภาพชีวิต และ 8) การดูแลตนเอง โดยผลของการจัดการกับอาการทั้งหมดอาจมีความสัมพันธ์ และส่งผลซึ่งกันและกัน ผลของการจัดการกับอาการมีส่วนสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา ลักษณะทางจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ และความสามารถในการรับรู้ ลักษณะทางสังคม เช่น ครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา และลักษณะของสรีระวิทยา เช่น แบบแผนการนอนหลับ ความสามารถของร่างกาย และพัฒนาการของบุคคล (ดูภาพที่ 1)

จากแนวคิดการจัดการกับอาการสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้ และการประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกการจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล



ภาพที่ 1 รูปแบบจำลองแนวคิดการจัดการกับอาการ

Note. From Revised Symptom Management Conceptual Model. (Dodd, et al., 2001).

จากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ของประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ จะประกอบด้วย

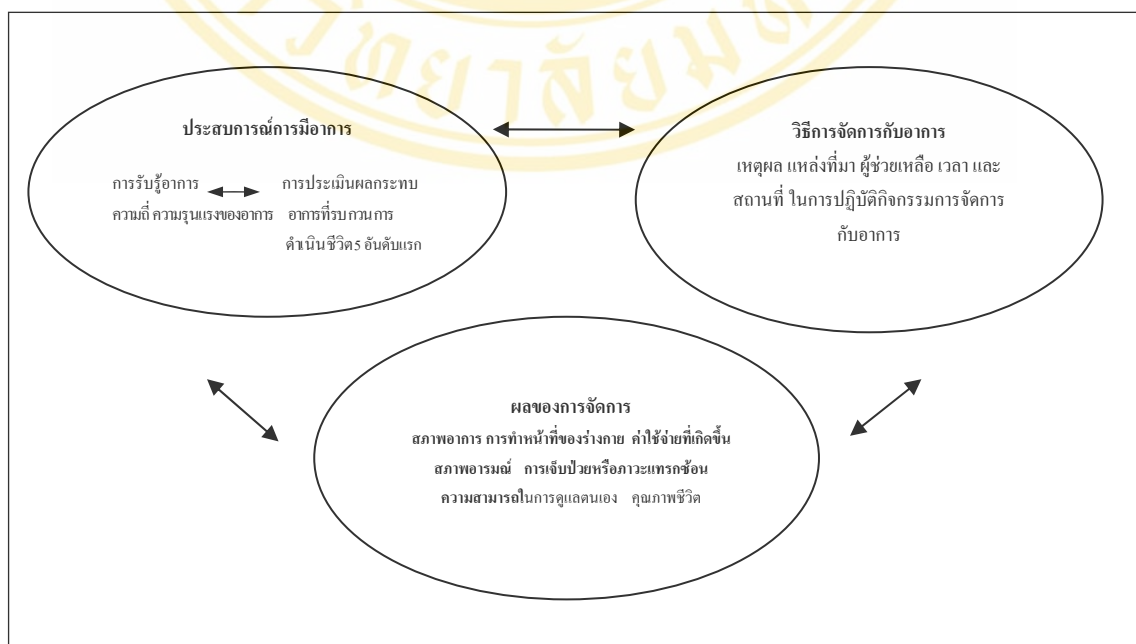
1. ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) ประสบการณ์อาการในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยการประเมินความหมายของอาการ โดยจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง ความถี่ของอาการ และผลของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต โดยถ้ามีความเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต การรับรู้ความรุนแรงของอาการก็จะสูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้อาการ และการประเมินอาการ

การรับรู้อาการ คือ การที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม การรับรู้อาการของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์การมีอาการ ภูมิหลัง และองค์ประกอบของแต่ละบุคคล เช่น เพศ การศึกษา เป็นต้น จึงส่งผลให้การประเมินอาการและการตอบสนองย่อมแตกต่างกัน

การประเมินอาการ คือ การประเมินลักษณะเฉพาะที่มีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย การประเมินความรุนแรง ความถี่ของอาการ ที่ส่งผลหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

2. วิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) คือ กระบวนการที่เป็นอาจะมีการเปลี่ยนแปลง โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ การตอบสนองและการยอมรับของแต่ละผู้ป่วยในการจัดการกับอาการ โดยเป้าหมายของการจัดการกับอาการเพื่อจะจัดปัญหาหรือชะลอผลของการเกิดอาการ เริ่มจากผู้ป่วยมีการประเมินอาการซึ่งเป็นการระบุปัญหา และวางเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ องค์ประกอบในการจัดการกับอาการในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย วิธีการจัดการที่ใช้ควบคุมหรือบรรเทาอาการคืออะไร เหตุผลที่ใช้ แหล่งที่มา ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น จัดการเมื่อไหร่ ที่ไหน ซึ่งกระบวนการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการจะบรรลุผลสำเร็จได้ องค์ประกอบในการจัดการกับอาการต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

3. ผลของการจัดการกับอาการ (symptom outcomes) ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการ การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการ ผลของการจัดการกับอาการที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการที่สำคัญ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผลของการจัดการกับอาการผู้วิจัยได้ใช้ตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการ 7 ปัจจัยด้วยกัน คือ สภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด และคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน (ดูภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ในเรื่อง การรับรู้ความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก
2. เพื่อศึกษาวิธีการที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ใช้จัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก ในเรื่อง วิธีการการแก้ไขความคืบหรือบรรเทาอาการ เหตุผลของการเลือกใช้ แหล่งที่มา สถานที่ เวลาที่ใช้ และผู้ให้ความช่วยเหลือ
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ถึงผลของการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในเรื่องของสภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด และในปัจจุบัน

### คำถามในการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด มีประสบการณ์อาการในเรื่อง การรับรู้อาการอะไรที่มีความถี่ ความรุนแรงของอาการ และเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด มีวิธีการจัดการกับอาการในเรื่อง การแก้ไข ความคืบหรือบรรเทาอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก อย่างไร ทำไมจึงเลือกวิธีการนั้น เมื่อไหร่ ที่ไหนและใครคือผู้ให้ความช่วยเหลือ
3. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด มีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรกในเรื่องของสภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างไร และรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด และในปัจจุบันอย่างไร

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณธัญบุรีจังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีจำนวน 55 ราย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2550

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลโดยการประเมินอาการ และหาวิธีการจัดการกับอาการ รวมทั้งป้องกันหรือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งดีขึ้น
3. ด้านการศึกษาและด้านบริหารการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร ให้มีความรู้ ความเข้าใจสามารถให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด ซึ่งจะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่มีความต่อเนื่อง รวมทั้งผู้บริหารและบุคลากรในทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของอาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยนำไปสู่พัฒนาระบบการดูแลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

## นิยามศัพท์

ประสบการณ์อาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดรับรู้ว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ครอบคลุมในเรื่อง ความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต

ความถี่ของอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด รับรู้และประเมินว่าอาการนั้นเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด รับรู้หรือประเมินว่าอาการนั้นมีความรุนแรงของอาการว่ามากน้อยเพียงใดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นรบกวนการดำเนินชีวิต ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

สำหรับความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต ประเมินจากแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการของอภิรดี ตดาวรรษ์ และคณะ (2547) และ บุญกร แสงแก้ว และคณะ (2549)

วิธีการจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ใช้เพื่อแก้ไข ควบคุมหรือบรรเทาอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก รวมถึงเหตุผลของการเลือกใช้วิธีการนั้น สถานที่ที่ใช้ปฏิบัติ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติและใครเป็นให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติวิธีการนั้น ประเมินจากแบบสอบถามการจัดการกับอาการ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของกริณี ลดาจารย์ (และคณะ2547) และ นุชกร แสงแก้ว และคณะ(2549)

ผลของการจัดการกับอาการ หมายถึง ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด รับรู้หลังจากการใช้วิธีการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก ในเรื่องของสภาพอาการการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตโดยรวม ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของกริณี ลดาจารย์และคณะ (2547) และ นุชกร แสงแก้ว และคณะ(2549)

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรกและรับรู้ว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวิราลงกรณชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี

## บทที่ 2

### บททวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลจากการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังต่อไปนี้

โรคมะเร็งศีรษะและคอและการรักษา

อาการและผลกระทบของอาการจากการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

การจัดการกับอาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### โรคมะเร็งศีรษะและคอและการรักษา

มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง มะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน (Oropharynx) ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูกหรือโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) ไฮโปฟาริงค์ (Hypopharynx) หูชั้นกลาง และต่อมน้ำลาย (Brady, Heilman, & Molls, 2003) ชนิดของมะเร็งโดยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90-95 เป็นชนิดเซลล์แผ่นเรียบมีเกร็ด (squamous cell) (สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์, 2541; Eng & Vokes, 2003) สาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งศีรษะและคอคือ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อมยาเส้น และการเคี้ยวหมาก (ประยุทธ์ ไรจน์ประดิษฐ์, 2544; สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์, 2541)

#### อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งศีรษะและคอในอเมริกาพบประมาณร้อยละ 4.99 ของมะเร็งทั้งหมด พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนเท่ากับ 2:1 (American Cancer Society, 2006) ส่วนในประเทศไทย ปี 2543 พบมากเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งในเพศชายพบ 7,573 ราย และเป็นอันดับ 6 ของมะเร็งในเพศหญิง พบ 5,102 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติและคณะ, 2550) สำหรับข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2549 เพศชายพบเป็นอันดับ 1 (209 ราย) เท่ากับร้อยละ 18.5 และในเพศหญิงพบเป็นอันดับ 4 (79 ราย) เท่ากับร้อยละ 4.03 ตำแหน่งที่พบมากที่สุดทั้งในเพศชายและหญิง คือ มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549) การพยากรณ์ของโรคขึ้นอยู่กับ ปัจจัย 2 ประการคือ ปัจจัยจากผู้ป่วยและปัจจัยจากโรคมะเร็ง สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สำคัญ คือ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และภาวะโภชนาการ ในส่วนปัจจัยจากโรคมะเร็ง

ขึ้นอยู่กับระยะของโรค (TNM Staging) ลักษณะทางพยาธิสภาพและลักษณะการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544)

### ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงต่างๆกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรคที่เป็น ดังนี้ (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544)

มะเร็งช่องปาก (oral cavity) ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยมีแผลเรื้อรัง ระยะแรกมักจะไม่มีอาการปวด ถ้ามีอาการปวดมากเฉพาะที่แสดงว่ามะเร็งนั้นอาจลุกลามลึกลงไปในส่วนนั้นๆ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30-45 จะมาด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

มะเร็งคอหอยส่วนบน (oropharynx) อาการที่พบบ่อยคือ อาการเจ็บคอ (pain) กลืนเจ็บ (odynophagia) และอาจมีอาการกลืนลำบาก (dysphagia) เสียงแหบ (hoarseness) พูดไม่ชัดและหายใจหอบได้ ประมาณร้อยละ 44-76 จะมาด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

มะเร็งส่วนไฮโปฟาริงค์ (hypopharynx) มักจะมาด้วยอาการ กลืนเจ็บและปวดหู (otalgia) เมื่อเป็นมากจะมาด้วย อาการกลืนลำบาก เสียงแหบหรือมีกลิ่นในช่องปาก (fedor oris) และส่วนมากมาด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

มะเร็งโพรงหลังจมูก (nasopharynx) ส่วนใหญ่มาด้วยอาการหูอื้อ และอาการอื่นๆ เช่น ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต เลือดออกทางจมูกหรือความผิดปกติของเสียง เช่นเสียงแหบ ประสาทตาเสื่อม คือ มองเห็นภาพไม่ชัดเจน

### ความรุนแรงของโรคมะเร็งศีรษะและคอ

การจัดระดับความรุนแรงของโรคมะเร็ง เป็นการประเมินการดำเนินของโรคมะเร็งว่ามีความรุนแรงเพียงใดและลุกลามไปถึงที่ใด ช่วยให้ทราบถึงตำแหน่งที่เฉพาะเจาะจงของมะเร็งในร่างกาย ซึ่งมีความสำคัญในการพยากรณ์โรค การวินิจฉัย การวางแผนการรักษา รวมทั้งช่วยในการเปรียบเทียบประเมินผลการรักษาพยาบาล

การแบ่งความรุนแรงของโรค ระบบ TNM (Tumor Node Metastasis) เป็นระบบที่นิยมใช้กันที่นิยมใช้เป็นของ 2 หน่วยงาน คือ AJCC (American Joint Committee on Cancer ) และ UICC (The Union International Cancer Center) การพิจารณาเกี่ยวกับกายวิภาควิทยาและรายละเอียดอย่างจำเพาะเจาะจงสำหรับมะเร็งแต่ละชนิดจะมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการอธิบายทั่วไปยังคงมีลักษณะเช่นเดียวกัน รูปแบบที่นิยมใช้กันทั่วไปนิยมใช้ระบบ TNM ของ AJCC ซึ่งในมะเร็งศีรษะและค้อมีรายละเอียดต่างๆ ไป ดังนี้ (สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541; AJCC, 2002)

**Primary tumor (T) : ขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ**

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| T <sub>x</sub>  | ไม่สามารถประเมินขนาดมะเร็งได้                                                                                                                                                                                                                       |
| T <sub>0</sub>  | ไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นของมะเร็งได้                                                                                                                                                                                                                  |
| T <sub>is</sub> | มะเร็งระยะเริ่มแรก (carcinoma in situ)                                                                                                                                                                                                              |
| T <sub>1</sub>  | มะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2 ซม.                                                                                                                                                                                                          |
| T <sub>2</sub>  | มะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 2 ซม. แต่ไม่เกิน 4 ซม.                                                                                                                                                                                         |
| T <sub>3</sub>  | มะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 4 ซม.                                                                                                                                                                                                          |
| T <sub>4</sub>  | มะเร็งมีการแพร่กระจายไปในโครงสร้างอื่นๆ เช่น มะเร็งริมฝีปาก มีการแพร่กระจายผ่านส่วนนอกของกระดูก (cortical bone) เส้นประสาทอินฟีเรียออลิโววา (inferior alveolar nerve) เพดานปาก หรือผิวหนังบริเวณ ใบหน้า คาง หรือ จมูก                               |
| T <sub>4a</sub> | มะเร็งมีการแพร่กระจายไปในโครงสร้างอื่นๆ ที่สามารถผ่าตัดได้ (resectable) เช่น มะเร็ง(ช่องปาก) มีการแพร่กระจายผ่านส่วนนอกของกระดูก (cortical bone) ดึงลงเข้าไปในส่วนของกล้ามเนื้อลิ้น โพรงขากรรไกรบน (maxillary sinus) หรือผิวหนังบริเวณใบหน้า        |
| T <sub>4b</sub> | มะเร็งมีการแพร่กระจายไปในโครงสร้างอื่นๆ ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ (unresectable) มะเร็งมีการแพร่กระจายไปถึงช่องเมสติกเตอร์ (masticator space) กระดูกเทอริกอยด์ (pterygoid plated) หรือฐานกะโหลก (skull base) และ/หรือหลอดเลือดแดงที่คอ (carotid artery) |

**Regional node (N): ขนาดและจำนวนของต่อมน้ำเหลือง**

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N <sub>x</sub>  | ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| N <sub>0</sub>  | ไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| N <sub>1</sub>  | มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 3 ซม.                                                                                                                                                                                                                 |
| N <sub>2</sub>  | มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 3 ซม. แต่ไม่เกิน 6 ซม. หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหลายตำแหน่งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 6 ซม. หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองด้านตรงข้ามก้อนมะเร็ง หรือทั้งสองข้าง มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 6 ซม. |
| N <sub>2a</sub> | มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าน                                                                                                                                                                                                                                       |

ศูนย์กลางมากกว่า 3 ซม. แต่ไม่เกิน 6 ซม.

N<sub>2b</sub> มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหลายตำแหน่งข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 ซม.

N<sub>2c</sub> มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้าง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 6 ซม.

N<sub>3</sub> มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 6 ซม.

**Distant metastasis(M): การแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่อวัยวะอื่นๆ**

M<sub>x</sub> ไม่สามารถประเมินได้ว่ามะเร็งมีการแพร่กระจาย

M<sub>0</sub> ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง

M<sub>1</sub> มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ

**Staging grouping: ระยะความรุนแรงของโรค**

|           |       |      |    |
|-----------|-------|------|----|
| stage 0   | Tis   | N0   | M0 |
| stage I   | T1    | N0   | M0 |
| stage II  | T2    | N0   | M0 |
| stage III | T3    | N0   | M0 |
|           | T1-3  | N1   | M0 |
| stage IVA | T4a   | N0-2 | M0 |
|           | AnyT  | N2   | M0 |
| stage IVB | T4b   | AnyN | M0 |
|           | Any T | N3   | M0 |
| stage IVC | AnyT  | AnyN | M1 |

มะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่มักกระจายไปต่อมน้ำเหลืองและแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ร้อยละ 3-7 อวัยวะที่กระจายไปบ่อยที่สุดคือ ปอดและกระดูก (ประยูรธ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544; Eng & Vokes, 2003) มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น ที่มารับการรักษาในระยะแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมารับการรักษาเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามแล้ว (Eng & Vokes, 2003)

**การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ**

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระยะ 1 และ 2 สามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 80- 95 และร้อยละ 60 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยในระยะที่ 3 และ 4 มีอัตราการหายขาดจากโรคลดลงมาก ในผู้ป่วยบางรายการรักษาหวังผลเพียงยืดชีวิตให้ยาวนาน หรือลดอาการปวดและทุกข์ทรมานจากโรค เท่านั้น (สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541; สุเมธ พิระวุฒิ, 2541) ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ

คอรัยยะ 60-80 มักจะต้องเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี (ประยูทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544; Haggood, 2001) เนื่องจากบริเวณศีรษะและคอเป็นเนื้อเยื่อที่มีความไวต่อรังสีรักษาสามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะแรก และประคับประคองอาการหรือบรรเทาอาการของโรคในระยะสุดท้ายได้ (Baird, 1991) การรักษาด้วยรังสีจะช่วยรักษาความสวยงาม รูปร่างและหน้าที่การทำงานของอวัยวะด้วย เพราะเป็นการทำลายเซลล์มะเร็งให้หมดไป โดยมีผลต่อเซลล์ปกติที่น้อยที่สุด นอกจากรังสีรักษาใช้เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังใช้เพื่อระงับความปวด ระงับอาการของโรคและช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข (วรชัย ตั้งวรพงศ์ชัย, 2541) โดยทั่วไปการใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอชนิดเซลล์แบนเรียบมีเกร็ด (squamous cell) เพื่อมุ่งหวังให้หายขาดจะใช้ปริมาณรังสีในการรักษาทั้งหมดประมาณ 6,000-7,000 เซนติเกรย์ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของมะเร็งนั้น โดยปกติจะฉายรังสีวันละ 180-200 เซนติเกรย์ ติดต่อกันสัปดาห์ละ 5 วันใช้เวลาทั้งสิ้น 6-8 สัปดาห์ (ประยูทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544; Iwamoto, 2001) เป็นการฉายรังสีครั้งละน้อย เพื่อเปิดโอกาสให้เซลล์ปกติของร่างกายมีการฟื้นตัวจากการได้รับผลกระทบจากรังสีทำให้ลดโอกาสการเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา และลดความรุนแรงของผลข้างเคียงจากรังสีรักษาได้มาก (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2534; Iwamoto, 1997)

ส่วนบทบาทของเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ ในกรณีที่มีการกระจายของโรค หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลังการรักษา และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาใดๆมาก่อนเลย ซึ่งจะเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ซึ่งในกรณีที่มีการกระจายของโรค หรือกลับเป็นซ้ำของโรค เคมีบำบัดสามารถบรรเทาอาการและช่วยทำให้ผู้ป่วยอยู่รอดได้โดยเฉลี่ย 4-6 เดือน และอัตราการอยู่รอดที่ 1 ปี ร้อยละ 20 (สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541) การให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี โดยใช้ ซิสพลาติน (cisplatin) 100 mg/m<sup>2</sup> ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก พบว่าสามารถเพิ่มระยะปลอดโรค เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และลดอุบัติการณ์ของการแพร่กระจายของโรค ในมะเร็งระยะแพร่กระจาย การใช้เคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน ประกอบด้วย ซิสพลาติน (cisplatin) 100 mg/m<sup>2</sup> ในวันแรก ร่วมกับ 5 เอฟลู (5-Fluorouracil) 1000 mg/m<sup>2</sup> ต่อวัน ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน ทุก 3 สัปดาห์ (Carr, 2005) ช่วยให้มีอัตราการตอบสนองแบบโรคสงบทั้งหมด (complete response) ตั้งแต่ร้อยละ 4-100 และการตอบสนองแบบโรคหายไปบางส่วน (partial response) ร้อยละ 25-79 (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อ่างใน อรุณฯ ประดับทอง, 2545)

ในปัจจุบันจึงใช้การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด (concurrent chemoradiation) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ในระยะลุกลามเฉพาะที่ (ระยะที่ 3 และ 4) เนื่องจากสามารถทำให้อัตราการรอดชีวิต อัตราการปลอดการก้าวหน้าของโรค และอัตราการควบคุมเฉพาะบริเวณสูงกว่าการฉายรังสีอย่างเดียว (ชวลิต เลิศนุชยานุกุล และประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2545) จากการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ (Unresectable) จำนวน 116 ราย เปรียบเทียบวิธีการรักษาระหว่างการฉายรังสีอย่างเดียว กับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดด้วยซิสพลาติน (cisplatin) และ 5 เอฟยู (5-Fluorouracil) ของ ศูนย์มะเร็งดุ๊ก (Duke Comprehensive Cancer Center, cited in Brizel, Albers, Fisher, Scher, Richsmeier & Hars, 1998) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการเคมีบำบัดมีอัตราการรอดชีวิตโดยรวมใน 3 ปี (3-years overall survival rate) เท่ากับร้อยละ 55 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ฉายรังสีอย่างเดียว เท่ากับร้อยละ 34 ( $p = .01$ ) และอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Locoregional control rate) เท่ากับร้อยละ 70 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ฉายรังสีอย่างเดียว เท่ากับร้อยละ 44 ( $p = .01$ ) การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในทั้งสองกลุ่มนั้นไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของลินและคณะ (Lin, Jan, Hsu, Liang, Jiangrs, & Wang, 2003) ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะลุกลามจำนวน 70 ราย พบว่าอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5-years survival rate) ของกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 และการศึกษาของอเดลสไตน์และคณะ (2006) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่มีชนิดของเซลล์แบบแผ่นเรียบมีเกร็ด (squamous cell) ที่ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง (M0) จำนวน 222 รายที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดด้วย ซิสพลาติน (cisplatin) และ 5 เอฟยู (5-Fluorouracil) พบว่ามีอัตราการรอดชีวิตโดยรวมใน 5 ปี (5-years overall survival rate) ร้อยละ 65.7 มีระยะปลอดการกลับเป็นซ้ำของโรค (freedom recurrence rate) ร้อยละ 74 และอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Locoregional control rate) ร้อยละ 86.7 (Adelstein, Saxton, Rybicki, Esclamado, Wood, Strome, et al., 2006)

เช่นเดียวกับการศึกษาของ เมอลาโนและคณะ (2005) ศึกษาผลของการใช้ยาเพ็กลิเทกเซล (Paclitaxel) ซิสพลาติน (Cisplatin) และ 5 เอฟยู (5-Fluorouracil) ร่วมกับการฉายรังสี ระหว่างปี 1998-2002 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระยะลุกลาม จำนวน 31 ราย ผลการศึกษาพบว่าอัตราการตอบสนอง (Response rate) เท่ากับร้อยละ 90.3 และอัตราการรอดชีวิตโดยรวมและอัตราปลอดความก้าวหน้าของโรคใน 3 ปี อยู่ที่ร้อยละ 61.4 - 73.7 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ ปากอักเสบ และเม็ดเลือดขาวต่ำ โดยอาการปากอักเสบจะพบในสัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 8 ของการรักษาพบ ร้อยละ 16 ในเกรด 1-2 และร้อยละ 81 ในเกรด 3-4 (WHO criteria) และผลต่อระบบเลือด คือ เม็ดเลือดขาวต่ำ พบร้อยละ 45 ในเกรด 1-2 และร้อยละ 48 ในเกรด 3-4 (WHO criteria) (Merlano, Russi, Numico, Colantomio, Garrone, & Pelissero, 2005) ขึ้นอยู่กับชนิด และจำนวนยาที่ใช้มากน้อยเพียงใด (สาวตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541) อย่างไรก็ตามรังสีรักษาและเคมีบำบัดแม้จะให้ผลดีนำพามาในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ แต่การรักษามีผลทำให้เนื้อเยื่อในบริเวณนั้นมีความอ่อนแอลงและไวต่อรังสี และเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษามากขึ้น (พรศรี คิดชอบ และประมุข พรหมรัตน์พงศ์,

2536; Faber, 2000) เพิ่มความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

### อาการและผลกระทบบของอาการจากการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

เนื่องจากการรักษาด้วยรังสีรักษามีผลในการทำลายเซลล์มะเร็งบริเวณที่ได้รับรังสีและยังมีผลต่อเซลล์ปกติและอวัยวะสำคัญในบริเวณข้างเคียง เช่น เลนส์ตา ไขสันหลัง เส้นประสาทและบางส่วนของสมอง ส่วนเคมีบำบัดจะช่วยรักษาอาการของโรคที่เกิดจากเนื้องอกได้บางส่วนและช่วยให้การตอบสนองกับรังสีดีขึ้นและช่วยเพิ่มอัตราการปลอดโรคและการรอดชีวิตก็ตาม แต่รังสีรักษาและเคมีบำบัดทำให้เกิดผลกระทบจากอาการข้างเคียงได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจและจิตวิญญาณต่อผู้ป่วย ดังนี้

#### ผลกระทบทางด้านร่างกาย

การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดเป็นระยะเวลานาน ทำให้ได้รับผลข้างเคียงจากรังสีรักษาและเคมีบำบัดตลอดช่วงเวลาของการรักษาผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมกับอาการที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานต่างๆ โดยจะกล่าวถึงรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ผลข้างเคียงของรังสีรักษาทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจะมีการเปลี่ยนแปลง หรืออาการแทรกซ้อนทางกาย โดยปกติผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะได้รับปริมาณรังสี 6,000-7,000 เซนติเกรย์ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของมะเร็ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 6-8 สัปดาห์ โดยความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและปริมาณรังสีที่ได้รับ ซึ่งอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะพบทั้งอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเฉพาะที่และอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544; Iwamoto, 2001)

#### 1. อาการแทรกซ้อนเฉพาะที่ได้แก่

1.1 ภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่องปากจากผลของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีดังนี้

1.1.1 เยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพบได้ร้อยละ 100 เมื่อได้รับรังสีมากกว่า 5,000 เซนติเกรย์ (Eptein, & Schubert, 2003) ตำแหน่งที่เกิดเป็นตำแหน่งแรกๆและพบบ่อยรวมทั้งเมื่อเกิดจะมีความรุนแรงมาก คือ เยื่อของเพดานอ่อน (mucosa of the soft palate) ทอนซิลทั้ง 2 ข้าง (tonsillar pillars) เยื่อช่องปาก (buccal mucosa) บริเวณด้านข้างของลิ้น (lateral border of the tongue) และผนังคอหอย (pharyngeal mucosa) เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในสัปดาห์ที่ 1-2 เยื่อช่องปากจะเริ่มเป็นสีแดง (erythematous mucosa) และเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเป็นหย่อมๆ เรียกว่า Patchy pseudomembranous

mucositis ต่อมาเกิดการหลุดลอกและมีซีรัมซึมออกมา ซึ่งจะเกิดในสัปดาห์ที่ 3-4 ของการฉายรังสีทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย (Loprinzi, Gastineau, & Foote, 2004)

1.1.2 อาการปากแห้ง (Xerostomia) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำลาย ทำให้การสร้างน้ำลายลดลงเป็นผลจากการที่มีการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ โดยคนปกติร้อยละ 90 จะผลิตน้ำลายเป็นปริมาณ 1,000 – 1,500 ซีซีต่อวัน ในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจะผลิตน้ำลายลดลงร้อยละ 50 – 60 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 2,500 – 3000 เซนติเกรย์ (Chambers, Rosenthal, Weber, 2006) น้ำลายมีความจำเป็นต่อการหล่อลื่นระหว่างการเคี้ยวและกลืนอาหาร และช่วยเก็บรักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก การขาดความชุ่มชื้นจึงเป็นสาเหตุของการอักเสบของเยื่อเมือก ทำให้เกิดการบวมปวดในช่องปาก การขาดน้ำลายยังทำให้ความสมดุลของกรด-ด่างในช่องปากลดลง (ปกติความสมดุลของกรด-ด่างในช่องปากเท่ากับ 6.5 – 7) ทำให้น้ำลายเหนียวข้น และมีฤทธิ์เป็นกรดมากขึ้น (Huether, 2000) อาการปากแห้งนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญ เจ็บปากมากขึ้น และมีปัญหาในการกลืนอาหาร เนื่องจากการขาดน้ำลายในการคลุกเคล้าอาหาร (Iwamoto, 2001) ในผู้ป่วยบางรายจะเริ่มมีอาการปากแห้งหลังได้รับรังสีประมาณ 400-600 เซนติเกรย์ (Miller & kearnery, 2001) แต่มักเกิดขึ้นประมาณ 1-2 สัปดาห์ของการฉายรังสี (Iwamoto, 2001; Loprinzi, et al., 2004; Seikaly, 2003 cited in Carr, 2005) และยังคงอยู่หลังจบการรักษา

1.1.3 อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอ (Pain) เป็นอาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร้อยละ 50 – 80 เกิดจากรังสีรักษาทำให้เกิดอันตรายกับเซลล์เยื่อเมือกในช่องปาก อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอพบได้เมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสี 2,500 เซนติเกรย์ (Iwamoto, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮวงและคณะ (Huang, Wilkie, Chapman, & Ting, 2003) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกมีอาการเจ็บปวดในช่องปากและคอระหว่างได้รับการฉายรังสี โดยเกิดขึ้นบ่อยและมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อกรกลืนและการพูดมากกว่าการนอนหลับและการมีกิจกรรมอื่นๆ

1.1.4 อาการกลืนลำบาก (Dysphagia) อาการกลืนลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เป็นผลจากการรักษา (Gaziano, 2002) เป็นผลข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อเมือกในช่องปากและคอ น้ำลายแห้ง เกิดความเจ็บปวดเวลารับประทานอาหาร ทำให้เกิดปัญหาในการกลืน (Camp-Sorrell, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ โรส เพด และคณะ (Rose- Ped, et al., 2002) เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 33 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบากถึงร้อยละ 13

1.1.5 การเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหาร (Taste alterations) อาการนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรสของผู้ป่วยลดลงหรือสูญเสียการรับรส (ageusia) เป็นผลให้ไม่สามารถรับรสหวาน เปรี้ยว ขม และเค็ม (Shit, Miaskowski, Dodd, Stotts & Macphail, 2003) โดย

การรับรู้รสสัมผัสและรสชาติจะมีการเสื่อมเร็วกว่ารสหวาน เพราะต่อมรับรสที่รับรสหวานมีจำนวนมาก (Haggood, 2001) จะเกิดขึ้นได้หลังได้รับรังสีประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ การรับรสบางอย่างจะดีขึ้นภายใน 1-2 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา และจะเป็นปกติอย่างสมบูรณ์ภายใน 2-4 เดือน หรืออย่างช้าที่สุดประมาณ 6-12 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา (Sonis, 1993; Strohl, 1999)

1.1.6 อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ (Trismus) เป็นผลจากรังสีรักษา โดยเฉพาะหากได้รับปริมาณรังสีสูงถึง 6,000-7,000 เซนติเกรย์ จะทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนถูกทำลาย โดยเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวหรือบริเวณส่วนหลังของขากรรไกรล่าง (posterior mandible) และมีโอกาสทำให้เกิดพังผืดจากการมีแคลเซียมมาเกาะมาก (ankylosis) (ส่วติรี เม้าพิกุลไพโรจน์, 2541; Carr, 2005; Loprinzi, et al., 2004) ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการรับประทานอาหาร และการพูดได้

1.1.7 อาการฟันผุ (Dental caries) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำลายจากการได้รับรังสีรักษา น้ำลายจะมีคุณสมบัติเป็นกรดมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคในช่องปากลดลงเป็นสาเหตุของฟันผุ (Iwamoto, 2001) เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีมากกว่า 1,000 เซนติเกรย์ อาจพบฟันมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย เช่น มีความผิดปกติของเนื้อฟันและเคลือบฟัน (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544) นอกจากนี้การได้รับรังสีรักษาทำให้ปริมาณน้ำลายที่ออกมาน้อยกว่าปกติ จะทำให้ระยะเวลาในการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในช่องปากเร็วขึ้น เนื่องจากขาดน้ำลายในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เชื้อแบคทีเรียที่เพิ่มขึ้นจะทำลายเยื่อช่องปากจนเกิดเป็นแผลในช่องปาก และก่อให้เกิดอาการฟันผุและโรคบริเวณรอบฟัน ส่งผลทำให้ความอยากอาหารลดลงเป็นผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ (ประยุทธ์ ไรจน์ประดิษฐ์, 2544; Dodd, 2004; National Cancer Institute, 2003)

ผลของภาวะแทรกซ้อนในช่องปากส่งผลกระทบโดยรวมคือ มีผลต่อการพูด การนอนหลับพักผ่อน และการรับประทานอาหารซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ภัทรจิต บวรสมบัติ, 2547) นอกจากนี้จากการศึกษาของลาร์สันและคณะ (Larson, Hedelin, Johansson, & Athlin, 2005) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ถึงร้อยละ 20 ส่งผลต่อการฟื้นฟูหายจากโรคของผู้ป่วย ซึ่งภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอสามารถเกิดได้ทุกระยะของการรักษา

1.2 อาการพิษต่อหู (Ototoxicity) จากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ โดยเฉพาะโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) อาจกระทบต่ออวัยวะใกล้เคียงคือ ท่อยูสเทเชียน ซึ่งอยู่ในบริเวณที่ฉายรังสี อาจทำให้ท่อตีตัน ส่งผลให้การได้ยินเสียไป (Shiba, 1999; Strohl, 1999)

1.3 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีเป็นผลข้างเคียงที่พบมากเมื่อได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี โดยผู้ป่วยร้อยละ 95 พบอาการนี้ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับรังสี 2-3 สัปดาห์ ผิวหนังจะเป็นผื่นแดง (erythema) (Porock, Nikolett, &

Cameron, 2004) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดผิวหนังเป็นผื่นแดง พบร้อยละ 80-90 และลักษณะที่เป็นแผลแตกเย็บที่เรียกว่า มอยซ์เดสครอเมชัน (moist desquamation) พบร้อยละ 10-20 (Wells & MacBride, 2004) สอดคล้องกับศรีสุนทรา เจริญวิพัฒน์ (2545) พบว่าอาการแทรกซ้อนที่มักพบจากผลข้างเคียงของการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอคือ ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง

## 2. อาการแทรกซ้อนทั่วไป ได้แก่

2.1 อาการอ่อนล้า (Fatigue) อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (เอมอร์ แซ่จิ๋ว, 2545; Nail, 2004) พบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และพบได้ร้อยละ 70 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (Mock, 2004) อาการอ่อนล้าจะเกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์แรก โดยความรุนแรงจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามปริมาณรังสีที่ได้รับ และลดลงกลับสู่ปกติภายใน 6 เดือน หลังสิ้นสุดการรักษา (Furst & Ahsberg, 2001; Barnett, 2001) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการอาการอ่อนล้า คือ อาการปวด การพักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะอารมณ์จิตใจที่ผิดปกติ และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้อาการอ่อนล้ายังเป็นสาเหตุของน้ำหนักลดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Petruson, Silander & Hanmerlid, 2005)

2.2 ความต้านทานโรคต่ำและภาวะซีด (Low immune and anemia) เนื่องจากไขกระดูกและลิมโฟอิดทิกซุ (lymphoid) มีความไวต่อรังสี ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นเวลานาน รังสีอาจส่งผลต่อไขกระดูกทำให้สร้างเม็ดเลือดได้ช้ากว่าปกติทั้งเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวลดจำนวนลง ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาอาจเกิดอาการซีดและติดเชื้อได้ง่าย (Rokia, 2000)

## ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดทางด้านร่างกาย

ยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ ซิสพลาติน (cisplatin) 5 เอฟยู (5-Fluorouracil) เพ็กลิเทกเซล (paclitaxel) และเม็ทโทเทกเซส (methotrexate) (สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2541) แต่ทำให้มีอาการแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน อาการแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด แบ่งตามลักษณะช่วงเวลาของการเกิดมี 4 ลักษณะดังนี้ (Wikes, 2001)

1. อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทันทีหลังจากสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง (immediate onset) คือ ชั่วโงมจนถึงวัน หลังจากสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัด อาการแทรกซ้อนมีดังนี้

1.1 คลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting) ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจะพบอาการคลื่นไส้ได้มากกว่าร้อยละ 75 และมีอาการอาเจียนร้อยละ 40 (Morrow, Roscoe, Hickok, Stern, Pierce, & King, et al., 1998) อาการจะรุนแรงมากขึ้นขึ้นอยู่กับชนิดของยา ซึ่งส่วนใหญ่ยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิดก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ (Ignoffo, 2005) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีมากกว่า 2 ชนิด พบอาการคลื่นไส้อาเจียนได้มากกว่าร้อยละ 75 ซึ่งอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นอาจเกิดได้ทั้ง

อาการคลื่นไส้อาเจียนชนิดเฉียบพลัน (acute nausea and vomiting) จะเกิดขึ้นหลังได้รับยา 24 ชั่วโมง แต่บางรายพบเร็วที่สุด 1-2 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัด และอาการอาเจียนที่เกิดขึ้นล่าช้า (delay emesis) จะเกิดใน 24 ชั่วโมงหรือมากกว่าหลังได้รับยา อาการอาเจียนที่เกิดขึ้นล่าช้าจะพบได้บ่อย และรุนแรงที่สุดหลังจากให้ Cisplatin ขนาดสูง อาการจะเกิดขึ้นภายใน 24-72 ชั่วโมงและอาจต่อเนื่องไป 4-5 วันหลังได้รับยา (Hainsworth, 2004)

1.2 ปฏิกริยาต่อผิวหนัง (Skin reactions) ที่พบบ่อยคือ การทำลายเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดยา ซึ่งเป็นผลจากการรั่วไหลของยาเคมีบำบัดออกนอกเส้นเลือด ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536)

1.3 ปฏิกริยาต่อหลอดเลือดและการแพ้ยา (Vascular and Hypersensitivity reactions) ที่รุนแรงที่สุดคือ การเกิดอาการแพ้ยาแบบ anaphylaxis ยาที่จะทำให้เกิดภาวะนี้และใช้ในการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ ไซโคลฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide) ด็อกโซรูบิซิน (doxorubicin) และซิสพลาติน (cisplatin) ขนาดสูง เมทโทเทกเซส (methotrexate) และบิโอมิซิน (bleomycin) อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการของปฏิกิริยาการแพ้ (anaphylactic reaction) และ/หรือมีไข้ขึ้นได้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536)

2. อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะต้นหลังจากสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง (early onset) คือ วันจนถึงหลายสัปดาห์หลังจากสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง อาการแทรกซ้อนมีดังนี้

2.1 ผมร่วง (Alopecia) เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด จะพบผู้ป่วยมีอาการผมร่วงหลังจากให้ยาเคมีบำบัดครั้งแรก 2-3 สัปดาห์ (Bostom, Pan, & McDonald, 2004) และต่อเนื่องต่อไป 3-4 สัปดาห์ ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็นสาเหตุของผมร่วง ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เป็นสาเหตุของผมร่วงได้สูงคือ เฟกลิเทกเซล (paclitaxel) 5 เอฟยู (5-Fluorouracil) ซิสพลาติน (cisplatin) และเมทโทเทกเซส (methotrexate) (Reeves, 2004)

2.2 เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้บ่อยคือ กลุ่ม Antimetabolites ได้แก่ 5 เอฟ ยู (5-Fluorouracil) เมทโทเทกเซส (methotrexate) ด็อกซีเทกเซล (docetaxel) และเฟกลิเทกเซล (paclitaxel) และความรุนแรงจะสูงขึ้นเมื่อให้ในขนาดสูง (The British Columbia Cancer Agency, 2005; Wilkes & Ades, 2004) และการอักเสบของเยื่อช่องปากจะเพิ่มภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วย เป็นแผลมีเลือดออก ปากแห้ง เจ็บปวด กลืนอาหารลำบาก ไม่รู้รสชาติของอาหาร อ่อนล้า และมีอาการคลื่นไส้อาเจียนตามมา (Cawley & Benson, 2005; Kaplow, 2001; Shiba, 1999)

2.3 ท้องเสีย (Diarrhea) อาการท้องเสียชนิดเฉียบพลันจะพบได้ใน 24-48 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัด และชนิดเรื้อรังจะมีอาการนานถึง 2-3 สัปดาห์ (Engelking, 2004) จะพบอาการท้องเสียได้บ่อยเมื่อได้รับยา เมทโทเทกเซส (methotrexate) หรือ 5 เอฟ ยู (5-Fluorouracil) ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน (Camp-Sorrell, 1997; Otto, 2001)

2.4 พิษต่อหู (Ototoxicity) มีผลทำให้การได้ยินเสียงไปจะพบได้มากกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา ซิสพลาติน (Cisplatin) ( สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536)

2.5 พิษต่อไขกระดูก (Bone marrow toxicity) ผลข้างเคียงชนิดนี้มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานต่ำ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น อาการที่ปรากฏคือ อาการไข้ เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่พบในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ และอาจมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำซึ่งจะทำให้เกิดเลือดออกผิดปกติ (สุดาพรรณ รัชจิรา, 2545; สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Wilkes, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คลาสส์และคณะ (Clark, Hofmeister, Choudhury, Matz, Collins, & Bastian, 2001) ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 37 ราย ที่ได้รับยา แพ็กลิเทกเซล (paclitaxel) 200 มก./ตร.ม. และ คาร์โบพลาติน (carboplatin) 6 มก./ซีซี/นาที เป็นเวลา 20-30 นาที ทุก 3 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ พิษต่อไขกระดูกในเกรด 3-4 ร้อยละ 24 ของแต่ละครั้งของการได้รับยาและมีผู้ป่วย 2 รายเสียชีวิตจากภาวะเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำ

2.6 ปฏิกิริยาต่อผิวหนัง (Skin reactions) ซึ่งเป็นผลจากการรั่วไหลของยาเคมีบำบัดออกนอกเส้นเลือด ทำให้เกิดการระคายเคืองและมีปฏิกิริยาต่อผิวหนัง ทำให้ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) ยาเคมีบำบัดที่เพิ่มผลข้างเคียงต่อผิวหนัง เช่น 5 เอฟ ยู (5-Fluorouracil) เมทโทเทกเซส (methotrexate) (Me Donald, 1992 cited in Porock, 2002) และ เทกแซน (taxanes) คือ ไดออกซีเทกเซล (docetaxel) และแพ็กลิเทกเซล (paclitaxel) มีอุบัติการณ์ที่ส่งผลข้างเคียงต่อเนื้อเยื่อสูงถึงร้อยละ 81 และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเล็บ (nail) ร้อยละ 41 ซึ่งปฏิกิริยาจะเริ่มจากไม่ปรากฏอาการจนสามารถมองเห็นเด่นชัดเมื่อผิวหนังแห้งเป็นขุย ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใน 3-5 สัปดาห์ (Payne, James, & Weiss, 2006)

3. อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นล่าช้าหลังจากสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง (Delayed onset) คือ สัปดาห์จนถึงเดือน หลังจากสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัด อาการแทรกซ้อนมีดังนี้

3.1 พิษต่อระบบประสาท (Neurotoxicity) ทำให้มีภาวะ Peripheral neuropathies คือมีอาการชาปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า สูญเสียการทรงตัว ยาเคมีบำบัดที่มีผลข้างเคียงนี้ ได้แก่ ซิสพลาติน (cisplatin) จะพบอุบัติการณ์ร้อยละ 49-100 (Hausheer, Schilsky, Bain, Berghorn, & Lieberman, 2006; Hol & Bar, 1995) โดยจะพบหลังจากให้ยาจำนวนมากกว่า 300 มก./ตร.ม. และยา

คาร์โบพลาติน (carboplatin) พบร้อยละ 13-42 จากรายงานจะพบพิษต่อระบบประสาทน้อยกว่า ซีสพลาติน แต่เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความรุนแรงของทั้ง 2 ด้วยจะคล้ายกัน (Cavalett, et al., 1998 cited in Hausheer, et al., 2006) และในกลุ่ม เทกซีน (taxanes) ได้แก่ ได้ออกซีเทกเซล (docetaxel) และเพ็กลิเทกเซล (paclitaxel) จะพบอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อระบบประสาทในสัปดาห์แรกของการให้เพ็กลิเทกเซลร้อยละ 59-78 และพบได้บ่อยว่ามีความสัมพันธ์ทำให้สูญเสียการควบคุมประสาทรับรู้สีกตามด้วยสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวในบางครั้ง (Seidman, Hudis, Albanel, Tong, Tepler, & Currie, 1998; Perez, Voegel, Irwin, Kirshner, & Patel, 2001)

4. อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัดในระยะยาว (Lated onset) คือ เดือนจนถึงปี หลังการสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัด อาการแทรกซ้อนมีดังนี้

4.1 พิษต่อไต (Renal toxicity) ภาวะเลือดออกและการอักเสบในกระเพาะปัสสาวะ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยซึ่งได้รับยาไซโครฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide) ไอฟอสฟามายด์ (ifosfamide) (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; De Jonge-maja & Verweij, 2006) สำหรับยากกลุ่ม เมทโทเร็กซ์ (methotrexate) และซีสพลาติน cisplatin ทำให้ไตเสื่อมสภาพได้ (Wikes, 2001) มีรายงานการใช้ยาเมทโทเร็กซ์ (methotrexate) ในขนาดสูง 1-12 กรัม/ตร.ม. ทำให้เกิดพิษต่อไตได้ในระยะยาว และซีสพลาติน (cisplatin) จะเกิดพิษต่อไตได้เร็วที่สุดในเวลา 48-72 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา (De Jonge-maja & Verweij, 2006)

4.2 การทำหน้าที่ของต่อมที่สร้างเซลล์สืบพันธุ์ผิดปกติ (Sexuality and Gonadal dysfunction) ยาหลายชนิดโดยเฉพาะอัลคาลอิด เอเจนท์ (alkylating agents) เช่น ไซโครฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide) จะทำให้เกิดภาวะที่ไม่มีตัวอสุจิที่เคลื่อนไหวได้ในน้ำกามของผู้ชาย (azoospermia) หรือการผลิตสเปิร์มลดลงทำให้เป็นหมันชั่วคราวหรือถาวรในผู้หญิงอาจมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือการขาดประจำเดือน (amenorrhea) เนื่องจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Kemper, Haapaja & Goodman, 2003)

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาพร้อมกับยาเคมีบำบัดจะเพิ่มผลกระทบต่อผู้ป่วยมากขึ้นคือ จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบให้มากขึ้น (Trotti, et al., 2003) รวมทั้งเมื่อให้ยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะ 5 เอฟ ยู (5-Fluorouracil) ร่วมกับการฉายรังสี ทำให้อาการเจ็บปวดในช่องปากและคอเกิดขึ้นได้ตั้งแต่สิ้นสุดสัปดาห์แรกของการให้ยา (Carper, Fleishman, & McGuire, 2004; Taylor & Murthy, 1993) มีปัญหาเกิดอาการกลืนลำบาก ที่รุนแรงร้อยละ 45 และจำเป็นต้องใส่สายให้อาหารมากกว่า 3 เดือน (Nguyen, et al., 2004) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Talmi, 2002 cited in Carr, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา และเคมี

บ่าบัด พอจะสรุปได้ว่าอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังได้รับรังสี 1000-2000 เซนติเกรย์ขึ้นไป (Epstein & Sonb, 2004; Petruson, et al., 2005) และอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรก (Bostom, Pan, & Mc Donald, 2004; Hainsworth, 2004; Payne, James, & Weiss, 2006) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดจะมีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้าตามมาได้

#### **ผลกระทบของการรักษามะเร็งศีรษะและคอทางด้านจิตใจ**

การรักษาโรคมะเร็งก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ส่งผลต่อจิตใจและเกิดอารมณ์ที่บอบช้ำมากกว่ามะเร็งชนิดอื่น เนื่องมาจากการเสียภาพลักษณ์ และเสียน้ำหนักของอวัยวะ (Koester & Berjsma, 1990 cited in Mah, & Johnston, 1993) และผลกระทบด้านร่างกายยังส่งผลต่อจิตใจ แมสซี (Massie, 2004) พบว่า ความทุกข์ทรมานจากความปวด และการสูญเสียการทำหน้าที่ มีส่วนสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะความเจ็บปวด เป็นสิ่งเร้าตรงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายและจิตอารมณ์ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของซิมเมอร์แมนและคณะ (Zimmerman, Story, Johansson, & Rowles, 1996) ในผู้ป่วยมะเร็ง 60 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดจำนวน 30 ราย จะมีคะแนนความซึมเศร้าสูง มีความวิตกกังวลและความไม่เป็นมิตรเกิดขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความปวด ผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Barsevick, & Much, 2004; Gobel, 2004) นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านจิตใจยังส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่ยอมรับประทานอาหาร ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการมีผลให้สภาพร่างกายอ่อนแอ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลงเกิดความอ่อนล้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตทั้งสิ้น (Van, & Areds, 2005) และในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ทำให้ไม่อยากสื่อสารกับใคร และมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายตามมา (อานนท์ วิทยานนท์, 2542)

#### **ผลกระทบของการรักษามะเร็งศีรษะและคอทางสังคมและเศรษฐกิจ**

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีบทบาทต้องรับผิดชอบทั้งในหน้าที่การงานและครอบครัว เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในบทบาทหน้าที่ต่างๆ ทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวัน และอาชีพการงานมีผลต่อสถานะทางเศรษฐกิจ (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541; อัญชลี แก้วสระศรี, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รูปร่างหน้าตา ส่งผลกระทบต่อจิตใจแล้วยังส่งผลต่อ

ความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ที่ผู้ป่วยดำรงอยู่ เช่น บทบาทหน้าที่ของสามีที่ทำหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัวได้ลดลง ดังการศึกษาของ นวลขนิษฐ์ ลิ้มปนวิสต์ (2531) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร้อยละ 46 ต้องหยุดประกอบอาชีพ ร้อยละ 12 ต้องให้บุตรหรือบุคคลอื่นทำหน้าที่แทนโดยผู้ป่วยช่วยให้คำแนะนำ ร้อยละ 12 หยุดทำงานเดิมเพราะทำงานไม่ไหวต้องเปลี่ยนงานใหม่ และร้อยละ 1 เลิกทำงานเพราะรู้สึกอายน้อยกว่าอยากพบปะผู้คนสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี แก้วสระศรี (2541) ที่ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยชายโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอขณะได้รับรังสีรักษา จำนวน 80 ราย พบว่าการปรับตัวในบทบาทสามีและบิดาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยความรู้สึกลำบากในตัวเอง การรับรู้ปฏิกริยาจากรังสีรักษา และรายได้ของครอบครัวร่วมกันทำนุบำรุงการปรับตัวในบทบาทสามีได้ร้อยละ 56.28 ( $p < .001$ ) โดยความรู้สึกลำบากในตนเองสามารถทำนุบำรุงการปรับตัวในบทบาทบิดาได้ร้อยละ 30.18 ( $p < .001$ ) ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกลำบากต่อความเชื่อมั่นและควมมีคุณค่าในตนเอง อาจนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม (Piccirillo, & Puqliano, 1996) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการใช้ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งยังส่งผลให้ ความทนต่อผลข้างเคียงของการรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาลดลงทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น มีผลให้ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นด้วย (Barrera, 2002; Cheng & Chang, 2003; Leanne, 2004) ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (El-Sayed, Nabid, Shelley, Hay, Balogh, Gelinas, et al., 2002)

#### ผลกระทบของการรักษามะเร็งศีรษะและคอทางด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเปรียบเสมือนเป็นแหล่งความหวัง กำลังใจ และเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรคและความยุ่งยากในชีวิตได้ (Ross, 1997 อ้างใน ทศนีย์ ทองประทีป, 2548) ในขณะที่เจ็บป่วย จิตวิญญาณจะช่วยให้บุคคลมีความหวัง และสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (Meraviglia, 1999) และจิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของจิตใจ (Taylor, 2004) และจิตวิญญาณยังเป็นตัวตนภายในของผู้ป่วย อาจเป็นความผาสุก การยอมรับ ความเชื่อและศรัทธาสังศักดิ์สิทธิ์ (วิรัช วุฒิกูมิ, 2542) จากการศึกษาของ เทเลอร์ (Taylor, 2000) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลจำนวน 28 ราย พบว่าความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะประกอบด้วย ความเชื่อในพระเจ้า โดยเชื่อว่าพระเจ้าจะทำให้หายจากโรคมะเร็ง การได้รับความรัก และการได้รับการปกป้องจากเพื่อนและครอบครัว และการได้ประกอบกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น และจากการศึกษาของ บุปผา ขอบใช้ (2536) ศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งได้รับผลกระทบด้านจิตวิญญาณจากโรคและการรักษา คือ ผู้ป่วยร้อยละ 74.67 ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดังเดิม เนื่องจากความหวาดหวั่นจาก

การรักษา ความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต ในด้านความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยพบว่าร้อยละ 56 ต้องการหายจากโรค ร้อยละ 37.33 ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และร้อยละ 36 ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถเผชิญกับโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ และอาการแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาที่มีผลกระทบกับผู้ป่วย และช่วยหาหนทางป้องกันและควบคุมบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องทราบถึงอาการที่จะเกิดขึ้นตลอดจนการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการที่กระทำโดยผู้ป่วย เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

#### การจัดการกับอาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาการ และการรับรู้อาการเป็นการรับรู้ของบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาประสบการณ์อาการที่เป็นอาการใดอาการหนึ่ง วิธีการจัดการ และผลของการจัดการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้ความรู้ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมาใช้ในการวางแผน และเป็นแนวทางในการให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับอาการได้แก่ อาการเหนื่อยล้า (พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547; สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547; เอมอร แซ่จิ๋ว, 2545 และ Byar and Baken, 2006) อาการปวด (พรจันทร์ สัยละมัย, 2541; กมลรัตน์ ดินกามิน, 2547 และ Rolnick, Jackson, Nelson, Butani, Herrinton, & Hornbrook, 2007) ดังนี้

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 120 ราย พบว่ากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ที่ผู้ป่วยใช้ 2 อันดับแรกคือ พูดคุยกับคนรู้ใจ เช่น ลูกหลาน โดยพบร้อยละ 93.3 และไปในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์พบร้อยละ 88.3 และสายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจำนวน 20 รายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่านั้นจำนวน 20 รายพบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับการนวด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก

ในกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เอเมอร์ แซ่จิ่ว (2545) ศึกษาความเหนื่อยล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 ราย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีความอ่อนล้าเล็กน้อย โดยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 4 แล้วลดลงจนกระทั่งสัปดาห์ที่ 7 และช่วงเวลาที่พบความอ่อนล้ามากที่สุด คือ ช่วงบ่ายและเย็น สาเหตุของความอ่อนล้าที่พบมากที่สุดคือ การได้รับรังสีรักษาและการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ วิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การนอนหลับพักผ่อน ส่วนวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การหยุดรับรังสีรักษา

ส่วนในต่างประเทศไบยา และเบคเคน (Byar & Baken, 2006) ศึกษาผลกระทบของการรักษาเสริมที่มีผลต่อ อาการอ่อนล้า อาการอื่นๆ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 25 ราย พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าระหว่างการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง และลดลงหลังจบการรักษาหรือเมื่อเวลามากขึ้น รวมทั้งเมื่อมีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับสูงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะอยู่ในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบจะเห็นได้ว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมี อาการเหนื่อยล้า วิธีการจัดการและผลของการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพทำให้เห็นถึงประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา วิธีการจัดการที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการมากที่สุด รวมทั้งสาเหตุของการเกิดอาการ ตลอดจนความพึงพอใจในผลของการจัดการกับอาการทั้งจากการปฏิบัติด้วยตนเอง และที่พยาบาลนำมาเสริมในการปฏิบัติการพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการปวด และการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งพรังค์ สยตะมัย (2541) ศึกษาประสบการณ์ความปวด และการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 104 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความปวดในขณะประเมินอยู่ในระดับน้อยก่อนไปทางปานกลาง ความปวดมากที่สุดใน 24 ชั่วโมง อยู่ในระดับรุนแรง และผลของความปวดต่อการดำเนินชีวิตพบว่า ความปวดรบกวนการดำเนินชีวิตโดยรวมในระดับมาก การจัดการกับความปวดที่ใช้มากที่สุด คือ การนวด ภายหลังจัดการกลุ่มตัวอย่างมีความปวดอยู่ในระดับน้อย และความปวดโดยเฉลี่ย 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับน้อยก่อนไปปานกลาง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในระดับมาก

เกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวด กมลรัตน์ ดินกามิน (2547) ได้ศึกษาการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีปฏิบัติของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 100 ราย พบว่า เหตุผลที่บุคคลเลือกใช้วิธีการใดในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการคือ วิธีการ

ดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้เองและปฏิบัติได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย เคยปฏิบัติแล้วได้ผล มีความเชื่อว่าปฏิบัติแล้วได้ผล ผลข้างเคียงจากการปฏิบัติน้อย และสมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้ปฏิบัติวิธีการนี้

ในต่างประเทศรอลนิก และคณะ (Rolnick, et al., 2007) ศึกษาการจัดการกับอาการปวดใน 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตของผู้หญิงที่เสียชีวิตจากมะเร็งรังไข่ จำนวน 421 ราย พบว่า ร้อยละ 15 เท่านั้นที่ไม่กล่าวถึงอาการปวดในรายงานการรักษา และที่ระยะเวลา 5-6 เดือนก่อนเสียชีวิตร้อยละ 55 ของผู้ป่วยไม่ได้รับยาลดอาการปวด หรือได้รับยาที่มีการออกฤทธิ์ต่ำ ที่ใช้รักษาอาการปวดที่ระดับน้อย และร้อยละ 9 เท่านั้นที่ใช้ยาที่มีการออกฤทธิ์สูง ร้อยละของยาที่มีการออกฤทธิ์สูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 ที่ระยะเวลา 3-4 เดือน และร้อยละ 54 ระยะเวลา 1-2 เดือนก่อนเสียชีวิต รวมทั้งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 54 เท่านั้นที่ได้รับยาที่มีการออกฤทธิ์สูงในช่วงก่อนเสียชีวิต ที่แสดงถึงการช่วยให้สภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ในระยะสุดท้ายของชีวิตดีขึ้น และพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่า ได้รับยาที่มีการออกฤทธิ์สูงน้อยกว่าที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี แต่ไม่พบความแตกต่างของอาการปวดกับศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยและระยะของโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องอาการปวดพบว่าการจัดการการในเรื่องความปวดของผู้ป่วยมะเร็งมีความสำคัญที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ถ้าบุคลากรในทีมสุขภาพตระหนักและให้ความสำคัญ รวมทั้งมีวิธีการอื่นๆที่จะนำมาส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติในการจัดการกับอาการปวดที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และมีผลข้างเคียงน้อย

การศึกษาประสบการณ์อาการอื่นๆได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการนอนไม่หลับ วิธีการจัดการที่เป็นผลทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจจากโรคและการรักษา มีผู้ศึกษาดังนี้ อรณัฐ ประดับทอง (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 80 ราย พบว่า ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายจากอาการคลื่นไส้หนักที่สุด 1 ชั่วโมงรองลงมาคือ มากกว่า 6 ชั่วโมง และมีจำนวนครั้งของการคลื่นไส้มากกว่า 7 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการโดยการใช้อยาต้านการอาเจียนและการหยุดการรับประทานอาหารขณะเกิดอาการและการนอนพักอยู่ในระดับมากที่สุด และ อพัชชา ผ่องญาติ (2542) ศึกษาการส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนา เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความวิตกกังวลขณะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหลังฝึกปฏิบัติสมาธิน้อยกว่าก่อนปฏิบัติสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ส่วนในต่างประเทศ ฮูเจลและคณะ (Hugel, Ellershaw, Cook, Skinner & Irvine, 2004) ศึกษาความทุกข์ที่สำคัญ และการจัดการกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 74 ราย พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ และสาเหตุสำคัญที่พบมากที่สุด ร้อยละ 60 คือ อาการปวด และการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยรับรู้และคิดว่าสามารถ

ช่วยให้นอนหลับได้คือ ควบคุมอาการปวดให้ดีขึ้น รองลงมาร้อยละ 21 คือ จัดการกับอาการวิตกกังวล มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่จัดการโดยใช้ยานอนหลับ

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น ซึ่งในสภาพความเป็นจริง อาการที่เกิดขึ้น จะเกิดขึ้นหลายๆอาการพร้อมกัน หรือเป็นกลุ่มอาการ จึงมีผู้ศึกษาถึงอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งหลายๆอาการ หรือเป็นกลุ่มอาการดังนี้

ดอดด์และคณะ (Dodd, Miaskowski & Paul, 2001) ศึกษาในกลุ่มอาการและผลกระทบของอาการต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งชนิดอื่นๆที่มีประสบการณ์อาการปวด เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับในช่วงระหว่าง 3 รอบของการได้รับเคมีบำบัดจำนวน 93 ราย พบว่า อาการปวดและอาการเหนื่อยล้ามีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะการทำหน้าที่ร้อยละ 10.7 และ 7.3 ตามลำดับ แต่อาการนอนไม่หลับพบร้อยละ 1 เท่านั้น และไบยา และเบกเคน (Byar & Baken, 2006) พบว่าอาการทางร่างกายอื่นๆที่พบและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบอาการที่มีความถี่มากที่สุดคือ อาการปวด และอาการนอนไม่หลับ อาการทางด้านจิตใจที่พบคือ อาการซึมเศร้าจะพบมากที่สุด ในช่วงให้ยาเคมีครั้งที่ 4

การศึกษาของไมแอสโกวสกีและคณะ (Miaskowski, Cooper, Paul, Dodd, Lee, Aouizerat, et al., 2006) ศึกษาในกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความแตกต่างของประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตจำนวน 191 ราย ที่มีประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ปวด นอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า พบว่ากลุ่มที่มีอาการเหนื่อยล้า และอาการปวดสูงจะพบอาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการเหนื่อยล้า และ/หรืออาการปวดต่ำ และสรุปได้ว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์อาการน้อยกว่าจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่สูงกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมนี้ทำให้เห็นถึงประสบการณ์อาการที่เป็นผลทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจจากโรคและการรักษา รวมทั้งกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่แสดงให้เห็นว่าการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งต้องคำนึงถึงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยอาการและกลุ่มอาการจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งทีมสุขภาพสามารถหาวิธีการจัดการกับอาการให้กับผู้ป่วยได้หลากหลายวิธี รวมทั้งอาการแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กันเมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการหนึ่งทำให้เกิดอาการอื่นๆตามมา หรือถ้าจัดการกับอาการนั้นๆได้อาการอื่นๆอาจไม่เกิดขึ้น หรือเกิดน้อยลงได้ ตัวอย่างเช่น อาการนอนไม่หลับซึ่งผู้ป่วยรับรู้และคิดว่าวิธีที่สามารถช่วยให้นอนหลับได้คือ ควบคุมอาการปวดให้ดีขึ้น เป็นต้น

ในประเทศไทยมีการศึกษาประสบการณ์อาการ และการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็ง อภิรดี ลดาวัลย์ (2547) ศึกษาอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้

จำนวน 354 ราย โดยในผู้ใหญ่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และศึกษามะเร็งเม็ดเลือดขาวในผู้ป่วยเด็ก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการที่พบบ่อยคือ อาการปวด/เจ็บ รองลงมาคือ มีอาการริมฝีปาก คอและน้ำลายแห้ง และมีจัดการกับอาการที่เด่นๆคือ การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร เช่น บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารเหลว รองลงมาคือ ไข้ยาแผนปัจจุบัน เช่นรับประทานยาแก้ปวด เป็นต้น โดยที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้อาการดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ

บุญกร แสงแก้ว (2549) ศึกษาประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการในผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศไทยจำนวน 130 ราย พบว่าอาการที่เกิดขึ้นบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างคือ ผอมร่าง ประจำเดือนผิดปกติ ซาตามปลายมือปลายเท้า เป็นต้น อาการผอมร่างเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากที่สุด รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหาร และอ่อนล้า และอาการที่กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับว่าเป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ อาการปวด รองลงมาคือ อาการอ่อนล้า เวียนศีรษะ ผอมร่าง และคลื่นไส้ ตามลำดับ วิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือ การผ่อนคลาย รองลงมาคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารและการปรับความรู้สึกและอารมณ์ โดยให้เหตุผลว่าทำแล้วรู้สึกสบายใจขึ้นและไม่คิดมาก รวมทั้งมีจัดการกับอาการดังกล่าวด้วยตนเอง และญาติช่วยขณะอยู่บ้าน รวมทั้งได้รับความรู้ในการจัดการจากแพทย์ พยาบาล และจากเอกสาร สื่อต่างๆ และให้เหตุผลในการใช้วิธีการดังกล่าวคือ ทำแล้วอาการดีขึ้น

ในต่างประเทศโฮ (Oh, 2004) ศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ใหญ่ที่เป็นมะเร็งปอดในประเทศเกาหลี จำนวน 106 ราย จากจำนวน 13 อาการที่ทำการศึกษา ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านมา โดยวัดความรุนแรงของอาการและหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่เกิดขึ้นกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศและอายุ และข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ระยะของโรค ชนิดของมะเร็งปอด และชนิดของการรักษาพบว่า อาการที่ความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ ความสูญเสียความอยากอาหาร รองลงมาคือ อาการอ่อนล้า อาการวิตกกังวลและ/หรือกลัว อาการไอ และความถี่ของอาการปวด (ซึ่งการศึกษานี้ เฉพาะอาการปวดและอาการคลื่นไส้จะวัดทั้งความถี่และความรุนแรงของอาการ) และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการทั้งหมดที่ทำการศึกษากับอายุ แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการทั้งหมดกับเพศ และอาการทั้งหมดที่ทำการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสูงกว่าความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะต้น และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสูญเสียความอยากอาหารมากกว่าอาการปวด (ทั้งความถี่และความรุนแรงของอาการ) รวมทั้งความถี่ของอาการคลื่นไส้ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการทั้งหมดกับการรักษาที่ได้รับ พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการทั้งหมดกับชนิดของมะเร็งคือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด

ที่ไม่สามารถระบุชนิดของเซลล์ (undifferentiated cell) มีความถี่ของอาการปวดมากกว่ามะเร็งปอดชนิดเซลล์ขนาดเล็ก (small cell) และชนิดเซลล์แผ่นเรียบมีเกร็ด (squamous cell)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายชนิดที่เป็นภาพรวม หรือศึกษาลักษณะเฉพาะของอาการหนึ่งอาการใด ทำให้เห็นถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปรากฏการณ์เกี่ยวกับอาการ และวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อช่วยให้อาการนั้นๆทุเลาหรือดีขึ้น การวางแผนการพยาบาลจึงควรมีความตระหนักในเรื่องนี้ แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงศึกษา ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดเป็นการศึกษาที่เฉพาะโรคและการรักษา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่มีรายงานการศึกษามา เพื่อผลการศึกษานี้จะเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การวางแผนและให้การดูแล และให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ให้สามารถมีส่วนร่วมกับการจัดการกับอาการและปรับเปลี่ยนการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องเหมาะสมตรงกับความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลจากการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย ตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของ คอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวิทราชกรณธัญบุรีจังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอ
3. ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ขึ้นไปและได้รับรังสีรักษาสัปดาห์ที่ 4 ขึ้นไปของการฉายรังสี
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดในรอบปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548) ซึ่งในแต่ละสถานที่ศึกษามีจำนวนแตกต่างกันดังตารางที่ 1 ดังนี้

### ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในปี พ.ศ. 2548

| สถาน                            | จำนวน  |
|---------------------------------|--------|
| สถาบันมะเร็งแห่งชาติ            | 64 ราย |
| ศูนย์มหาวชิราลงกรณธัญบุรี       | 28 ราย |
| ศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี | 48 ราย |

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละสถานที่ คำนวณจากสถิติจำนวนผู้ป่วยในรอบปีที่ผ่านมา และอัตราส่วนของเวลาในการเก็บข้อมูล โดยกำหนดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน โดยจะเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดทุกรายที่มา รับการรักษาในช่วงเวลาดังกล่าว คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณของแต่ละแห่งที่ทำการ ศึกษาได้ดังนี้

สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวนกลุ่มตัวอย่างในปี 2548 เท่ากับ 64 ราย และผู้วิจัยมีระยะเวลา ในการเก็บข้อมูล 3 เดือน จึงเฉลี่ยจำนวนกลุ่มตัวอย่างใน 1 ปี เป็น 4 ช่วง เท่ากับ  $64/4 = 16$  ราย จาก ศูนย์มหาวชิราลงกรณธัญบุรีด้วยวิธีการคำนวณเดียวกัน  $= 7$  ราย และจากศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัด ลพบุรีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง  $= 12$  ราย รวม 3 แห่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 ราย

#### สถานที่เก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุขที่รับรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือ กลุ่มอาการอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณ ธัญบุรีจังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในภาคกลาง ทั้ง 3 แห่ง เปิด ให้บริการทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. ยกเว้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติจะเพิ่มให้บริการ นอกเวลา ในวันจันทร์ถึงศุกร์เวลา 16.30- 20.00 น.และวันเสาร์เวลา 07.00-12.00 น.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร เป็นสถานบริการสาธารณสุขขนาด 200 เตียง ในปัจจุบันรับผู้ป่วยได้ 200 เตียง

ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดปทุมธานีเป็นสถานบริการสาธารณสุข ขนาด 400 เตียง ในปัจจุบันรับผู้ป่วยได้ 116 เตียง

ศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดลพบุรีเป็นสถานบริการสาธารณสุข ขนาด 200 เตียง ในปัจจุบันรับผู้ป่วยได้ 130 เตียง

ซึ่งทั้ง 3 แห่ง จะเก็บข้อมูลในช่วงที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ในช่วงของการให้เคมีบำบัด สำหรับศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะได้รับการนอนพักรักษาที่ศูนย์ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการฉายรังสี เนื่องจากมีจำนวนเตียงรองรับเพียงพอ แต่ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติจะมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมาก ผู้ป่วยจึงได้รับการนอนพักรักษาเฉพาะในช่วงของการให้เคมีบำบัด หรือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด และทั้ง 3 แห่งมีระบบการบริการคล้ายกันคือ มีเอกสารคำแนะนำให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัว ในช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัดแจกให้แก่ผู้ป่วยทุกราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

ก. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน สถานภาพทางการเงิน การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ภูมิลาเนา และสถานที่ที่สามารถติดต่อได้

ข. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรคและระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อาการสำคัญที่มารับการรักษา ประวัติการรักษา (รังสีรักษาและเคมีบำบัด)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ปรับมาจากแบบสอบถามเรื่องการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของอภิรดี ลดาวัลย์ และคณะ (2547) โดยเครื่องมือนี้อาศัยกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1. การประเมินความถี่ของอาการในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา จากอาการที่ระบุไว้ 30 อาการและมีข้อคำถามที่ให้ระบุอาการนอกเหนือจากที่ระบุไว้ และ บุขกร แสงแก้ว และคณะ (2549) ได้นำมาดัดแปลงข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเพิ่มเป็น 33 อาการโดยมีการประเมินความถี่แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คือ

|                |         |                                                                                   |
|----------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 4 = ตลอดเวลา   | หมายถึง | มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา อาการไม่หายเลย                                            |
| 3 = เป็นประจำ  | หมายถึง | มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน อาจจะเป็นวันละครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าตลอดเวลา |
| 2 = เป็นพักๆ   | หมายถึง | มีอาการเกิดขึ้นประมาณอาทิตย์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นประจำ   |
| 1 = นานๆ ครั้ง | หมายถึง | มีอาการเกิดขึ้นประมาณเดือนละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นพักๆ      |
| 0 =            | หมายถึง | ไม่ปรากฏอาการ                                                                     |

2. การประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 10 โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการนั้นๆ ให้คะแนน 0 (คะแนนที่น้อยที่สุด) คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น และคะแนน 10 (คะแนนที่สูงที่สุด) หมายถึงมีอาการรุนแรงมากจนทนไม่ได้ นำมาหาค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการจำแนกเป็น 4 ระดับ (อ้างตามระดับความเหนื่อยล้าของ (Piper, 1998) คือ

|           |       |         |                        |
|-----------|-------|---------|------------------------|
| 0         | คะแนน | หมายถึง | ไม่ปรากฏอาการ          |
| 0.01-3.99 | คะแนน | หมายถึง | ระดับความรุนแรงน้อย    |
| 4.00-6.99 | คะแนน | หมายถึง | ระดับความรุนแรงปานกลาง |
| 7.00-10   | คะแนน | หมายถึง | ระดับความรุนแรงมาก     |

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้ตรงกับลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีร่วมกับเคมีบำบัดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยจะเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับอาการที่เฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้อีก 14 อาการคือ มีแผลในปาก เจ็บปาก มีเลือดออกในปาก มีเลือดออกในจมูก ช่องปาก แสบลง เหงือกอักเสบ ฟันผุ มีเสียงรึๆในหู ก้มหน้าลำบาก เดินขึ้นบันไดลำบาก มีไข้ ซีด เกิดรอยฟกช้ำตามร่างกาย และสะเกือก แบบสอบถามที่ใช้จึงมีอาการรวมทั้งสิ้น 47 อาการ

3. การประเมินอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

| อาการที่ถูกเลือกมารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน | คะแนน |
|-----------------------------------------------|-------|
| อันดับ 1                                      | 5     |
| อันดับ 2                                      | 4     |
| อันดับ 3                                      | 3     |
| อันดับ 4                                      | 2     |

อันดับ 5

1

อาการที่ไม่ถูกเลือกกว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 0

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมของบุรุษ แสงแก้ว และคณะ (2549) (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1. วิธีการจัดการกับอาการ 7 วิธีคือ 1) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
- 2) ใช้น้ำยาแผนปัจจุบัน 3) การผ่อนคลาย 4) การใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร 5) การนวด/ลูบ
- 6) การปรับเปลี่ยนสภาพลักษณะ และ 7) ปรับความรู้สึกและอารมณ์ โดยมีเกณฑ์การประเมิน 3 ข้อคือ ใช้ ไม่ใช้ และอยากจะใช้วิธีการดังกล่าวแต่ไม่สามารถไปหาวิธีนั้นได้

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามโดยเพิ่มวิธีการจัดการกับอาการอีก 1 วิธีคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และในข้อการใช้ยาแผนปัจจุบันได้ปรับข้อน้ำยาบ้วนปากเพิ่ม โดยระบุเฉพาะชนิดของน้ำยาที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอคือ น้ำเกลือออร์มัล/น้ำเกลือออร์มัลผสมเบกกิ้งโซดา (โซเดียมไบคาร์บอเนต) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารได้ปรับข้อคำถาม การบริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น เป็นบริโภคนม/อาหารเสริม และข้อรับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม เป็น รับประทานอาหารอ่อนและอาหารเหลว และเพิ่มการรับประทานเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้น ที่ผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าตรงกับวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างจะใช้ และได้ตัดในวิธีการนวด/ลูบออก เนื่องจากไม่ตรงกับลักษณะอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีร่วมกับเคมีบำบัดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง และได้เพิ่มในส่วนของการที่กลุ่มตัวอย่างระบุนำรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก กลุ่มตัวอย่างจะเลือกใช้วิธีการใดจัดการกับแต่ละอาการที่เลือก โดยการประเมินใช้แบ่งเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับและเกณฑ์ในการพิจารณาในแต่ละข้อ คือ

ไม่ได้ใช้ หมายถึง ไม่เคยได้ใช้วิธีการตามข้อนี้เลย

ใช้น้อยมาก หมายถึง เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้น้อยมาก

ใช้เป็นบางครั้ง หมายถึง เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นบางครั้ง

ใช้เป็นส่วนใหญ่ หมายถึง เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นส่วนใหญ่

ใช้เป็นประจำ หมายถึง เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นประจำ

เกณฑ์ในการแปลผล ใช้เป็นประจำ หมายถึง ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการแบบนี้มากที่สุด ใช้น้อยมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการแบบนี้น้อยที่สุด และไม่ได้ใช้ หมายถึง ไม่เคยได้ใช้วิธีการตามข้อนี้เลย

2. เหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย และทำแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น/ไม่คิดมาก และในข้อที่ 3-7 ได้เพิ่มในส่วน

ของอาการที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก กลุ่มตัวอย่างจะเลือกข้อใดในแต่ละอาการที่เลือก

3. แหล่งที่มาของข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ครอบครัว/ญาติแนะนำ เพื่อนบ้านแนะนำ พยาบาล/แพทย์แนะนำ และ จากแผ่นพับ/หนังสือ/โทรทัศน์

4. ใครเป็นผู้ช่วยเหลือในการจัดการกับอาการมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และญาติ พยาบาล/แพทย์ เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคคลอื่นๆ

5. เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นเวลาที่แน่นอน ปฏิบัติเมื่อมีอาการ/รู้สึกไม่สบาย และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวัน

6. สถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการมี 7 ตัวเลือก ได้แก่ บ้าน สถานบริการ โรงพยาบาล คลินิก สถานที่สาธารณะ วัด และสวนสาธารณะ

7. การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยโรคมะเร็งของอภิศิ ลดาจารย์ และคณะ (2547) ซึ่งได้พัฒนาต่อโดยบุษกร แสงแก้ว และคณะ (2549) มาดัดแปลงโดยผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการตามกรอบแนวคิดของดอดด์ (Dodd, et al., 2001) เป็น 7 ปัจจัยด้วยกัน คือ สภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต (ภาคผนวก ก) ดังนี้

7.1 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับสภาพอาการ มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ดีขึ้น/หาย บรรเทาอาการ/อาการทุเลา เหมือนเดิมเฉยๆ/ไม่ดีขึ้น แย่ลง และยังไม่เห็นผล

7.2 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการทำหน้าที่ มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ดีขึ้น/หาย เหมือนเดิมเฉยๆ/ไม่ดีขึ้น แย่ลง และยังไม่เห็นผล

7.3 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับสภาพอารมณ์ มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ดีขึ้น/หาย เหมือนเดิมเฉยๆ/ไม่ดีขึ้น แย่ลง และยังไม่เห็นผล

7.4 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เสียค่าใช้จ่าย เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม(พอจ่ายได้ไม่รบกวน) เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมาก (มีปัญหาการเงิน)

7.5 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน 1 อย่าง และมีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อย่าง

7.6 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ยังต้องมีผู้ช่วยเหลือ

และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

7.7 การรับรู้ผลของการจัดการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้วัดใน 2 ระยะเวลา คือ

7.7.1 คุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด

7.7.2 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน

การประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 10 โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่พึงพอใจ ให้คะแนน 0 (คะแนนที่น้อยที่สุด) คะแนนยิ่งมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่มากขึ้น และคะแนน 10 (คะแนนที่สูงที่สุด) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่พึงพอใจมากที่สุด

### ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของอภิรดี ลดาจารย์ (2547) ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในการศึกษาการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ และได้รับการตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือในส่วนที่ 2 ในเรื่องการประเมินความถี่และระดับความรุนแรงของอาการ โดยบุษกร แสงแก้ว และคณะ (2549) ศึกษาการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการกับอาการและผลลัพธ์ของการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศไทย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 30 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha) ของการประเมินความถี่ของอาการเท่ากับ .87 และระดับความรุนแรงของอาการเท่ากับ .90

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้าน โรคมะเร็งศีรษะและคอ รังสีรักษา และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเคมีบำบัด และโรคมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 5 ท่าน นำมาปรับแก้ตามคำแนะนำและคำนวณค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.95

หลังปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะที่ได้รับการรักษาร่วมกับเคมีบำบัดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 ราย นำข้อมูลมาหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha) ทั้งข้อคำถามในส่วนที่ 2 ในเรื่องการประเมินความถี่และระดับความรุนแรงของอาการ และในส่วนที่ 3 เรื่องวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของการประเมินความถี่ของอาการเท่ากับ .79 ระดับความรุนแรงของอาการเท่ากับ .82 วิธีการจัดการกับอาการเท่ากับ

.73 และการรับรู้ผลของการจัดการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดและในปัจจุบันเท่ากับ .85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างวิจัย และผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของทั้ง 2 แห่ง ได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์หาวซิริลาตกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี เพื่อแจ้งไปยังแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและเคมีบำบัด และหอผู้ป่วยใน ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าพยาบาลแผนกรังสีรักษา เคมีบำบัด และหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### 2. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่มารับการฉายรังสีที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและเคมีบำบัดจากสมุดลงทะเบียนประวัติของแต่ละสถานศึกษา

2.2 คัดเลือกผู้ป่วยจากทะเบียนประวัติโดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ คือสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 4 ขึ้นไปของการฉายรังสีและได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ขึ้นไป

2.3 ทุกเช้าของวันที่ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยวันอังคารผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลที่ศูนย์หาวซิริลาตกรณธัญบุรีจังหวัดปทุมธานี วันพุธและวันเสาร์ทำการเก็บข้อมูลที่ศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี และวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และวันศุกร์ทำการเก็บข้อมูลที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

2.4 ผู้วิจัยพบกับผู้ป่วยที่คัดเลือก แนะนำตัวกับผู้ป่วย บอกวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยก่อนการเก็บข้อมูล และเข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ข) ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะมีการ

ระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่ของผู้ป่วย และในการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด รวมทั้งมีสิทธิที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาในขณะที่เก็บข้อมูลโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และทบทวนการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ไม่รบกวนการเข้าตรวจของผู้ป่วย

2.5 เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยไปที่ห้องที่จัดเตรียมไว้ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความสงบเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิ แจ้งเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทราบขออนุญาตนำผู้ป่วยไปตอบแบบสอบถามในห้องที่จัดเตรียมไว้

2.6 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลจากผู้ป่วยทุกคน และสอบถามผู้ป่วยตามข้อคำถามตามแบบสอบถาม โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 25 –30 นาที

2.7 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามลงบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของโรค จำนวนรังสีที่ได้รับ เป็นต้น

2.8 ในกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์ขณะเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมการช่วยเหลือดังนี้

2.8.1 ยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก สภาพปัญหา และความต้องการได้โดยอิสระ โดยให้ความมั่นใจในการปกปิดเป็นความลับของข้อมูลเหล่านั้น และรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ

2.8.2 ให้กำลังใจ ปลอบใจ และแสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2.8.3 ในกรณีผู้ป่วยมีสภาพวิกฤตทางด้านจิตใจ และอารมณ์มากเกินความช่วยเหลือของผู้วิจัย ติดต่อประสานกับพยาบาลในแผนกนั้น หรือประสานกับพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วย

#### การตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง หากมีข้อคำถามใดไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเพิ่ม โดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบกับเวชระเบียนของผู้ป่วย และ/หรือนำแบบสอบถามกลับไปถามผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ทุกข้อคำถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้ แจกแจงความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย ความถี่ของอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด
2. หาค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการ อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และผลของการจัดการกับอาการในปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งในภาคกลางของประเทศไทยได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 20 ราย ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณจังหวัดปทุมธานีจำนวน 20 ราย และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีจำนวน 15 ราย รวมทั้งหมด 55 ราย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2550 รวมเป็นเวลา 3 เดือนโดยศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยในชายและหญิง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยตารางประกอบการบรรยายดังนี้

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษารั้ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.5 มีอายุเฉลี่ย 52.73 ปี (S.D.= 12.10) โดยพบว่าอายุต่ำสุด 26 ปี และอายุสูงสุด 81 ปี และส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 41- 60 ปี (วัยกลางคน) ร้อยละ 61.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.2 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างและ เกษตรกรรม ร้อยละ 34.5 และ 30.9 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,630.91 บาท (S.D. = 7,989.80) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 43.7 สถานภาพทางการเงินพอใช้ ร้อยละ 69.1 การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 76.4 รองลงมาคือ ใช้สิทธิต้นสังกัด ร้อยละ 12.7 และประกันสังคม ร้อยละ 9.1 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 62.6 รองลงมาคือ ภาคเหนือ ร้อยละ 23.6 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n= 55)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                           | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>เพศ</b>                                                |       |        |
| ชาย                                                       | 41    | 74.5   |
| หญิง                                                      | 14    | 25.5   |
| <b>อายุ(ปี)</b> (Range 26- 81; Mean = 52.73; S.D.= 12.10) |       |        |
| 21-40 (วัยผู้ใหญ่)                                        | 8     | 14.5   |
| 41-60 (วัยกลางคน)                                         | 34    | 61.9   |
| > 60 (วัยสูงอายุ)                                         | 13    | 23.5   |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                                        |       |        |
| โสด                                                       | 2     | 3.6    |
| คู่                                                       | 51    | 92.7   |
| หม้าย/หย่า/แยก                                            | 2     | 3.6    |
| <b>ศาสนา</b>                                              |       |        |
| พุทธ                                                      | 54    | 98.2   |
| คริสต์                                                    | 1     | 1.8    |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                      |       |        |
| ไม่ได้รับการศึกษา                                         | 2     | 3.6    |
| ประถมศึกษา                                                | 40    | 72.7   |
| มัธยมศึกษา                                                | 7     | 12.7   |
| อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร                                | 2     | 3.6    |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า                                    | 3     | 5.5    |
| สูงกว่าปริญญาตรี                                          | 1     | 1.8    |
| <b>อาชีพ</b>                                              |       |        |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ                                         | 10    | 18.2   |
| รับจ้าง/ลูกจ้าง                                           | 19    | 34.5   |
| เกษตรกร                                                   | 17    | 30.9   |
| ข้าราชการ                                                 | 7     | 12.7   |
| ค้าขาย                                                    | 2     | 3.6    |

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                                     | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| รายได้/เดือน(บาท) (Range 0- 33,000; Mean = 7,630.91; S.D.=7,989.80) |       |        |
| ไม่มีรายได้                                                         | 9     | 16.4   |
| ≤ 5,000                                                             | 24    | 43.7   |
| 5001 - 10,000                                                       | 10    | 18.2   |
| 10,001- 20,000                                                      | 6     | 10.9   |
| มากกว่า 20,000                                                      | 6     | 10.9   |
| สถานภาพทางการเงิน                                                   |       |        |
| พอใช้                                                               | 38    | 69.1   |
| ไม่พอใช้                                                            | 13    | 23.6   |
| เหลือเก็บ                                                           | 4     | 7.3    |
| การจ่ายค่ารักษาพยาบาล                                               |       |        |
| สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า                                       | 42    | 76.4   |
| เบิกได้ (ต้นสังกัด)                                                 | 7     | 12.7   |
| ประกันสังคม                                                         | 5     | 9.1    |
| จ่ายเอง(เงินสด)                                                     | 1     | 1.8    |
| ภูมิลำเนา                                                           |       |        |
| ภาคกลาง                                                             | 35    | 62.6   |
| ภาคเหนือ                                                            | 13    | 23.6   |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ                                               | 4     | 7.3    |
| ภาคใต้                                                              | 3     | 5.5    |

## 2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งโพรงหลังจมูก ร้อยละ 38.2 รองลงมาคือ มะเร็งลิ้น และต่อมทอนซิล ร้อยละ 16.4 และ 12.7 ตามลำดับ ผลทางพยาธิวิทยา ทั้งหมดพบ เป็นเซลล์ชนิดแผ่นเรียบมีเกร็ด (squamous cell carcinoma) ความรุนแรงของโรค ระบบ TNM (tumor node metastasis) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ AnyT N3 M0 ร้อยละ 30.9 รองลงมาคือ AnyT

N2 M0 ร้อยละ 25.5 โดยมีระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อยู่ในระยะที่ 4 a ร้อยละ 47.3 รองลงมาอยู่ในระยะที่ 4b ร้อยละ 30.9 และส่วนใหญ่พบอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ มีก้อน/ต่อมน้ำเหลืองโต ร้อยละ 49.1 ปริมาณรังสีที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับรังสี 4,000 – 5,000 เซนติเกรย์ ร้อยละ 61.8 รองลงมาคือ 5,001 – 6,000 เซนติเกรย์ ร้อยละ 21.8 ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ร้อยละ 69.1 และครั้งที่ 3 ร้อยละ 30.9 และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงการให้ยาชีสพลาติน ร้อยละ 87.3 และชีสพลาตินร่วมกับ 5 เอฟยู ร้อยละ 12.7 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (n = 55)

| ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล                       | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>การวินิจฉัยโรค</b>                                    |       |        |
| มะเร็งโพรงหลังจมูก                                       | 21    | 38.2   |
| มะเร็งลิ้น-ลิ้นไก่                                       | 10    | 18.2   |
| มะเร็งต่อมทอนซิล                                         | 7     | 2.7    |
| มะเร็งไซนัส                                              | 5     | 9.1    |
| มะเร็งกล่องเสียง                                         | 5     | 9.1    |
| มะเร็งเพดานอ่อน-แข็ง                                     | 4     | 7.8    |
| มะเร็งริมฝีปากและกระพุ้งแก้ม                             | 2     | 3.6    |
| มะเร็งคอหอยส่วนบน                                        | 1     | 1.8    |
| <b>ระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging)</b>             |       |        |
| ระยะที่ 2                                                | 2     | 3.6    |
| ระยะที่ 3                                                | 9     | 16.4   |
| ระยะที่ 4 a                                              | 26    | 47.3   |
| ระยะที่ 4 b                                              | 17    | 30.9   |
| ระยะที่ 4 c                                              | 1     | 1.8    |
| <b>ความรุนแรงของโรค ระบบ TNM (tumor node metastasis)</b> |       |        |
| T2 N0 M0                                                 | 2     | 3.6    |
| T1-3 N0-1 M0                                             | 9     | 16.4   |
| T4a N0-2 M0                                              | 12    | 21.8   |
| AnyT N2 M0                                               | 14    | 25.5   |

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล  
(n = 55) (ต่อ)

| ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล                             | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>ความรุนแรงของโรค ระบบ TNM (tumor node metastasis) (ต่อ)</b> |       |        |
| AnyT N3 M0                                                     | 17    | 30.9   |
| AnyT AnyN M1                                                   | 1     | 1.8    |
| <b>อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล</b>                                |       |        |
| มีก้อน/ต่อมน้ำเหลืองโต                                         | 27    | 49.1   |
| เจ็บปาก/คอ                                                     | 8     | 14.5   |
| เสียงแหบ                                                       | 7     | 12.7   |
| แผลในปาก/ลิ้น                                                  | 5     | 9.1    |
| หูด                                                            | 3     | 5.5    |
| ไอ/หายใจไม่สะดวก                                               | 3     | 5.5    |
| เลือดออกในจมูก                                                 | 1     | 1.8    |
| ตาพร่า/มองไม่ชัดเจน                                            | 1     | 1.8    |
| <b>ปริมาณรังสีที่ได้รับในปัจจุบัน</b>                          |       |        |
| 4,000 – 5,000 เซนติเกรย์                                       | 34    | 61.8   |
| 5,001 – 6,000 เซนติเกรย์                                       | 12    | 21.8   |
| 6,001 – 7,000 เซนติเกรย์                                       | 9     | 16.4   |
| <b>ครั้งที่ของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ</b>                         |       |        |
| ครั้งที่ 2                                                     | 38    | 69.1   |
| ครั้งที่ 3                                                     | 17    | 30.9   |
| <b>อยู่ในช่วงให้ยาเคมีบำบัด</b>                                |       |        |
| ซีสพลาติน                                                      | 48    | 87.3   |
| ซีสพลาติน/คาร์โบพลาติน ร่วมกับ 5 เอฟลู                         | 7     | 12.7   |

### ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด

#### ความถี่ของอาการ

ผลการวิเคราะห์ความถี่ของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยประเมินจากอาการที่มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นตลอดเวลามากที่สุด พบว่าอาการที่มีความถี่สูงสุด 5 อันดับแรกคือ 1) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ ร้อยละ 72.7 รองลงมาคือ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง ร้อยละ 67.3 3) กลืนลำบาก ร้อยละ 49.1 4) ปวด/เจ็บ/คอ ร้อยละ 45.5 และ 5) เบื่ออาหาร ร้อยละ 34.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความถี่ของอาการ 10 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

| อาการ                         | ความถี่ของอาการ |      |                 |      |          |      |           |      |          |      |
|-------------------------------|-----------------|------|-----------------|------|----------|------|-----------|------|----------|------|
|                               | ไม่มีอาการ      |      | ความถี่ของอาการ |      |          |      |           |      |          |      |
|                               |                 |      | นานๆครั้ง       |      | เป็นพักๆ |      | เป็นประจำ |      | ตลอดเวลา |      |
|                               | n               | %    | n               | %    | n        | %    | n         | %    | n        | %    |
| 1. รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ | 2               | 3.6  | 5               | 9.1  | 4        | 7.3  | 4         | 7.3  | 40       | 72.7 |
| 2. ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง     | 5               | 9.1  | 0               | 0.0  | 5        | 9.1  | 8         | 14.5 | 37       | 67.3 |
| 3. กลืนลำบาก                  | 5               | 9.1  | 4               | 7.3  | 7        | 12.7 | 12        | 21.8 | 27       | 49.1 |
| 4. ปวด/เจ็บ/คอ                | 3               | 5.5  | 2               | 3.6  | 17       | 30.9 | 8         | 14.5 | 25       | 45.5 |
| 5. เบื่ออาหาร                 | 15              | 27.3 | 2               | 3.6  | 9        | 16.4 | 10        | 18.2 | 19       | 34.5 |
| 6. เจ็บปาก                    | 19              | 34.5 | 1               | 1.8  | 13       | 23.6 | 8         | 14.5 | 14       | 25.5 |
| 7. มีแผลในปาก                 | 23              | 41.8 | 0               | 0.0  | 10       | 18.2 | 11        | 20.0 | 11       | 20.0 |
| 8. ช่องปากแฉับลง              | 28              | 50.9 | 2               | 3.6  | 14       | 25.5 | 11        | 20.0 | 7        | 12.7 |
| 9. ผมหงอก                     | 23              | 41.8 | 7               | 12.7 | 15       | 27.3 | 3         | 5.5  | 7        | 12.7 |
| 10. เสียงแหบ                  | 21              | 38.2 | 0               | 0.0  | 18       | 32.7 | 4         | 7.3  | 5        | 9.1  |

### ความรุนแรงของอาการ

ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยมีคะแนน 0-10 และนำมาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรง โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปรากฏอาการ 0.01-3.99 คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงน้อย 4.00-6.99 คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงมาก พบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรกพบว่า อาการกลืนลำบาก (mean = 7.45, S.D. = 3.08) รับประทานอาหารไม่รู้สึกชา (mean = 7.29, S.D. = 2.51) และปวด/เจ็บ/คอ (mean = 7.07, S.D. = 2.77) มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ส่วนอาการริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (mean = 6.49, S.D. = 2.90) และอาการเจ็บปาก (mean = 5.07, S.D. = 4.05) มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการ 10 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

| อาการ                        | ความรุนแรงของอาการ(0-10) |      | ระดับความรุนแรง |
|------------------------------|--------------------------|------|-----------------|
|                              | mean                     | S.D. |                 |
| 1. กลืนลำบาก                 | 7.45                     | 3.08 | มาก             |
| 2. รับประทานอาหารไม่รู้สึกชา | 7.29                     | 2.51 | มาก             |
| 3. ปวด/เจ็บ/คอ               | 7.07                     | 2.77 | มาก             |
| 4. ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง    | 6.49                     | 2.90 | ปานกลาง         |
| 5. เจ็บปาก                   | 5.07                     | 4.05 | ปานกลาง         |
| 6. เบื่ออาหาร                | 4.96                     | 3.53 | ปานกลาง         |
| 7. มีแผลในปาก                | 4.53                     | 4.10 | ปานกลาง         |
| 8. ไอ                        | 4.36                     | 2.42 | ปานกลาง         |
| 9. ไข้                       | 4.09                     | 3.20 | ปานกลาง         |
| 10. น้ำหนักลด                | 4.07                     | 3.00 | ปานกลาง         |

### อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก

จากการประเมิน อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก นำมาหาค่าเฉลี่ย โดยอาการที่เลือกเป็นอันดับ 1 เท่ากับ 5 คะแนน อาการที่เลือกเป็น

อันดับ 2 เท่ากับ 4 คะแนน อันดับต่อมาเท่ากับ 3, 2 และ 1 คะแนน โดยลดลงตามลำดับ และอาการที่ไม่ถูกเลือก เท่ากับ 0 คะแนน นำมาหาค่าเฉลี่ยของแต่ละอาการพบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับเป็นอันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บ/คอ (mean = 4.51, S.D. = .98) 2) อาการเจ็บปาก (mean = 3.58, S.D. = 1.31) 3) กลืนลำบาก (mean = 3.40, S.D. = 1.10) 4) แผลในปาก (mean = 2.36, S.D. = 1.18) และ 5) อาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง (mean = 2.34, S.D. = 1.14) โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกอาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง เป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันใน 5 อันดับแรกเป็นจำนวน 47, 25, 40, 22 และ 35 ราย ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและค่าเฉลี่ยของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง  
ที่เลือกอาการเหล่านี้ใน 5 อันดับแรก

| อันดับ | อาการ                              | n  | mean | S.D. |
|--------|------------------------------------|----|------|------|
| 1      | ปวด/เจ็บ/คอ                        | 47 | 4.51 | .98  |
| 2      | เจ็บปาก                            | 25 | 3.58 | 1.31 |
| 3      | กลืนลำบาก                          | 40 | 3.40 | 1.10 |
| 4      | แผลในปาก                           | 22 | 2.36 | 1.18 |
| 5      | ริมฝีปากแห้ง/<br>คอแห้ง/น้ำลายแห้ง | 35 | 2.34 | 1.14 |

## วิธีการจัดการกับอาการ

วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

ผลของการศึกษาวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงวิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ในการจัดการกับอาการเป็นประจำ หรือใช้เป็นส่วนใหญ่อตามอาการที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรกพบว่า วิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อยแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือ การใช้ยาแผนปัจจุบัน/การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม โดยการใช้น้ำเกลือหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ (โซเดียมไบคาร์บอเนต) อมบ้วนปาก การใช้น้ำเกลือหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ (โซเดียมไบคาร์บอเนต) อมบ้วนปาก การใช้น้ำเกลือหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ (โซเดียมไบคาร์บอเนต) อมบ้วนปาก และการใส่สายยางให้อาหาร ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและน้ำดื่มได้แก่ รับประทานอาหารเช้า / อาหารเหลว และบริโภคนม/อาหารเสริม โดยพบว่าอาการปวด/เจ็บคอ เจ็บปาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ผู้ป่วยใช้น้ำเกลือหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ (โซเดียมไบคาร์บอเนต) อมบ้วนปาก

โซดา(โซเดียมไบคาร์บอเนต)อมบ้วนปากมากที่สุดร้อยละ 74.5, 76.0, 90.9 และ 62.3 ตามลำดับ และอาการกลืนลำบากผู้ป่วยได้รับการใส่สายยางให้อาหารมากที่สุดร้อยละ 55.0 ดังแสดงในตารางที่ 7 ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างตามอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก

| วิธีการจัดการกับอาการ                                   | ไม่ได้ใช้ |      | ใช้น้อยมาก |     | ใช้เป็นบางครั้ง |      | ใช้เป็นส่วนใหญ่ |      | ใช้เป็นประจำ |      |
|---------------------------------------------------------|-----------|------|------------|-----|-----------------|------|-----------------|------|--------------|------|
|                                                         | n         | %    | n          | %   | n               | %    | n               | %    | n            | %    |
| <b>อาการปวด/เจ็บ/คอ (n= 47)</b>                         |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1. ใช้น้ำยาแผนปัจจุบัน                                  |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1.1 น้ำเกลือออร์มัล/ผสมเบกกิ้งโซดา                      | 10        | 21.3 | 1          | 2.1 | 1               | 2.1  | 10              | 21.3 | 25           | 53.2 |
| 1.2 ยาแก้ปวด                                            | 20        | 42.5 | 0          | 0.0 | 14              | 29.8 | 5               | 10.6 | 8            | 17.0 |
| 1.3 ยา(ไซโลเคนวิสคัส)                                   | 28        | 59.6 | 4          | 8.5 | 5               | 10.6 | 6               | 12.8 | 4            | 8.5  |
| 2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำดื่ม        |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 2.1 ดื่มน้ำผลไม้เพิ่มขึ้น                               | 35        | 74.5 | 0          | 0.0 | 5               | 10.6 | 2               | 4.3  | 5            | 10.6 |
| 2.2 รับประทานอาหารอ่อน/อาหารเหลว                        | 44        | 93.6 | 0          | 0.0 | 0               | 0.0  | 1               | 2.1  | 2            | 4.3  |
| <b>อาการเจ็บปาก (n= 25)</b>                             |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1. ใช้น้ำยาแผนปัจจุบัน                                  |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1.1 น้ำเกลือออร์มัล/ผสมเบกกิ้งโซดา                      | 5         | 20   | 0          | 0.0 | 1               | 4.0  | 9               | 36.0 | 10           | 40.0 |
| 1.2 ยาแก้ปวด                                            | 12        | 48   | 0          | 0.0 | 6               | 24   | 2               | 8.0  | 5            | 20.0 |
| 1.3 ยา(ไซโลเคนวิสคัส)                                   | 17        | 68   | 2          | 8.0 | 1               | 1.8  | 2               | 8.0  | 3            | 12.0 |
| 2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำดื่ม        |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 2.1 รับประทานอาหารอ่อน/อาหารเหลว                        | 22        | 88.0 | 0          | 0.0 | 0               | 0.0  | 0               | 0.0  | 3            | 12.0 |
| 2.2 บริโภคนม/อาหารเสริม                                 | 23        | 92.0 | 0          | 0.0 | 0               | 0.0  | 1               | 4.0  | 1            | 4.0  |
| 2.3 ดื่มน้ำผลไม้เพิ่มขึ้น                               | 22        | 88.0 | 0          | 0.0 | 2               | 8.0  | 1               | 4.0  | 0            | 0.0  |
| <b>อาการกลืนลำบาก (n= 40)</b>                           |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1. ใช้น้ำยาแผนปัจจุบัน/การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1.1 ใส่สายยางให้อาหาร                                   | 18        | 45.0 | 0          | 0.0 | 0               | 0.0  | 0               | 0.0  | 22           | 55.0 |

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างตามอาการที่รบกวน  
ชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก (ต่อ)

| วิธีการจัดการกับอาการ                            | ไม่ได้ใช้ |      | ใช้น้อยมาก |     | ใช้เป็นบางครั้ง |      | ใช้เป็นส่วนใหญ่ |      | ใช้เป็นประจำ |      |
|--------------------------------------------------|-----------|------|------------|-----|-----------------|------|-----------------|------|--------------|------|
|                                                  | n         | %    | n          | %   | n               | %    | n               | %    | n            | %    |
| 1.2 ยา(ไซโลเคนวิสคัส)                            | 27        | 67.5 | 1          | 2.5 | 7               | 17.5 | 4               | 10.0 | 1            | 2.5  |
| 1.3 น้ำเกลือออร์มัล/<br>ผสมเบกกิ้งโซดา           | 39        | 97.5 | 0          | 0.0 | 0               | 0.0  | 0               | 0.0  | 1            | 2.5  |
| 1.4 ยาบารุง                                      | 38        | 95.0 | 0          | 0.0 | 1               | 2.5  | 1               | 2.5  | 0            | 0.0  |
| 2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำดื่ม |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 2.1 รับประทานอาหารอ่อน/26<br>อาหารเหลว           | 65.0      |      | 0          | 0.0 | 1               | 2.5  | 1               | 2.5  | 12           | 30.0 |
| 2.2 บริโภคนม/อาหารเสริม                          | 15        | 37.5 | 0          | 0.0 | 8               | 20.0 | 8               | 20.0 | 9            | 22.5 |
| 2.3 ดื่มน้ำ/น้ำผลไม้เพิ่มขึ้น                    | 35        | 87.5 | 0          | 0.0 | 2               | 5.0  | 1               | 2.5  | 2            | 5.0  |
| อาการแผลในปาก (n= 22)                            |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1. ใช้ยาแผนปัจจุบัน                              |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1.1 น้ำเกลือออร์มัล/<br>ผสมเบกกิ้งโซดา           | 2         | 9.1  | 0          | 0.0 | 0               | 0.0  | 8               | 36.4 | 12           | 54.5 |
| 1.2 เชนทีเซนไวโอเลท                              | 15        | 68.2 | 0          | 0.0 | 5               | 22.7 | 2               | 9.1  | 0            | 0.0  |
| 1.3 ยา(ไซโลเคนวิสคัส)                            | 19        | 86.4 | 2          | 9.1 | 0               | 0.0  | 1               | 4.5  | 0            | 0.0  |
| 1.4 ยาแก้ปวด                                     | 21        | 95.5 | 0          | 0.0 | 1               | 4.5  | 0               | 0.0  | 0            | 0.0  |
| 2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำดื่ม |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 2.1 บริโภคนม/อาหารเสริม                          | 21        | 95.5 | 0          | 0.0 | 0               | 0.0  | 0               | 0.0  | 1            | 4.5  |
| ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง (n= 35)           |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1. ใช้ยาแผนปัจจุบัน                              |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 1.1 น้ำเกลือออร์มัล/<br>ผสมเบกกิ้งโซดา           | 5         | 14.3 | 0          | 0.0 | 2               | 5.7  | 11              | 31.4 | 17           | 30.9 |
| 1.2 น้ำลายเทียม                                  | 34        | 97.1 | 0          | 0.0 | 0               | 0.0  | 1               | 2.9  | 0            | 0.0  |
| 2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                           |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |      |
| 2.1 จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ                              | 25        | 71.4 | 0          | 0.0 | 3               | 8.6  | 3               | 8.6  | 4            | 11.4 |

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างตามอาการที่รบกวน  
ชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก (ต่อ)

| วิธีการจัดการกับอาการ                                 | ไม่ได้ใช้ |      | ใช้น้อยมาก |     | ใช้เป็นบางครั้ง |      | ใช้เป็นส่วนใหญ่ |      | ใช้เป็นประจำ |     |
|-------------------------------------------------------|-----------|------|------------|-----|-----------------|------|-----------------|------|--------------|-----|
|                                                       | n         | %    | n          | %   | n               | %    | n               | %    | n            | %   |
| 3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม |           |      |            |     |                 |      |                 |      |              |     |
| 3.1 ดื่มน้ำ/น้ำผลไม้เพิ่มขึ้น                         | 19        | 54.3 | 0          | 0.0 | 5               | 14.3 | 8               | 22.8 | 3            | 8.6 |
| 3.2 บริโภคนม/อาหารเสริม                               | 30        | 85.7 | 0          | 0.0 | 1               | 2.9  | 1               | 2.9  | 3            | 8.6 |

เหตุผลและแหล่งที่มาในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็ง  
ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

สำหรับเหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 55 ราย  
คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย ร้อยละ 100

ส่วนแหล่งที่มาของการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ พบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่าง  
ส่วนใหญ่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยทั้ง 5 อาการคือ อาการปวด/เจ็บ/  
คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ผู้ป่วยได้รับ  
ข้อมูลวิธีการจัดการกับอาการจากพยาบาล/แพทย์แนะนำมากที่สุด พบร้อยละ 93.6, 72.0, 90.0, 86.4  
และ 62.9 ตามลำดับอาการ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของแหล่งที่มาของข้อมูลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ  
ของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก

| แหล่งที่มาของข้อมูล | อาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |            |      |          |      |
|---------------------|--------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|------------|------|----------|------|
|                     | ปวด/เจ็บ/คอ                                            |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | มีแผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                     | (n = 47)                                               |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22)   |      | (n = 35) |      |
|                     | n                                                      | %    | n        | %    | n         | %    | n          | %    | n        | %    |
| ครอบครัว/ญาติแนะนำ  | 1                                                      | 2.1  | 1        | 4.0  | 0         | 0.0  | 1          | 4.5  | 4        | 11.4 |
| เพื่อนบ้านแนะนำ     | 0                                                      | 0.0  | 2        | 8.0  | 0         | 0.0  | 0          | 0.0  | 0        | 0.0  |
| พยาบาล/แพทย์แนะนำ   | 44                                                     | 93.6 | 18       | 72.0 | 36        | 90.0 | 19         | 86.4 | 22       | 62.9 |
| ตัวเอง(ผู้ป่วย)     | 2                                                      | 4.3  | 4        | 16.0 | 4         | 10.0 | 2          | 9.1  | 9        | 25.7 |

### บุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด

บุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเรียงตามลำดับอาการที่ระบุนว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก พบว่าตนเอง(ตัวผู้ป่วย)ช่วยเหลือตนเองในการจัดการกับอาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ร้อยละ 89.4, 88.0, 77.5, 90.9 และ 88.6 ตามลำดับ และอาการกลืนลำบากมีครอบครัวและญาติเป็นผู้ช่วยเหลือรองลงมาร้อยละ 17.5 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของบุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง

| บุคคลที่ช่วยเหลือ | อาการที่ระบุนว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |            |      |          |      |
|-------------------|---------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|------------|------|----------|------|
|                   | ปวด/เจ็บ/คอ                                             |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | มีแผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                   | (n = 47)                                                |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22)   |      | (n = 35) |      |
|                   | n                                                       | %    | n        | %    | n         | %    | n          | %    | n        | %    |
| ตนเอง(ตัวผู้ป่วย) | 42                                                      | 89.4 | 22       | 88.0 | 31        | 77.5 | 20         | 90.9 | 31       | 88.6 |
| ครอบครัวและญาติ   | 2                                                       | 4.3  | 3        | 12.0 | 7         | 17.5 | 2          | 9.1  | 3        | 8.6  |
| พยาบาล/แพทย์      | 3                                                       | 6.4  | 0        | 0.0  | 2         | 5.0  | 0          | 0.0  | 1        | 2.9  |

### เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด

เวลาที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมจัดการกับอาการตามลำดับอาการที่ระบุนว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมจัดการกับอาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก และมีแผลในปากโดยปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวันมากที่สุด ร้อยละ 76.6, 52.0 และ 50.0 ตามลำดับ ส่วนอาการกลืนลำบากกลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติเป็นเวลา เช้า/กลางวัน/เย็น และก่อนนอนหรือตามมื้ออาหารร้อยละ 47.5 และอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง จะปฏิบัติเมื่อมีอาการ/รู้สึกผิดปกติมากที่สุดร้อยละ 42.9 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง

| เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรม             | อาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |            |      |          |      |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|------------|------|----------|------|
|                                   | ปวด/เจ็บ/คอ                                            |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | มีแผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                                   | (n = 47)                                               |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22)   |      | (n = 35) |      |
|                                   | n                                                      | %    | n        | %    | n         | %    | n          | %    | n        | %    |
| ปฏิบัติเป็นเวลาเช้า/กลางวัน/เย็น  | 7                                                      | 14.9 | 7        | 28.0 | 19        | 47.5 | 6          | 27.3 | 9        | 25.7 |
| ปฏิบัติเมื่อมีอาการ/รู้สึกผิดปกติ | 4                                                      | 8.5  | 5        | 20.0 | 6         | 15.0 | 5          | 22.7 | 15       | 42.9 |
| ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวัน      | 36                                                     | 76.6 | 13       | 52.0 | 15        | 37.5 | 11         | 50.0 | 11       | 31.4 |

สถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตของโรคมะเร็ง  
ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการเรียงตามลำดับอาการที่ระบุ  
ว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยอาการปวด/เจ็บ/คอ อาการกลืนลำบาก และแผล  
ในปาก ปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านและโรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 51.1, 52.5 และ 63.6 ตามลำดับ  
รองลงมาคือปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการที่โรงพยาบาลร้อยละ 48.9, 47.5 และ 36.4  
ตามลำดับ อาการเจ็บปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง มีการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการ  
กับอาการที่โรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 52.0 และ 54.3 รองลงมาคือปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับ  
อาการที่บ้านและโรงพยาบาลร้อยละ 48.0 และ 45.7 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนร้อยละของสถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง

| สถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรม | อาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |            |      |          |      |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|------------|------|----------|------|
|                          | ปวด/เจ็บ/คอ                                            |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | มีแผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                          | (n = 47)                                               |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22)   |      | (n = 35) |      |
|                          | n                                                      | %    | n        | %    | n         | %    | n          | %    | n        | %    |
| โรงพยาบาล                | 23                                                     | 48.9 | 13       | 52.0 | 19        | 47.5 | 8          | 36.4 | 19       | 54.3 |
| บ้านและโรงพยาบาล         | 24                                                     | 51.1 | 12       | 48.0 | 21        | 52.5 | 14         | 63.6 | 16       | 45.7 |

## ผลของการจัดการกับอาการ

### การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของโรคเมเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด

การศึกษาครั้งนี้ประเมินผลของการจัดการกับอาการใน 7 ปีจยคือ สภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตมีรายละเอียดดังนี้

#### สภาพอาการ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับสภาพอาการที่เกิดขึ้นตามอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ อาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก มีแผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลของการจัดการกับอาการจากวิธีการที่เลือกใช้ว่าบรรเทาอาการ/อาการทุเลามากที่สุด ถึงร้อยละ 78.7, 64.0, 90.0, 72.7 และ 77.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 12

**ตารางที่ 12** จำนวนร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสภาพอาการ

| การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับ สภาพอาการ | อาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |          |      |          |      |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|----------|------|----------|------|
|                                                    | ปวด/เจ็บ/คอ                                            |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | แผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                                                    | (n = 47)                                               |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22) |      | (n = 35) |      |
|                                                    | n                                                      | %    | n        | %    | n         | %    | n        | %    | n        | %    |
| ดีขึ้น/หาย                                         | 6                                                      | 12.8 | 1        | 4.0  | 1         | 2.5  | 2        | 9.1  | 2        | 5.7  |
| บรรเทาอาการ/อาการทุเลา                             | 37                                                     | 78.7 | 16       | 64.0 | 36        | 90.0 | 16       | 72.7 | 27       | 77.1 |
| เหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้น                          | 4                                                      | 8.5  | 8        | 32.0 | 3         | 7.5  | 4        | 18.2 | 6        | 17.1 |

#### การทำหน้าที่ของร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกายมีการรับรู้ผลของการจัดการคือ อาการปวด/เจ็บ/คอ รับรู้ผลของการจัดการกับอาการว่าดีขึ้น/หายมากที่สุด ร้อยละ 53.2 รองลงมาคือเหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้นร้อยละ 46.8 ส่วนวิธีการจัดการกับอาการเจ็บปาก อาการกลืนลำบาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีเหมือนเดิม/

เลขๆ/ไม่ดีขึ้นมากที่สุด โดยพบร้อยละ 60.0, 57.5 และ 62.9 ตามลำดับอาการ ส่วนอาการแผลในปากมีการรับรู้ที่ดีขึ้น/หาย และเหมือนเดิม/เลขๆ/ไม่ดีขึ้นเท่ากันร้อยละ 50.0 ดังแสดงในตารางที่ 13

**ตารางที่ 13** จำนวนร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย

| การรับรู้ผลของการจัดการ<br>กับอาการเกี่ยวกับ<br>การทำหน้าที่ของร่างกาย | อาการที่ระบุนำรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |          |      |          |      |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|----------|------|----------|------|
|                                                                        | ปวด/เจ็บ/คอ                                           |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | แผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                                                                        | (n = 47)                                              |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22) |      | (n = 35) |      |
|                                                                        | n                                                     | %    | n        | %    | n         | %    | n        | %    | n        | %    |
| ดีขึ้น/หาย                                                             | 25                                                    | 53.2 | 10       | 40.0 | 17        | 42.5 | 11       | 50.0 | 12       | 34.3 |
| เหมือนเดิม/เลขๆ/ไม่ดีขึ้น                                              | 22                                                    | 46.8 | 15       | 60.0 | 23        | 57.5 | 11       | 50.0 | 22       | 62.9 |
| แย่ลง                                                                  | 0                                                     | 0.0  | 0        | 0.0  | 0         | 0.0  | 0        | 0.0  | 1        | 2.8  |

### สภาพอารมณ์

การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับสภาพอารมณ์ ตามอาการที่ระบุนำรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยทั้ง 5 อาการคือ อาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก มีแผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ผลของการจัดการว่าช่วยให้สภาพอารมณ์ดีขึ้นร้อยละ 78.7, 68.0, 87.5, 68.2 และ 65.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 14

**ตารางที่ 14** จำนวนร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับสภาพอารมณ์

| การรับรู้ผลของการ<br>จัดการกับอาการ<br>เกี่ยวกับสภาพอารมณ์ | อาการที่ระบุนำรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |          |      |          |      |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|----------|------|----------|------|
|                                                            | ปวด/เจ็บ/คอ                                           |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | แผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                                                            | (n = 47)                                              |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22) |      | (n = 35) |      |
|                                                            | n                                                     | %    | n        | %    | n         | %    | n        | %    | n        | %    |
| ดีขึ้น/หาย                                                 | 37                                                    | 78.7 | 17       | 68.0 | 35        | 87.5 | 15       | 68.2 | 23       | 65.7 |
| เหมือนเดิม/เลขๆ/ไม่ดีขึ้น                                  | 9                                                     | 19.1 | 8        | 32.0 | 5         | 12.5 | 7        | 31.8 | 12       | 34.3 |
| แย่ลง                                                      | 1                                                     | 2.1  | 0        | 0.0  | 0         | 0.0  | 0        | 0.0  | 0        | 0.0  |

### ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการจัดการกับอาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้งร้อยละ 68.1, 60.0, 54.5 และ 68.6 ตามลำดับ ส่วนอาการกลืนลำบากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม(พอจ่ายได้ไม่รบกวน)เท่ากับร้อยละ 47.5 ดังแสดงในตารางที่ 15 ตารางที่ 15 จำนวนร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

| การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น | อาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |          |      |          |      |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|----------|------|----------|------|
|                                                               | ปวด/เจ็บ/คอ                                            |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | แผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                                                               | (n = 47)                                               |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22) |      | (n = 35) |      |
|                                                               | n                                                      | %    | n        | %    | n         | %    | n        | %    | n        | %    |
| ไม่เสียค่าใช้จ่าย                                             | 32                                                     | 68.1 | 15       | 60.0 | 19        | 47.5 | 12       | 54.5 | 24       | 68.6 |
| เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม<br>(พอจ่ายได้ไม่รบกวน)                    | 14                                                     | 29.8 | 10       | 40.0 | 19        | 47.5 | 9        | 41.0 | 10       | 28.6 |
| เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมาก<br>(มีปัญหาการเงิน)                    | 1                                                      | 2.1  | 0        | 0.0  | 2         | 5.0  | 1        | 4.5  | 1        | 2.9  |

### การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการตามอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน โดยอาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก และแผลในปาก มีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการคือ มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน 1 อย่างมากที่สุดร้อยละ 63.8, 60.0, 67.5 และ 63.6 ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ น้ำหนักลด และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้งมีการรับรู้ผลของการจัดการคือ ไม่เกิดการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดร้อยละ 51.4 ดังแสดงในตารางที่ 16

**ตารางที่ 16** จำนวนร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ  
การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน

| การรับรู้ผลของการจัดการ<br>กับอาการเกี่ยวกับ<br>การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน | อาการที่ระบุน่าจะรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |          |      |          |      |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|----------|------|----------|------|
|                                                                             | ปวด/เจ็บ/คอ                                              |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | แผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                                                                             | (n = 47)                                                 |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22) |      | (n = 35) |      |
|                                                                             | n                                                        | %    | n        | %    | n         | %    | n        | %    | n        | %    |
| ไม่เกิดการเจ็บป่วย                                                          | 12                                                       | 25.5 | 7        | 28.0 | 10        | 25.0 | 8        | 36.4 | 18       | 51.4 |
| มีการเจ็บป่วย<br>หรือภาวะแทรกซ้อน 1 อย่าง                                   | 30                                                       | 63.8 | 15       | 60.0 | 27        | 67.5 | 14       | 63.6 | 16       | 45.7 |
| มีการเจ็บป่วย<br>หรือภาวะแทรกซ้อน > 1 อย่าง                                 | 5                                                        | 10.6 | 3        | 12.0 | 3         | 7.5  | 0        | 0.0  | 1        | 2.9  |

#### ความสามารถในการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยทั้ง 5 อาการคือ อาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 85.1, 88.0, 75.0, 86.4 และ 94.3 ตามลำดับ และพบว่ารองลงมาอาการกลืนลำบากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (แต่ยังต้องมีผู้ช่วยเหลือ) ร้อยละ 22.5 ดังแสดงในตารางที่ 17

**ตารางที่ 17** จำนวนร้อยละของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ  
ความสามารถในการดูแลตนเอง

| การรับรู้ผลของการจัดการ<br>กับอาการเกี่ยวกับความสามารถ<br>ในการดูแลตนเอง | อาการที่ระบุน่าจะรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก |      |          |      |           |      |          |      |          |      |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|----------|------|-----------|------|----------|------|----------|------|
|                                                                          | ปวด/เจ็บ/คอ                                              |      | เจ็บปาก  |      | กลืนลำบาก |      | แผลในปาก |      | ปากแห้ง  |      |
|                                                                          | (n = 47)                                                 |      | (n = 25) |      | (n = 40)  |      | (n = 22) |      | (n = 35) |      |
|                                                                          | n                                                        | %    | n        | %    | n         | %    | n        | %    | n        | %    |
| ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้                                              | 1                                                        | 2.1  | 0        | 0.0  | 1         | 2.5  | 0        | 0.0  | 0        | 0.0  |
| สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง<br>(แต่ยังต้องมีผู้ช่วยเหลือ)               | 6                                                        | 12.8 | 3        | 12.0 | 9         | 22.5 | 3        | 13.6 | 2        | 5.7  |
| สามารถช่วยเหลือตัวเองได้                                                 | 40                                                       | 85.1 | 22       | 88.0 | 30        | 75.0 | 19       | 86.4 | 33       | 94.3 |

### คุณภาพชีวิต

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในช่วงก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด และในปัจจุบัน พบว่าก่อนได้รับการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (mean = 6.29, S.D. = 3.61) และในปัจจุบันมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (mean = 5.84, S.D. = 2.45) ดังแสดงในตารางที่ 18

**ตารางที่ 18** ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดและในปัจจุบัน (N = 55)

| คุณภาพชีวิต | Mean | S.D. |
|-------------|------|------|
| ก่อนรักษา   | 6.29 | 3.61 |
| ในปัจจุบัน  | 5.84 | 2.45 |

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดมีประสบการณ์อาการเกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของการรักษาหลายอาการด้วยกัน และอาการที่พบส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก และมีความเกี่ยวข้องกันของแต่ละอาการเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สบาย ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าจะใช้วิธีการจัดการที่ทีมสุขภาพแนะนำ เพื่อลดความไม่สบายจากอาการที่เกิดขึ้น และผลของการจัดการกับอาการทำให้อาการนั้นบรรเทาหรือทุเลาลง

## บทที่ 5

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ในการอภิปรายผลจะครอบคลุมในประเด็นของข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการที่ส่งผลต่อ สภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตตามลำดับดังนี้

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมงานวิจัย 55 คน มีอายุระหว่าง 26 - 81 ปี มีอายุเฉลี่ย 52.73 ปี ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี (ร้อยละ 61.9) สอดคล้องกับข้อมูลอุบัติการณ์ของมะเร็งศีรษะและคอในประเทศไทยที่พบในผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.5) สอดคล้องกับสถิติมะเร็งประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนเท่ากับ 2:1 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติและคณะ, 2550; American Cancer Society, 2006) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.2) ซึ่งเป็นศาสนาที่คนนับถือพบมากที่สุดในประเทศไทย มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92.7) และระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.7) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี ลดาจารย์ และคณะ (2547) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งศีรษะและคอพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.8 และ 66.1 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง (ร้อยละ 34.5) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ถึงร้อยละ 48.1 แต่รายได้พอใช้ในการดำเนินชีวิต อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึงร้อยละ 76.4 กลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 62.6) รองลงมา คือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 23.6) เนื่องจากการเก็บข้อมูลในศูนย์มะเร็งในภาคกลางกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางและภาคเหนือตอนล่าง

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งโพรงหลังจมูก (nasopharynx) (ร้อยละ 38.2) สอดคล้องกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ

และคอส่วนใหญ่ มีการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งโพรงหลังจมูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549) และมีระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อยู่ในระยะที่4a (ร้อยละ 47.3) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมะเร็งศีรษะและคอพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่4 (ร้อยละ 51.7) ทั้งหมดมีผลทางพยาธิวิทยาเป็นชนิดเซลล์เย็บมีเกร็ด (squamous cell) (ร้อยละ 100 ) สอดคล้องกับรายงานของสาวิตรี เมาพิกุลไพโรจน์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลทางพยาธิวิทยาเป็นชนิดเซลล์เย็บมีเกร็ด (squamous cell) และอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ มีก้อนที่คอ/ต่อมน้ำเหลืองโต (ร้อยละ 49.1) ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยร้อยละ 60-80 (Shiba, 1999) และทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้ (ร้อยละ 38.2) มาพบแพทย์ (ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์, 2544; Shiba, 1999) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร ซิสพลาติน/คาร์โบพลาติน (cisplatin/carboplatin) และ 5 เอฟยู (5-Fluorouracil) ซึ่งเป็นสูตรยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้รักษามะเร็งศีรษะและคอ (Rischino, Corry, Smith, Stewart, Hughes, Peters, et al., 2002; Spensor, Harris, Wheeler, Machtay, Schultz, Spanos, et al., 2001; Wong, Machtay & Li, 2006)

### ประสบการณ์อาการ

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างประเมินประสบการณ์อาการของอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด 47 อาการ จากอาการทั้งหมดพบอาการที่มีความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันใน 5 อันดับแรก พบอาการทั้งหมด 6 อาการดังนี้

อาการที่มีความถี่ในการเกิดอาการสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ 1) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ 2) ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง 3) กลืนลำบาก 4) อาการปวด/เจ็บ/คอ และ 5) เบื่ออาหาร (ตารางที่ 4) อาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ 1) กลืนลำบาก 2) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ 3) ปวด/เจ็บ/คอ 4) ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง และ 5) เจ็บปาก (ตารางที่ 5) โดยอาการที่พบความรุนแรงจะคล้ายกับอาการที่มีความถี่ของการเกิดอาการมาก แต่แตกต่างจากอาการของความถี่คือ เพิ่มอาการเจ็บปาก แต่อาการเบื่ออาหารนั้นไม่จัดว่ารุนแรงใน 5 อันดับแรก ส่วนอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) ปวด/เจ็บคอ 2) เจ็บปาก 3) กลืนลำบาก 4) แผลในปาก และ 5) ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง (ตารางที่ 6) ซึ่งพบอาการคล้ายที่ผู้ป่วยประเมินในเรื่องความถี่และความรุนแรงของอาการ แต่แตกต่างคือ พบว่าเพิ่มเรื่องอาการแผลในปาก แต่ไม่มีอาการรับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ และเบื่ออาหารซึ่งอาการที่พบจากทั้ง 3 การประเมินคือ ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันใน 5 อันดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ แคปโลว์ (Kaplow, 2001) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีและ

เคมีบำบัดพบว่าอาการแทรกซ้อน คือ อาการปวดเจ็บ, แผลในปาก, ปากแห้ง/น้ำลายแห้ง, รับประทานอาหารไม่รู้สึกชาหรือสูญเสียการรับรส และกลืนลำบาก

ผลการศึกษานี้พบว่าอาการปวด/เจ็บคอ กลืนลำบาก และอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ในด้านความถี่ ความรุนแรงของอาการ และเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากอยู่ใน 5 อันดับแรก ที่ผู้ป่วยประเมิน ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดของอาการที่พบตามอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรกดังนี้

#### **อาการปวด/เจ็บคอและอาการเจ็บปาก ( Sore throat/ Sore in the mouth )**

ผลการศึกษานี้พบว่าอาการปวดเจ็บ/คอ กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอันดับแรก มีความถี่เป็นอันดับ 4 (ร้อยละ 45.5) และมีความรุนแรงอยู่ในระดับมากเป็นอันดับ 3 (mean = 7.07, S.D. = 2.77) และอาการเจ็บปาก กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอันดับ 2 แต่ความถี่ไม่เกิดบ่อยพบเป็นอันดับ 6 และมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางเป็นอันดับ 5 (mean = 5.07, S.D. = 4.05) เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่เร้าตรงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายและจิตอารมณ์ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2544) และเป็นปัญหาที่สำคัญระหว่างการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Whale, Lyne, & Papanikolaou, 2001) เกิดจากรังสีทำอันตรายกับเซลล์เยื่อในช่องปากและคอเมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสี 2,500 เซนติเกรย์ (Iwamoto, 1997) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปริมาณรังสี 4,000 -5,000 เซนติเกรย์ ถึงร้อยละ 61.8 จึงมีอาการปวดเจ็บคอ/ปาก เกิดขึ้นได้มาก และยังพบได้ร้อยละ 75 ใน 1 เดือนหลังได้รับการรักษาด้วยรังสี (Epstein, Robertson, Emerton, Phillips, & Stevenson-Moore, 2001) สอดคล้องกับสูงและคณะ (Hung, wilkie, chapman, & Ting, 2003) ที่พบว่าอาการปวดเจ็บคอ/ปากเป็นอาการที่พบได้บ่อยและอยู่ในระดับรุนแรงมากในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี และพบว่าอาการปวดเจ็บ/คอส่งผลต่อการรับประทานอาหาร การกลืนและการพูด รวมทั้งเมื่อได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา อาการปวดเป็นอาการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Nyuyen, Sallah, Karlsson, & Antoine, 2002)

#### **อาการกลืนลำบาก (Dysphagia)**

อาการกลืนลำบากพบว่าเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอันดับ 3 มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก (mean =7.45, S.D. = 3.08) และมีความถี่ของอาการเป็นอันดับ 3 (ร้อยละ 49.1) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด โดยส่วนใหญ่ได้รับปริมาณรังสี 4,000 - 5,000 เซนติเกรย์ถึงร้อยละ 61.8 ร่วมกับการให้ยาซิสพลาติน (Cisplatin) ทุก 3 สัปดาห์ จึงทำให้มีปัญหาเรื่องการกลืนลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาของของงูเยนและคณะ (Nguyen, Moltz, Frank, Vos,

Smith, & Nguyen, 2007) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 41 ราย ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีร่วมกับเคมีบำบัด 24 ราย และได้รับรังสีรักษาหลังผ่าตัด 17 ราย พบว่า ร้อยละ 32 ของผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบากอยู่ในระดับรุนแรงมากโดยอาการกลืนลำบากสามารถคงอยู่หลังสิ้นสุดการรักษาจนถึง 1 ปี (RademakerVonesh, Logeman, Pauloski, Liu, & Lazarus, 2003) และอาการกลืนลำบากยังเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือเคมีบำบัด (Gaziano, 2002) โดยจะพบได้ร้อยละ 40 หรือมากกว่า 50 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Nyuyen, Sallah, Karlsson, & Antoine, 2002) เป็นผลจากการได้รับรังสีรักษาทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อในช่องปาก ปากแห้ง น้ำลายเหนียวส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดเวลารับประทานอาหาร ทำให้มีปัญหาการกลืน (Camp-sorrel, 2004; Magen, Marey, Chamovey, et al., 2001) และเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีร่วมกับเคมีบำบัดจะได้รับผลกระทบเพิ่มมากขึ้นโดยมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 34 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งพบเพียงร้อยละ 19 (Nyuyen, Moltz, Frank, Karlsson, Nguyen, & Vos, 2006) รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด โดยใช้ปริมาณรังสีทั้งหมด 7,200 เซนติเกรย์ใน 6 สัปดาห์ ร่วมกับการให้ซิสพลาติน (Cisplatin) ทุก 3 สัปดาห์ ทำให้มีปัญหาเรื่องการกลืนลำบากถึงร้อยละ 82.9 จำเป็นต้องได้รับการให้อาหารทางสายยาง และอาการกลืนลำบากยังคงอยู่หลังสิ้นสุดการรักษา (Ang, Harris, Garden, Trotti, Jones, Carrascosa, et al., 2005) และการศึกษาในยังคล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมาของ อภิรดี ลดาจารย์ (2547) ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ศีรษะและลำคอ สิ่งที่เหมือนกับการศึกษานี้คือ อาการกลืนลำบาก เป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันใน 5 อันดับแรก โดยจัดเป็นอันดับ 4 แตกต่างกันที่ไม่ได้เป็นอาการที่พบบ่อย (ด้านความถี่และความรุนแรง) ของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาของอภิรดี ลดาจารย์ (2547) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างมีโรคมะเร็งหลายชนิด

#### แผลในปาก (Oral mucositis)

อาการแผลในปากเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตเป็นอันดับ 4 แต่ไม่พบในส่วนของความถี่ และความรุนแรงของอาการใน 5 อันดับแรกของอาการ การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการแผลในปากเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตเป็นอันดับ 4 อาจเนื่องจากอาการแผลในปากส่งผลต่อความปวด และการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง และถึงแม้ว่าจะไม่พบในส่วนของความถี่ และความรุนแรงของอาการใน 5 อันดับแรกแต่พบว่า มีความถี่ และความรุนแรงของอาการเป็นอันดับ 7 เนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.8) ได้รับปริมาณรังสีอยู่ในช่วง 4,000-5,000 เซนติเกรย์ (ตารางที่3) จึงยังไม่ส่งผลให้เกิดแผลในปากกับผู้ป่วยมากนัก เพราะอาการจะเกิดขึ้นได้ร้อยละ 100 เมื่อได้รับรังสีรักษามากกว่า 5,000 เซนติเกรย์ (Epteins & Schubert, 2003)

และ/หรือเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Antimetabolites คือ 5 เอฟ ยู (5 -Fluorouacil) และเม็ทโทเทกเซส (Methotrexate) ที่ใช้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ(Rose-Ped, et al., 2002; Wike & Ades, 2004) แต่ยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในช่วงที่ศึกษาส่วนใหญ่คือ ซีสพลาติน (Cisplatin) ร้อยละ 87.3 (ตารางที่ 3) จากรายงานพบว่าผลข้างเคียงของซิสพลาติน (Cisplatin) ส่วนใหญ่ทำให้เกิดพิษต่อไตและคลื่นไส้อาเจียน (Bergkvist &Wengstrom, 2006 ; De Jonge, De Jonge-maja & Verweij, 2006; Wikes, 2001) และอาจเกิดจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ถึงการปวดก่อนที่จะรับรู้ถึงการเกิดแผลผู้ป่วยมักเกิดรายงานอาการปวดเจ็บคอมาก่อนและตามด้วย เจ็บปาก และ มีการอักเสบในเยื่อช่องปากตามลำดับ เนื่องจากอาการปวดเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้แล้วร้ายที่สุดของการรักษา (Prott, Handschel, Micke, Sunderkotter, Meyer, & Piffko, 2002) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด จากการศึกษานี้ของเอลสเตอร์และคณะ (Adelstein, Li, Adams, Wagner, Kish, Ensley, et al., 2003) ที่ได้รับรังสีรักษาปริมาณทั้งหมด 7,000 เซนติเกรย์ ร่วมกับยาเคมีบำบัดซิสพลาติน (Cisplatin) พบว่าเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ เกรด 3 และ 4 ร้อยละ 42 และ 32 ตามลำดับ แต่การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปริมาณรังสีเพียง 4,000 -5,000 เซนติเกรย์ ร่วมกับยาเคมีซิสพลาติน (Cisplatin) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความถี่และความรุนแรงน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

#### **อาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง (Xerostomia)**

ผลการศึกษาพบว่าอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า รบกวนการดำเนินชีวิตเป็นอันดับ 5 มีความถี่ของอาการมากเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 67.3) และมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางเป็นอันดับ 4 (mean = 6.49, S.D. = 2.90) สนับสนุนการศึกษาของลอกแมนและคณะ (Logemann, Pauloski, Rademaker, Lazarus, Mittal, Gaziano, et al., 2003) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง และส่งผลต่อการกลืนของผู้ป่วยจนถึง 1 ปี หลังการรักษา และกาเซียโน (Gaziano, 2002) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจะมีอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้งแย่งในช่วงระหว่างและหลังการรักษา และรายงานที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอจะมีประสบการณ์ของอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง (Bruce, 2003) พบได้ร้อยละ 75 (Parker, Rice, & Caciato, 2004) และบางการศึกษาพบว่าเกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 100 (Wong, Jones, Sagar, Babjak, & Whelan, 2003) เกิดจากรังสีรักษาเป็นสาเหตุของการทำอันตรายต่อต่อมน้ำลาย ทำให้การสร้างน้ำลายลดลง (Chambers, Rosenthal, & Weber, 2006) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากอื่นๆตามมา เช่น เยื่อช่องปาก

อักเสบ กลืนลำบาก ฟันผุ ความไม่สุขสบายในช่องปาก การเปลี่ยนแปลงการรับรส และเป็นปัจจัยเสริมของการติดเชื้อในช่องปาก (Bruce, 2003)

อาการที่ไม่จัดว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันใน 5 อันดับแรก แต่เป็นอาการที่ผู้ป่วยประเมินว่า มีความถี่/หรือความรุนแรงใน 5 อันดับแรก อาการเหล่านี้คือ

#### **การเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหาร/รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ (Taste alterations/ ageusia)**

กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการรับประทานอาหารไม่รู้รสชาติว่ามีความถี่ของอาการมากเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 72.7) มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมากเป็นอันดับ 2 (mean = 7.29, S.D. = 2.51) แต่ประเมินว่าเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันไม่มาก (ไม่อยู่ใน 5 อันดับแรกของอาการ) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.0 ได้รับอาหารทางสายยางจึงไม่คิดว่าอาการรับประทานอาหารไม่รู้รสชาติรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของเชอร์รี่ (Sherry, 2002) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหารโดยไม่สามารถรับรส 4 รสคือ หวาน เปรี้ยว ขม และเค็มได้เมื่อได้รับรังสีรักษา 3,000 เซนติเกรย์ และ อาการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหารหรือรับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ เป็นอาการหนึ่งที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในช่องปากจากการฉายรังสีเกิดขึ้นได้หลังจากได้รับรังสีประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ หรือสัปดาห์แรกของการรักษา (Loprinzi, et al., 2004; Ripamonti, Zecca, Brunelli, Fulfaro, Villa, Balzarini, et al., 1998; Strohl, 1999) ผลของรังสีรักษาทำให้เกิดผลกระทบต่อปุ่มรับรส (Otto, 2001) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหาร (taste alteration) ไม่สามารถรับรส หวาน เปรี้ยว ขม และเค็มได้ (Shih, et al., 2003) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดได้รับปริมาณรังสีมากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความถี่ของการเกิดอาการรับประทานอาหารไม่รู้รสชาติเป็นอันดับแรกถึงร้อยละ 72.7 นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหารได้สูงเมื่อได้ยาดอกโซรูบิซิน (doxorubicin) ร่วมกับซิสพลาติน (cisplatin) และคาร์โบพลาติน (carboplatin) ร่วมกับ 5 เอฟยู (5-Fluorouracil) (Wickham, Rehwaldt, Kefer, Shott, Abbas, Glynn-Tucker, et al., 1999) กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ได้รับซิสพลาติน (cisplatin) ร้อยละ 87.3 และซิสพลาติน/คาร์โบพลาตินร่วมกับ 5 เอฟยูร้อยละ 12.7 จึงส่งผลให้เกิดอาการรับประทานอาหารไม่รู้รสชาติได้

#### **เบื่ออาหาร/สูญเสียความอยากอาหาร (Anorexia/loss of appetite)**

อาการเบื่ออาหารเป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่จัดอยู่ใน 5 อันดับแรกของ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่จัดความถี่ของอาการเป็นอันดับ 5 (ร้อยละ 34.5) เนื่องจากผลของรังสีรักษาและเคมีบำบัด ทำให้เกิดผลกระทบต่อปุ่มรับรสเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหาร (Otto, 2001; Wickham, et al., 1999) ทำให้รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติส่งผลให้เกิดอาการเบื่ออาหารตามมา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอภินิธิ ลดาธรรม (2547) พบว่า

อาการที่พบบ่อยของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีอาการเบื่ออาหารมากเป็นอันดับ 4 รวมทั้งรายงานที่พบว่าอาการเบื่ออาหาร/สูญเสียความอยากอาหาร เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือเคมีบำบัด ที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับอาการปวด ปากแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ กลืนลำบาก และคลื่นไส้ อาเจียน (The British Columbia Cancer Agency, 2005) รายงานนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ราเวสโกและคณะ (Ravasco, Monteiro-Grillo, & Camilo, 2003) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร้อยละ 52 มีภาวะทุพโภชนาการจากอาการ เบื่ออาหาร กลืนลำบาก และคลื่นไส้ อาเจียน

จากการศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่าอาการส่วนใหญ่ที่พบเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับช่องปากและคอ ซึ่งแตกต่างจากงานที่ผ่านมาหรือในโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ (บุษกร แสงแก้ว, 2549; อภิรดี ลดาจารย์, 2547) ที่พบอาการอ่อนล้าเป็นกลุ่มอาการที่มาพร้อมหรือเกี่ยวข้องกัน เนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด การรักษาจึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับบริเวณช่องปากและคอโดยตรง

### วิธีการจัดการกับอาการ

บุคคลเมื่อมีประสบการณ์อาการ จะมีการประเมินอาการ และวางแผนเป้าหมายในการจัดการกับอาการ โดยแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อให้ผลจากอาการที่เกิดขึ้นบรรเทาลงหรือดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากโรคและการรักษาตามการรับรู้ของตนเอง

ซึ่งการศึกษานี้ประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดประกอบด้วย การประเมินจากวิธีการจัดการของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก ที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนั้นๆใช้เป็นประจำเป็นส่วนใหญ่ และเหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรม แหล่งที่มาของข้อมูล บุคคลที่ช่วยเหลือ เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรม และสถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ โดยแหล่งที่มาของข้อมูล บุคคลที่ช่วยเหลือ เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรม และสถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการประเมินตามอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรกได้แก่ 1) อาการปวด/เจ็บคอ 2) เจ็บปาก 3) กลืนลำบาก 4) แผลในปาก และ 5) ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง (ตารางที่ 8)

วิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อยแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือ การใช้ยาแผนปัจจุบัน/การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำดื่ม โดยการใช้ยาแผนปัจจุบัน/การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การใช้

น้ำเกลือออร์มัล/ผสมเบกกิ้งโซดา(โซเดียมไบคาร์บอเนต)อมบ้วนปาก การใช้ยาแก้ปวด และการใส่สายยางให้อาหาร ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำดื่มได้แก่รับประทานอาหารอ่อน / อาหารเหลว และบริโภคนม/อาหารเสริม การศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ใช้น้ำเกลือออร์มัล/ผสมเบกกิ้งโซดา(โซเดียมไบคาร์บอเนต)อมบ้วนปากมากที่สุด สอดคล้องกับศึกษาผู้มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และผู้ที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดจำนวน 49 ราย พบว่าวิธีการจัดการกับอาการปวดจากเชื้อช่องปากอักเสบที่ใช้บ่อยและมีประสิทธิภาพคือ ใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุดร้อยละ 49 รวมทั้งการใช้น้ำยาบ้วนปากยังมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดแผลในปากจากการรักษาโดยการรักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก (Miller & Kearney, 2001) โดยใช้น้ำยาที่ไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองหรือแห้งเช่น น้ำเกลือออร์มัล(0.9% normal saline solution) โซเดียมไบคาร์บอเนต (baking soda) และน้ำเกลือออร์มัลผสมโซเดียมไบคาร์บอเนต โดยพบว่าน้ำเกลือออร์มัลหรือน้ำเกลือออร์มัลผสมโซเดียมไบคาร์บอเนตนั้นได้ถูกเจ้าหน้าที่ที่ทบทวนงานแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เป็นอันดับแรกในการป้องกัน/บรรเทาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในปาก (National Cancer Institute, 2003) และการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (น้ำเกลือหรือน้ำสะอาด) หรือที่มีส่วนผสมของโซเดียมไบคาร์บอเนต ช่วยในการทำความสะอาดช่องปากและฟันก่อนรับประทานอาการเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น และปรับสภาพในช่องปากลดความเป็นกรด จากคุณสมบัติของโซเดียมไบคาร์บอเนตที่เป็นด่างช่วยลดอาการปากแห้ง การติดเชื้อ และกลิ่นปาก (กรองทอง ยุทธาวร, 2543; ศรีสุนทรา เจริมวิพัฒน์, 2545; National Cancer Institute, 2003) ส่วนอาการกลืนลำบาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับใส่สายยางให้อาหารมากที่สุดร้อยละ 55.0 สอดคล้องกับการศึกษาของอเดลสไตน์และคณะ (Adelstein, Saxton, Rybicki, Esclamado, Wood, Strome, et al., 2006) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 222 รายที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดด้วย ซิสพลาติน (cisplatin) และ 5 เอฟยู (5-Fluorouracil) พบว่าผลกระทบของการรักษาส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่สายยางให้อาหาร และร้อยละ 50 ยังใส่สายยางให้อาหารหลังการรักษาถึง 2 ปี (Parker, Rice, & Casciato, 2004) และการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาช่วยให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดน้อยลง และมีความทนต่อการรักษาด้วยการฉายรังสีดีขึ้น (Zogbaum, Fitz, Duffy, 2004) และวิธีการจัดการกับอาการกลืนลำบากรองลงมาคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำดื่มได้แก่รับประทานอาหารอ่อน / อาหารเหลว และบริโภคนม/อาหารเสริมโดยพบถึงร้อยละ 30.0 และ 22.5 ตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานที่พบว่า เมื่อมีอาการกลืนลำบากผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีลักษณะอ่อนหรือเหลวย่อยง่ายและมีโปรตีนและแคลอรีสูง เพิ่มจำนวนครั้งของการรับประทาน

อาหาร รวมทั้งรับประทานอาหารครั้งละน้อยต่อคำ (ครึ่งถึง 1 ช้อนชา) (The British Columbia Cancer Agency, 2005)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า วิธีการจัดการกับอาการทั้ง 5 อาการซึ่งเป็นอาการที่เกี่ยวข้องภาวะแทรกซ้อนของช่องปากและคอ (ปวด/เจ็บคอ เจ็บปาก กลืนลำบาก แผลในปาก และ ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยาแผนปัจจุบัน/การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารมากที่สุด ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก สามารถปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการนั้นๆจัดการกับอาการคือ คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย (ร้อยละ 100) ส่วนแหล่งที่มาของข้อมูล บุคคลที่ช่วยเหลือ เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรม และสถานที่ที่ปฏิบัติพบว่า แหล่งที่มาของข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากพยาบาล/แพทย์ทั้ง 5 อาการ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีความสำคัญกับผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้รับจะช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากบุคคลมีศักยภาพสามารถพัฒนาได้ หากได้รับความรู้ และข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาได้ (โชมพัตร์ มณีวัต, 2541; อกันตริ กองทอง, 2544) บุคคลที่ได้ช่วยเหลือในปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่คือ ตนเอง(ตัวผู้ป่วย) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนจากผู้อื่น ได้แก่ คนในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อนที่ตนเองไม่ได้ เช่น การให้ญาติช่วยในการให้อาหารทางสายยาง (Gaziano, 2002) เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ โดยอาการปวด/เจ็บคอ เจ็บปาก และแผลในปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวัน เนื่องจากทั้ง 3 อาการ มีวิธีการจัดการกับอาการโดยการใช้ยาเกล็ดเลือด/ผสมเบกิ้งโซดาบ้วนปาก โดยได้รับคำแนะนำจากพยาบาลให้ปฏิบัติทุก 2 ชั่วโมง อาการกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่างจะจัดการโดยปฏิบัติเป็นเวลา ได้แก่ เช้า/กลางวัน/เย็น ตามมื้ออาหารหรือเมื่อรับประทานอาหาร ส่วนอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง กลุ่มตัวอย่างจะจัดการเมื่อมีอาการรู้สึกผิดปกติ ได้แก่ การดื่มน้ำเมื่อรู้สึกคอแห้ง/ปากแห้ง สำหรับสถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ ปวด/เจ็บคอ กลืนลำบาก และแผลในปาก กลุ่มตัวอย่างจะจัดการกับอาการที่บ้านและโรงพยาบาลมากที่สุด ส่วนอาการเจ็บปากและริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลาย ปฏิบัติที่โรงพยาบาลมากที่สุด (ตารางที่ 13) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน จะเห็นได้ว่าทั้ง 5 อาการกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการในสถานที่ไม่แตกต่างกันมากนัก จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากศูนย์มหาวิราชलगรณัฐบุรีจังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีมีเตียงรองรับผู้ป่วยเพียงพอในการที่จะนอนพักระหว่างการรักษา หรือมีที่พักชั่วคราวเพื่อพักระหว่างช่วงการรักษา และสถาบันมะเร็งแห่งชาติมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ผู้ป่วยจึงต้องมาฉาย

รังสีแบบไปและกลับในแต่ละวัน และนอนพักที่โรงพยาบาลเฉพาะเวลาที่ได้รับ การรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด

### ผลของการจัดการกับอาการ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดตามอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ อาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ด้านสภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลของการจัดการด้านสภาพอาการ ภายหลังการจัดการกับอาการว่า บรรเทาอาการหรือทำให้อาการทุเลาลงมากที่สุด อธิบายได้ว่าวิธีการจัดการกับอาการแต่ละวิธีมีประสิทธิภาพช่วยลดอาการได้ดี ได้แก่ การใช้น้ำยาบ้วนปาก ใช้ยาระงับอาการปวด และการดื่มน้ำเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปากช่วยบรรเทาอาการปวดได้ (Wong, Dodd, Miaskowski, Paul, Bank, Shiba, et al., 2006) หรือการใช้น้ำยาบ้วนปากด้วย น้ำเกลือไอโซโทนิก/น้ำเกลือไอโซโทนิกผสมโซเดียมไบคาร์บอเนต เป็นการป้องกันการเกิดแผลในปากจากการรักษา โดยเพิ่มความนุ่มและชุ่มชื้นในช่องปาก (Miller & Kearney, 2001) เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของร่างกายเหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้นมากที่สุด อาจเนื่องจากการศึกษาในช่วงที่อยู่ระหว่างการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาพอาการหลังการจัดการอาการคือ บรรเทาอาการหรืออาการทุเลาลงแต่ยังไม่ดีขึ้น อาจมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ยังรู้สึกเหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้น สอดคล้อง กับการศึกษาของ โรสและเยต (Rose & Yates, 2001) พบว่าการทำหน้าที่ของร่างกายในช่วงระหว่างการรักษาแย่กว่าก่อนและหลังการรักษา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลของการจัดการด้านสภาพอารมณ์ว่า ดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสภาพอาการบรรเทาอาการหรืออาการทุเลาลงทำให้สภาพอารมณ์ดีขึ้นด้วย รวมทั้งลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 92.7) อาจได้รับการสนับสนุนในด้านอารมณ์จากคู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 100 รายมีสถานภาพสมสร้อยละ 78 พบว่ามีคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก และด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นว่า ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในการจัดการกับอาการมากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการกับอาการโดยการใช้ น้ำเกลือไอโซโทนิก/ผสมเบกิ้งโซดา ซึ่งสามารถเตรียมได้เองที่บ้านและประหยัดค่าใช้จ่าย (สราวุธ สันติดำรงกุล และนุชนาถ โอปีณรัตน์, 2550; National Cancer Institute, 2003) และเมื่อได้รับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเบิกได้ตามสิทธิการรักษา

(ตารางที่ 2) และอาการกลืนลำบากมีการรับรู้ไม่เสียค่าใช้จ่าย เท่ากับการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม (พอจ่ายได้ไม่รบกวน)เท่ากัน อาจเนื่องจากวิธีการจัดการกับอาการคือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์มากที่สุดคือ การใส่สายยางให้อาหาร รองลงมาคือ ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน อาหาร โดยรับประทานอาหารอ่อน/อาหารเหลว และบริโภคนม/อาหารเสริม ซึ่งส่วนใหญ่อาหารทางสายยางจะได้รับจากโรงพยาบาล และผู้ดูแลบางรายได้รับการสอนให้สามารถเตรียมได้เองที่บ้าน จะเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะเมื่อซื้อนม/อาหารเสริมซึ่งใช้เป็นบางครั้งจึงไม่รบกวนค่าใช้จ่ายมากนัก ส่วนการรับรู้ผลของการจัดการกับด้านการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนพบว่า มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนจำนวน 1 อย่างมากที่สุด โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือน้ำหนักลดลง ยกเว้นอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลของการจัดการคือ ไม่เกิดการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือมีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน 1 อย่าง (ร้อยละ 45.7) ซึ่งใกล้เคียงกัน และการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบจะมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก ตัวอย่างเช่น มีอาการปวด/เจ็บ/คอ/ปาก ส่งผลให้มีอาการกลืนลำบากหรือเบื่ออาหาร เป็นต้น สอดคล้องการศึกษาของ มันทิและคณะ (Munshi, Pandey, Durga, Pandey, Bahadur & Mohanti, 2003) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาหลังผ่าตัด และได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เกิดอาการแทรกซ้อน เยื่อช่องปากอักเสบ ปวด รับประทานอาหารไม่รู้รส และกลืนลำบากต้องใส่สายยางให้อาหารถึงร้อยละ 32 ส่งผลให้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีน้ำหนักลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัมและยังมีรายงานว่าภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยสัมพันธ์กับโรคและการรักษา ซึ่งอาการที่สัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ปากแห้ง อาการกลืนลำบาก แผลในปาก รับประทานอาหารไม่รู้รส คลื่นไส้อาเจียน และอาการปวด ส่งผลให้เกิดอาการเบื่ออาหาร อ่อนล้า และน้ำหนักลด (Brown, 2004; Carpra, Bauer, Davidson, & Ash, 2001)

ส่วนการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการด้านความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด (เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยจึงพอจะช่วยตัวเองได้) รวมทั้งบุคคลเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะแสวงหาความช่วยเหลือและสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา เพื่อปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย (Orem, 1995) รวมทั้งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำและข้อมูลวิธีการจัดการกับอาการจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเอง และพบว่ารองลงมาอาการกลืนลำบากสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (แต่ยังต้องมีผู้ช่วยเหลือ) เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีอาการนี้ได้รับการใส่สายยางให้อาหาร (ตารางที่ 8) และบางรายไม่สามารถให้อาหารได้ด้วยตนเองต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือเฉพาะเรื่อง

ส่วนด้านคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด และคุณภาพชีวิตในปัจจุบันพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตในปัจจุบันลดลงกว่าก่อนการรักษา เนื่องจากคุณภาพชีวิตในปัจจุบันซึ่งอยู่ในช่วงของการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ส่งผลต่อการรบกวนการดำเนินชีวิตอาจมีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตทำให้คะแนนน้อยกว่าก่อนรักษา โดยเฉพาะเมื่อมีอาการปวดที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตเป็นอันดับต้นๆคือ เจ็บ/ปวดคอและปากเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดความลำบากในการเคี้ยวและกลืนอาหารทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งยังส่งผลต่อการพูด และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีการควบคุมอาการปวดยังไม่เพียงพอ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Shih, et al., 2003; Sutherland & Browman, 2001)

จากการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการที่พบส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก และแต่ละอาการส่งผลให้เกิดอาการอื่นๆตามมา รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการกับอาการโดยใช้วิธีที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยคำแนะนำและวิธีการจัดการที่ได้รับมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น แต่ยังพบว่ามี ความแตกต่างกันบ้างในองค์ประกอบด้านบุคคล และแหล่งสนับสนุนต่างๆ และความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผลของการจัดการกับอาการมีความแตกต่างกันบ้าง ดังนั้นทีมสุขภาพจึงต้องทำความเข้าใจกับองค์ประกอบดังกล่าว เพื่อวางแผนในการประเมินอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และหาแนวทางป้องกัน และแก้ไข รวมทั้งห้สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง และเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการอาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดที่มารับบริการในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์หาวชิราลงกรณธัญบุรีจังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีในหอผู้ป่วยในชาย และหญิง โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ระบุไว้จำนวน 55 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ 2550

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ปรับจากแบบสอบถามการสำรวจประสิทธิภาพการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งของ อภิรดี ตदारวรรย์และคณะ (2547) และปรับปรุงโดย บุญกร แสงแก้ว และคณะ (2549) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมของบุญกร แสงแก้ว (2549) โดยในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้ตรงกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งศีรษะและคอ รังสีรักษา และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเคมีบำบัด และโรคมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .95 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbrach's alpha) โดยรวม ในส่วนที่ 2 ในเรื่องการประเมินความถี่เท่ากับ .79 ระดับความรุนแรงของอาการเท่ากับ .82 และในส่วนที่ 3 ในเรื่องวิธีการจัดการกับอาการเท่ากับ .73 และการรับรู้ผลของการจัดการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเท่ากับ .85

ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย ความถี่ของอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการ

ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด รวมทั้งหาค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการ อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และผลของการจัดการกับอาการในด้านคุณภาพชีวิต ได้ผลการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.5) มีอายุเฉลี่ย 52.73 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.2) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 72.7) ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง (ร้อยละ 34.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,630.91 บาท สถานภาพทางการเงินพอใช้ (ร้อยละ 69.1) การจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 76.4) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 62.6) เป็นมะเร็งโพรงหลังจมูก (ร้อยละ 38.2) และผลทางพยาธิวิทยาทั้งหมดพบ เป็นเซลล์ชนิดแผ่นเรียบมีเกร็ด (squamous cell carcinoma) โดยมีระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อยู่ในระยะที่ 4a (ร้อยละ 47.3) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ มีก้อน/ต่อมน้ำเหลืองโต (ร้อยละ 49.1) ปริมาณรังสีที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับรังสี 4,000 – 5,000 เซนติเกรย์ (ร้อยละ 61.8) ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 (ร้อยละ 69.1) อยู่ในช่วงการให้ยาซิสพลาติน (ร้อยละ 87.3)

กลุ่มตัวอย่างประเมินความถี่และความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่าอาการที่มีความถี่ในการเกิดสูงที่สุด 5 อันดับแรกคือ รับประทานอาหารไม่รู้สึกชาด (72.7%) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (67.3%) กลืนลำบาก (49.1%) ปวด/เจ็บ/คอ (45.5%) และ เบื่ออาหาร (34.5%) ตามลำดับ อาการที่มีความรุนแรง 5 อันดับแรกคือ กลืนลำบาก (mean = 7.45, S.D. = 3.08) รับประทานอาหารไม่รู้สึกชาด (mean = 7.29, S.D. = 2.51) ปวด/เจ็บ/คอ (mean = 7.07, S.D. = 2.77) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (mean = 6.49, S.D. = 2.90) และ เจ็บปาก (mean = 5.07, S.D. = 4.05) ตามลำดับ ส่วนอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ ปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ตามลำดับ

วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ประเมินจากอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกพบว่า อาการปวด/เจ็บ/คอ และเจ็บปาก กลุ่มตัวอย่างใช้ยาแผนปัจจุบันมากที่สุดคือ ใช้น้ำเกลืออนอร์มัลหรือน้ำเกลืออนอร์มัลผสมเบกกิ้งโซดา รองลงมาคือ รับประทานยาแก้ปวด อาการกลืนลำบากมีวิธีการจัดการ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารมากที่สุดคือ การใส่สายยางให้อาหาร รองลงมาคือ รับประทานอาหารอ่อน/อาหารเหลว อาการแผลในปากมีวิธีการจัดการโดยใช้ยาแผนปัจจุบันมากที่สุดคือ ใช้น้ำเกลืออนอร์มัลหรือน้ำเกลืออนอร์มัลผสมเบกกิ้งโซดา รองลงมาคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยบริโภคนม/อาหารเสริมเพิ่มขึ้น และอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง มีวิธีการจัดการกับอาการโดยใช้ยาแผนปัจจุบันมากที่สุดคือ ใช้น้ำเกลืออนอร์มัลหรือน้ำเกลืออนอร์มัล

ผสมเบกิ้งโซดา รองลงมาคือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ ดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้เหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมคือ คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย แหล่งที่มาของวิธีการจัดการได้จากพยาบาล/แพทย์แนะนำมากที่สุด โดย(ตัวผู้ป่วย)ช่วยเหลือตนเองในการจัดการกับอาการ เวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้จัดการกับอาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก และมีแผลในปาก จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวันมากที่สุด ส่วนอาการกลืนลำบากจะปฏิบัติเป็นเวลา เช้า/กลางวัน/เย็นและก่อนนอนหรือตามมื้ออาหาร และอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง จะปฏิบัติเมื่อมีอาการรู้สึกผิดปกติมากที่สุด สถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการจะปฏิบัติทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

ผลของการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามอาการที่ระบุว่าจะพบกว่าชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกดังนี้ 1) ผลด้านสภาพอาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการบรรเทา/อาการทุเลา มากที่สุด 2) ผลด้านการทำหน้าที่ของร่างกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ผลของการจัดการ อาการปวด/เจ็บ/คอว่า ดีขึ้น/หายมากที่สุด ส่วนอาการเจ็บปาก อาการกลืนลำบาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลว่า เหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้นมากที่สุด และอาการแผลในปากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลของการจัดการว่า ดีขึ้น/หาย และเหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้นเท่ากัน 3) ผลด้านสภาพอารมณ์กลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลของการจัดการว่า ดีขึ้น/หายมากที่สุดในทุกอาการ 4) ผลด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลของการจัดการกับอาการ ปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ว่าไม่เสียค่าใช้จ่ายในการจัดการกับอาการมากที่สุด ส่วนอาการกลืนลำบากมีการรับรู้ว่าจะไม่เสียค่าใช้จ่าย และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม(พอจ่ายได้)ไม่ครบถ้วนเท่ากัน 5) ผลด้านการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนกลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลของการจัดการกับอาการ ปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก และแผลในปากว่า เกิดภาวะแทรกซ้อน 1 อย่างมากที่สุด และรับรู้ผลของการจัดการกับอาการ ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้งว่า ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด 6) ผลด้านความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด และ 7) ผลด้านคุณภาพชีวิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในปัจจุบันลดลงกว่าก่อนรักษา

### ข้อสรุปที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า อาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดทั้งในเรื่องความถี่ ความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่ อาการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะเป็นอาการแทรกซ้อนเฉพาะที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก และเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของดอดด์คัมม (Dodd, et al., 2001) ที่กล่าวว่า บุคคลมีการรับรู้และรู้สึกร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจาก

เดิม โดยส่งผลกระทบต่อผลของการจัดการกับอาการที่จะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพของวิธีการจัดการกับอาการและการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการ ทีมสุขภาพจึงต้องมีความตระหนักถึงองค์ประกอบของวิธีการจัดการกับอาการและการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะในภาคกลาง ดังนั้นผลการศึกษาก็ไม่สามารถเป็นตัวแทนภาพรวมของภาคอื่นๆ หรือของประเทศได้
2. จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามมีมาก และใช้เวลาในการตอบ 25 -30 นาที ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยอาจเหนื่อยล้าในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจมีผลต่อผลการวิจัยได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อนการรับการรักษาทั้งความรู้ในเรื่องอาการข้างเคียงจากการรักษาที่พบได้มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ อาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก ได้แก่ อาการปวด/เจ็บคอ เจ็บปาก กลืนลำบาก ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง แผลในปาก และรับประทานอาหารไม่รู้รส เป็นต้น รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการ ที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การใช้ น้ำเกลือไอโซมัล/ผสมเบกกิ้งโซดา(โซเดียมไบคาร์บอเนต)อมบ้วนปาก เพื่อให้อาการทุเลาลง ส่งเสริมการทำหน้าที่ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งช่วยให้เกิดความร่วมมือและความต่อเนื่องในการรักษา

2. พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่อาการปวด/เจ็บคอ เจ็บปาก กลืนลำบาก ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง แผลในปาก และรับประทานอาหารไม่รู้รส เป็นต้น และควรให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วยการให้ผู้ป่วยใช้น้ำเกลือไอโซมัล/ผสมเบกกิ้งโซดา(โซเดียมไบคาร์บอเนต)อมบ้วนปาก ที่ การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการ

#### ด้านการศึกษาและด้านบริหารการพยาบาล

นำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่อง ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งของบุคลากร ให้มีความรู้ความเข้าใจสามารทำให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย โดยการจัดอบรม เผยแพร่ให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของ

ประสบการณ์อาการ                      การจัดการกับอาการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### ด้านการวิจัย

1. นำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับภาวะแทรกซ้อนในช่องปากที่เป็นอาการเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. ควรมีการวิจัยในประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการจัดการกับอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ เช่น มะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจมีความซับซ้อนของประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการ และผลของการจัดการที่แตกต่างกัน
3. นำผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในครั้งต่อไป
4. ทำการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ในเรื่องประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการตั้งแต่เริ่มรักษาจนจบการรักษา
5. ทำการศึกษาให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ครอบคลุม (Generalizability)

ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย

สุจิรา ฟุ่งเฟื่อง 4837039 RAAN / M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชีราภรณ์ จันทร์ดา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ Ph.D.(Nursing)

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

### บทนำ

มะเร็งเป็นโรคที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน โดยในประเทศไทยมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 - 2548 ซึ่งในปี พ.ศ. 2543 มีอัตราการตาย 63.9 รายต่อประชากร 1 แสนราย และ พ.ศ. 2548 มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 81.4 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547; กระทรวงสาธารณสุข, 2548) โดยเฉพาะมะเร็งศีรษะและคอในภาคกลางมีแนวโน้มสูงขึ้น จากข้อมูลสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 18.5 ตามลำดับ ของมะเร็งในเพศชาย และพบเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.85 เป็น 4.03 ตามลำดับ ของมะเร็งในเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548; 2549) เช่นเดียวกับข้อมูลจากศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี ในปี พ.ศ.2547 และพ.ศ. 2548 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบเป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 28.3 และ 30.1 ตามลำดับของมะเร็งในเพศชาย และพบเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 9.2 และ 9.4 ตามลำดับ ของมะเร็งในเพศหญิง

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งมีความรุนแรงจากอัตราการเกิดและตายที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็งศีรษะและคอ เพราะบริเวณศีรษะและคอเปรียบเสมือนส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก บุคลิกภาพ และมีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากเป็นบริเวณที่สามารถสังเกตเห็นซึ่งไม่สามารถปกปิดด้วยเสื้อผ้า (ศิริพร เป็ลย่นผดุง, 2542; Roesch, & Kagan, 2003; Sharp, Layrell, Tiblom, Andersson, & Briksjo, 2004)

โรคมะเร็งนอกจากส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ที่เป็น การรักษาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเช่นกัน การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ มีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือใช้วิธีต่างๆร่วมกัน 2 ใน 3 วิธี เช่น การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด เป็นต้น (ขวลิท เลิศบุญขานกุล และประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2545 ; Vokes, Haraf, & Kies, 2000) ผู้ป่วยประมาณ

2 ใน 3 มักจะมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะที่ 3 และ 4 (สาวิตรี เมาพิกุลไพโรจน์, 2541) ซึ่งเป็นระยะที่โรคก้าวหน้ามาก ดังนั้นการรักษาปัจจุบันส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เนื่องจากช่วยให้มีอัตราการรอดชีวิต อัตราการปลอดการก้าวหน้าของโรค และอัตราการควบคุมเฉพาะบริเวณสูงกว่าการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว แต่จะพบภาวะแทรกซ้อนมากกว่า (ชาลิต เลิศบุษยานุกุล และประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2545) แม้ว่าการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งแต่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายกับผู้ป่วยได้ เช่น มีปากแห้ง คอแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ เลือดออกในปาก คลื่นไส้อาเจียน และกลืนลำบาก เป็นต้น (Epstein & Sonb, 2004; Petruson, Silander & Hanmerlid, 2005) และความรุนแรงของโรคมะเร็งและอาการที่เกิดจากการรักษายังมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001; Given, Given, Azzouz, klozachik, & Stommel, 2001; Mc Millan, & Small, 2002)

ดอดด์และคณะ (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, & Humphreys, 2001) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) กล่าวว่า อาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับน้อยไปจนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อให้ผลจากอาการที่เกิดขึ้นบรรเทาหรือดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากโรคและการรักษาตามการรับรู้ของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาประสบการณ์อาการและการจัดการอาการใดอาการหนึ่งหรือเป็นภาพรวมของอาการและวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายชนิด แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ รวมทั้งยังไม่ได้ระบุวิธีการจัดการกับอาการตามอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำมาใช้หรืออ้างถึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้ เนื่องจากมะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก บุคลิกภาพและมีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยอย่างมากมีผลต่อการรับรู้ต่อความรุนแรงของอาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการได้ แม้การพยาบาลในปัจจุบันจะมีจุดมุ่งหมายที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น แต่ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอและอาจมีความแตกต่างกันของอาการและวิธีการจัดการ ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การวางแผนและให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความเข้าใจถึงประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยรับรู้และปฏิบัติอยู่ รวมทั้งผลของการจัดการกับอาการ เพื่อเป็นแนวทางที่พยาบาลจะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยให้เข้าใจถึงอาการของโรค และผลข้างเคียงของการรักษาที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีส่วนร่วมในการติดตามสังเกต และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการ และวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติแล้วส่งผล

ดีต่ออาการ หรือลดความรุนแรงของอาการ รวมทั้งควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดอาการนั้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) โดยกรอบแนวคิดกล่าวถึง 3 มิติหลักคือ ประสบการณ์อาการ(symptom experience) วิธีการจัดการกับอาการ(symptom management strategies) และผลของการจัดการกับอาการ (symptom outcomes) แบบจำลองนี้ตระหนักถึงมิติของศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อแบบจำลองการจัดการกับอาการ จากแนวคิดการจัดการกับอาการสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกการจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล

จากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการสามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ของ ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

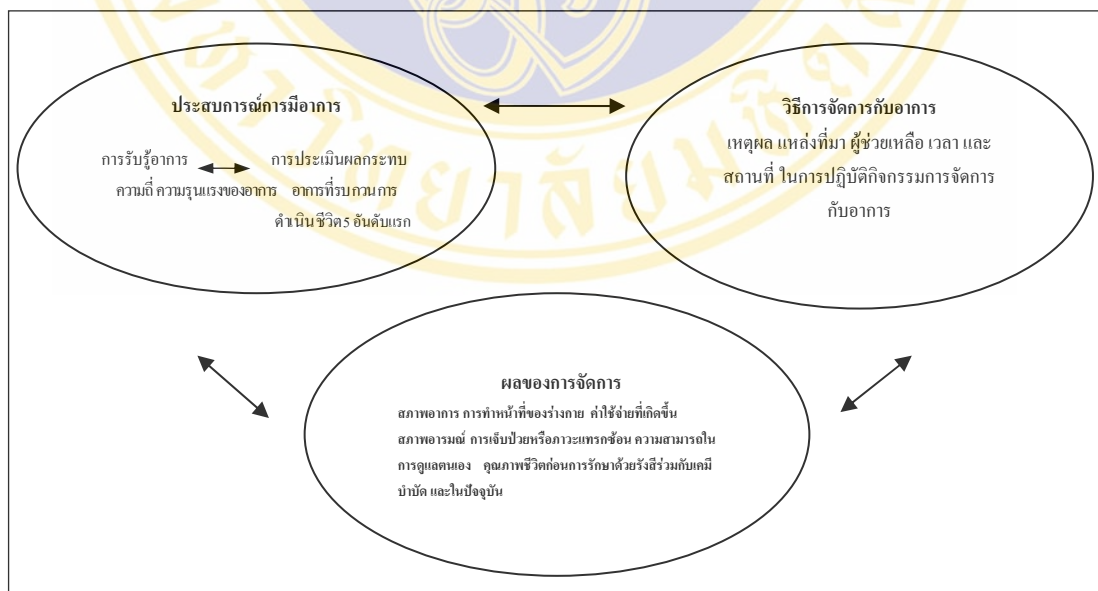
1. ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) ประสบการณ์อาการในการวิจัยครั้งนี้เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยการประเมินความหมายของอาการ โดยจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง ความถี่ของอาการ และผลของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต โดยถ้ามีความเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต การรับรู้ความรุนแรงของอาการก็จะสูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้อาการ และการประเมินอาการ

การรับรู้อาการ คือ การที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม การรับรู้อาการของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์การมีอาการ ภูมิหลัง และองค์ประกอบของแต่ละบุคคล เช่น เพศ การศึกษา เป็นต้น จึงส่งผลให้การประเมินอาการและการตอบสนองย่อมแตกต่างกัน

การประเมินอาการ คือ การประเมินลักษณะเฉพาะที่มีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย การประเมินความรุนแรง ความถี่ของอาการ ที่ส่งผลหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

2. วิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) คือ กระบวนการที่เป็นอามีการเปลี่ยนแปลง โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ การตอบสนองและการยอมรับของแต่ละผู้ป่วยในการจัดการกับอาการ โดยเป้าหมายของการจัดการกับอาการเพื่อจัดปัญหาหรือชะลอผลของการเกิดอาการ เริ่มจากผู้ป่วยมีการประเมินอาการซึ่งเป็นการระบุปัญหา และวางเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ องค์ประกอบในการจัดการกับอาการในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยวิธีการจัดการที่ใช้ควบคุมหรือบรรเทาอาการคืออะไร เหตุผลที่ใช้ แหล่งที่มา ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น จัดการเมื่อไหร่ ที่ไหน ซึ่งกระบวนการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการจะบรรลุผลสำเร็จได้ องค์ประกอบในการจัดการกับอาการต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

3. ผลของการจัดการกับอาการ (Symptom outcomes) ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการ การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการ ผลของการจัดการกับอาการที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการที่สำคัญ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผลของการจัดการกับอาการที่ผู้วิจัยได้ใช้ตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการ 7 บ่งชี้ด้วยกัน คือ สภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด และคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน (คุณภาพ)



ภาพ: กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ในเรื่อง การรับรู้ความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก
2. เพื่อศึกษาวิธีการที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ใช้จัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก ในเรื่อง วิธีการแก้ไขควบคุมหรือบรรเทาอาการ เหตุผลของการเลือกใช้ แหล่งที่มา สถานที่ เวลาที่ใช้ และผู้ให้ความช่วยเหลือ
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ถึงผลของการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในเรื่องของสภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด และในปัจจุบัน

### คำถามในการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด มีประสบการณ์อาการในเรื่อง การรับรู้อาการอะไรที่มีความถี่ ความรุนแรงของอาการ และเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด มีวิธีการจัดการกับอาการในเรื่อง การแก้ไข ควบคุมหรือบรรเทาอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก อย่างไร ทำไมจึงเลือกวิธีการนั้น เมื่อไหร่ ที่ไหนและใครคือผู้ให้ความช่วยเหลือ
3. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด มีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรกในเรื่องของสภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างไร และรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด และในปัจจุบันอย่างไร

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีจำนวน 55 ราย ใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2550

### นิยามตัวแปร

ประสบการณ์อาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดรับรู้ว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ครอบคลุมในเรื่อง ความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต

ความถี่ของอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดรับรู้และประเมินว่าอาการนั้นเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดรับรู้หรือประเมินว่าอาการนั้นมีความรุนแรงของอาการว่ามากน้อยเพียงใดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นรบกวนการดำเนินชีวิต ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

วิธีการจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ใช้เพื่อแก้ไขควบคุมหรือบรรเทาอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรก รวมถึงเหตุผลของการเลือกใช้วิธีการนั้น สถานที่ที่ใช้ปฏิบัติ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติและใครเป็นให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติวิธีการนั้น

ผลของการจัดการกับอาการ หมายถึง ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด รู้หลังจากการใช้วิธีการจัดการกับอาการแต่ละอาการ ในเรื่องของสภาพอาการการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนความสามารถในการดูแลตนเอง และเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดที่มารับบริการใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาชิราลงกรณชัยบุรี และศูนย์มะเร็งลพบุรี ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2550 จำนวน 55 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอ ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ขึ้นไปและได้รับรังสีรักษาสัปดาห์ที่ 4 ขึ้นไปของการฉายรังสี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดประกอบด้วย

ก. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน สถานภาพทางการเงิน การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ภูมิลาเนา และสถานที่ที่สามารถติดต่อได้

ข. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค และระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อาการสำคัญที่มารับการรักษา ประวัติการรักษา (รังสีรักษาและเคมีบำบัด)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ปรับมาจากแบบสอบถามเรื่องการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งของอภิรดี ลดาวัลย์และคณะ (2547) และพัฒนาต่อโดยบุษกร แสงแก้วและคณะ (2549) เป็นการประเมินความถี่และระดับความรุนแรงของอาการ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้ตรงกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับอาการที่เฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้รวมทั้งหมด 47 อาการ และประเมินอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาร่วมกับเคมีบำบัดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ของการประเมินความถี่และระดับความรุนแรงของเท่ากับ .79 ระดับความรุนแรงของอาการเท่ากับ .82 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประสบการณ์ในการจัดการกับอาการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมของบุษกร แสงแก้ว (2549) และผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้ตรงกับวิธีการจัดการที่ตรงกับลักษณะอาการของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย วิธีการจัดการกับอาการทั้งหมด 7 วิธี และการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการตามกรอบแนวคิดของดอดด์ (Dodd, et al., 2001) 7 ปัจจัยด้วยกัน คือ สภาพอาการ การทำหน้าที่ยของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดและในปัจจุบัน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาร่วมกับเคมีบำบัดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนบาค (Cronbrach' s alpha) ของการประเมินวิธีการจัดการกับอาการเท่ากับ .73 และการรับรู้ผลของการจัดการด้านคุณภาพชีวิตเท่ากับ .85

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ( Content Validity) ของเครื่องมือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งศีรษะและคอ รังสีรักษา และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเคมีบำบัด และโรคมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 5 ท่านนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำและคำนวณค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.95

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้ แจกแจงความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย ความถี่ของอาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

2. หาค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการ อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และผลของการจัดการกับอาการในปัจจุบันด้านคุณภาพชีวิต

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายพบร้อยละ 74.5 มีอายุระหว่าง 26 - 81 ปี และมีอายุเฉลี่ย 52.73 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 92.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.2 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 72.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ 34.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,931.25 บาท สถานภาพทางการเงินพอใช้ร้อยละ 69.1 การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 76.4 และมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางร้อยละ 62.6 เป็นผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกร้อยละ 38.2 โดยมีระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อยู่ในระยะที่ 4 a ร้อยละ 47.3 ปริมาณรังสีที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับรังสี 4,000 – 5,000 เซนติเกรย์ ร้อยละ 61.8 ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ร้อยละ 69.9 และอยู่ในช่วงการให้ยาซิสพลาติน ร้อยละ 87.3

### ประสบการณ์อาการของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ความถี่ของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยประเมินจากอาการที่มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นตลอดเวลามากที่สุด พบว่าอาการที่มีความถี่สูงสุด 5 อันดับแรกคือ 1) รับประทานอาหารไม่รู้สึกหิว ร้อยละ 72.7 รองลงมาคือ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง ร้อยละ 67.3 3) กลืนลำบาก ร้อยละ 49.1 4) ปวด/เจ็บ/คอ ร้อยละ 45.5 และ 5) เบื่ออาหาร ร้อยละ 34.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของความถี่ของอาการ 5 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม  
ความถี่ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

| อาการ                         | ความถี่ของอาการ |      |           |     |          |      |           |      |          |      |
|-------------------------------|-----------------|------|-----------|-----|----------|------|-----------|------|----------|------|
|                               | ไม่มีอาการ      |      | นานๆครั้ง |     | เป็นพักๆ |      | เป็นประจำ |      | ตลอดเวลา |      |
|                               | n               | %    | n         | %   | n        | %    | n         | %    | n        | %    |
| 1. รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ | 2               | 3.6  | 5         | 9.1 | 4        | 7.3  | 4         | 7.3  | 40       | 72.7 |
| 2. ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง     | 5               | 9.1  | 0         | 0.0 | 5        | 9.1  | 8         | 14.5 | 37       | 67.3 |
| 3. กลืนลำบาก                  | 5               | 9.1  | 4         | 7.3 | 7        | 12.7 | 12        | 21.8 | 27       | 49.1 |
| 4. ปวด/เจ็บ/คอ                | 3               | 5.5  | 2         | 3.6 | 17       | 30.9 | 8         | 14.5 | 25       | 45.5 |
| 5. เบื่ออาหาร                 | 15              | 27.3 | 2         | 3.6 | 9        | 16.4 | 10        | 18.2 | 19       | 34.5 |

#### ความรุนแรงของอาการ

ผลการวิเคราะห์พบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก พบว่า อาการกลืนลำบาก (mean = 7.45, S.D. = 3.08) รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ (mean = 7.29, S.D. = 2.51) และปวด/เจ็บ/คอ (mean = 7.07, S.D. = 2.77) มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ตามลำดับ ส่วนอาการริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (mean = 6.49, S.D. = 2.90) และอาการเจ็บปาก (mean = 5.07, S.D. = 4.05) มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม  
ความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

| อาการ                         | ความรุนแรงของอาการ(0-10) |      | ระดับความรุนแรง |
|-------------------------------|--------------------------|------|-----------------|
|                               | mean                     | S.D. |                 |
| 1. กลืนลำบาก                  | 7.45                     | 3.08 | มาก             |
| 2. รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ | 7.29                     | 2.51 | มาก             |
| 3. ปวด/เจ็บ/คอ                | 7.07                     | 2.77 | มาก             |
| 4. ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง     | 6.49                     | 2.90 | ปานกลาง         |
| 5. เจ็บปาก                    | 5.07                     | 4.05 | ปานกลาง         |

### อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก

จากการประเมิน อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างใน รอบ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก นำมาให้คะแนน โดยอาการที่เลือกเป็นอันดับ 1 เท่ากับ 5 คะแนน อาการที่เลือกเป็นอันดับ 2 เท่ากับ 4 คะแนน โดยลดลงตามลำดับ และอาการที่ไม่ถูกเลือก เท่ากับ 0 คะแนน และนำมาหาค่าเฉลี่ยของแต่ละอาการพบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับเป็นอันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บ/คอ (mean = 4.51, S.D. = .98) 2) อาการเจ็บปาก (mean = 3.58, S.D. = 1.31) 3) กลืนลำบาก (mean = 3.40, S.D. = 1.10) 4) แผลในปาก (mean = 2.36, S.D. = 1.18) และอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง (mean = 2.34, S.D. = 1.14) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าเฉลี่ยของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ที่เลือกอาการเหล่านี้ใน 5 อันดับแรก

| อันดับ | อาการ                          | n  | mean | S.D. |
|--------|--------------------------------|----|------|------|
| 1      | ปวด/เจ็บ/คอ                    | 47 | 4.51 | .98  |
| 2      | เจ็บปาก                        | 25 | 3.58 | 1.31 |
| 3      | กลืนลำบาก                      | 40 | 3.40 | 1.10 |
| 4      | แผลในปาก                       | 22 | 2.36 | 1.18 |
| 5      | ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง | 35 | 2.34 | 1.14 |

### วิธีการจัดการกับอาการ

วิธีการจัดการกับอาการตามอาการที่ผู้ป่วยประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก ที่ในการจัดการกับอาการเป็นประจำหรือใช้เป็นส่วนใหญ่พบว่า อาการเจ็บ/คอ และเจ็บปาก แผลในปาก และ ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดการอาการ โดยการใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุด โดยใช้น้ำเกลือออร์มัลหรือน้ำเกลือออร์มัลผสมเบกิ้งโซดาอบ้วนปาก ร้อยละ 74.5, 76.0, 90.9 และ 62.3 ตามลำดับ และอาการกลืนลำบากใช้การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์มากที่สุด ได้แก่ การใส่สายยางให้อาหาร ร้อยละ 55.0

โดยเหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการคือ คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย ร้อยละ 100 และแหล่งที่มา บุคคลที่ช่วยเหลือ เวลา และสถานที่ของกรปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการเรียงตามลำดับอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยแหล่งที่มาของทั้ง 5 อาการคือ อาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง ได้รับข้อมูลจากพยาบาล/แพทย์แนะนำมากที่สุด โดยมีบุคคลที่ช่วยเหลือคือ ตนเอง(ตัวผู้ป่วย)ช่วยเหลือตนเองในการจัดการกับอาการมากที่สุด โดยพบร้อยละ 89.4, 88.0, 77.5, 90.9 และ

88.6 ตามลำดับ เวลาที่ใช้ในการจัดการกับอาการคือ อาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก และมีแผลในปาก มีปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวันมากที่สุด ร้อยละ 76.6, 52.0 และ 50.0 ตามลำดับ ส่วนอาการกลืนลำบากจะปฏิบัติเป็นเวลา เช้า/กลางวัน/เย็นและก่อนนอนหรือตามมื้ออาหารร้อยละ 47.5 และอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง จะปฏิบัติเมื่อมีอาการรู้สึกผิดปกติมากที่สุดร้อยละ 42.9 และสถานที่ที่ใช้ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการคือ อาการปวด/เจ็บ/คอ อาการกลืนลำบาก และแผลในปาก ปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านและโรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 51.1, 52.5 และ 63.6 ตามลำดับ ส่วนอาการเจ็บปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง มีการปฏิบัติที่โรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 52.0 และ 54.3

### ผลของการจัดการกับอาการ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการด้านสภาพอาการที่เกิดขึ้นตามอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ อาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก มีแผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง โดยทั้ง 5 อาการมีการรับรู้ผลของการจัดการว่าบรรเทาอาการ/อาการทุเลามากที่สุด ร้อยละ 78.7, 64.0, 90.0, 72.7 และ 77.1 ตามลำดับ และด้านการทำหน้าที่ของร่างกายมีการรับรู้ผลของการจัดการคือ อาการปวด/เจ็บ/คอ รับรู้ผลของการจัดการกับอาการว่าดีขึ้น/หายมากที่สุด ร้อยละ 53.2 อาการเจ็บปาก กลืนลำบาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง มีการรับรู้ว่าเหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้นมากที่สุด โดยพบร้อยละ 60.0, 57.5 และ 62.9 ตามลำดับ ส่วนอาการแผลในปากมีการรับรู้ว่าดีขึ้น/หาย และเหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้นเท่ากันร้อยละ 50.0 ด้านสภาพอารมณ์ทั้ง 5 อาการ มีการรับรู้ผลของการจัดการคือ ดีขึ้น/หายมากที่สุดร้อยละ 78.7, 68.0, 87.5, 68.2 และ 65.7 ตามลำดับ ด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นพบว่า อาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก แผลในปาก และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง มีการรับรู้ว่าไม่เสียค่าใช้จ่ายในการจัดการกับอาการมากที่สุด พบร้อยละ 68.1, 60.0, 54.5 และ 68.6 ตามลำดับ และอาการกลืนลำบากมีการรับรู้ว่าไม่เสียค่าใช้จ่าย และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม(พอจ่ายได้ไม่รบกวน)เท่ากันร้อยละ 47.5 ด้านการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน พบว่าอาการปวด/เจ็บ/คอ เจ็บปาก กลืนลำบาก และแผลในปาก มีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการคือ มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน 1 อย่างมากที่สุดร้อยละ 63.8, 60.0, 67.5 และ 63.6 ตามลำดับ และริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้งมีการรับรู้ผลของการจัดการคือ ไม่เกิดการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดร้อยละ 51.4 ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง โดยทั้ง 5 อาการ มีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการคือ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ร้อยละ 85.1, 88.0, 75.0, 86.4 และ 94.3 ตามลำดับ และพบว่ารองลงมาอาการกลืนลำบากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลของการจัดการกับอาการคือ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (แต่ยังต้องมีผู้ช่วยเหลือ) ร้อยละ 22.5 และด้านคุณภาพชีวิตในช่วงก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดและในปัจจุบัน พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตลดลงกว่าก่อนรักษา โดยก่อนได้รับการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (mean= 6.29, S.D.= 3.61) และในปัจจุบันมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (mean= 5.84, S.D. = 2.45 )

### การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมงานวิจัย 55 คน มีอายุระหว่าง 26 - 81 ปี มีอายุเฉลี่ย 52.73 ปี ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี (ร้อยละ 61.9) สอดคล้องกับข้อมูลอุบัติการณ์ของมะเร็งศีรษะและคอในประเทศไทยที่พบในผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.5) สอดคล้องกับสถิติมะเร็งประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาซึ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพบเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนเท่ากับ 2:1 (สถิติมะเร็งในประเทศไทย, 2550; American Cancer Society, 2006) มีการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งโพรงหลังจมูก (nasopharynx) (ร้อยละ 38.2) และมีระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อยู่ในระยะที่ 4a (ร้อยละ 47.3) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมะเร็งศีรษะและคอพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 4 (ร้อยละ 51.7) และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงได้รับปริมาณรังสี 4,000 - 5,000 เซนติเกรย์ (ร้อยละ 61.8) และอยู่ในช่วงการให้ยาซีสพลาตินร้อยละ 87.3

### ประสบการณ์อาการ

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประเมินประสบการณ์อาการของอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด 47 อาการ พบว่ามีอาการที่มีความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันใน 5 อันดับแรก ทั้งหมด 6 อาการ ได้แก่ อาการปวด/เจ็บคอ เจ็บปาก กลืนลำบาก อาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง แผลในปาก และเบื่ออาหาร ซึ่งอาการที่พบจากทั้ง 3 การประเมิน และเป็นอาการที่เกิดที่ช่องปากและคอ สอดคล้องกับการศึกษาของ แคปโลว์ (Kaplow, 2001) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัดพบว่าอาการแทรกซ้อน คือ อาการปวดเจ็บ, แผลในปาก, ปากแห้ง/น้ำลายแห้ง, รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติหรือสูญเสียการรับรส และกลืนลำบาก

อาการปวด/เจ็บคอ/ปากพบทั้ง 3 การประเมินคือ มีความถี่ และความรุนแรงของอาการ รวมทั้งเป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน เนื่องจากเกิดจากรังสีทำอันตรายกับเซลล์เยื่อในช่องปากและคอเมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสี 2,500 เซนติเกรย์ (Iwamoto, 1997) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปริมาณรังสี 4,000 - 5,000 เซนติเกรย์ ถึงร้อยละ 61.8 จึงมีอาการปวด/เจ็บคอ/ปากเกิดขึ้นได้มาก ส่วนอาการกลืนลำบากพบที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก (mean = 7.45, S.D. = 3.08) สอดคล้องกับการศึกษาของงูเยนและคณะ (Nguyen, Moltz, Frank, Vos, Smith, & Nguyen, 2007) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอร้อยละ 32 มีอาการกลืนลำบากอยู่ในระดับรุนแรงมาก ส่วนอาการแผลในปากพบว่าเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตเป็นอันดับ 4 แต่ไม่พบในส่วน

ของความถี่ และความรุนแรงของอาการใน 5 อันดับแรกของอาการ อาจเนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.8) ได้รับปริมาณรังสีอยู่ในช่วง 4,000-5,000 เซนติเกรย์ จึงยังไม่ส่งผลให้เกิดแผลในปากกับผู้ป่วยมากนัก เพราะอาการจะเกิดขึ้นได้ร้อยละ 100 เมื่อได้รับรังสีรักษา มากกว่า 5,000 เซนติเกรย์ (Epteins & Schubert, 2003) จากการศึกษานี้อาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้งพบได้มาก เกิดจากรังสีรักษาเป็นสาเหตุของการทำอันตรายต่อต่อมน้ำลาย ทำให้การสร้างน้ำลายลดลง (Chambers, Rosenthal, & Weber, 2006) สนับสนุนการศึกษาของลอกแมนและคณะ (Logemann, Pauloski, Rademaker, Lazarus, Mittal, & Gaziano, et al., 2003) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง และส่งผลต่อการกลืนของผู้ป่วยจนถึง 1 ปี หลังการรักษา และกาเซียโน (Gaziano, 2002) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจะมีอาการริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้งแย่งในช่วงระหว่างและหลังการรักษา การรับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ พบว่ามีความถี่และความรุนแรงมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของ เซอร์รี่ (Sherry, 2002) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหารโดยไม่สามารถรับรส 4 รสคือ หวาน เปรี้ยว ขม และเค็มได้เมื่อได้รับรังสีรักษา 3,000 เซนติเกรย์ และ อาการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหารหรือรับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ เป็นอาการหนึ่งที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในช่องปากจากการฉายรังสีเกิดขึ้นได้หลังจากได้รับรังสีประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ หรือสัปดาห์แรกของการรักษา (Loprinzi, et al., 2004; Ripamonti, Zecca, Brunelli, Fulfaro, Villa, Balzarini, et al., 1998; Strohl, 1999) และอาการเบื่ออาหารมีความถี่ของอาการเป็นอันดับ 5 (ร้อยละ 34.5) เนื่องจากผลของรังสีรักษาและเคมีบำบัด ทำให้เกิดผลกระทบต่อบุ้มรับรสเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหาร (Otto, 2001; Wickham, et al., 1999) ทำให้รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติส่งผลให้เกิดอาการเบื่ออาหารตามมา ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี ลดาจารย์ (2547) พบว่า อาการที่พบบ่อยของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ซึ่งเป็นมะเร็งศีรษะและคอมีอาการเบื่ออาหารมากเป็นอันดับ 4

#### วิธีการจัดการกับอาการ

การศึกษานี้ประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดประกอบด้วย การประเมินจากวิธีการจัดการของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก ที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนั้นๆ ใช้เป็นประจำเป็นส่วนใหญ่ วิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มที่ใช้บ่อย แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือ การใช้ยาแผนปัจจุบัน/การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ การใช้น้ำเกลือหรือสารละลาย/ผสมเบกกิ้งโซดา(โซเดียมไบคาร์บอเนต)อมบ้วนปาก การใช้ยาแก้ปวด และการใส่สายยางให้อาหาร ส่วนการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่มได้แก่ รับประทานอาหารอ่อน / อาหารเหลว และบริโภคนม/อาหารเสริม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong, Dodd, Miaskowski, Paul, Bank, & Shiba, (2006) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และผู้ที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดจำนวน 49 ราย พบว่าวิธีการจัดการกับอาการปวดจากเยื่อช่องปากอักเสบที่ใช้บ่อยและมีประสิทธิภาพคือ ใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุดร้อยละ 49 และการดื่มน้ำเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปากจะช่วยบรรเทาอาการปวด และการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (น้ำเกลือหรือน้ำสะอาด) หรือที่มีส่วนผสมของโซเดียมไบคาร์บอเนต ช่วยในการทำมาสะอาดช่องปากและฟันก่อนรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น และปรับสภาพในช่องปากลดความเป็นกรด จากคุณสมบัติของโซเดียมไบคาร์บอเนตที่เป็นด่างช่วยลดอาการปากแห้ง การติดเชื้อ และกลิ่นปาก (กรองทอง ยุวถาวร, 2543; ศรีสุนทรา เจริญพิพัฒน์, 2545; National Cancer Institute, 2003) และการศึกษาของอเดลสไตน์และคณะ (Adelstein, Saxton, Rybicki, Esclamado, Wood, & Strome, et al., 2006) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 222 รายที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดด้วย ซิสพลาติน (cisplatin) และ 5-ฟลูออไรด์ (5-Fluorouracil) พบว่าผลกระทบของการรักษาส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่สายยางให้อาหาร และร้อยละ 50 และการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาช่วยให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดน้อยลง และมีความทนต่อการรักษาด้วยการฉายรังสีดีขึ้น (Zogbaum, Fitz, Duffy, 2004) รวมทั้งการปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทานให้เหมาะสม โดยรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม และของเหลวอื่นๆที่มีส่วนประกอบของโปรตีน เช่น นม โยเกิร์ต ไอศกรีม ชุปไข่ เป็นต้น เพื่อช่วยซ่อมแซมและสร้างเนื้อเยื่อ ทดแทนพลังงานที่สูญเสียไปจากการรักษา หรือรับประทานอาหารที่มีแคลอรีและ/หรือโปรตีนสูง และไม่ระคายเคืองต่อเยื่อช่องปาก (Iwamoto, 2001; Loprinzi, et al., 2004; Madeya, 1996; The British Columbia Cancer Agency, 2005) จะช่วยลดอาการปากแห้ง และแผลในปาก

#### ผลของการจัดการกับอาการ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลของการจัดการกับอาการตามอาการที่ระบุ ว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก ด้านสภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่มีอาการทั้ง 5 อาการรับรู้ว่าสามารถบรรเทาอาการหรือทุเลาอาการลงมากที่สุดอธิบายได้ว่าวิธีการจัดการกับอาการแต่ละวิธีมีประสิทธิภาพช่วยลดอาการได้ดี เช่น น้ำยาบ้วนปาก ใช้ยาระงับอาการปวด และการดื่มน้ำเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปากจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ (Wong, Dodd, Miaskowski, Paul, Bank, & Shiba, et al., 2006) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่วนใหญ่ประเมินว่ามีอาการ เหมือนเดิม/เฉยๆ/ไม่ดีขึ้น เนื่องจากการศึกษาในช่วงที่อยู่ระหว่าง

การรักษา สอดคล้อง กับการศึกษาของ โรสและเยต (Rose & Yates, 2001) พบว่าการทำหน้าที่ของร่างกายในช่วงระหว่างการรักษาแยกว่าก่อนและหลังการรักษา ด้านสภาพอารมณ์ ทั้ง 5 อาการ ผู้ป่วยรับรู้ว่ามี ดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ อธิบายได้ว่า ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 92.7) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการสนับสนุนในด้านอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 100 รายมีสถานภาพสมสร้อยละ 78 พบว่ามีคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นรับรู้ว่ามีค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในการจัดการกับอาการมากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการกับอาการโดยการใช้น้ำเกลืออินทรีย์/ผสมเบกกิ้งโซดา ซึ่งสามารถเตรียมได้เองที่บ้านและประหยัดค่าใช้จ่าย (สราวุธ สันติดำรงกุล และนุชนาถ โอปิลันธน์, 2550; National cancer institute, 2003)

ด้านการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน 1 อย่างมากที่สุด โดยพบว่าการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบจะมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก ตัวอย่างเช่น มีอาการปวด/เจ็บ/คอ/ปาก ส่งผลให้มีอาการกลืนลำบากหรือเบื่ออาหาร เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มันทิและคณะ (Munshi, Pandey, Durga, Pandey, Bahadur & Mohanti, 2003) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาหลังผ่าตัด และได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เกิดอาการแทรกซ้อน เยื่อช่องปากอักเสบ ปวด รับประทานอาหารไม่รู้รส และกลืนลำบาก ต้องใส่สายยางให้อาหารถึงร้อยละ 32 ส่งผล 1 ใน 3 ของผู้ป่วย น้ำหนักลดมากกว่า 5 กิโลกรัม ด้านความสามารถในการดูแลตนเองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่ามี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด เนื่องจากบุคคลเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะแสวงหาความช่วยเหลือ และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา เพื่อปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย (Orem, 1995) รวมทั้งการศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำและข้อมูลวิธีการจัดการกับอาการจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเอง และด้านคุณภาพชีวิตในช่วงก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดและคุณภาพชีวิตในปัจจุบันพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคุณภาพชีวิตลดลงก่อนการรักษา เนื่องจากคุณภาพชีวิตในปัจจุบันซึ่งอยู่ในช่วงของการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ส่งผลต่อการรบกวนการดำเนินชีวิตจึงมีคุณภาพชีวิตน้อยลง โดยเฉพาะเมื่อมีอาการปวดที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตเป็นอันดับต้นๆคือ เจ็บ/ปวดคอและปาก เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดความลำบากในการเคี้ยวและกลืนอาหาร ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งยังส่งผลต่อการพูด และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการ

รักษาด้วยการฉายรังสีการควบคุมอาการปวดยังไม่เพียงพอซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Shih, et al., 2003; Sutherland & Browman, 2001)

## สรุป

จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์อาการที่พบส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก และแต่ละอาการส่งผลให้เกิดอาการอื่นๆตามมา รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการกับอาการโดยใช้วิธีที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล แต่พบที่มีความแตกต่างกันบ้างในองค์ประกอบด้านบุคคล และแหล่งสนับสนุนต่างๆ และความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผลของการจัดการกับอาการมีความแตกต่างกันบ้าง ดังนั้นทีมสุขภาพจึงต้องทำความเข้าใจกับองค์ประกอบดังกล่าว เพื่อวางแผนในการประเมินอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และหาแนวทางป้องกัน และแก้ไข รวมทั้งให้สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง และเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้

## ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะในภาคกลาง ดังนั้นผลการศึกษาไม่สามารถเป็นตัวแทนภาพรวมของภาคอื่นๆ หรือของประเทศได้
2. จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามมีมาก และใช้เวลาในการตอบ 25 -30 นาที ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยอาจเหนื่อยล้าในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจมีผลต่อผลการวิจัยได้

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อนการรับการรักษาทั้งความรู้ในเรื่องอาการข้างเคียงจากการรักษาที่พบได้มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ อาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก ได้แก่ อาการปวด/เจ็บคอ เจ็บปาก กลืนลำบาก ริมฝีปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง แผลในปาก และรับประทานอาหารไม่รู้รส เป็นต้น รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการ ที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การใช้ น้ำเกลือออร์มัล/ผสมเบกกิ้งโซดา(โซเดียมไบคาร์บอเนต)อมบ้วนปาก เพื่อให้อาการทุเลาลง ส่งเสริมการทำหน้าที่ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งช่วยให้เกิดความร่วมมือและความต่อเนื่องในการรักษา

2. พยาบาลและทีมสุขภาพควรตระหนัก และให้ความสำคัญถึงปัจจัยด้านประสบการณ์ อาการ วิธีการจัดการ เพื่อวางแผนประเมินอาการ และหาวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสม ตลอดจนปรับการพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง ป้องกันหรือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### ด้านการศึกษาและด้านการบริหารการพยาบาล

นำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่อง ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งของบุคลากร ให้มีความรู้ความเข้าใจสามารถให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย โดยการจัดอบรม เผยแพร่ให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญ ของประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### ด้านการวิจัย

1. นำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ สอดคล้องกับภาวะแทรกซ้อนในช่องปากที่เป็นอาการเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. ควรมีการวิจัยในประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการจัดการกับอาการในกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ เช่น มะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจมีความซับซ้อนของประสบการณ์อาการ การจัดการกับ อาการ และผลของการจัดการที่แตกต่างกัน
3. นำผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในครั้งต่อไป
4. ทำการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ในเรื่องประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการตั้งแต่เริ่มรักษาจนจบการรักษา
5. ทำการศึกษาให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสามารถ นำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ครอบคลุม (Generalizability)

SYMPTOM EXPERIENCES, SYMPTOM MANAGEMENT, AND OUTCOMES OF PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER UNDERGOING CONCURRENT CHEMORADIATION AT CANCER CENTERS IN THE CENTRAL PART OF THAILAND

SUJIRA FOONGFAUNG 4837039 RAAN/M

M.N.S (ADULT NURSING)

THESIS ADVISOR: TIRAPORN JUNDA, KANITHA HANPRASITKAM, Ph.D. (Nursing)

## EXECUTIVE SUMMARY

### Introduction

Currently, the incidence of cancer is increasing and in Thailand, cancer is a chronic disease which is an important health problem because it is the first leading course of death between 2000 and 2005. The mortality rate of cancer rapidly increased from 63.9 per 100,000 in 2000 to 81.4 per 100,000 in 2005 (Public Health Ministry, 2004; Public Health Ministry, 2005). As the increase in the mortality rate of cancer is true for all kinds of cancer, the trend of head and neck cancer in the central region of the country is also rising. According to the data from the National Cancer Institute from the years 2005 to 2006, the incidence of head and neck cancer in the male population increased from 15.9% to 18.5% and from 3.85 % to 4.03% in the female population (National Cancer Institute, 2005 -2006). In addition, at Lopburi Cancer Center in the years 2004 and 2005, head and neck cancer ranked first in males (28.3 % and 30.1%, respectively) and ranked third in females (9.2 % and 9.4 %, respectively).

The aforementioned data emphasize the magnitude of cancer which severely impacts both the morbidity and the mortality of the Thai population. Head and neck cancer seems to have more impact on a person because it interferes with individuals' life, especially social life, due to difficulty of facial expression and self-image disturbance because this area is easily noticeable and cannot be covered with clothes (Siriporn prenpadung, B.E. 2542; Roesch, & Kagan, 2003; Sharp, Layrell, Tiblom, Andersson, & Briksjo, 2004).

Not only cancer but also its treatments have an effect on patients' health. Generally, the treatment modalities of head and neck cancer are surgery, radiotherapy, and chemotherapy or a combination of these treatments such as concurrent chemoradiation (Chuavalit Lertbutsayanukul & Prasert Lertsanguansinchai, B.E. 2545; Vokes, Haraf, & Kies, 2000). Approximately two-third of patients come to see doctors when the cancer is in advance stages such as stages II and III (Savitree Muarekulpiroj, B.E. 2541). Therefore, the treatment has to be more intensive as well. For example, concurrent chemoradiation is proven to increase the chance for survival rate, progression free survival rate, and loco regional control rate more than radiation alone. However, it also has more complications (Chuavalit Lertbutsayanukul & Prasert Lertsanguansinchai, B.E. 2545). These complications mostly occur with the oral area such as xerostomia, mucositis, bleeding, nausea and vomiting, and dysphagia (Epstein & Sonb, 2004; Petruson, Silander & Hanmerlid, 2005).

In addition, cancer itself and treatment-related symptoms may have an impact on patients' physiological, psychological, social, and spiritual well-being, as well as their ability to perform activities of daily living and overall quality of life (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001; Given, Given, Azzouz, Klozachik, & Stommel, 2001; Mc Millan, & Small, 2002). Therefore, it is very important for healthcare providers to assess patients' symptom distress and plan to prevent or manage these symptoms.

Dodd and colleagues (2001) have developed a model for symptom management. This model emphasizes that when symptoms occur at all degrees of severity (from mild to severe), patients will seek methods to manage symptoms which aim at diminishing symptoms or improving outcome. Thus, patients try to use various methods to manage symptoms and complications based on their perceptions and personal beliefs.

From the review of literature, most studies focused on symptom experiences and symptom management as only one symptom or overall symptoms and management in patients with different types of cancer. However, there is no specific study related to symptom experiences and management of patients with head and neck cancer. In addition, there is no information about methods patients use to manage their symptoms based on their perceptions. Due to limited information about symptom experiences and management of patients with head and neck cancer, a study

about this topic is needed. This is because results from different kinds of cancer studies may not be suitable with head and neck cancer because most symptoms are specifically related to patients' head and neck area which seem to have more effect on individuals' social life and self-image. Therefore, it is necessary that specific information related to head and neck cancer be gathered so as to subsequently devise nursing care plans to more appropriately serve patients with head and neck cancer.

### Conceptual Framework

A model of Symptom Management by Dodd and colleagues (2001) was used as the conceptual framework of this study. This model consists of three concepts—symptom experiences, symptom management strategies, and symptom outcomes. Domains of nursing science were also considered to be contextual variables influencing symptom management including person, health/illness, and environment. According to the model of Symptom Management, each patient is viewed as different from others in life, health/disease, and environment, and such difference will influence their perceptions on symptom experiences and evaluation, as well as responses to symptoms.

Using the Model of Symptom Management to guide the study may enhance an explanation of the phenomena of symptom experiences, symptom management, and outcomes of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation. The study's conceptual model consisted of the following:

1. **Symptom experiences** refer to individuals' perception of a symptom, evaluation of the meaning of a symptom, and response to a symptom by making judgments and evaluation from the severity, treatability, and the effects of a symptom on their lives. If individuals believe that the symptom is threatening to life, the perception of intensity may well be heightened due to the relationship between perception of a symptom and evaluation of a symptom.

Individuals' perceptions of symptoms occur when they perceive that there is a change in their normal physical performance or behavior. Each individual perceives a symptom experience differently depending on his or her background and other

personal factors such as sex, education, etc. which affect the person's perception of and response to a symptom.

Evaluation of symptoms entails a complex set of factors that characterize the symptom experiences including evaluation of symptom severity and frequency of symptom that has an effect on a person's daily life.

2. **Symptom management** is a dynamic process, depending on time, needs, response, and acceptance of each person when managing his or her symptom. The goal of symptom management is to diminish or delay negative outcome. Management begins when a patient assesses a symptom or identifies problems, and then plans a management of the symptom to achieve desired outcomes. Components of symptom management include the strategies used to control or relieve symptoms, reasons of such uses, persons who help manage the symptoms, and time and place of management. The process of symptom management to achieve good outcome depends on a positive relation between each component.

3. **Symptom outcomes** depend on efficacy of symptom management, a person's perception of outcome, and an index of quality of symptom management. In this study, significant indicators of outcome consisted of seven factors including symptom status, functional status, emotional status, cost, morbidity/complications, self-care ability, and quality of life at specific periods, before and during treatment, determined by assessing perceptions of physical well-being, satisfaction with symptoms, and comfortable feelings that help maintain activities of daily living (Padilla, G.V. & Grant, M., 1985) (see Figure 1).

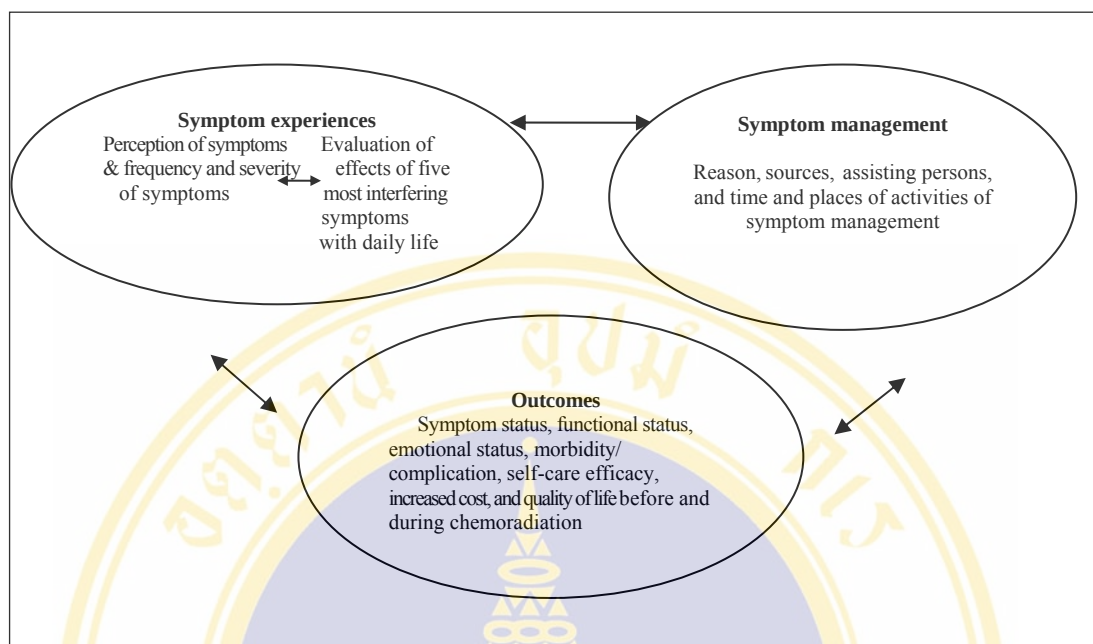


**Figure 1:** Conceptual framework of the study

### Research Questions

1. What are symptom experiences of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation including perception of frequency and severity of symptoms and the five most interfering symptoms with daily life?
2. What is symptom management of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation used to solve or relieve the five most interfering symptoms with daily life, what are the reasons underlying the chosen strategies, when and where do they perform symptom management, and who assists them?
3. What are perceptions of outcomes of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation of the five most interfering symptoms with daily life including symptom status, functional status, emotional status, cost, morbidity/complications, self-care ability, and quality of life?

## Objectives of the Study

1. To describe symptom experiences of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation including perceptions of frequency and severity of symptoms and the five most interfering symptoms with daily life.
2. To describe strategies used by patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation to manage the five most interfering symptoms with daily life including methods, reason for use, sources of knowledge, places, time, and assisting persons to relieve symptoms.
3. To describe perceptions of outcomes of patients' with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation regarding the five most interfering symptoms with daily life including symptom status, functional status, emotional status, cost, morbidity/complications, self-care ability, and quality of life.

## Scope of the Study

This study aimed to describe symptom experiences, symptom management, and outcomes of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation who were admitted at inpatient units at the National Cancer Institute, Mahavajiralongkorn Thanyaburi Cancer Center, and Lopburi Cancer Center. The study participants consisted of 55 patients with head and neck cancer, and data were collected during February - April 2007.

## Definition of Terms

**Symptom experiences** referred to symptoms and feeling about symptoms of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation and their perception of symptoms related to frequency and severity of symptoms and its interference with daily life.

**Frequency of symptoms** referred to perception of symptoms of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation regarding frequencies of symptoms occurring in the past month.

**Severity of symptoms** referred to evaluation of severity of symptoms of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation regarding severity of the symptoms occurring in the past month.

**Symptom interference with daily life** referred to evaluation of the five most interfering symptoms with daily life of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation.

**Symptom management** referred to various strategies that patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation used to solve, confine, or relieve symptoms including reasons for chosen strategies, place/time of use, and assisting persons.

**Outcomes** referred to the outcomes that patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation perceived after managing each symptom including symptom status, functional status, emotional status, cost, morbidity/complications, self-care ability, and quality of life.

## **Material and Methods**

This study was descriptive research conducted with 55 patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation who were admitted at inpatient units at the National Cancer Institute, Mahavajiralongkorn Thanyaburi Cancer Center, and Lopburi Cancer Center during February - April 2007. The sample was recruited by means of purposive sampling with the following inclusion criteria: patients who were at the age of 18 years and older, both male and female, who were first diagnosed with head and neck cancer and who were undergoing chemotherapy at least course number two, and who had been undergoing radiotherapy for at least four weeks.

### **Research Instruments**

This research instruments consisted of three parts as follows:

#### **Part 1: The patients' general information questionnaire**

A. General information questionnaire comprised of 11 items including age, sex, marital status, religion, educational level, occupation, income, financial status, method of medical payment, residence, and address.

B. Illness and treatment information questionnaire comprised of three items including diagnosis of the disease and stages of the disease, chief complaints, and history of treatments (radiation and chemotherapy).

**Part 2: The symptom experiences and symptom management form**

This form was first developed by Aphiradee Ladawan and others (2004) and later improved by Busakorn Sangkaew et al. (2006) to assess frequency and severity of symptoms occurring in the past month. The researcher adjusted the form and added some items regarding specific symptoms related to head and neck cancer. Thus, the final version of this questionnaire was composed of 47 symptoms and assessed the five most interfering symptoms in the patients' daily life. As regards reliability, Cronbach's Alpha Correlation Coefficients for frequency and severity of symptoms were .79 and .82, respectively.

**Part 3: The symptom management and outcomes assessment form**

In this study, a questionnaire constructed by Busakorn Sangkaew et al. (2006) to use with persons living with breast cancer was adapted. The researcher modified seven items of symptom management and added additional items on perceptions of outcomes of the indicators of symptom management based on the Symptom Management Model by Dodd et al. (2001). There were seven factors including symptom status, functional status, emotional status, cost, morbidity/ complications, self-care ability, and quality of life. This questionnaire was examined to ensure content validity by five experts, and its CVI was .95. As for reliability, Cronbach's Alpha Correlation Coefficients for symptom management and symptom outcome were .73 and .85, respectively.

**Data analysis**

1. All data obtained from the study were analyzed by using the SPSS for Windows Program. Descriptive statistics of frequency distribution and percentage were employed to analyze demographic data, clinical data, frequency of symptoms, symptom management, and outcomes.
2. The severity of symptoms, interference of symptoms with daily life, and quality of life outcome were analyzed in terms of mean.

**Results**

The majority of the subjects in this study were male (74.5%). Their age ranged from 26 to 81 years, with a mean of 52.7 years. Almost all subjects were married (92.7%) and were Buddhist (98.2%). Furthermore, close to three quarters

(72.7%) completed primary education. In terms of occupation, less than half were employed (34.5%). Their mean income was approximately 7,630.91 baht, and their financial status was sufficient (69.1%). As for their payment for medical expenses, a little more than three-fourths (76.4%) had the national health insurance (30 baht scheme). Also, about half of the subjects had residence in the central region of Thailand (62.6%). With regard to their health condition, about one-third of the subjects were diagnosed with nasopharynx cancer (38.2%) and close to half, or 47.3%, were diagnosed with Stage IV cancer. The most current doses of radiation were about 4,000-5,000 cGy (61.8%), and most courses of chemotherapy were number two (69.9%). Finally, most of the treatment regimen they received was Cisplatin agent (87.3%).

### Symptom experiences of the sample

The study findings regarding frequency of symptoms as perceived by the subjects in the past month were as follows: The symptoms were occurring most of the time (constantly), and the top five symptoms that occurred most frequently were taste alteration (72.7%), followed by xerostomia (67.3%), dysphagia (49.1%), sore throat (45.5%), and anorexia (34.5%), respectively, as shown in Table 1.

**Table 1:** Percentage of frequency of the top five symptoms as perceived by the sample (n = 55)

| Symptoms            | No | Frequency of symptoms |      |         |     |        |      |       |      |            |      |
|---------------------|----|-----------------------|------|---------|-----|--------|------|-------|------|------------|------|
|                     |    | Symptoms              |      | monthly |     | weekly |      | daily |      | constantly |      |
|                     |    | n                     | %    | n       | %   | n      | %    | n     | %    | n          | %    |
| 1. Taste alteration |    | 2                     | 3.6  | 5       | 9.1 | 4      | 7.3  | 4     | 7.3  | 40         | 72.7 |
| 2. Xerostomia       |    | 5                     | 9.1  | 0       | 0.0 | 5      | 9.1  | 8     | 14.5 | 37         | 67.3 |
| 3. Dysphagia        |    | 5                     | 9.1  | 4       | 7.3 | 7      | 12.7 | 12    | 21.8 | 27         | 49.1 |
| 4. Sore throat      |    | 3                     | 5.5  | 2       | 3.6 | 17     | 30.9 | 8     | 14.5 | 25         | 45.5 |
| 5. Anorexia         |    | 15                    | 27.3 | 2       | 3.6 | 9      | 16.4 | 10    | 18.2 | 19         | 34.5 |

### Severity of Symptoms

As regards the top five most severe symptoms that the subjects perceived, the most severe symptoms were dysphagia (mean = 7.45, S.D. = 3.08), taste alteration (mean = 7.29, S.D. = 2.51), and sore throat (mean = 7.07, S.D. = 2.77). These were followed by the symptoms in the moderately severe level which were xerostomia (mean = 6.49, S.D. = 2.90) and pain in the mouth (mean = 5.07, S.D. = 4.05), respectively, as illustrated in Table 2.

**Table 2:** Mean of severity of the top five most severe symptoms as perceived by the sample (n = 55)

| Symptoms             | Severity of Symptoms (0-10) |      | Level of severity |
|----------------------|-----------------------------|------|-------------------|
|                      | mean                        | S.D. |                   |
| 1. Dysphagia         | 7.45                        | 3.08 | Severe            |
| 2. Taste alteration  | 7.29                        | 2.51 | Severe            |
| 3. Sore throat       | 7.07                        | 2.77 | Severe            |
| 4. Xerostomia        | 6.49                        | 2.90 | Moderate          |
| 5. Pain in the mouth | 5.07                        | 4.05 | Moderate          |

### The top five interfering symptoms with daily life

The five most interfering symptoms with their daily life in the past month as perceived by the subjects were sore throat (mean = 4.51, S.D. = .98), sore in the mouth, (mean = 3.58, S.D. = 1.31), dysphagia (mean = 3.40, S.D. = 1.10), oral mucositis (mean = 2.36, S.D. = 1.18), and xerostomia (mean = 2.34, S.D. = 1.14), respectively, as depicted in Table 3.

**Table 3:** Frequency of the top five most interfering symptoms with daily life of the sample (N = 55)

| Rank | Symptoms          | n  | mean* | S.D. |
|------|-------------------|----|-------|------|
| 1    | Sore throat       | 47 | 4.51  | .98  |
| 2    | Sore in the mouth | 25 | 3.58  | 1.31 |
| 3    | Dysphagia         | 40 | 3.40  | 1.10 |
| 4    | Oral mucositis    | 22 | 2.36  | 1.18 |
| 5    | Xerostomia        | 35 | 2.34  | 1.14 |

\* adjusted score ranked 1= 5 scores, .....and 5=1 score, respectively.

### Symptom management

With regard to symptom management of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation, the subjects were asked to first rank five most interfering symptoms with daily life and then how they managed these symptoms. According to the findings, the subjects mainly used medicines such as normal saline or normal saline mixed with sodium bicarbonate with sore throat (53.2%), sore in the mouth (40.0%), mucositis (54.5%), and xerostomia (48.6%). For dysphagia, most subjects usually modified food and fluid intake by taking it with a nasogastric tube (55%).

Main reasons for choosing these strategies were to improve or get rid of the symptoms (100%). Moreover, the sources of knowledge of management of symptoms were mostly nurses or doctors (93.6%, 72.0%, 90.0%, 86.4%, and 62.9%, respectively). Persons who assisted them to manage their symptoms were themselves (89.4%, 88.0%, 77.5%, 90.9%, and 88.6%, respectively). Regarding the time of management, sore throat, sore in the mouth, and mucositis were continuously managed all day (76.6%, 52.0%, and 50.0%, respectively); dysphagia was managed routinely or in accordance with mealtime (47.5%); and xerostomia was managed when the symptom occurred or

when there was an abnormality (42.9%). In addition, places for symptom management of sore throat, dysphagia, and mucositis were at the hospital and at home (51.1%, 52.5%, and 63.6%, respectively), and xerostomia and pain in the mouth were managed mostly at the hospital (52.0% and 54.3%, respectively).

### **Outcomes of Symptom Management**

As regards the subjects' perception of outcome as regards symptom status based on the five mostly interfering symptoms with daily life, it was found that the subjects perceived that all five symptoms have were mostly relieved (sore throat (78.7%), sore in the mouth (64.0%), dysphagia (90.0%), mucositis (72.7%), and xerostomia (77.1%), respectively). As for functional status, the subjects perceived that sore throat was improved or recovered (53.2%), whereas sore in the mouth, dysphagia, and xerostomia remained unchanged or did not improve (60.0%, 57.5%, and 62.9%, respectively). Next, half of the subjects perceived that mucositis was improved or recovered, while the other half perceived that it remained unchanged with no improvement. With regard to emotional status, the subjects perceived that all five symptoms were improved or recovered (78.7%, 68.0%, 87.5%, 68.2%, and 65.7%, respectively), while they perceived that the treatment cost of throat pain, mouth pain, mucositis, and xerostomia as none or without any payment (68.1%, 60.0%, 54.5%, and 68.6%, respectively). Also, 47.5% of subjects perceived that dysphagia cost no expenses, while another 47.5% perceived that it increased their medical expenses but they were able to afford them. When considering illness/complications, it was found that throat pain, mouth pain, dysphagia, and mucositis were perceived as having one illness/complications (accounting for 63.8%, 60.0%, 67.5%, and 63.6%, respectively), while xerostomia was perceived as causing no illness/complications (making up 51.4%).

Furthermore, as regards self-care ability, the findings indicated that the subjects felt that they were still able to perform self-care activities dealing with all five symptoms (85.1%, 88.0%, 75.0%, 86.4%, and 94.3%, respectively). However, the findings also revealed that the subjects could perform some self-care activities but required assistance from someone else to manage their dysphagia (22.5%). Finally, when considering quality of life before receiving the treatment and during the treatment, it was discovered that the subjects perceived that their quality of life decreased after

receiving the chemoradiation treatment, with the mean scores of quality of life before and during the treatment of 6.29 (S.D. = 3.61) and 5.84 (S.D. = 2.45), respectively.

## Discussion

There were 55 subjects who participated in this study. Their age ranged from 26 to 81 years, with the mean age of 52.73 years. More than half of the subjects were between 41 and 60 years old (61.9%). These findings were consistent with the findings of the incidence of head and neck cancer which generally occur with patients aged between 40 and 55 years (National Cancer Institute, 2005). In addition, most of the patients were male, and this finding yielded support to the Thai and American registry that the proportion of male and female patients with head and neck cancer was 2:1 (Cancer in Thailand, 2550; American Cancer Society, 2006). Besides, the largest group were diagnosed with nasopharynx (38.2%) (National Cancer Institute, 2006) and with stage IVa (47.3%). Likewise, Nitaya Takviriyannun (1991) conducted a study with head and neck cancer patients and found that most of the subjects were diagnosed with stage IV (51.7%). In this study, most of the subjects were undergoing radiation with the dosage of 4,000 to 5,000 cGy (61.8%) and cisplatin agent (87.3%).

### Symptom experiences

In this study, the subjects were asked to assess symptom experiences of a total of 47 symptoms. The findings showed that the six symptoms with the most frequency, severity, and interference with daily life were throat pain, mouth pain, dysphagia, xerostomia, mucositis, and anorexia. It is worth noting that the symptoms assessed with the three assessments of frequency, severity, and interference with daily life were the symptoms that occurred to the throat and mouth. These findings were in congruence with the findings of Kaplow (2001) that the subjects who were patients with head and neck cancer receiving chemotherapy and radiation indicated that the side effects were pain, mucositis, xerostomia, taste alteration or ageusia, and dysphagia.

Sore throat and sore in the mouth were found in all three assessments of frequency, severity, and interference with daily life because high-energy ionization radiation destroys the basal cell in the throat and oral cavity even when the patients receive only the radiation dosage of 2,500 cGy (Iwamoto, 1997). As most of the subjects in this study received the radiation dosage of 4,000 to 5,000 cGy (61.8%), the

sore throat and sore in the mouth they experienced could be severe. Besides, dysphagia was found to be the symptom with the highest level of severity (mean = 7.45, S.D. = 3.08). This finding was similar to the finding of Nguyen et al. (2007) that 32% of the patients with head and neck cancer perceived that dysphagia was the most severe symptom.

### **Symptom management**

In this study, symptom management of the subjects was determined from the subjects' management of the five symptoms that most interfered with their daily life were sore throat, sore in the mouth, dysphagia, mucositis and xerostomia, respectively. According to the study findings, the subjects' symptom management strategies could be divided into two groups: using medicines and following the doctor's treatment plan such as using normal saline or normal saline mixed with sodium bicarbonate and modifying food and fluid intake including using the nasogastric tube, having liquid or soft food, and having supplementary diets or milk. These findings were consistent with the study findings of Wong et al. (2006) conducted with 49 patients with head and neck cancer receiving radiation and chemoradiation that the most effective and most frequently used pain management of pain induced mucositis were mouth rinsing (49%) and drinking water which provided oral lubrication and relieved pain. Non-alcohol mouth rinsing (with normal saline or clean water) or water mixed with sodium bicarbonate to rinse the oral cavity and teeth before meals could provide oral lubrication and decrease acid, thus adjusting oral cavity from base with properties of sodium bicarbonate and decreasing dryness in the mouth (Knongtong Yuvatawon, 2000; Srisuntara jernpipat, 2002; National Cancer Institute, 2003).

Furthermore, Adelstein et al. (2006) carried out a study with 222 patients with head and neck cancer receiving chemoradiation with cisplatin and 5- Fluorouracil found that about 50% of the patients needed to be fed through the nasogastric tube. Zobaum, Fitz, and Duffy (2004) also found that the nasogastric tube helped the patients lose weight, thus improving their tolerance to radiation. Therefore, adjusting food intake by having soft food and other liquid components of protein such as milk, ice cream, yogurt, and pureed food can maximize calorie and protein intake while avoiding irritation of the oral mucosa. Also, it helps optimize tissue repair and replace loss energy from treatment (Iwamoto, 2001; Loprinzi et al., 2004; Madeya, 1996; The British Columbia Cancer Agency, 2005) while relieving mucositis and xerostomia.

### **Outcomes of Symptom Management**

According to the study, perceptions of outcome of symptom management of patients with head and neck cancer undergoing concurrent chemoradiation were elicited after the patients were asked to rank the top five interfering symptoms with daily life in terms of symptom status, functional status, emotional status, cost, morbidity/complications, self-care ability, and quality of life. The findings of the study revealed that the subjects perceived that all five symptoms were relieved, thus indicating that the strategies they used to manage these symptoms were effective. For instance, mouth rinsing and drinking water provide oral lubrication and relieve pain (Wong, Dodd, Miaskowski, Paul, Bank, & Shiba, 2006). As regards functional status, the subjects perceived that the symptoms remained or they had not experienced any improvement. One plausible explanation is that the subjects were still in the treatment stage, so their symptoms had not yet been fully treated. These findings were congruent with the findings of Rose & Yates (2001) who found that functional status in treatment stage was lower than before and after the treatment.

### **Conclusion**

According to the study findings, most of the symptom experiences of the subjects were related to complications in the oral cavity. Besides, each symptom has caused other symptoms. In addition, the majority of the subjects had their own method to manage the symptoms depending on the advice they received from the healthcare team as most of the subjects had been admitted into the hospital. However, there were certain differences when it came to personal characteristics, sources of social support, and self-care ability, resulting in differences in symptom management strategies. For this reason, the healthcare team members need to try to understand all related factors to more appropriately devise care plans to help patients solve problems and to encourage them to be more cooperative in self-care practices so as to ensure continuity of the treatment and quality of care.

### **Limitations of the Study**

1. The data were collected from the patients with head or neck cancer who were residing in the central region of the country. As a result, the study findings could not be generalized to other groups of population living in other parts of Thailand.

2. The number of items in the questionnaires was large, and took about 25-30 minutes for patients to answers. If patients already have fatigue, they may have been too exhausted to respond accurately, and this may have an effect on the findings of the present study.

### **Implications and Recommendation**

#### **Implications for nursing practice**

1. The patients with head and neck cancer should be prepared to equip them with knowledge about side effects of the treatment before they undergo chemotherapy or radiation treatment. Also, information should be disseminated regarding how to properly manage symptoms. In so doing, their complications should be reduced, and cooperation and continuity of care should be enhanced.

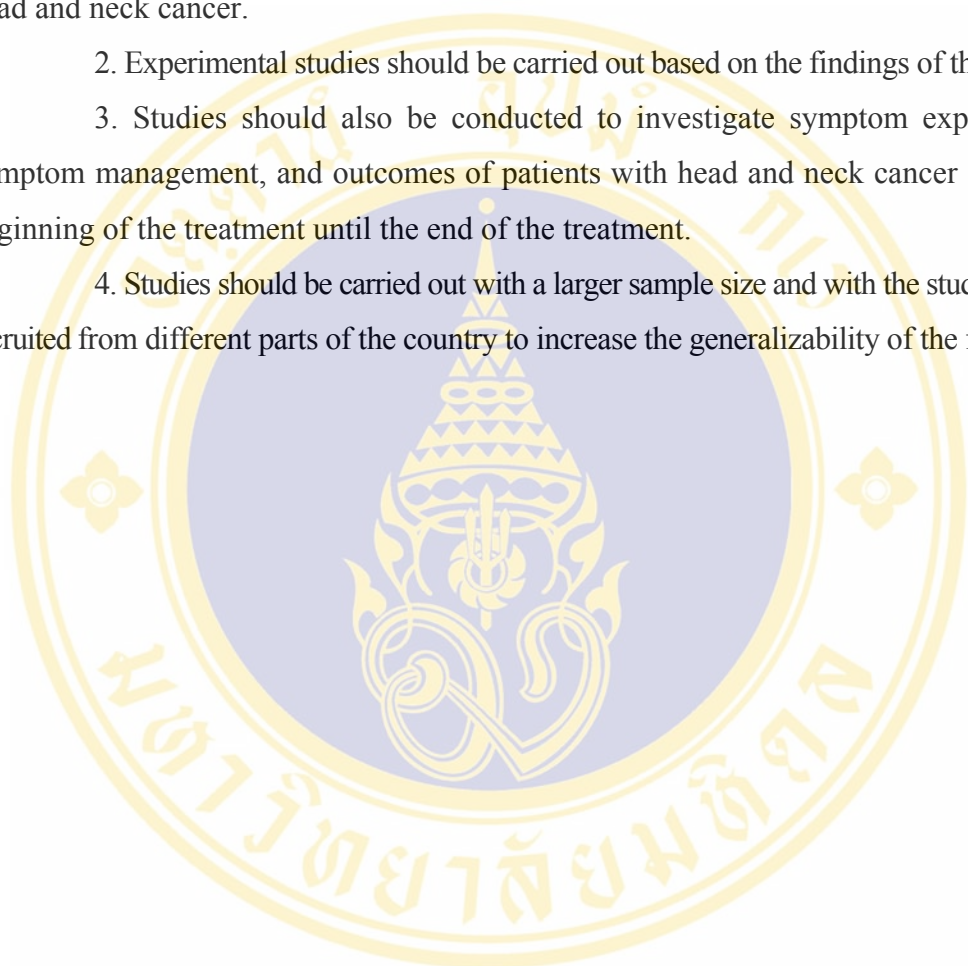
2. Nurses and healthcare team member should be aware of the significance of symptom experiences and symptom management so as to more effectively devise plans to assess the patients' symptoms and find ways to help them manage their symptoms. Such awareness would also enable nurses to adjust the nursing care plan to suit each individual patient to better prevent or relieve symptoms of the patients.

#### **Implications for nursing education and administration**

The findings of this study shed light on symptom experiences and symptom management of patients with head and neck cancer. Such information could be used as a guideline in developing baseline knowledge of symptom experiences and symptom management of patients with head and neck cancer of healthcare team members. Training and workshops should be organized to raise healthcare team members' awareness of the significance of symptom experiences and symptom management of patients with head and neck cancer so as to increase quality and effectiveness of provision of care for this particular group of patients.

### **Implications for nursing research**

1. Research should be conducted to further investigate symptom experiences and symptom management in other group patients since the symptom experiences, symptom management, and outcomes may be different from those of patients with head and neck cancer.
2. Experimental studies should be carried out based on the findings of this study.
3. Studies should also be conducted to investigate symptom experiences, symptom management, and outcomes of patients with head and neck cancer since the beginning of the treatment until the end of the treatment.
4. Studies should be carried out with a larger sample size and with the study sample recruited from different parts of the country to increase the generalizability of the findings.



## รายการอ้างอิง

- กมลรัตน์ ดินกามิน. (2547). การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วย  
มะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กรรณิการ์ ศุภชัย. (2548). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของ  
การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา. สารนิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรองทอง ชูถาวร. (2543). ยารักษาแผลในทางเดินอาหาร. ใน ชูพิน สังวรินทะ สุทินันท์ อัญเชิญ  
พวงค์ วนิเกียรติ และนพมาศ วงศ์วิทยาเดชา (บรรณาธิการ), *เภสัชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 5)  
กรุงเทพมหานคร: Text and Journal.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *สถิติสาธารณสุข*. Retrieved April, 10, 2006,  
From <http://www.203.157.19.191./index%20stat%2045.htm>.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2544). ศาสตร์ทางการพยาบาล. ใน *เอกสารประกอบการสอนชุดมนโหมติ  
และกระบวนการพยาบาล (ฉบับปรับปรุง)* มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชา  
พยาบาลศาสตร์ (หน้า 113-171). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.
- ชวลิต เลิศบุญยานุกูล และประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. (2545). การรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและคอ  
โดยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 46(1), 11-17.
- ดวงกมล วัตราคุลย์. (2540). ทฤษฎีไวส์แมน: การเผชิญกับโรคในผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษา.  
*วิทยาการพยาบาล วิทยาลัยสหราชอาณาจักรไทย*, 22(2), 193-200.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). การพยาบาลด้านจิตวิญญาณกับกระบวนการพยาบาล. *จิตวิญญาณ: มิติ  
หนึ่งของการพยาบาล* (หน้า 35-53). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง  
บริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา สมบัติแก้ว. (2541). จิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตาย. *วิทยา  
การพยาบาล วิทยาลัยสหราชอาณาจักรไทย*, 23(1), 61-68.

- นิยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านคำน และ โขมพัคค์ มณีวัต. (2545). คุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17(1), 45-58.
- นวลขนิษฐ ติมปนวิสัย. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางการภาพและจิตสังคมกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษกร แสงแก้ว. (2549). การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุปผา ชอบใช้. (2536). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์. (2544). Head and neck cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตนพงศ์ และชนวิรัตน์ เทศะวิบูล (บรรณาธิการ.), *Manual of radiation oncology* (หน้า 64 –84). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์. (2544). ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2541). ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. *พยาบาลสาร*, 25(3), 59-69.
- พรจันทร์ สัยละมัย (2541). ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศรี คัดชอบ และประมุข พรหมรัตนพงศ์. (2536). *มะเร็งวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2534). บทนำรังสีรักษาศัลยกรรม. ใน พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญ และจิระภา ตันนาคันท์ (บรรณาธิการ), *ตำรารังสีรักษา ฟิสิกส์ ชีวรังสี การรักษาพยาบาลผู้ป่วย* (หน้า 80 -94). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
ไพพร แซ่เตีย. (2544). *สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ  
และคอ*ภายหลังได้รับการฉายรังสี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัชรภรณ์ ทศนโกวิท. (2545). *ผลของการใช้น้ำเกลือออร์มัล สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต  
และคลอร์เฮกซิดีน ต่อภาวะในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.*  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ  
ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัสมณท์ คุ่มทวี. (2543). *พยาธิสรีรภาพของเนื้องอก.* ใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ จันทนา รณฤทธิชัย  
วิไลวรรณ ทองเจริญ วินัส ลิพกุล และ พัสมณท์ คุ่มทวี (บรรณาธิการ), *พยาธิ  
สรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 1-20). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ภัทรจิต บวรสมบัติ. (2547). *มะเร็งศีรษะและคอ: การจัดการภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก.* *วารสาร  
พยาบาลศาสตร์*, 22(3), 8-14.
- ลัทธนา กิรุ่งโรจน์. (2544). *แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง.* ใน ช่อลดา พันธุเสน (บรรณาธิการ),  
*ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 6-42). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรชัย รัตนธรร. (2541). *ตำราวิทยาโรคมะเร็ง.* กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). *การเจ็บป่วยเรื้อรัง แนวทางการช่วยเหลือด้วยครอบครัว.* *วารสารการ  
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 16(2), 3-16.
- วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ. (2544). *Principle of radiation oncology.* ใน วิชาญ หล่อวิทยา ไพรัช  
เทพมงคล ประมุข พรหมรัตนพงศ์ และชนวิทย์ เทชะวินกุล (บรรณาธิการ), *Manual of  
radiation oncology.* (หน้า 11-16). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรัช วุฒิภูมิ. (2542). *การตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ.* ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (บรรณาธิการ),  
*Palliative care* (หน้า 93-94). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ศิริพร เป็ลยนผลุง. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีรักษา.* *วิธีการ  
พยาบาลทางอายุรกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 122-135). เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- ศรีสุนทรา เจริญพิพัฒน์. (2545). *การรักษาและการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา.* *การ  
พยาบาล หู คอ จมูก* (หน้า 212-224). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติและคณะ. (2550). *อุบัติการณ์และตำแหน่งของมะเร็ง. สถิติมะเร็งประเทศไทย.  
(ฉบับที่ 4, หน้า 12-24).* กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานครแพทย.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2548). *สถิติมะเร็งศีรษะและคอ. สถิติมะเร็ง.* หน้า 11-12. กรุงเทพมหานคร:

กรุงเทพมหานครแพทย.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2549). สถิติมะเร็งศีรษะและคอ. *สถิติมะเร็ง*. หน้า 6-7. กรุงเทพมหานคร:  
กรุงเทพมหานครแพทย.

สราวุธ สันติดำรงกุล และนุชนารถ โอปีลันธน์. (2550). การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ได้รับ  
รังสีรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ใน *อภิชาติ จิตต์เจริญ (บรรณาธิการ). ใต้ร่มพระ  
บารมี รามาธิบดี เพื่อสุขภาพของปวงประชาเล่ม 1* (หน้า 454 – 458). กรุงเทพมหานคร:  
ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

สาวิตรี เมพิกุลไพโรจน์. (2541). Head and neck cancer. ใน *วรชัย รัตนานธร (บรรณาธิการ), คำรา  
รักษาโรคมะเร็ง* 2 (หน้า 201-233). กรุงเทพมหานคร: โอเอสดี.

สายไหม ตุ่มวิจิตร. (2547). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอม  
ระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุดาพรรณ ธัญจิรา. (2545). กลไกการป้องกันโรคและความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน. ใน *สุจินดา  
ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, อรุณศรี เตชต์หงส์ (บรรณาธิการ). พยาธิสรีรวิทยา  
ทางการพยาบาล*. (หน้า 70-98). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์ จำกัด.

สุเมธ พิระวุฒิ. (2541). มะเร็ง หู คอ จมูก เป็นได้ก็รักษาได้. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์.

สมิตรา ทองประเสริฐ. (2536). หลักการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด. *การรักษามะเร็งด้วยยาเคมี  
บำบัด* (หน้า 10-19). เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.

แสงอรุณ สุขเกษม, อังศุมา อภิชาติ และ อารณ เชื้อประไพศิลป์. (2539). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
มะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์*, 16(3), 9-26.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2547). *สถิติการเสียชีวิต พ.ศ.2546*.  
Retrieved March,24,2006,From<http://www.203.157.19.191/46%20table%202.301%20cause.xls>.

อพัชชา ผ่องญาติ. (2542). การส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลใน  
ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
พยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อภิรดี ลดาวัลย์. (2547). การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
ในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อภันตรี กองทอง. (2544). ผลของระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าใน

- วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ  
ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรนุช ประดับทอง. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้  
อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหา  
มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ทองแดง. (2540). Psychological Aspects in Incurable Patients. ใน ชีระ ลิ้มศิลา  
(บรรณาธิการ), *รวมบทความประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอด* (หน้า 140-  
143). กรุงเทพมหานคร:ชวนพิมพ์.
- อัญชลี แก้วสระศรี. (2541). *การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยชายโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและ  
คอขณะได้รับรังสี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อานนท์ วิทยานนท์. (2542). สถานภาพทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วย. ใน เต็มศักดิ์ ฟุ้งศรี  
(บรรณาธิการ), *Palliative Care* (หน้า 11-16). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- อุไร ขลุ่ยนาถ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ป่วย  
มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอร แซ่จิ้ว. (2545). *ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้า  
ของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Cancer Society. (2006). *Cancer facts and figures 2006*. Atlanta Retrieved  
July 30, 06, from <http://www.Cancer.Org/docrootstt/stt-o.asp>
- American Joint Committee on Cancer. (2002). Head and neck sites. In L. Frederick, et al. (Eds.),  
*Cancer Staging Handbook* (6<sup>st</sup> ed, pp. 27-89). New York: Springer.
- Adelstein, D., Li, Y., Adams, G., Wagner, H., Kish, J.A., Ensley, J.F. et al. (2003).  
An intergroup phase III comparison of standard radiation therapy and two schedules of  
concurrent chemoradiotherapy in patients with unresectable squamous cell head and  
neck cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21(1), 92-98.
- Adelstein, D.J., Saxton, J.P., Rybicki, L.A., Esclamado, R.M., Wood, B.G., Strome, M., et al. (2006).  
Multiagent concurrent chemoradiotherapy for locoregionally advanced squamous cell

- head and neck cancer: Mature result from a single institution. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1064-1071.
- Ang, K.K., Harris, J., Garden, A.S., Trotti, A., Jones, C.U., Carrascosa, L., et al., (2005). Concomitant boost radiation plus concurrent cisplatin for advanced head and neck carcinomas: radiation therapy oncology group phase II trial 99-14. *Journal of Clinical Oncology*, 23(13), 3008-3015.
- Baird, S.B. (1999). *Cancer nursing: a comprehensive test book*. Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Barrera, R. (2002). Nutritional support in cancer patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 26(5), 563-569.
- Barserick, A.M., Whitmer, K., Sweeney, C., & Nail, L.M. (2002). A Pilot study examining energy conservation for cancer treatment related fatigue. *Cancer Nursing*, 25(5), 333- 341.
- Barsevick, A.M., & Much, J.K. (2004). Depression. In C.H. Yarbrow, M.H. Frogge, M. Goodman (Eds.), *Cancer symptom management* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 668-684). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Barton- Burke, M., Wilkes, G.M., & Ingwerson, K. (2001). Chemotherapeutic agent: standardized nursing care plans to minimize toxicity. *Cancer chemotherapy : A nursing process approach* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 187- 530). Sudbury: Jones and Bartlett.
- Bergkvist, K. & Wengstrom, Y. (2006). Symptom experiences during chemotherapy treatment - with focus on nausea and vomiting. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(1), 21-29.
- Bostom, L.R., Pan, T.D., & McDonald, M. (2004). Alopecia and cutaneous complications. In M.D.Abeloff, J.O. Armitage, J. E. Niederhuber, M. B. Kastan, W. G. McKenna (Eds.), *Clinical Oncology* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 793- 816). Philadelphia: Lippincott.
- Brady, W.T., Heilman, P.H., & Molls, M. (2003). Cancer of head and neck. In *Radiation oncology for cure and palliation* (pp. 187-234). New York: Springer.
- Brizel, D.M, Albers, M.E., Fisher, S.R., Scher, R.L., Richsmeier, W.J. & Hars, V. (1998). Hyperfractionated irradiation with or without concurrent chemotherapy for locally advanced head and neck. *National English Journal of Medicine*, 18(25), 1798- 1804.
- Brown, L. (2004). Nutrition matters for cancer. *Australian Journal of Rural Health*, 12(3), 131.
- Bruce, S.D. (2003). Radiation – induced xerostomia : How dry is your patient? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 61 -67.

- Burn, N., & Grove, S.K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Byar, K.L., & Bakken, S.L., (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue other symptom and quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 8-26.
- Camp-Sorrell, D. (1997). Chemoterapy: Toxicity management. In S.L. Groenwald, M. Goodman, M.H. Frogge, & C.H. Yarbrow (Eds.), *Cancer nursing: principle and practice* (4<sup>th</sup> ed, pp. 397-403). Massachusetts: Jone and Bartlett.
- Camp-Sorrell, D. (2004). Dysphagia. In C.H. Yarbrow, M.H. Frogge, & M. Goodman (Eds.), *Cancer symptom management* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 168- 178). Boston: Jones and Bartlett.
- Carpra, S., Bauer., J., Davidson, W., & Ash, S. (2001). Nutrition therapy for cancer - induced weight loss. *Nutrition in Clinical Practice*, 17, 210– 213.
- Carper, E., Fleishman, S.B., & Mc Guire, M. (2004). Symptom management and supportive care for head and neck cancer patients. In L.B. Harrison, R.B. Sessions, & W.K. Hong (Eds.), *Head and neck : a multidisciplinary approach* (2<sup>nd</sup> ed, pp.136-149). Philadelphia: Lippincott.
- Carr, E. (2005). Head and neck malignancies. In S.L. Groenwald, M. Goodman, M.H. Frogge & C.H. Yarbrow (Eds.), *Cancer nursing: Principle and practice* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 1294-1329). Boston: Jones and Bartlett.
- Cawley, M.M., & Benson, L.M. (2005). Current trends in managing oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(5), 584-592.
- Chambers, M.S., Rosenthal, D.I., & Weber, R.S. (2006). Radiation- induced xerostomia. *Head & Neck*, 29(1), 58-63.
- Cheng, K.K.F., & Chang, A.M. (2003). Palliation of oral mucositis symptoms in pediatric patients treated with cancer chemotherapy. *Cancer Nursing*, 26(6), 476-484.
- Clark, J.I., Hofmeister, C., Choudhury, a., Matz, G., Collins, S., & Bastian, R. (2001). Phase II evaluation of paclitaxel in combination with carboplatin in advanced head and neck carcinoma. *Cancer*, 92(9), 2334-2340.
- De Jonge-maja, J.A. & Verweij, J. (2006). Renal toxicities of chemotherapy. *Seminars in Oncology*, 33(1), 68-73.
- Dodd, M.J. (2004). The pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer

- therapy. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 5-11.
- Dodd, M.J., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001).  
 Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dodd, M.J., Miaskowski, C., & Paul, S.M. (2001). Symptom clusters and their effect on the  
 functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 465-470.
- Dodd, M.J., Miaskowski, C., Deborah, G., Laurie, M.P., Shin, A., & Shiba, G. (2003). Radiation-  
 induced mucositis: A randomized clinical trail of micronized sucralfate versus salt and  
 soda mouthwash. *Cancer Investigation*, 21(1), 21-33.
- El- Sayed, S., Nabid, A., Shelley, W., Hay, J., Balogh, J., & Gelinas, M., et al. (2002).  
 Prophylaxis of radiation- association mucositis in conventionally treated patients  
 with head and neck cancer: A double-blind, phase III, randomized, controlled trial  
 evaluating the clinical efficacy of an antimicrobial lozenge using a validated mucositis  
 scoring system. *Journal of Clinical Oncology*, 20(19), 3956-3963.
- Eng, C., & Vokes, E.E. (2003). Combined modality strategies in the treatment of head and neck cancer.  
 In H. Choy (Eds.), *Chemoradiation in cancer therapy* (pp. 145-174). Nashville: Tennessee.
- Engelking, C. (2004). Diarrhea. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge, & M. Goodman (Eds.),  
*Cancer symptom management* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 528- 550). Boston: Jones and Bartlett.
- Epstein, J.B., Robertson, M., Emerton, S., Phillips, N., & Stevenson-Moore, P. (2001). Quality of life  
 and oral function in patients treated with radiation therapy for head and neck cancer.  
*Head Neck*, 23(5), 389-398.
- Epstein, J.B., & Sehubert, M.M. (2003). Oropharyngeal mucositis in cancer therapy review of  
 pathogenesis, diagnosis, and management. *Oncology*, 17, 1767-1782.
- Feber, T. (1996). Management of mucositis in oral irradiation. *Clinical Oncology*, 8(2), 106- 111.
- Faber, M.R.V. (2000). Mucositis in cancer patients. In B. M. Nevidjon, & K.W.  
 Sower (Eds.), *A nurse' s guide to cancer care* (pp. 311-317). Philadelphia: Lippincott.
- Furst, C.J. & Ahsberg, E. (2001). Dimension of fatigue during radiotherapy: An application of the  
 multidimensional fatigue inventory. *Support Care Cancer*, 9(5), 355 – 360.
- Gaziano, J.E. (2002). Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in head and neck  
 cancer. *Cancer Control*, 9(5), 400-409.
- Given, B., Given, C.W., Azzouz, F., klozachik, S., & Stommel, M. (2001). Predictors of pain and

- fatigue in the year following diagnosis among elderly cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(6), 456-466.
- Gobel, B.H. (2004). Anxiety. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge, M. Goodman (Eds.), *Cancer symptom management* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 651-664). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Gorman, L.M. (1998). The psychosocial impact of cancer on the cancer on the individual, family and society. In R.M. Carroll- Johnson, L.M. Gorman, & N.J. Bush (Eds.), *Psychosocial nursing care: Along the cancer continuum* (pp. 3-25). Pittsburgh: Oncology Nursing Press.
- Haggood, A.S. (2001). Head and neck cancer. In S.E. Otto (Ed.), *Oncology Nursing* (pp. 285 - 325). St. Louis: Mosby.
- Hainsworth, J.D. (2004). Nausea and vomiting. In M.D. Abeloff, J.O. Armitage, J.E. Niederhuber, M.B. Kastan, W.G. McKenna (Eds.), *Clinical Oncology* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 759- 774). Philadelphia: Lippincott.
- Happ, M.B, Roesch, T., & Kagan, S.H. (2003). Communication need methods and perceived voiced quality head and neck surgery. *Cancer Nursing*, 26(5), 346-354.
- Hausheer, F.H., Schilsky, R.L., Bain, S., Berghorn, E.J., & Lieberman, F. (2006). Diagnosis, management and evaluation of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Seminars in Oncology*, 33(1), 15-49.
- Hol, E.M., & Bar, P.R. (1995). Cisplatin neuropathy. *Neurology*, 45(3), 596.
- Huang, H.Y., Wilkie, D.J., Chapman, C.R., & Ting, L.L. (2003). Pain trajectory of Taiwanese with nasopharyngeal carcinoma over the course of radiation therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(3), 247-255.
- Huether, S. (2000). Structure and function of the digestive system. In K. McNance & S. Huether (Eds.), *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children* (4<sup>th</sup> ed, pp.1231-1338). St. Louis: Mosby.
- Hugel, H., Ellershaw, J.E., Cook, L., Skinner, J., & Irvine, C. (2004). The prevalence key cause and management of insomnia in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(4), 316-321.
- Ignoffo, R. (2005). *Preventing chemotherapy toxicities and other issues on drugs in Oncology*. Retrieved September 3, 2006 from <http://www.cancersupportivecare.com/chemotherapy.html>.
- Iwamoto, R.R. (1997). Cancers of the head and neck. In K.H. Dow, J.D. Bucholtz, R.R. Iwamoto,

- V.K. Fieler & L.J. Hilderley, (Eds.), *Nursing care in radiation oncology* (2<sup>nd</sup> ed, pp. 239-260). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Iwamoto, R.R. (2001). Radiation therapy. In S.E. Otto (Ed.), *Oncology Nursing* (4<sup>th</sup> ed., pp. 606 - 637). Philadelphia: Mosby.
- Kaplow, R. (2001). Special nursing considerations. *Critical Care Clinics*, 17, 769-789.
- Kemper, M., Haapaja, I.S., & Goodman, M. (2003). Principle of chemotherapy. In R.A. Gates & R.M. Fink (Eds.), *Oncology Nursing Secrets* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 44-52). Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Larson, M., Hedelin, B., Johansson, I., & Athlin, E. (2005). Eating problems and weight loss for patients with head and neck cancer : A chart review from diagnosis until one year after treatment. *Cancer Nursing*, 28(6), 425-435.
- Larson, P.J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M.J., Douglas, M., Faucett, J., & Froelicher, E. (1994). A model for symptom management. *Image :Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272-276.
- Leanne, B. (2004). Nutrition matters for cancer. *Australia Journal Rural Health*, 12(3), 131.
- Lin, J.C., Jan, I.S., Hsu, G.Y., Liangrs, W.M., & Wang, W.Y. (2003). Phase III study of concurrent chemo radiotherapy versus radiotherapy alone for advanced nasopharyngeal carcinoma: Positive effect on overall and progression-free survival. *Journal Clinical Oncology*, 21(4), 631-637.
- Logemann, J.A., Pauloski, B. R., Rademaker, A. W., Lazarus, C.L., Mittal, B., Gazino, J., et al. (2003). Xerostomia: 12- month changes in saliva Production and its relationship to perception and performance of swallow function oral intake and diet after chemoradiation. *Head and Neck*, 25(6), 432 -437.
- Loprinzi, C. L., Gastineau, D. A., & Foote, R. L. (2004). Oral complication. In M.D.Abeloff, J.O. J. E. Niederhuber, M. B. Kastan, W. G. Mekenna (Eds.), *Clinical oncology* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 778- 789). Philadelphia: Lippincott.py
- Madeya, M.L. (1996). Oral complication from cancer therapy: part1-pathophysiology and secondary complications. *Oncology Nursing Forum*, 23(5), 801- 807.
- Mah, M.A., & Johnston, D. (1993). Concern of families in which one member has head and neck cancer. *Cancer Nursing*, 16(5), 382-387.
- Mark S. Chambers, M.S., Rosenthal, D.I., & Weber, R. S. (2006). Radiation-induced xerostomia. *Head & Neck*, 29(1), 58 -63.

- Mc Millan, & Small. (2002). Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. *Oncology Nursing Forum*, 29(10), 1421-1428.
- Meraviglia, I. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicator: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*, 17(1), 18-33.
- Merlano, M., Russi, E.G., Numico, G., Colantomio I., Garrone, O., Pelissero A, et al. (2005). Paclitaxel, Cisplatin, 5-Fluorouracil and radiotherapy in the management of advanced squamous cell carcinoma of the head and neck :A phase II trial. *Radiotherapy and Oncology*, 75(2), 193-196.
- Miaskowski, C., Cooper, B.A., Paul, S.M., Dodd, M., Lee, K., Aouizerat, B.E., et al. (2006). Subgroups of patients with cancer with different symptom experiences and quality-of-life outcomes: A cluster analysis. *Oncology Nursing Forum*, 33(5), E79- 89.
- Miller, M., & Kearney, N. (2001). Oral care for patients with cancer: A review of the literature. *Cancer Nursing*, 24(4), 241 -254.
- Mock, V. (2004). Fatigue. In M.D. Abeloff, J.O. Armitage, J.E. Niederhuber, M.B. Kastan, W. G. Mekenna (Eds.), *Clinical oncology* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 835- 846). Philadelphia: Lippincott.
- Morrow, G.R., Roscoe, J.A., Hickok, J.T., Stern, R.M., Pierce, H.I., & King, D.B., et al, (1998). Initial control chemotherapy-induced nausea and vomiting in patient quality of life. *Oncology*, 2(3 suppl 4), 32-37.
- Munshi, A., Pandey, M.B., Durga, T., Pandey, K. C., Bahadur, S., & Mohanti, B.K. (2003). Weight loss during radiotherapy for head and neck malignancies what factors impact it?. *Nutrition and Cancer*, 47(2), 136-140.
- Nail, L.M. (2004). Fatigue. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge, & M. Goodman (Eds.), *Cancer symptom management* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 47- 60). Boston: Jones and Bartlett.
- Nation cancer institute. (2003). Oral complication of chemotherapy and head and neck cancer radiation. Retrieved April 15, 2006, from <http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/supportivecare/Oralcomplications/HealthProfessional>.
- Nyuyen, N.P., Sallah, S., Karlsson, U., & Antiove, J.E. (2002). Combined chemotherapy and radiationtherapy for head and neck malignancies : Quality of life issues. *Cancer*, 94(4), 1131-1141.
- Nguyen, N.P., Moltz, C.C., Frank, P., Vos, H.I., Smith, U., Kapolsson, S., et al. (2004).

- Dysphagia following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer. *European Society for Medical Oncology*, 15, 383-388.
- Nguyen, N.P., Moltz, C.C., Frank, C., Karlsson, U., Nguyen, P.D., & Vos, P. (2006). Dysphagia severity following chemoradiation and postoperative radiation for head and neck cancer. *European Journal of Radiation*, 59(3), 453-459.
- Nguyen, N.P., Moltz, C.C., Frank, C., Vos, P., Smith, H.J. & Nguyen, P.D. (2007). Impact of swallowing therapy on aspiration rate following treatment for locally advanced head and neck cancer. *Oral Oncology*, 43(4), 352 – 357.
- Nordgren, M., Jannert, M., Boysen, M., Elmqvist, M.A., Silander, E., & Bjordal, K., et al., (2006). Health- related quality of life in patients with pharyngeal carcinoma: a five-year follow-up. *Head & Neck*, 28(4), 339-349.
- Oh, E.G. (2004). Symptom experience in Korean adults with lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(2), 133-139.
- Orem, D.E. (1995). Health, self-care, and deliberate action. *Nursing concepts of practice* (5<sup>th</sup> ed., pp. 95-117). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Otto, S.E. (2001). Chemotherapy. In S.E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (4<sup>th</sup> ed., pp. 638-683). Philadelphia: Mosby.
- Padilla, G. & Grant, M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Parker, R.G., Rice, D.H., & Casciato, D.A. (2004). Head and neck cancer. In D.A. Casciato, (Eds.), *Manual of Clinical Oncology* (5<sup>th</sup> ed., pp.143-168). Philadelphia: Lippincott.
- Payne, A.S., James, W.D., & Weiss, R.B. (2006). Dermatologic toxicity of chemotherapeutic agent. *Seminars in Oncology*, 33(1), 86-97.
- Perez, E.A., Voegel, C.I., Irwin, D.H., Kirshner, J.J., & Patel, R. (2001). Multicenter phase II trial of weekly paclitaxel in woman with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(22), 4216-4223.
- Petruson, K.M., Sliander, E.M., & Hammerlid, E.B. (2005). Quality of life as predictor of weight loss in patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, 27(4), 302-310.
- Piper, B. F., Dibble, S.L., Dodd, M.J., Weiss, M.C., Slaughther, R.E., & Paul, S.M. (1998). The revise Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in womem with breast cancer.

- Oncology Nursing Forum*, 25(4), 677-684.
- Porock, D., Nikoletti, S., & Cameron, F. (2004). The relationship between factors that impair wound healing: severity of acute radiation skin mucosal toxicities in head and neck cancer. *Cancer Nursing*, 27(1), 71- 78.
- Prott, F.J., Handschel, J., Micke, O., Sunderkotter, C., Meyer, U., & Piffko, J. (2002). Long-term alterations of oral mucosa in radiotherapy patients. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 54(1), 203-210.
- Quon, H., Hershock, D., Feldman, M., Sewell, D., Webwer, R.S. (2004). Cancer of the head and neck. In M.D. Abeloff, J.O. Armitage, J.E. Niderhuber, M.B. Kastan, & W.G. Mekenn, (Eds.), *Clinical oncology* (3<sup>rd</sup> ed., pp.1508). Philadelphia: Elsevier Churchill.
- Rademaker, A.W., Vonesh, E.F., Logemann, J.A., Pauloski, B.K., Liu, D., Lazarus, C.L. (2003). Eating ability in head and neck cancer patients after ireatment with chemoradiation: a 12- month follow-up study accounting for dropout. *Head and Neck*, 25(12), 1034-1041.
- Ravasco, P., Monteiro- Grillo, I., & Camilo, M.E. (2003). Dose nutrition influence: quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy?. *Radiotherapy Oncology*, 67, 213-220.
- Reeves, D.M. (2004). Symptoms of alterations in coping. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge, & M. Goodman (Eds), *Cancer symptom management* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 559- 570). Boston: Jones and Bartlett.
- Ripamonti, C., Zecca, E., Brunelli, C., Fulfaro, F., Villa, S., Balzarini, A., et al. (1998). A randomized, controlled clinical trial to evaluate the effects of zinc sulfate on cancer patients with taste alterations caused by head and neck irradiation. *Cancer*, 82(10), 1938-1945.
- Rischino, D., Corry, J., Smith, J., Stewart, J., Hughes, P., Peters, L., et al. (2002). Excellent disease control and survival in patients with advanced nasopharyngeal cancer treated with chemoradiation. *Journal of Clinical Oncology*, 20(7), 1845-1852.
- Rokia, S.C. (2000). Oncology: Nursing management in cancer care. In S.C. Smeltzer, & B.G. Bare (Eds.), *Medical surgical nursing* (pp. 263-311). Philadelphia: Lippincott.
- Rolnick, S.J., Jackson, J., Nelson, W.W., Butani, A., Herrinton, L.J., & Hornbrook, M. (2007). Pain management in the last six month of life among women who diea of ovarian cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(1), 24-31.
- Rose, P., & Yate, P. (2001). Quality of life experienced by patients receiving radiation treatment for cancer of the head and neck. *Cancer Nursing*, 24(4), 255-263.

- Rose-Ped, A.M., Bellm, L.A., Epstein, J.B., Trotti, A., Gwede, C., Fuchs, H.J., et al. (2002).  
Complication of radiation therapy for head and neck. *Cancer Nursing*, 25(6), 461-467.
- Seidman, A.D., Hudis, C.A., Albanel, J., Tong, W., Tepler, I., Currie, V., et al. (1998). Dose-dense  
therapy with weekly 1-hour paclitaxel infusions in the treatment of metastatic breast  
cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(10), 3353-3361.
- Sharp, L., Laurell, G., Tiblom, Y., Andersson, A., Birksjo, R.M. (2004). Care diaries: A way of  
increasing head and neck cancer patient's involvement in their own care and the  
communication between clinicians. *Cancer Nursing*, 27(2), 119-126.
- Sherry, V.W. (2002). Taste alterations among patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology  
Nursing*, 6(2), 69-76.
- Shiba, G.H. (1999). Nasopharyngeal cancer. In C. Miaskowski & P. Buchsel (Eds.),  
*Oncology nursing: Assessment and clinical care* (pp. 1145-1167). St. Louis: Mosby.
- Shih, A., Miaskowski, C., Dodd, M.J., Stotts, N.A., & Macphail, L. (2003). Mechanisms for  
radiation induced oral mucositis and the consequences. *Cancer Nursing*, 26(3), 222-229.
- Sitton, E. (1997). Managing side effect of skin change and fatigue. In K.H. Dow, J.D. Bucholtz,  
R.R.Iwamoto, V.K. Fieler, & L.J. Hilderley (Eds.), *Nursing care in radiation oncology*  
(2<sup>nd</sup> ed, pp. 79- 100). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Sonis, S.T. (1993). Oral complication of cancer therapy. In V.T. Pecita (Ed.), *Principle and practice of  
oncology* (pp. 2358-2393). Philadelphia: Lippincott.
- Spensor, S.A., Harris, J., Wheeler, R.H., Machtay, M., Schultz, C., Spanos, w., et al. (2001).  
RTOG 96-10: reirradiation with concurrent hydroxyurea and 5-fluorouracil in patients  
with squamous cell cancer of head and neck. *International Journal Radiation Biology  
Physics*, 51(5), 1299-1304.
- Strohl, R.A. (1999). Radiation therapy. In C. Miashowski & P. Buchsel (Eds.), *Oncology nursing:  
Assessment and clinical care* (pp. 59-81). St. Louis: Mosby.
- Sutherland, S.E., & Browman, G.P. (2001). Prophylaxis of oral mucositis in irradiated head and  
neck cancer patients:a proposed classification scheme of interventions and meta-  
analysis of randomized controlled trials. *International Journal Radiation Biology  
Physics*, 49(4), 917 – 930.
- Taylor, S.G., & Murthy, A.K. (1993). Head and neck. In M.J. John., M.S. Flan, S.S. Legha &

- T.L. Phillips (Eds.), *Chemoradiation: An integrated approach to cancer treatment* (pp.186-187). Lea & Febiger: Aweverly.
- Taylor, E.J. (2000). Spiritual need ethical end-of –life concern, In C.H. Yarbrow, M.H. Frogge, & M. Goodman (Eds), *Cancer nursing: principle and practice* (5<sup>th</sup> ed, pp. 1565-1578). Boston: Jones and Bartlett.
- Taylor, E.J. (2004). Spiritual distress. In C.H. Yarbrow, M.H. Frogge, & M. Goodman (Eds), *Cancer symptom management* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 693- 700). Boston: Jones and Bartlett.
- The British Columbia Cancer Agency. (2003). *Nutritional challenges during cancer treatment – dry mouth*. Retrieved April 11, 2006 from <http://www.bccancer.bc.ca/ppI/Cancer>.
- The British Columbia Cancer Agency. (2005). Cancer management guideline. Retrieved March 27, 2006 from The BC Cancer Agency Web site: <http://www.bccancer.bc.ca/treatment/Nutrition/NutritionalChallengesduringCancerTreatment/Dry+Mouth.htm>.
- Tombes, M., & Gallucci, B. (1993). The effect of hydrogen peroxide rinse on the normal mucosa. *Nursing Research*, 42(6), 49-54.
- Trotti, A., Bellm, L.A., Epstein, J.B., Frame, D., Fuchs, H.J., Gwede, C.K., et al. (2003). Mucositis incidence severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: A systematic literature review. *Radiotherapy and Oncology*, 66(3), 253 – 262.
- Van, C.E., & Arends, J. (2005). The causes and consequences of cancer-associated Malnutrition. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(2), 51-63.
- VoKes, E.E., Haraf, D.J., & Kies, M.S. (2000). The use concurrent chemotherapy and radiotherapy for locoregionally advanced head and neck cancer. *Seminars in Oncology*, 27(4 ), 34-38.
- Wells, M., & Mac Bride, S. (2004). Radiation skin reaction. *Supportive Care in Radiotherapy*, 135-159. Retrieved May 10, 2006 from [http://www.c cancer.org/1.800acs.2345](http://www.cancer.org/1.800acs.2345).
- Whale, Z., Lyne, P.A., & Papanikolaou, P. (2001). Pain experience following radical treatment for head and neck cancer. *European Journal Oncology Nursing*, 5(2), 112-120.
- Wickham, R.S., Rehwaltd, M., Kefer, C., Shott, S., Abbas, K., Glynn-Tucker, E., et al. (1999). Taste changes experienced by patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 26, 697–705.

- Wilkes, G.M. (2001). Potential toxicities and nursing management. In M. Barton- Burke, G.M. Wilkes, K. Ingwerson (Eds.), *Cancer chemotherapy :A nursing process approach* (3<sup>rd</sup> ed, pp. 89- 185). Sudbury: Jones and Bartlett.
- Wilkes, G.M., & Ades, T.B. (2004). *Consumers guide to cancer drugs* (2<sup>nd</sup> ed). Sudbury: Jones and Bartlett.
- Wong, R.K., Jones, G.W., Sagar, S.M., Babjak, A.F., & Whelan, T.A. (2003). Phase I-II study in the use of acupuncture-like transcutaneous nerve stimulation in the treatment of radiation-induced xerostomia in head-and-neck cancer patients treated with radical radiotherapy. *International Journal Radiation Biology Physics*, 57(2), 472-480.
- Wong, P.C., Dodd, M.J., Miaskowski, C., Paul, S.M, Bank, K.A., & Shiba, G.H. et al. (2006). Mucositis pain induced by radiation therapy: prevalence, severity and use of self-care behaviors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 27 – 37.
- Wong, S.J., Machtay, M., & Li, Y. (2006) . Locally recurrent previously irradiated head and neck cancer: Concurrent re-irradiation and chemotherapy or chemotherapy alone. *Journal of Clinical Oncology*, 24(17), 2653-2658.
- World Health Organization. (2003). Global action against cancer. Retrived May 3, 2006 from <http://www.who.int/cancer/media/en/788.pdf>.
- Zimmerman, L., Story, K.T., Johansson, F.G., & Rowles, J.R. (1996). Psychological variables and cancer pain. *Cancer Nursing*, 19(1), 44-5
- Zogbaum, A.T., Fitz, P., & Duff, V.B. (2004). Tube feeding may improve adherence to radiation treatment schedule in head and neck cancer. *Clinical Nutrition*, 19(2), 95-106.



**ภาคผนวก ก**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

รหัสผู้ป่วย.....

สถานที่.....

วันที่..... /..... /2550

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด**

**คำชี้แจง** ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน

โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และ/หรือขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง โดยแต่ละข้อขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

**ก. ข้อมูลส่วนตัว**

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส ☐ สมรส ☐ โสด ☐ ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่4. นับถือ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆโปรดระบุ.....

5. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรืออนุปริญญา ☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า☐ อื่นๆ (ระบุ).....

6. อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ รับราชการ ☐ ค้าขาย☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท

8. สถานภาพทางการเงิน ☐ เหลือเก็บ ☐ พอใช้ ☐ ไม่พอใช้

9. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

☐ เบิกได้ ☐ สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ จ่ายเอง ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

10. ภูมิลำเนา (จังหวัด).....

11. สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....หมายเลขโทรศัพท์.....

รหัสผู้ป่วย.....

สถานที่.....

วันที่..... /...../2550

**ข. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (บันทึกโดยผู้วิจัย)**

1. การวินิจฉัยโรค.....เมื่อ.....ผลพยาธิวิทยา.....

ระยะความรุนแรงของโรค(cance staging) ..... T.....N.....M.....

โรคประจำตัว.....

2.อาการสำคัญที่มารับการรักษา.....

3. ประวัติการรักษา

☐ เคมีบำบัด

ชนิดของยาเคมีบำบัด

.....  
.....

Course ที่.....

ครั้งสุดท้ายที่ได้รับวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

☐ รังสีรักษา

ปริมาณของรังสีที่ได้รับ.....ตำแหน่งที่ได้รับรังสี.....

ครั้งสุดท้ายที่ได้รับวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

อื่นๆ(ระบุ).....

.....  
.....  
.....

รหัสผู้ป่วย.....

สถานที่.....

วันที่...../...../2550

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี  
ร่วมกับยาเคมีบำบัด**

**คำชี้แจง** ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบว่า ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ท่านมีอาการใดเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด
2. อาการที่เกิดขึ้นนั้น มีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด
3. อาการใดรบกวนการดำเนินชีวิตของท่านมากที่สุดใน 5 อันดับแรก

อาการ หมายถึง สิ่งที่ท่านรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ หรือมีความรู้สึกไม่สบายที่เกิดขึ้นในรอบเดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังรวมถึงระดับความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอาการ จำนวน 42 ข้อ

โปรดตอบทุกข้อตามความเป็นจริง โดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความ เพื่อต้องการทราบความถี่ของอาการ ดังนี้

ไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการตามข้อความ

นานๆ ครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นประมาณเดือนละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้งแต่น้อยกว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นพักๆ

เป็นพักๆ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นประมาณอาทิตย์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้งแต่น้อยกว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

เป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวันอาจจะเป็นวันละครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้งแต่น้อยกว่าอาการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

ตลอดเวลา หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา อาการไม่หายเลย

และใช้เครื่องหมายวงกลม (O) รอบตัวเลขทางขวามือของท่านเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ดังนี้

วงกลมเลข 0 แสดงว่า ไม่มีอาการ

วงกลมเลข 10 แสดงว่า มีความรุนแรงมากจนทนไม่ไหว

รวมทั้งให้ท่านประเมินอาการที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการรับรู้ว่ามีอาการใดที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุด โดยระบุอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงตามลำดับจากอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุดลงมา

รหัสผู้ป่วย.....

| อาการ                                                                | ความถี่ของอาการ |               |              |               |              | ระดับความรุนแรงของอาการ |   |   |         |   |   |   |   |                                |   |    |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-------------------------|---|---|---------|---|---|---|---|--------------------------------|---|----|
|                                                                      | ไม่มี           | นานๆ<br>ครั้ง | เป็น<br>พักๆ | เป็น<br>ประจำ | ตลอด<br>เวลา | ไม่มี<br>อาการ          |   |   | ปานกลาง |   |   |   |   | มีอาการรุนแรงมาก<br>จนทนไม่ไหว |   |    |
| 1.อาการปวด/เจ็บ<br>(ระบุตำแหน่ง)....<br>กรณีมี>1ตำแหน่ง<br>ระบุ..... |                 |               |              |               |              | 0                       | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                              | 9 | 10 |
| 2.เวียนศีรษะ/มึนงง                                                   |                 |               |              |               |              | 0                       | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                              | 9 | 10 |
| 3.มองเห็นไม่ชัดตา<br>พร่า/มองไม่เห็น                                 |                 |               |              |               |              | 0                       | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                              | 9 | 10 |
| 4.ริมฝีปากแห้ง/<br>คอแห้ง/น้ำลายแห้ง                                 |                 |               |              |               |              | 0                       | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                              | 9 | 10 |
| 5. มีแผลในปาก                                                        |                 |               |              |               |              | 0                       | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                              | 9 | 10 |
| 6. เจ็บปาก                                                           |                 |               |              |               |              | 0                       | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                              | 9 | 10 |
| .                                                                    |                 |               |              |               |              | .                       |   |   |         |   |   |   |   |                                |   |    |
| .                                                                    |                 |               |              |               |              | .                       |   |   |         |   |   |   |   |                                |   |    |
| 46. นอนไม่หลับ                                                       |                 |               |              |               |              | 0                       | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                              | 9 | 10 |
| 47. ซึมเศร้า                                                         |                 |               |              |               |              | 0                       | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                              | 9 | 10 |
| 48.อื่นๆ(ระบุ)....                                                   |                 |               |              |               |              | 0                       | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                              | 9 | 10 |

โปรดระบุอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตของท่านมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงตามลำดับ  
จากอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุดลงมา ดังนี้

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

\*\* (เลขระบุลำดับอาการนี้นำไปใช้ในแบบสอบถามส่วนที่ 3)

รหัสผู้ป่วย.....

สถานที่.....

วันที่...../...../2550

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการอาการ เหตุผลในการเลือกวิธีการจัดการ  
แหล่งที่มา ผู้ให้ความช่วยเหลือ เวลา และสถานที่ในการ

จัดการกับอาการ และการรับรู้ผลลัพธ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและ  
คอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบว่า ท่านใช้วิธีการใดในการจัดการ  
กับอาการที่เกิดขึ้น

ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความ วิธีการจัดการอาการของผู้ป่วย  
โรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยา

เคมีบำบัดที่ท่านใช้ในการจัดการหรือ  
การแก้ไขอาการที่ท่านได้ปฏิบัติดังต่อไปนี้

|                 |         |                                         |
|-----------------|---------|-----------------------------------------|
| ไม่ได้ใช้       | หมายถึง | ไม่เคยใช้วิธีการตามข้อนี้เลย            |
| ใช้น้อยมาก      | หมายถึง | เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้น้อยมาก      |
| ใช้เป็นบางครั้ง | หมายถึง | เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นบางครั้ง |
| ใช้เป็นส่วนใหญ่ | หมายถึง | เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นส่วนใหญ่ |
| ใช้เป็นประจำ    | หมายถึง | เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นประจำ    |

รหัสผู้ป่วย.....

**1. วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งโรคมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับการรักษาด้วยการ  
ฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (ตามลำดับอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก)**

| วิธีการจัดการ                                             | ไม่ได้ใช้ |   |   |   |   | ใช้น้อยมาก |   |   |   |   | ใช้เป็นบางครั้ง |   |   |   |   | ใช้เป็นส่วนใหญ่ |   |   |   |   | ใช้เป็นประจำ |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------|-----------|---|---|---|---|------------|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|
| อาการที่                                                  | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 | 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 1               | 2 | 3 | 4 | 5 | 1               | 2 | 3 | 4 | 5 | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.1 ใช้ยาแผนปัจจุบัน/การปฏิบัติ<br>ตามแผนการรักษาของแพทย์ |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.1.1 ยาแก้ปวด                                            |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.1.2 ยาแก้เวียนศีรษะ                                     |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| .                                                         |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.1.11 น้ำเกลืออินทรีย์/<br>เบกกิ้งโซดา                   |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| .                                                         |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.1.19 ใส่สายยางให้อาหาร                                  |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.2 ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร                              |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.2.1 รับประทานยาแผนโบราณ<br>หรือสมุนไพร(ระบุ).....       |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| .                                                         |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<br>รับประทานอาหารและน้ำดื่ม       |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.3.1 บริโภคนม/อาหารเสริม                                 |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| .                                                         |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.4 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                                   |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.4.1 จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ                                     |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| .                                                         |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.5 การผ่อนคลาย                                           |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.5.1 พักผ่อน นอนหลับ                                     |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| .                                                         |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.6 ปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์                                  |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.6.1 สวมหมวก                                             |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| .                                                         |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.7 ปรับความรู้สึกร่างกาย                                 |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| 1.7.1 พยายามลืมความเจ็บป่วย                               |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |
| .                                                         |           |   |   |   |   |            |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |

รหัสผู้ป่วย.....

**2. เหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ**

- ☐ คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย
- ☐ ทำแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น/ไม่คิดมาก
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

**3. แหล่งที่มาของข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ**

(ตามลำดับอาการที่ระบุว่ารบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก)

| แหล่งที่มา           | อาการที่ 1..... | อาการที่ 2..... | อาการที่ 3..... | อาการที่ 4 .... | อาการที่ 5 .... |
|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| ครอบครัว/ญาติแนะนำ   |                 |                 |                 |                 |                 |
| เพื่อนบ้านแนะนำ      |                 |                 |                 |                 |                 |
| พยาบาล/แพทย์แนะนำ    |                 |                 |                 |                 |                 |
| แผ่นพับ/หนังสือ/ทีวี |                 |                 |                 |                 |                 |
| อื่นๆ (ระบุ).....    |                 |                 |                 |                 |                 |

**4. ใครเป็นผู้ช่วยเหลือในการจัดการกับอาการ**

| ผู้ช่วยเหลือ           | อาการที่ 1..... | อาการที่ 2 .... | อาการที่ 3 .... | อาการที่ 4 ..... | อาการที่ 5 .... |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|
| ตนเอง (ตัวผู้ป่วย)     |                 |                 |                 |                  |                 |
| ครอบครัว/ญาติ          |                 |                 |                 |                  |                 |
| พยาบาล/แพทย์           |                 |                 |                 |                  |                 |
| เพื่อน/เพื่อนบ้าน      |                 |                 |                 |                  |                 |
| บุคคลอื่นๆ (ระบุ)..... |                 |                 |                 |                  |                 |

**5. เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ**

| เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรม                                      | อาการที่ 1..... | อาการที่ 2 ... | อาการที่ 3.... | อาการที่ 4 ... | อาการที่ 5... |
|------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| ปฏิบัติเป็นเวลาที่แน่นอน<br>(ระบุช่วงเวลา) เช่น เช้า/ เย็น |                 |                |                |                |               |
| ปฏิบัติเมื่อมีอาการ/รู้สึกผิดปกติ                          |                 |                |                |                |               |
| ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวัน                               |                 |                |                |                |               |
| อื่นๆ (ระบุ).....                                          |                 |                |                |                |               |

รหัสผู้ป่วย.....

## 6. สถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการ

| สถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรม | อาการที่ 1..... | อาการที่ 2 ... | อาการที่3..... | อาการที่4 ..... | อาการที่ 5..... |
|--------------------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| บ้าน                     |                 |                |                |                 |                 |
| สถานบริการ               |                 |                |                |                 |                 |
| โรงพยาบาล                |                 |                |                |                 |                 |
| คลินิก                   |                 |                |                |                 |                 |
| สถานที่สาธารณะ           |                 |                |                |                 |                 |
| วัด                      |                 |                |                |                 |                 |
| สวนสาธารณะ               |                 |                |                |                 |                 |
| อื่นๆ (ระบุ)             |                 |                |                |                 |                 |

## 7. การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการ

(โดยเลือกจากผลของอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก)

\*\* ผลลัพธ์ของการจัดการ หมายถึง ผลของการจัดการที่ท่านรับรู้ หลังจากการใช้วิธีการจัดการกับอาการแต่ละอาการ โดยให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความ การรับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการในด้านต่างๆ หลังจากจัดการหรือแก้ไขอาการที่เกิดขึ้น

## 7.1 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับสภาพอาการ

| อาการที่รบกวน<br>ชีวิตประจำวัน | สภาพอาการ  |                            |                              |       |              |
|--------------------------------|------------|----------------------------|------------------------------|-------|--------------|
|                                | ดีขึ้น/หาย | บรรเทาอาการ/<br>อาการทุเลา | เหมือนเดิม/เฉย/<br>ไม่ดีขึ้น | แย่ลง | ยังไม่เห็นผล |
| อาการที่ 1.....                |            |                            |                              |       |              |
| อาการที่ 2.....                |            |                            |                              |       |              |
| อาการที่ 3.....                |            |                            |                              |       |              |
| อาการที่ 4.....                |            |                            |                              |       |              |
| อาการที่ 5 .....               |            |                            |                              |       |              |

รหัสผู้ป่วย.....

## 7.2 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย

| อาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน | การทำหน้าที่ของร่างกาย |                          |       |              |
|----------------------------|------------------------|--------------------------|-------|--------------|
|                            | ดีขึ้น/หาย             | เหมือนเดิม/เลย/ไม่ดีขึ้น | แย่ลง | ยังไม่เห็นผล |
| อาการที่ 1.....            |                        |                          |       |              |
| อาการที่ 2.....            |                        |                          |       |              |
| อาการที่ 3.....            |                        |                          |       |              |
| อาการที่ 4.....            |                        |                          |       |              |
| อาการที่ 5 .....           |                        |                          |       |              |

## 7.3 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับสภาพอารมณ์

| อาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน | สภาพอารมณ์ |                          |       |              |
|----------------------------|------------|--------------------------|-------|--------------|
|                            | ดีขึ้น/หาย | เหมือนเดิม/เลย/ไม่ดีขึ้น | แย่ลง | ยังไม่เห็นผล |
| อาการที่ 1.....            |            |                          |       |              |
| อาการที่ 2.....            |            |                          |       |              |
| อาการที่ 3.....            |            |                          |       |              |
| อาการที่ 4.....            |            |                          |       |              |
| อาการที่ 5 .....           |            |                          |       |              |

## 7.4 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

| อาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน | ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น |                                         |                                         |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
|                            | ไม่เสียค่าใช้จ่าย     | เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม (พอจ่ายได้ไม่รบกวน) | เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมาก (มีปัญหาการเงิน) |
| อาการที่ 1.....            |                       |                                         |                                         |
| อาการที่ 2.....            |                       |                                         |                                         |
| อาการที่ 3.....            |                       |                                         |                                         |
| อาการที่ 4.....            |                       |                                         |                                         |
| อาการที่ 5 .....           |                       |                                         |                                         |

รหัสผู้ป่วย.....

## 7.5 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน

| อาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน | การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน        |                                       |                                         |
|----------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
|                            | ไม่เกิดการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน | มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน 1 อย่าง | มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน > 1 อย่าง |
| อาการที่ 1.....            |                                    |                                       |                                         |
| อาการที่ 2.....            |                                    |                                       |                                         |
| อาการที่ 3.....            |                                    |                                       |                                         |
| อาการที่ 4.....            |                                    |                                       |                                         |
| อาการที่ 5 .....           |                                    |                                       |                                         |

## 7.6 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

| อาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน | ความสามารถในการดูแลตนเอง    |                                                      |                          |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|
|                            | ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ | สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ยังต้องมีผู้ช่วยเหลือ | สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ |
| อาการที่ 1.....            |                             |                                                      |                          |
| อาการที่ 2.....            |                             |                                                      |                          |
| อาการที่ 3.....            |                             |                                                      |                          |
| อาการที่ 4.....            |                             |                                                      |                          |
| อาการที่ 5 .....           |                             |                                                      |                          |

รหัสผู้ป่วย.....

ใช้เครื่องหมายวงกลม (O) รอบตัวเลขทางขวามือของท่านเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดและในปัจจุบันว่ามีระดับมากน้อยเพียงใด ดังนี้

วงกลมเลข 0 แสดงว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับแย่ที่สุด

วงกลมเลข 10 แสดงว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีที่สุด

## 7.7 การรับรู้ผลของการจัดการกับอาการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

### 7.7.1 คุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด

| คุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |
|---------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| แย่ที่สุด                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ดีที่สุด |
| 0                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10       |

### 7.7.2 คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน

| คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| แย่ที่สุด             |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ดีที่สุด |
| 0                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10       |

## ภาคผนวก ข

## เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

## (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ประสพการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็ง  
ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งในภาคกลางของประเทศไทย

ชื่อผู้วิจัย นาง สุจิรา ฟุ่งเฟื่อง

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ศูนย์มหาวชิราลงกรณ รัชบุรีจังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสุจิรา ฟุ่งเฟื่อง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 02- 3547025 ต่อ 2607, 2608

## ความเป็นมาของโครงการ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในปัจจุบัน และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากสถิติของสำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 และมีแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เพิ่มขึ้น ซึ่งบุคคลทั่วไปมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง รักษาไม่หาย ทำให้ เกิดความ วิตกกังวล เสรีาโศก โดยเฉพาะโรคมะเร็งศีรษะและคอ เพราะบริเวณศีรษะและคอเปรียบเสมือนส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก บุคลิกภาพ และมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยอย่างมาก โรคมะเร็งนอกจากส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ที่เป็น การรักษาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกัน การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ มีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัดหรือร่วมกัน 2 ใน 3 วิธี เช่น การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ซึ่งแม้จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งแต่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายกับผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ตามปกติจากผลกระทบจากโรคและการรักษา ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการจัดการกับอาการเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้จากทีมสุขภาพ และประสบการณ์จากบุคลากรรอบข้าง หรือจากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เพื่อควบคุมหรือบรรเทาอาการเหล่านั้น จากผลกระทบจากโรคและการรักษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาประสพการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เพื่อใช้ข้อมูลพื้นฐาน ตลอดจนนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

ผู้วิจัยขอให้ท่านมีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เนื่องจากการได้รับข้อมูลของท่านมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ทราบถึงประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด อันจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้ป่วยต่อไป อนึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณท่านสำหรับเวลา และความช่วยเหลือของท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

## รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เพื่อที่จะเข้าใจประสบการณ์อาการ และการจัดการกับอาการของท่านในระยะที่ผ่านมา ท่านจะได้รับการตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์อาการ และแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการกับอาการ โดยคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที การเก็บข้อมูลจะดำเนินในห้องที่เป็นส่วนตัว โดยที่ผู้วิจัยจะอ่านและอธิบายแบบสอบถามให้ท่านฟังทีละข้อเกี่ยวกับประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับท่าน และให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยขออนุญาตฉบับบันทึกข้อมูลที่ได้ และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ท่านอาจจะเลือกไม่ตอบคำถามใดๆ ก็ได้ในทุกข้อคำถามของแบบสอบถาม

## ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับอาจไม่มี แต่ท่านจะได้มีโอกาสให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินหรือช่วยเหลือท่านตามปัญหาที่ท่านต้องเผชิญอยู่ และระหว่างการตอบแบบสอบถาม คำถามบางคำถามอาจทำให้ท่านรู้สึกเศร้า เมื่อท่านนึกถึงประสบการณ์ที่ตึงเครียดของท่าน ท่านอาจรู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจ ถ้าความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นระหว่างการให้ข้อมูลท่านสามารถที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านกับผู้วิจัย ท่านมีอิสระเต็มที่ในการที่จะไม่ตอบคำถามหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

## การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ต่างๆ ซึ่งจะได้รับจากโรงพยาบาล ถ้าท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ในการวิจัยนี้ไม่มีเงินหรือค่าตอบแทนสำหรับความร่วมมือของท่าน ข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ในที่ที่ปลอดภัย ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบนแบบฟอร์มใดๆ ของแบบสอบถาม ตัวเลขจะถูกใช้แทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละท่าน ผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบข้อมูลที่บ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ ท่านสามารถขอรับผลสรุปของการวิจัยได้หลังการวิจัยสิ้นสุดลง

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

**(Informed Consent Form)**

สำหรับผู้ป่วย

ชื่อเรื่อง ประสิทธิภาพอาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ  
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในสถาบันมะเร็งแห่งชาติและศูนย์มะเร็งในภาคกลาง

ชื่อผู้วิจัย นางสุจิตรา ฟุ้งเฟื่อง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

\*ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย.....

อายุ.....ปี เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ชช.....ได้ทราบรายละเอียดของการ  
วิจัยตลอดจนประโยชน์และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและ  
ยินยอมให้ทำการวิจัยในเรื่องที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถ  
สอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึง  
ได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป  
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วย  
เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของการวิจัยตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่อาจเกิดขึ้น  
แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ นางสุจิตรา ฟุ้งเฟื่อง (ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านข้อความในใบยินยอมฯนี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง  
จนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้น  
ไว้ด้วย

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัย



**เอกสารรับรอง**

จาก

**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
เลขที่ 006/2550**

**ชื่อโครงการ** ประสิทธิภาพในการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการ  
ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ใน  
ศูนย์มะเร็งในภาคกลางของประเทศไทย

**ชื่อหัวหน้าโครงการ** นางสุจิรา พงษ์เฟื่อง

**หน่วยงานที่สังกัด** พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหูตึง 6 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**รหัสโครงการ** EC 004/2550

**สถานที่ทำวิจัย** สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**เอกสารที่รับรอง**

- แบบเสนอโครงการวิจัย
- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ
- แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ
- แบบสอบถาม

**วันที่รับรอง** 2 มีนาคม 2550

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติ รับรอง  
เอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ

ลงนาม .....  
(นายธีรฤดี คูหะเปรมะ)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม .....  
(นายธีรฤดี คูหะเปรมะ)  
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

**Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

លេខ ២៥៥០/០៤០

ชื่อโครงการ

ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของ  
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็ง  
ในภาคกลางของประเทศไทย

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ၀၈-၆၀-၆၀ ပီ

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสุจิรา ฟุ้งเฟื่อง

## ที่ทำงาน

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสด็จฯ  
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ถึงนาม

प्रेमचंद

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ดงนาม

4<sup>th</sup> Divy.

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

นายแพทย์ สมภพ แสงกิตติไพบูลย์ งานรังสีรักษา ศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดชลบุรี

แพทย์หญิง สมจินต์ จินดาวิจิษฐ์ งานหูก คอ จมูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

คุณ พัชรี เจริญพร หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

คุณ สุวิมล สันติสุขธนา พยาบาลผู้ชำนาญการ งานพยาบาลผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณ พรจันทร์ สัยละมัย งานพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## ประวัติผู้วิจัย

|                        |                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ                   | นางสุจิรา ฟุ้งเฟื่อง                                                                                                                                                                                                     |
| วัน เดือน ปีเกิด       | 10 มกราคม 2516                                                                                                                                                                                                           |
| สถานที่เกิด            | ลพบุรี                                                                                                                                                                                                                   |
| ประวัติการศึกษา        | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ, พ.ศ. 2533 - 2537<br>ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง<br>มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2548 - 2550<br>พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่<br>คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน | พ.ศ. 2537 – ปัจจุบัน<br>พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหญิง 6 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ<br>โทรศัพท์ 02 – 3547025 ต่อ 2607,2608<br>ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.                                                                        |
| ที่อยู่                | 14/1812 ซอย 17/4 หมู่บ้านบัวทองธานี ตำบลบางบัวทอง<br>อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110                                                                                                                                 |