



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปาก
และภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด

โดย

นางสาวกาญจนา สามีใจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

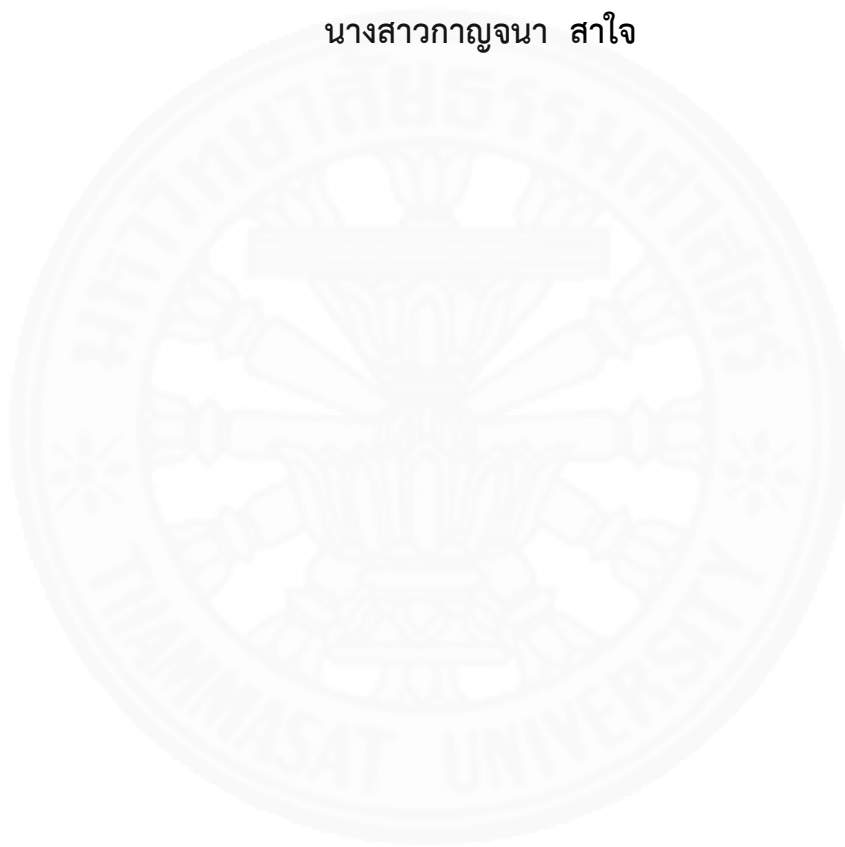
ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปาก
และภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

โดย

นางสาวกาญจนา साใจ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT PROMOTION PROGRAM
ON THE ORAL CARE BEHAVIOR AND ORAL MUCOSITIS OF CANCER
PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

BY

MISS KANJANA SAJAI



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
DEPARTMENT OF ADULT NURSING
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY

2016

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวกาญจนา साใจ

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปาก
อักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


เมื่อ วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2560

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



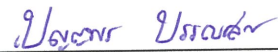
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชชกุล)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



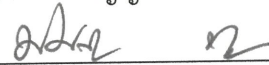
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม




(อาจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว์ จันทนะโสถิติ)

คณบดี



(ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ชื่อผู้เขียน	นางสาวกาญจนา สามีใจ
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (1986) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรไฟล์-ฟลูออโรยูราซิลร่วมกับลิวิโควาลิน ที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งกลุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง 2) คู่มือการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองเพื่อดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3) แผนการสอนเรื่องการจัดการด้วยตนเองเพื่อดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง 4) แบบบันทึกการติดตามตนเอง 5) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 6) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก 7) แบบบันทึกอาการในช่องปาก และ 8) แบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, สถิติไคสแควร์, สถิติแมน-วิทนีย ยู เทส และสถิติวิลคอกซัน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองมีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีพฤติกรรมลดช่องปากมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยลง ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพจึงควรพิจารณานำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ในหน่วยเคมีบำบัด นอกจากนี้ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองในระยะยาว เพื่อนำไปสู่การลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง, ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด, พฤติกรรมลดช่องปาก



Thesis Title	THE EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT PROMOTION PROGRAM ON THE ORAL CARE BEHAVIOR AND ORAL MUCOSITIS OF CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY
Author	Miss Kanjana Sajai
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Sirilak Kitsripisarn, Ph.D. (Nursing)
Academic Year	2016

ABSTRACT

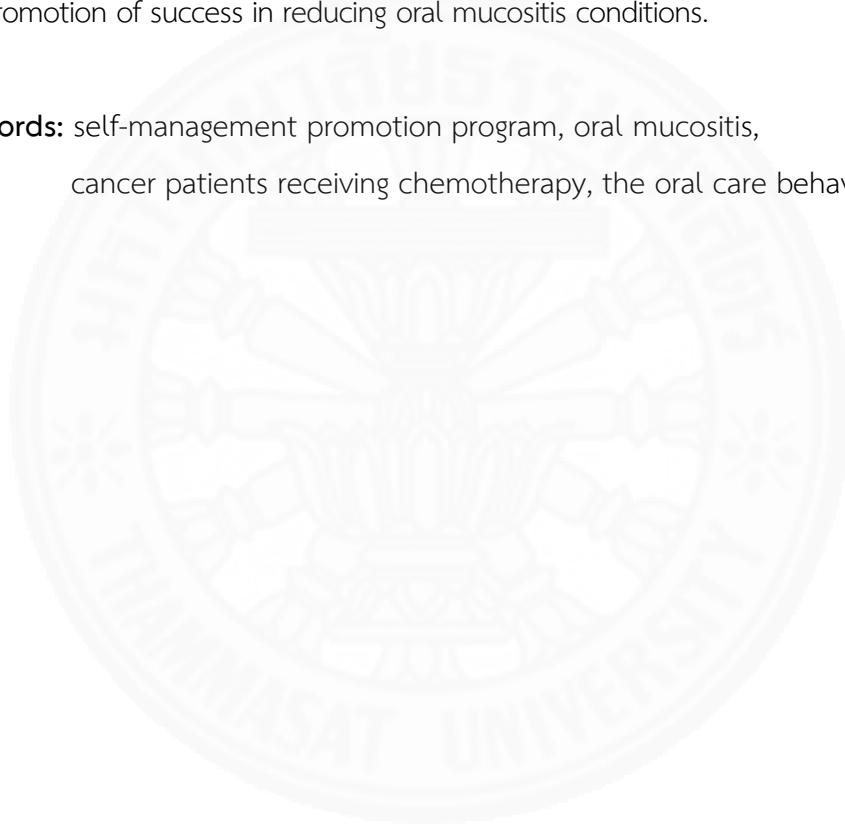
The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a self-management promotion program on the oral care behavior and oral mucositis of cancer patients receiving chemotherapy based on the self-management ideas of Kanfer and Gaelick-Buys (1986). The samples consisted of 50 cancer patients receiving 5-fluorouracil and leucovorin as a chemotherapy protocol in the chemotherapy unit at Chulabhorn Hospital in Thailand. Simple purpose randomized sampling was applied to assign the individuals to a control group and an experimental group. Data were collected between March and May, 2017. The research instruments consisted of the following: 1) a self-management promotion program; 2) a manual for a management promotion program for oral care behavior and oral mucositis among cancer patients receiving chemotherapy; 3) a lesson plan; 4) a monitoring form; 5) a demographic questionnaire; 6) an oral care behavior form; and 7) an oral mucositis form. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, the Mann-Whitney U test, and the Wilcoxon signed ranks test.

The findings indicated that after receiving the self-management promotion program for 8 weeks, the oral care behavior mean score of the experimental group showed a significant increase ($p < .001$). Moreover, the experimental group had a significantly higher oral

care behavior mean score than the control group ($p < .001$). Further, the oral mucositis in the experimental group was significantly lower than the control group.

The studies illustrate that the self-management promotion program can enhance oral care behavior and reduce oral mucositis among cancer patients receiving chemotherapy. Therefore, nurses and healthcare personals should consider and apply the self-management program to oncologic patients in the chemotherapy unit. In addition, promoting oral care behavior should be replicated in long-term care, leading to the promotion of success in reducing oral mucositis conditions.

Keywords: self-management promotion program, oral mucositis,
cancer patients receiving chemotherapy, the oral care behavior



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากหลายฝ่าย โดยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากทุนวิจัยทั่วไปสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว์ จันทนะโสทธิ ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ รวมถึงให้ข้อคิดเห็นตลอดทุกขั้นตอนในการศึกษา รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จนประสบความสำเร็จได้ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงจอมธนา ศิริไพบุลย์ แพทย์หญิงหทัยวรรณ รัตนบรรเจ็ด อาจารย์ ดร.วนลดา ทองใบ คุณกรรณิการ์ ศุภชัย และคุณณัฐชานันท์ เศรษฐวุฒสุภรณ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเนื้อหา และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์และชัดเจนยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ชี้แนะแนวทางในการศึกษา ด้วยความรักและความปรารถนาดีตลอดระยะเวลาของการศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในหน่วยเคมีบำบัดและหน่วยผู้ป่วยนอก ที่เอื้อเฟื้อและอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือจนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานทุกท่าน และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ สำหรับกำลังใจ ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเป็นอย่างดี ตลอดจนนักศึกษาปริญญาโทรหัส 56 ทุกท่าน ที่คอยเป็นแรงบันดาลใจและเป็นกำลังใจเสมอมา จนทำให้การจัดทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

กาญจนา साใจ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พ.ศ. 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญภาพ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
1.3 คำถามการวิจัย	8
1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
1.5 ขอบเขตการวิจัย	8
1.6 นิยามศัพท์	9
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
1.8 สมมติฐานการวิจัย	13
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
2.1 โรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	15
2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง	15
2.1.2 ความหมายและพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง	15

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.1.3 ระยะของโรคมะเร็ง	16
2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด	17
2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด	20
2.2 เยื่อช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
2.2.1 ความหมายเยื่อช่องปากอักเสบ	22
2.2.2 กลไกและพยาธิสภาพการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	23
2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	25
2.2.4 ผลกระทบของเยื่อช่องปากอักเสบ	27
2.2.5 การป้องกันและการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	29
2.2.6 การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	33
2.2.7 บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลช่องปาก	36
2.3 แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (1986)	40
2.3.1 ความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง	40
2.3.2 องค์ประกอบของการจัดการตนเอง	40
2.3.3 โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และโรคเรื้อรังอื่นๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	45
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	50
3.1 รูปแบบการวิจัย	50
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
3.3 สถานที่ศึกษา	53
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	56
3.6 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	57
3.7 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	67
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	68
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	92
รายการอ้างอิง	98
ภาคผนวก	112
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	113
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการ	114
ภาคผนวก ค การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	120
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	125
ภาคผนวก จ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	137
ภาคผนวก ฉ การทดสอบสถิติข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	138
ประวัติผู้เขียน	143

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	แสดงชนิดของยาเคมีบำบัดที่ก่อให้เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบสูง	27
4.1	จำนวน ร้อยละ และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	72
4.2	จำนวน ร้อยละ และลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง	75
4.3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง	78
4.4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง	80
4.5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม	82
4.6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง	83
4.5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม	85

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	12
2.1	พยาธิสภาพของเยื่อบุผิวภายในช่องปากหลังได้รับยาเคมีบำบัด	25
3.1	วิธีดำเนินการงานวิจัย	66



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเกือบทุกประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในปีพ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งรวม 595,690 คน (Siegel, Miller, & Jemal, 2016) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) ได้คาดการณ์ว่า ในปีพ.ศ. 2575 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นเป็น 22 ล้านคน จากสถิติผู้ป่วยรายใหม่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปีพ.ศ. 2558 พบโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 1.65 ล้านคน และพบการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งวันละ 1,658 คน สำหรับในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในปีพ.ศ. 2557 จำนวน 47,086 คน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และในปีพ.ศ. 2555 พบว่าประชากรป่วยเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 112,392 คน เป็นเพศชายทั้งหมด 54,586 คน และเพศหญิงทั้งหมด 57,825 คน (NCI, 2015) และจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ในปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,990 คน และในปี 2559 พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 2,571 คน

การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธีดังนี้ การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี และการผ่าตัด (NCI, 2015) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นมีความก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพมาก เนื่องจากสามารถรักษาได้ทั้งในระยะเริ่มแรกและระยะลุกลามของโรค และยังสามารถรักษาร่วมกับการฉายรังสีได้ด้วย (Kearney et al., 2009; Siegel, Naishadham, & Jemal, 2012) ทั้งนี้ยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ที่อยู่ในวงจรชีวิตของเซลล์ในระยะต่างๆ ซึ่งยาเคมีบำบัดจะมีผลต่อเซลล์ที่มีอัตราการเกิดใหม่ ดังนั้นเซลล์ปกติที่มีอัตราการเกิดใหม่เหมือนเซลล์มะเร็งจะถูกทำลายไปด้วย ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยมากมาย (American Cancer Society, 2012; Snyder et al., 2009) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบร่วมกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดคือ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Napenas, Brennan, Bahrani-Mougeot, Fox, & Lockhart, 2007)

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นการอักเสบของเยื่อทางเดินอาหารตั้งแต่ริมฝีปากถึงภายในช่องปากทั้งหมด มีลักษณะบวมแดงร่วมกับการเกิดแผล ทำให้มีอาการเจ็บหรือปวด (Napenas, Brennan, Bahrani-Mougeot, Fox, & Lockhart, 2007) ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบนั้นสามารถพบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy) ได้ร้อยละ 40 และผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดขนาดสูงสำหรับการปลูกถ่ายไขกระดูกพบร้อยละ 99 (Cheng, 2007) และในผู้ป่วยที่ได้รับยาไฟว์-ฟลูออโรอูราซิล

(5-fluorouracil: 5-FU) จะพบภาวะเยื่อช่องปากได้ในอัตราสูงถึงร้อยละ 70 (Dodd et al., 1996) โดยมีความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในระดับ 3-4 ได้ถึงร้อยละ 41 ในกรณีที่ได้รับยาไฟว์-ฟลูออยูราซิล (5-fluorouracil) ร่วมกับลิวโคโวลิน (leucovorin) และพบร้อยละ 36 เมื่อรับยาไฟว์-ฟลูออยูราซิล (5-fluorouracil) ร่วมกับไอริโนทีเคน (irinotecan) (FOLFIRI) นอกจากนี้พบร้อยละ 31 ในกรณีที่ได้รับไฟว์-ฟลูออยูราซิล (5-fluorouracil: 5-FU) ร่วมกับออกซาลิพาทิน (oxaliplatin) (FOLFOX) (Djuric, Cakic, Hadzi-Mihailovic, Petrovic, & Jankovic, 2010) ทั้งนี้จากการสำรวจผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดสูตรไฟว์-ฟลูออยูราซิล (5-fluorouracil) ร่วมกับลิวโคโวลิน (leucovorin) ในหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 พบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบทั้งหมด 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.59 ของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาสูตรไฟว์-ฟลูออยูราซิลร่วมกับลิวโคโวลินทั้งหมด โดยแบ่งเป็นภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 1 จำนวน 65 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 83.33 ระดับ 2 จำนวน 8 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10.26 และระดับ 3 จำนวน 4 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5.13 ทั้งนี้ อาการและอาการแสดงของเยื่อช่องปากอักเสบ จะแสดงให้เห็นภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 2-5 วัน อาการชัดในวันที่ 7-14 วัน หลังได้รับยาเคมีบำบัด (Wallace, Koepfel, Senko, Stawiaz, Thomas, & Kosar, 1997) และในวันที่ 14-21 จะเริ่มมีอาการหายของแผล (Brown, & Wingard, 2004) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Fowler, & Lindstrom, 1992; Langius, Bjorvell, & Lind, 1993; McGuire, Yeager, Dudley, Peterson, Owen, Lin, & Wingard, 1998)

ผลกระทบต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบส่งผลต่อภาวะสุขภาพทุกมิติของผู้ป่วย กล่าวคือ ด้านร่างกายทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปวดในช่องปาก พบว่าจะเกิดขึ้นพร้อมกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้มากถึงร้อยละ 75 อาการเจ็บในช่องปากมีความรุนแรงมากที่สุดนาน 5-7 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด (McGuire, Yeager, Dudley, Peterson, Owen, Lin, & Wingard, 1998) นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังมีผลทำให้ต่อมน้ำลายทำงานลดลง ทำให้น้ำลายข้นมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือกลืนลำบากตามมา อาจเกิดภาวะทุพโภชนาการได้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ มักขาดสารอาหารประเภทโปรตีนและแคลอรี (protein-calorie malnutrition [PCM]) นอกจากนี้ยังรบกวนการเจริญเติบโตของเซลล์หรือการซ่อมแซมเซลล์ ทำให้การอักเสบของเยื่อช่องปากคงอยู่นานและอาจพบว่ามีอาการติดเชื้อซ้ำซ้อนได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; Dodd et al., 2001) รวมไปถึงทำให้ไขกระดูกทำงานบกพร่อง ผู้ป่วยจะซีด เกล็ดเลือดต่ำและเม็ดเลือดขาวต่ำ การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Dai, Xu, & Niu, 2007; Scully, & Sonis, 2006) ส่งผลกระทบต่อความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง (Elting, Cooksley, Chambers, Cantor, Manzullo, & Rubenstein, 2003) ในด้านจิตใจ พบว่าความเจ็บปวดแผลในช่องปากยังกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล เกิดความทุกข์ทรมาน (Langius, Bjorvell, & Lind, 1993)

ไม่ยากพูดคุยกับใคร ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง อาจทำให้เกิดปัญหาด้านสังคมตามมาและผู้ป่วยอาจรู้สึกด้อยค่า อีกทั้งยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น (Fowler, & Lindstrom, 1992) เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต อาจเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิตได้ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตลดลงได้ด้วย (Cawley, & Benson, 2005; Eilers, 2004; Syrjala, Langer, Abrams, Storer, Sanders, Flowers, & Martin, 2004; Burke, Wilkes, Berg, Bean, & Ingwersen, 1993)

ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สุขภาพอนามัยในช่องปาก มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งการไม่ดูแลสุขภาพช่องปาก จะทำให้เกิดการสะสมของจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ และนำไปสู่การติดเชื้อในช่องปาก (Eilers, & Million, 2011) ผู้ป่วยที่มีสุขภาพในช่องปากไม่สะอาดก่อนการรักษา จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในช่วงการรักษาในระดับที่รุนแรงกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีสุขภาพช่องปากที่สะอาด (Hogan, 2009) ภาวะทุโภชนาการ และภาวะขาดน้ำ หากมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีจะส่งผลให้การสร้างเซลล์ใหม่ในช่องปากลดลง ส่งผลให้การหายของแผลล่าช้า (Cheng, Lee, Goggins, Thompson, Yuen, & Epstein, 2011) ส่วนภาวะขาดน้ำจะทำให้ความชุ่มชื้นของริมฝีปากและเยื่อช่องปากลดลง ทำให้ช่องปากแห้ง ริมฝีปากแตก อีกทั้งยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับยังมีผลทำให้ต่อมน้ำลายทำงานลดลง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) จึงเพิ่มโอกาสการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบมากขึ้น (Cheng, & Chang, 2003) การรับประทานอาหารที่ทำให้ระคายเคืองเยื่อช่องปาก เช่น อาหารที่ร้อนเกินไป อาหารที่มีฤทธิ์เป็นกรด จะยิ่งส่งผลให้เซลล์เยื่อช่องปากถูกทำลายจนเกิดแผลในปากได้ (Cawley, & Benson, 2005) ระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัด ความถี่ของการให้ยา จะทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงและเป็นนานขึ้น เนื่องจากไม่มีระยะเวลาให้เซลล์เยื่อช่องปากฟื้นสภาพและหายได้ (Dodd et al., 2001) ทั้งนี้ชนิดของยากี่มีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ พบว่ายากลุ่มต้านเมตาบอลิซึม (antimetabolites) เช่น 5-ฟลูออโรอูราซิล (5-fluorouracil), เมโทเทรกเซท (methotrexate) ทำให้เกิดแผลในช่องปากได้บ่อยกว่ายาในกลุ่มอื่น ในผู้ป่วยที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวสมบูรณ์ต่ำ ซึ่งทำให้ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด ถึงระยะหลังรับยาเคมีบำบัดได้ (Beck, Schwartz, Towsley, Dudley, & Barsevick, 2004; Berger, & Eilers, 1998) ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (เนตรสุวิณ เจริญสวัสดิ์, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ พบว่าการดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก (oral hygiene care) เป็นวิธีที่สำคัญในการป้องกันการเกิด ช่วยลดระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (สุกัญญา โรอิน, 2553; สุกัญญา แสนศรีจันทร์, 2550; วราภรณ์ วิภาสวงศ์, 2549; Dodd et al., 1996) ประกอบด้วย การประเมินช่องปาก การแปรงฟันโดยใช้เวลานาน 90 วินาที และควรแปรงฟันด้วยวิธีโมดิฟายด์ เบส (modified bass method) (วันทกานต์ ราขวงศ์

, 2556) เป็นลักษณะการแปร่งฟันที่สามารถทำความสะอาดในส่วนที่อยู่เหนือเหงือกและใต้เหงือกได้เป็นอย่างดี ซึ่งปัจจุบันถือว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการขจัดคราบจุลินทรีย์ (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2005) การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเป็นวิธีที่มีการศึกษาแล้วว่าสามารถช่วยป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ บ้วนครั้งละประมาณ 15 มิลลิลิตร นาน 30 วินาที (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2005; พัทธภรณ์ ทัศนโกวิท, 2545; สุพัตรา สิงห์คำราม, 2537; Ohbayashi et al., 2008; Dodd et al., 2000) วิธีการบ้วนปากที่เหมาะสมคือวิธีบอลลูนและซัคคิง (ballooning and sucking) เนื่องจากเป็นวิธีที่ช่วยลดคราบแบคทีเรียและจุลินทรีย์ได้เป็นอย่างดี (วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธ์, 2543; Cheng, & Chang, 2003) และการใช้ไหมขัดฟัน แต่มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่เกล็ดเลือดน้อยกว่า 40,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร (พิชาณี แสนมโนวงศ์, 2549; วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธ์, 2543)

นอกจากนี้การดูแลเฉพาะที่ เพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบโดยตรง ได้แก่ การอมน้ำแข็ง เนื่องจากความเย็นจะทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว ส่งผลให้ลดการไหลเวียนของเลือดบริเวณช่องปากลง ช่วยลดปริมาณยาเคมีบำบัดบริเวณเยื่อช่องปากลงด้วย ทั้งนี้ให้อมก่อนให้ยาเคมีบำบัด 5 นาทีและอมต่อเนื่องจนครบ 30 นาที (ทานตะวัน เนตรทอง, 2543; Papadeas, Naxakis, Riga, & Kalofonos, 2007) และยังพบว่าการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีกลูตามีนผสม เนื่องจากกลูตามีนเป็นกรดอะมิโนที่สำคัญในร่างกายช่วยเร่งการหายของแผล จึงสามารถนำมาใช้ในการป้องกันและลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธ์, 2546) แหล่งของกลูตามีนนั้นมาจากเนื้อสัตว์ น้านม โยเกิร์ต ผักโขมและกระหล่ำปลี รวมไปถึงการที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม และการหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารบางอย่างที่ทำให้เกิดการระคายเคืองช่องปาก (Cawley, & Benson, 2005; Dunne, 2008) เช่น อาหารที่มีรสเผ็ดจัด ร้อนจัด และมีฤทธิ์เป็นกรด นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 1,500-2,000 ซีซี จะช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปากได้ (ศิริพร เวชโซ, 2557) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสามารถทำได้โดยการดูแลช่องปาก การดูแลเฉพาะที่ การบริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของกลูตามีน และการหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารบางอย่างที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก รวมถึงการดื่มน้ำอย่างเพียงพอเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (ทานตะวัน เนตรทอง, 2543; วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธ์, 2546; Cawley, & Benson, 2005; ศิริพร เวชโซ, 2557)

การป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสามารถทำได้โดยการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ เพื่อให้สามารถดูแลป้องกันและจัดการอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้ (เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์, 2547; ปณิตา คุณสาร, 2556; วันทนีย์ ดวงแก้ว, 2554) จากการศึกษาของกิงกาญจน์ ดังคโนภาส (2558) พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากดีขึ้นเป็นผลมาจากการได้รับความรู้ ทั้งนี้ยังส่งผลให้ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลง (กิงกาญจน์ ดังคโนภาส, 2558) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่อเนื่องได้ (อรนุช เรืองขจร,

2554) เนื่องจากผู้ป่วยอาจยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับ โดยบางครั้งจะปฏิบัติตามความรู้เพียงช่วงเวลาหนึ่ง หรือไม่ปฏิบัติตามเลยทั้งนี้หากต้องการ การคงอยู่ของการปฏิบัติพฤติกรรม ต้องอาศัยการติดตามพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่อง (ลาวัลย์ รุ่งเรืองกิจ, 2555) ซึ่งการติดตามพฤติกรรมตนเองนั้นสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพของการรักษา โดยเฉพาะในการรักษาแบบต่อเนื่อง แต่การติดตามพฤติกรรมตนเองนั้นเหมาะสำหรับคนที่มีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเอง (Heneghan, Alonso-Coello, Garcia-Alamino, Perera, Meats, & Glasziou, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาทักษะ การใช้แบบบันทึกเพื่อติดตามพฤติกรรมตนเอง และการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อเสริมแรงโดยให้กำลังใจ สามารถเพิ่มค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสูงขึ้น เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองต่อเนื่อง (ลาวัลย์ รุ่งเรืองกิจ, 2555) ทั้งนี้การติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างการเรียนรู้ ช่วยให้เกิดความเข้าใจความสัมพันธ์ของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น รวมไปถึงสามารถเพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเอง กระตุ้นและจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม (วรรณภา สิทธิปาน, 2558) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามตนเอง และการเสริมแรงให้กำลังใจ ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) เป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคล ซึ่งไม่มีใครสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้ นอกจากตนเองโดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย การสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ช่วยเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ไปในทางที่ดีขึ้นหรือมีพฤติกรรมที่ต้องการ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่องได้อย่างมั่นใจด้วยการตัดสินใจของบุคคลนั้นเองโดยมีพื้นฐานจากกระบวนการกำกับตนเอง (self-regulation process) โดยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีกลวิธีการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างมีระบบและมีเป้าหมายที่ได้กำหนดร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการเตือนตนเอง รวมไปถึงการรับรู้ข้อมูลและพฤติกรรมของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในกระบวนการดูแลตนเอง การติดตามตนเองจะช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสามารถจัดการตนเองให้อยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมได้ ขั้นตอนต่อไปเป็นการประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นการเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมของตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือการคงพฤติกรรมนั้นๆไว้ และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เป็นขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นการเสริมแรงจากตนเองหรือบุคคลอื่นเมื่อปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆสำเร็จหรือบรรลุเป้าหมาย ช่วยส่งเสริมให้เกิดความเต็มใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม กระบวนการทั้งหมดนี้เป็นการส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับพฤติกรรมและปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองได้ดีมาก

ขึ้น ส่งผลให้ลดภาวะปัญหาทางสุขภาพลง (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986)

จากแนวคิดที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่มีผู้สนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) ประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยพบว่าจากการศึกษาของวันทกานต์ ราชวงศ์ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการฉายรังสี หรือฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก วัดผลลัพธ์ด้านการเกิดการอักเสบของเยื่อช่องปาก โดยการประเมินปัญหาและความต้องการข้อมูลการดูแลช่องปาก การให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลช่องปาก ร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง ประเมินตนเองและเสริมแรงตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลดลง (วันทกานต์ ราชวงศ์, 2556) และยังพบการศึกษาที่นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) ประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้สะท้อนคิด ให้ความรู้รายบุคคล กำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามอย่างต่อเนื่อง ประเมินตนเอง และเสริมแรงตนเอง ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วัฒนพล ดิ่งชุกกุล บัวแก้ว, 2555; ศิริลักษณ์ น้อยปาน, 2556; อรุณช เรืองขจร, 2554) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการรักษาแบบผู้ป่วยใน แต่ใช้แนวคิดและทฤษฎีอื่น เช่น การศึกษาของหนูไกร เพื่อนพิมาย (2558) ศึกษาเรื่องการดูแลช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ศึกษาในหอผู้ป่วยใน โดยให้กิจกรรมสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดของไอเร็ม ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (หนูไกร เพื่อนพิมาย, 2558) ตรงกับการศึกษาของกิ่งกาญจน์ ตั้งโคโนภาส (2559) ศึกษาเรื่องผลลัพธ์ของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบโดยใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี และพบอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กิ่งกาญจน์ ตั้งโคโนภาส, 2559) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองนั้น เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก กิจกรรมที่ให้ประกอบด้วยการส่งเสริมความรู้ สอน และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ร่วมกับการตั้งเป้าหมายกับทีมสุขภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามพฤติกรรมตนเอง ประเมินตนเอง และเสริมแรงตนเอง

โรงพยาบาลจุฬารัตน์เป็นโรงพยาบาลขนาด 100 เตียง มีพันธกิจหลักคือ การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ปีพ.ศ. 2558 ที่ผ่านมาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 1,852 ราย ทั้งนี้เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะเวลาของการรับยาเคมีบำบัด ไม่เกินวันละ 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการให้ข้อมูลการดูแลตัวเองจากพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัดด้วยปากเปล่า และสมุดคู่มือการดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นข้อมูลโดยรวม ไม่เฉพาะเจาะจงยาเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยนำไปอ่านเอง ซึ่งไม่มีการฝึกทักษะการดูแลช่องปาก แต่พยาบาลกระตุ้นให้ทอมน้ำแข็งขณะให้ยาเคมีบำบัด ทั้งนี้มีรูปแบบที่ไม่ชัดเจนในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่มีการติดตามพฤติกรรมดูแลช่องปากของผู้ป่วย และยังพบว่าถ้าเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในระดับ 3 แพทย์จะพิจารณาลดขนาดยาหรือเลื่อนการรักษาออกไป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ด้วยการให้ข้อมูลทางการพยาบาลในทุกขั้นตอนของการรักษา (สมพร รูปช้าง, 2550; Vivar, & McQueen, 2005) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Liebert et al., 2003) ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้ (อุบล จวงพานิช, 2542) การได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองและพฤติกรรมจัดการกับอาการที่ดี สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ทำให้บรรเทาอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ (พิจิตรา เล็กดำรงกุล, 2555; สุจิตรา ฟุ้งเฟื่อง, 2550; อภิญญา บริสุทธิ์กุล, 2556)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) มาจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งการส่งเสริมและการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องทำเองเมื่ออยู่ที่บ้าน จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่นอนในโรงพยาบาล ดังนั้นโปรแกรมส่วนใหญ่จะเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นผู้ดูแล ติดตาม ควบคุมขั้นตอนการจัดการอาการของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งยังไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมดูแลช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้มีการประยุกต์ใช้โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ดังนั้นจึงไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้ทั้งหมด ผู้วิจัยเชื่อว่าการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดี และสามารถป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้ รวมไปถึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลช่องปากในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.3 คำถามการวิจัย

การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลช่องปากและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดได้หรือไม่ อย่างไร

1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560

1.6 นิยามศัพท์

1.6.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง (self management promoting)

หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองในการป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะการเตรียมความพร้อม 2) ระยะการจัดการด้วยตนเอง มี 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ติดตามพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง (self-monitoring) ขั้นตอนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง (self-evaluation) และขั้นตอนสุดท้ายการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) และ 3) ระยะการติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ

1.6.2 พฤติกรรมดูแลช่องปาก (oral care behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ประกอบด้วย การตรวจประเมินช่องปากด้วยตนเอง ร่วมกับการจดบันทึก การเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม การดูแลช่องปาก และการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากงานวิจัยของกิงกาญจน์ ดังคโณภาส (2558) มีทั้งหมด 23 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วน มีระดับคะแนน 1-4 ระดับ

1.6.3 ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) หมายถึง ลักษณะบวมแดงที่เกิดขึ้นภายในช่องปาก ตั้งแต่บริเวณริมฝีปากจนถึงภายในช่องปากทั้งหมด ซึ่งเกิดในผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยประเมินจากขนาดของแผล ความรุนแรงของอาการบวมแดง และจำนวนแผลในช่องปาก

9 ตำแหน่ง คือ บริเวณริมฝีปากด้านบน บริเวณริมฝีปากด้านล่าง กระพุ้งแก้มด้านข้างซ้าย กระพุ้งแก้มด้านขวาด้านบน ด้านล่าง และขอบลิ้นข้างขวาและขอบลิ้นข้างซ้าย พื่นปาก เพดานอ่อนและเพดานแข็ง โดยใช้แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบของโซนิสและคณะ (Sonis et al., 1999) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจาก WHO index และ National Cancer Institute system แปลและดัดแปลงโดยเนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547)

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

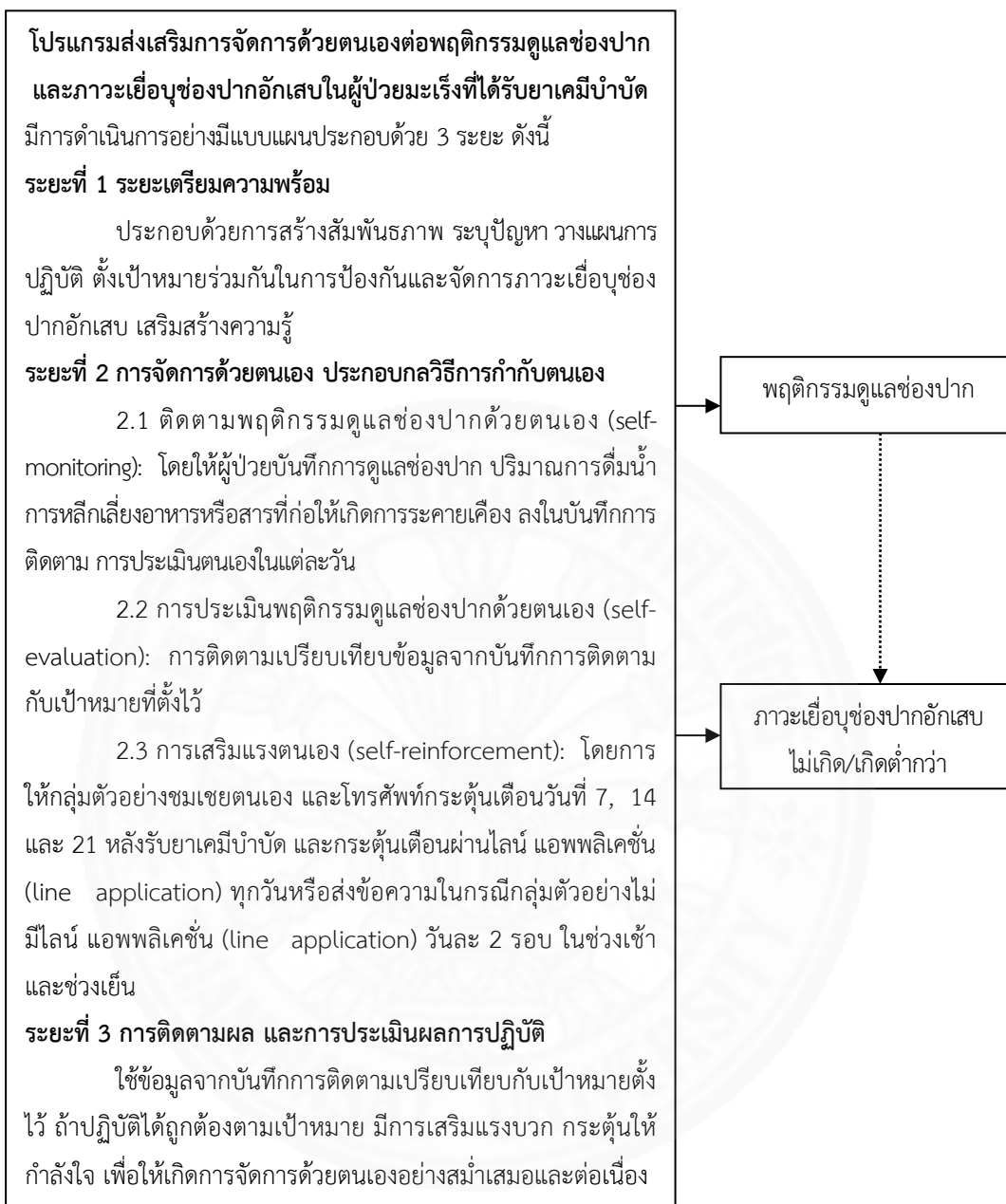
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการจัดการตนเอง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และกำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพ ทั้งนี้เชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมได้นั้น ต้องอาศัยแรงจูงใจทำให้บุคคลนั้นยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงนั้น ร่วมกับบุคคลต้องมีความรู้และทักษะที่เพียงพอที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองและกลวิธีการกำกับตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ 1) ระยะการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ระบุปัญหา วางแผนการปฏิบัติ ตั้งเป้าหมาย ร่วมกันในการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เสริมสร้างความรู้ มอบแบบบันทึกอาการในช่องปาก แบบบันทึกการติดตามและสมุดคู่มือ 2) ระยะการจัดการด้วยตนเอง เป็นระยะของการส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ขั้นตอนที่ 1 ติดตามพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง (self-monitoring) โดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกการดูแลช่องปาก ปริมาณการดื่มน้ำ รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ลงบันทึกการติดตามขั้นตอนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง (self-evaluation) โดยใช้ข้อมูลจากบันทึกการติดตามเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และขั้นตอนสุดท้ายการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) มีการติดตามผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนวันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัด และกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) ทุกวันหรือส่งข้อความในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มีไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) วันละ 2 รอบ ในช่วงเช้า (07.00-08.00 น.) และช่วงเย็น (17.00-18.00 น.) ให้กลุ่มตัวอย่างชมเชยตนเองสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ปรับกลวิธีให้เหมาะสมหรือเป็นไปได้ และ 3) ระยะการติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลจากบันทึกการติดตามเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องตามเป้าหมาย มีการเสริมแรงบวก กระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดการจัดการด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทั้งนี้จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากลง

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะ และใช้กลวิธีการกำกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันวิธีโมดิฟายด์ เบส (modified bass method) เพื่อให้เยื่อช่องปากและริมฝีปากสะอาด ช่วยลดเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้ลดอัตราการเกิด และระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้ และการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือด้วยวิธีบอลูนและซัคคิงเป็นวิธีทำความสะอาดช่องปากที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดจุลินทรีย์ในช่องปาก เนื่องจากการบ้วนปากจะช่วยขจัดเศษอาหาร ลดการระคายเคืองจากการทำลายเซลล์เยื่อช่องปาก และเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ช่องปาก การดูแลเฉพาะที่ด้วยความเย็น เนื่องจากความเย็นเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันและบรรเทาอาการอักเสบของเนื้อเยื่อ รวมทั้งลดอาการปวด บวมและอักเสบได้ เนื่องจากความเย็นจะทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงทำให้ลดจำนวนของเลือดมาเลี้ยงเฉพาะที่ ช่วยลดปริมาณยาเคมีบำบัดในช่องปากลง โดยการอมน้ำแข็งก่อนรับยาเคมีบำบัด 5 นาที และอมต่อเนื่องนานจนครบ 30 นาที ซึ่งได้ผลดีกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาฟลูออโรยูราซิล

(5-Fluorouracil) ชนิดฉีดเนื่องจากมีครึ่งชีวิตสั้น และการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก การลงบันทึกการติดตาม การติดตามผลและการปฏิบัติเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสอบถามปัญหาข้อสงสัยของการจัดการตนเองเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลช่องปากเพิ่มขึ้นขณะที่อยู่ที่บ้านได้ถูกต้องและต่อเนื่อง และลดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดลง





แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

- 1.8.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลช่องปากหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
- 1.8.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลช่องปากในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
- 1.8.3 คะแนนเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานครซึ่งมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1 โรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

- 2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง
- 2.1.2 ความหมายและพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง
- 2.1.3 ระยะของโรคมะเร็ง
- 2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด
- 2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด

2.2 ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.2.1 ความหมายภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
- 2.2.2 กลไกและพยาธิสภาพการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
- 2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
- 2.2.4 ผลกระทบของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
- 2.2.5 การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
- 2.2.6 การป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
- 2.2.7 บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลช่องปาก

2.3 แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (1986)

- 2.3.1 แนวคิดการจัดการตนเอง
- 2.3.2 องค์ประกอบของการจัดการตนเอง
- 2.3.3 การประเมินผลลัพธ์
- 2.3.3 โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดและโรคเรื้อรังอื่นๆและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากมีอัตราการตายสูงและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยค่อนข้างสูง (Siegel, Miller, & Jemal, 2016) รวมทั้งในประเทศไทยด้วย กล่าวคือมีรายงานการเกิดโรคมะเร็งรายใหม่สูงถึง 1.65 ล้านคน และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 22 ล้านคน (WHO, 2014) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้น มีอัตราการตายสูงและคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย เพราะโรคมะเร็งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการกระจายของโรคไปยังอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกาย จึงยากต่อการรักษาให้หายขาดได้โดยการรักษาวิธีเดียว จำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน (American Cancer Society, 2012; Kearney et al., 2009; Siegel, Naishadham, & Jemal, 2012; Snyder et al., 2009)

2.1.2 ความหมายและพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง หมายถึงโรคที่เกิดจากเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติที่ดีเอ็นเอ (DNA) หรือสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์รวดเร็วกว่าปกติ จนไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นจึงส่งผลให้เกิดก้อนเนื้อที่ผิดปกติและยังมีความสามารถที่จะลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่ออื่นๆ โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น เจริญเติบโตโดยเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง (invasion) หรือการอพยพเคลื่อนย้ายเซลล์ไปยังตำแหน่งที่ไกลๆ (metastasis) (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547)

พยาธิสภาพของโรคมะเร็ง เซลล์มะเร็งแบ่งตัวแบบ ไมโทซิส (mitosis) เช่นเดียวกับเซลล์ปกติ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ G1, S, G2 และ M รวมเรียกว่า วงจรเซลล์ (cell cycle) ในแต่ละระยะจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างโปรตีนต่างๆ ภายในเซลล์ เพื่อส่งผลให้เซลล์ 2 เซลล์ที่เหมือนกันเกิดขึ้น ขั้นตอนต่างๆ จะถูกตรวจสอบความถูกต้อง ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนใด วงจรเซลล์นั้นจะหยุดเพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง และตายแบบอะพอพโทซิส (apoptosis) เซลล์มะเร็งมีการกลายพันธุ์หลายจุดทำให้ไม่มีการตอบสนองและแก้ไขความผิดปกติ จึงสามารถแบ่งตัวและสะสมการกลายพันธุ์ของยีนมากขึ้นเรื่อยๆ เซลล์มะเร็งสามารถเพิ่มจำนวนได้เร็วกว่าเซลล์ปกติเนื่องจากมีเศษส่วนของการเจริญสูง (growth fraction) หมายความว่า มีอัตราส่วนของเซลล์ที่อยู่ในระยะวงจรเซลล์ที่ทำงาน (active cell cycle: G1-S-G2-M) สูงกว่าในเนื้อเยื่อปกติ แต่ละรอบของวงจรเซลล์มะเร็งสั้นกว่าเซลล์ปกติ (เอื้อมแซ สุขประเสริฐ, 2551) และยังพบว่ามีเซลล์มะเร็งมีกลไกการเกิดที่ค่อนข้างซับซ้อน คือ 1) ขบวนการเริ่มต้นโดยมีตัวกระตุ้น (initiator) เป็นตัวที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำความเสียหายหรือทำลายยีนที่ควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ตามปกติให้เกิดการกลายพันธุ์ (mutation) กระบวนการนี้ซึ่งใช้ระยะเวลาหลายปี 2) ตัวกระตุ้นเสริม (promoter) เมื่อเซลล์ปกติเกิดการกลายพันธุ์ได้รับสิ่งกระตุ้นเสริมซ้ำๆ จะทำให้เกิดการ

เร่งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งขึ้น (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2554) เซลล์มะเร็งจะแบ่งเซลล์ไปเรื่อยๆ จนไม่สามารถควบคุมได้

กล่าวโดยสรุปว่า โรคมะเร็งเป็นความผิดปกติของเซลล์ในร่างกายทำให้มีการแบ่งเซลล์เพิ่มจำนวนรวดเร็วกว่าปกติ และจะมีการแบ่งเซลล์ไปเรื่อยๆ จนไม่สามารถควบคุมได้

2.1.3 ระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง จะประเมินจากการลุกลามของมะเร็งไปอวัยวะต่างๆ ทั้งกระดูก ต่อม้ำเหลือง ซึ่งการแบ่งระยะการดำเนินของโรคมะเร็งจะทำให้ทราบความรุนแรงของการดำเนินของโรค และช่วยให้สามารถที่จะพยากรณ์โรค และวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยมีวิธีการจำแนกระยะของการดำเนินโรคได้หลายวิธีดังนี้

2.1.3.1 การแบ่งระยะการดำเนินของโรคตามลักษณะการแพร่กระจายโดยพยาธิสภาพของโรค แบ่งออกเป็น 5 ระยะ (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545, สมรมาศ กั้นเงิน, 2553) ดังนี้

- | | |
|--------|---|
| ระยะ 1 | ระยะที่เซลล์มะเร็งยังเติบโตอยู่เฉพาะบริเวณต้นกำเนิด ภายในอวัยวะหรือเนื้อเยื่อนั้นๆ ยังไม่แพร่กระจาย |
| ระยะ 2 | ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะใกล้เคียง |
| ระยะ 3 | ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อม้ำเหลืองข้างเคียง |
| ระยะ 4 | ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย |

2.1.3.2 การแบ่งระยะตามความรุนแรงของโรค ระบบ TNM เป็นระบบที่นิยมใช้กัน ซึ่งมี 2 ระบบ คือ American Joint Committee of Cancer (AJCC) 6th edition และ UICC (The Union International Center Le Cancer) โดยใช้ TNM system โดยมีรายละเอียดการแบ่ง ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555)

การแบ่งโดยลักษณะของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (primary tumor: T)

- | | |
|-----|--|
| Tx | ไม่สามารถประเมินขนาดก้อนมะเร็งได้ |
| T0 | ไม่สามารถหาจุดต้นของมะเร็งได้ |
| Tis | มะเร็งระยะเริ่มแรก (carcinoma in situ) |
| T1 | มะเร็งมีขนาดเล็ก เป็นระยะต้น จำกัดอยู่เฉพาะที่ |
| T2 | มะเร็งขนาดโตขึ้นและมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียง |
| T3 | มะเร็งมีขนาดโตมากขึ้นและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น |
| T4 | มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ห่างไกลออกไป |

การแบ่งโดยลักษณะของต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง (regional lymph node: N)

Nx	ไม่สามารถบอกได้ว่ามะเร็งมีการแพร่กระจาย
N0	ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง
N1	เกิดการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 3 ต่อมน้ำ
N2	เกิดการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 4 ต่อมน้ำขึ้นไป

การแบ่งโดยการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (distant metastasis: M)

Mx	ไม่สามารถประเมินได้
M0	ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น
M1	มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด

เป้าหมายในการรักษาโรคมะเร็งมี 3 ประการ คือ การรักษาให้หายขาด การควบคุมโรค และการประคับประคอง ซึ่งปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การให้ยามุ่งเป้า การใช้รังสีรักษา รวมถึงการให้ฮอร์โมน ทั้งนี้เพื่อให้การรักษาที่ดีกว่ามักใช้การรักษามากกว่าหนึ่งวิธี ซึ่งการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษากับประโยชน์ของการรักษา โดยพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไปด้วยเสมอ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; อาคม ชัยวีระวัฒน์และคณะ, 2552; เอ็มแซ สุขประเสริฐ, 2551)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจัดเป็นการรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) ให้รวมกับการรักษาอื่น (American Cancer Society, 2012) ยาเคมีบำบัดเป็นยาหรือสารเคมีที่สามารถทำลายเซลล์หรือยับยั้งการเจริญเติบโต การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง เพื่อที่จะประคับประคอง ควบคุมโรคชั่วคราว หรือรักษาจนหายขาด รวมถึงเพื่อให้ระยะของโรคสงบยาวนานขึ้น โดยจะออกฤทธิ์ไปขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ หรือสารที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์ในวงจรเซลล์มะเร็งที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีคุณสมบัติในการแบ่งตัวเร็ว มีการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) เกือบตลอดเวลา ดังนั้นเซลล์มะเร็งจึงถูกทำลายได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับเซลล์ปกติของร่างกาย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

การให้ยาเคมีบำบัดในปริมาณที่เหมาะสม และในช่วงเวลาที่กำหนด ตามการออกฤทธิ์ของยาต่อวงจรชีวิตของเซลล์ ยาจะทำลายเซลล์มะเร็งในสัดส่วนที่คงที่โดยไม่ขึ้นกับจำนวนเซลล์ทั้งหมดในขณะนั้น ในแต่ละครั้งของการทำลายเซลล์ เซลล์มะเร็งอาจมีการเจริญเติบโตขึ้นใหม่ จึงจำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัดหลายครั้งเพื่อลดปริมาณของเซลล์มะเร็งให้เป็น 0 ซึ่งอาจใช้เวลาในการรักษานาน 6-12 เดือน โดยให้ 4-6 ครั้ง ห่างกัน 3-4 สัปดาห์ และการให้ยาในแต่ละครั้งอาจใช้เวลา 1-2 วัน หรือ 5 วัน ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง

ชนิดของยาเคมีบำบัด แผนการรักษาและการตอบสนองต่อการรักษา และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่ออาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547)

2.1.4.1 กลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดต่อวงจรชีวิตของเซลล์ ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

1) ระยะ G0 เป็นระยะที่เซลล์อยู่ในระยะพัก (resting phase) ระยะนี้เซลล์จะหยุดนิ่งไม่มีการแบ่งตัว (quiescent cells) ดังนั้นเซลล์ในระยะนี้จะได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะเจาะจงต่อวงจรเซลล์ ได้แก่ ยาเคมีบำบัดในกลุ่มฮอร์โมน และกลุ่มอัลคาไลดิงเอเจน (alkalating agents) และมักเกิดการติดต่อยาเคมีบำบัดในเซลล์ระยะนี้ด้วย แต่จะไม่ได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์จำเพาะช่วงที่เซลล์มีการเจริญเติบโต (นรินทร์ วรวุฒิ, 2548)

2) ระยะ G1 เป็นระยะที่เซลล์เตรียมการสร้างอาร์เอ็นเอ (RNA) และโปรตีนที่จำเป็นต่อการสร้างดีเอ็นเอ (DNA) ดังนั้นเซลล์ในระยะนี้จะได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะเจาะจงต่อวงจรชีวิตของเซลล์ ได้แก่ ยาเคมีบำบัดในกลุ่มอัลคาไลดิงเอเจน (alkalating agents) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้บ่อยในการรักษามะเร็ง (นรินทร์ วรวุฒิ, 2548)

3) ระยะ S เป็นระยะที่มีการสร้างดีเอ็นเอ (DNA) เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เพื่อนำไปสู่การแบ่งตัวของเซลล์ ซึ่งเซลล์ในระยะนี้จะได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อวงจรเซลล์ ได้แก่ ยาเคมีบำบัดกลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ (antimetabolites) เช่น ไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) เป็นต้น (นรินทร์ วรวุฒิ, 2548)

4) ระยะ G2 เป็นระยะที่เซลล์มีการสร้างดีเอ็นเอ (DNA) ได้ครบถ้วนแล้ว แต่การสร้างโปรตีนและอาร์เอ็นเอ (RNA) ยังคงมีการดำเนินต่อเพื่อนำใช้ในการแบ่งเซลล์ในระยะต่อไป ในระยะนี้เซลล์จะได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์แบบไม่เฉพาะเจาะจงต่อวงจรเซลล์ (นรินทร์ วรวุฒิ, 2548)

5) ระยะ M เป็นระยะที่โครโมโซมแบ่งตัวออกจากกัน โดยมีโปรเฟส (prophase), เมทาเฟส (metaphase), แอนนาเฟส (anaphase) และเทโลเฟส (telophase) ได้เป็นเซลล์ลูก 2 เซลล์ (daughter cell) ซึ่งประกอบด้วยจำนวน และชนิดของโครโมโซมเหมือนกับเซลล์แม่โดยเข้าสู่ระยะ G1 และมีการเจริญเติบโตเป็นเซลล์ที่สมบูรณ์ และสามารถสร้างเซลล์ขึ้นมาใหม่ได้หรือเข้าสู่ระยะ G0 และรอการถูกกระตุ้นต่อไป ซึ่งเซลล์ในระยะนี้ได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อวงจรของเซลล์ โดยยาจะรบกวนการแบ่งตัวของเซลล์ในระยะเมทาเฟส (metaphase) และยับยั้งการสังเคราะห์อาร์เอ็นเอ (RNA) และโปรตีน (นรินทร์ วรวุฒิ, 2548)

2.1.4.2 ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็ง แบ่งออกเป็นประเภท (classification) ตามคุณสมบัติทางเคมีร่วมกับกลไกการออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็งในตำแหน่งใดของการสร้างเซลล์ได้เป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1) กลุ่มอัลคาไลดิงเอเจน (alkalating agents) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการถอดรหัสของอาร์เอ็นเอ (RNA) และการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) ทำให้เกิดการแตกหักของสายดีเอ็นเอ (DNA) เมื่อไม่สามารถซ่อมแซมได้ก็จะทำให้เกิดเซลล์ตายในที่สุด สามารถเกิดขึ้นในระยะใดก็ได้ของการแบ่งเซลล์ ยกกลุ่มนี้ได้แก่ ไซโคลฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide), ดีคาร์บาซีน (decarbazine), ไอฟอสฟามายด์ (ifosfamide), ไมโตไมซิน (mitomycin)

2) กลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ (antimetabolite) ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างกรดอะมิโนในกระบวนการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) หรือทำให้การสร้างส่วนประกอบของดีเอ็นเอ (DNA) ผิดใช้ได้ผลดีในเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ดังนั้นเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วของร่างกาย มักจะถูกทำลายไปพร้อมกับเซลล์มะเร็ง คือ เยื่อบุทางเดินอาหาร ทำให้เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้ ยกกลุ่มนี้ได้แก่ ไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil), ไซตาราบิน (cytarabine), เจ็มไซตาบิน (gemcitabine), แคปซิตาบิน (capecitabine), เมทโทเทกเซส (methotrexate), เพเมทเทกเซส (pemetrexate)

3) กลุ่มแพลตินัม (platinum) ออกฤทธิ์โดยเข้าไปแทรกในดีเอ็นเอ (DNA) ทำให้เกิด single และ double strand breaks ในดีเอ็นเอ (DNA) ยกกลุ่มนี้ได้แก่ ซิสพลาติน (cisplatin), คาร์โบพลาติน (carboplatin), ออกซาลิพลาติน (oxaliplatin)

4) กลุ่มโทพออยโซมิเรส อินฮิบิเตอร์ (topoisomerase inhibitor) ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โทพออยโซมิเรส (topoisomerase) ซึ่งมีบทบาทในการตัดต่อสายดีเอ็นเอ (DNA) ในกระบวนการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) ทำให้เซลล์หยุดทำงานในระยะ G2 และ S เหนี่ยวนำทำให้เซลล์ตายผ่านกระบวนการตายของเซลล์แบบอะพอพโทซิส (apoptosis) ยกกลุ่มนี้ได้แก่ ด็อกโซรูบิซิน (doxorubicin), ลิโปโซมอลด็อกโซรูบิซิน (liposomal doxorubicin), อีพิรูบิซิน (epirubicin), อีโตโปไซด์ (etoposide), ไอดาร์ูบิซิน (idarubicin), อิริโนทีแคน (irinotecan), โทโพทีแคน (topotecan)

5) กลุ่มแอนติไมโครทิวบูล เอเจน (antimicrotubule agent) ออกฤทธิ์ต่อไมโครทิวบูลทำให้สมดุลในการทำงานของไมโครทิวบูลผิดปกติไป ทำให้โครโมโซมไม่สามารถเคลื่อนตัวไปสร้างนิวเคลียสของเซลล์ใหม่ได้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยดังนี้

- กลุ่มวินคาอัลคาลอยด์ (vinca alkaloid) เป็นสารเคมีที่สกัดจากพืช ออกฤทธิ์ในระยะ M ยกกลุ่มนี้ได้แก่ วินคริสติน (vincristine), วินบลาสติน (vinblastine), วินอเวลบีน (vinorelbine)

- กลุ่มแทสแซน (taxanes) เป็นสารเคมีที่สกัดจากพืชออกฤทธิ์ในระยะ M ยกกลุ่มนี้ได้แก่ แพคคิแทกเซล (paclitaxel), ด็อกซีแทกเซล (docetaxel)

6) กลุ่มแอนติไบโอติก (antibiotics) ออกฤทธิ์รบกวนการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) โดยไปจับกับดีเอ็นเอ (DNA) หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังเซลล์ และรบกวนการทำงานของเอนไซม์ ยกกลุ่มนี้ได้แก่ แด็กติโนไมซิน (dactinomycin), บลิโอไมซิน (bleomycin), ไมโตแซนโตรน (mitoxantrone)

สรุปได้ว่า การออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์กับเซลล์สิ่งมีชีวิตทุกชนิดที่มีการ

แบ่งเซลล์ เพื่อการเจริญเติบโตและทดแทนเซลล์ที่ตายไปหรือได้รับบาดเจ็บ โดยยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์เฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัว แต่จะไม่ออกฤทธิ์กับเซลล์ที่อยู่ในระยะพัก ยาเคมีบำบัดกลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ (antimetabolite) คือ ยาไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) จะออกฤทธิ์เฉพาะบางระยะของการแบ่งตัวเท่านั้น คือ และ S ซึ่งเป็นระยะที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ดังนั้นเซลล์ปกติของร่างกาย มักจะถูกทำลายไปพร้อมกับเซลล์มะเร็ง โดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม เซลล์สืบพันธุ์ และเซลล์กระดูก (อุบล จ๋วงพานิช, 2554)

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด

ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547; อุบล จ๋วงพานิช, 2554)

2.1.5.1 อาการทั่วไป อาจเกิดหรือไม่เกิดก็ได้ขึ้น

1) การกดไขกระดูก (myelosuppression) เนื่องจากไขกระดูกในร่างกายมีหน้าที่ในการสร้างเม็ดเลือดทั้งเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ (anemia) ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนล้า อ่อนเพลีย มึนงง หายใจสั้น หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อในร่างกายได้ ระยะเวลาที่เป็นเลือดขาวต่ำสุด เรียก nadir ประมาณ 7-14 วัน และระยะเวลาที่เม็ดเลือดขาวกลับสู่สภาพปกติประมาณ 14-28 วัน นอกจากนี้ยังพบภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) จะทำให้ผู้ป่วยเลือดแข็งตัวช้าลง ซึ่งอาจทำให้เลือดออกได้ง่ายหรือมีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

2) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เป็นผลทั้งจากทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผลทางตรงเกิดจากการที่เคมีบำบัดไปทำลายเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เนื่องจากเซลล์เยื่อบุเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้เยื่อบุต่างๆ ถูกทำลายและตายไปในที่สุด ซึ่งทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารได้ ส่วนผลทางอ้อมเกิดจากการที่ยาเคมีบำบัดทำให้ความอยากอาหารลดลง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่

- อาการอักเสบของเยื่อบุทางเดินอาหาร (mucositis) อาการที่พบ เช่น แผลในช่องปาก แผลในหลอดอาหาร แผลที่ริมฝีปาก และแผลในหลอดอาหาร ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด กลืนอาหารลำบาก มีโอกาสติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราได้ง่าย ผู้ป่วยมักมีอาการภายใน 7-14 วันหลังจากให้ยาเคมีบำบัด (Wallace et al., 1997) ยาที่มีผลทำให้เยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นแผล ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อเซลล์ในระยะที่มีการแบ่งตัว คือ ไฟล์ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil)

- อาการคลื่นไส้อาเจียน (nausea and vomiting) อาการจะเกิดขึ้นภายใน 1-2 ชั่วโมง จนถึง 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัด อาการอาจหายไปภายใน 36 ชั่วโมง ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ปัจจุบันมียาแก้คลื่นไส้ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้อุบัติการณ์และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง (Berger et al., 2001)

- อาการท้องเสีย (Diarrhea) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ นอกจากนี้อาการท้องเสียในผู้ป่วยอาจเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อการรักษาภาวะติดเชื้อ หรือการใช้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนในกลุ่มพาราซิมพาโทมิเมติก (parasympathomimetic drugs)

- อาการท้องผูก (constipation) ยาเคมีบำบัดกลุ่มวินคาอัลคาลอยด์ (vina alkaloids) โดยเฉพาะวินคริสติน (vincristine) อาจทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีอาการปวดท้องและท้องผูก อาการท้องผูกจะเกิดขึ้นภายใน 3-7 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด

3) ผลต่อระบบผิวหนัง ผม และเล็บ เนื่องจากผิวหนัง ผมและเล็บเป็นอวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงและแบ่งตัวรวดเร็ว โดยเฉพาะเซลล์ของรูขุมขน ทำให้อวัยวะเหล่านี้ผิดปกติได้ง่าย มักพบผมร่วง ผิวหนังเป็นผื่นได้

4) ผลต่อระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงอาจพบการไม่มีประจำเดือนเนื่องจากรังไข่มีพังผืด (fibrosis) และรังไข่ถูกทำลาย ส่วนในเพศชายอาจพบการลดลงของการสร้างสเปิร์ม ทำให้มีบุตรยากหรือเป็นหมันได้

2.1.5.2 พิษจำเพาะเจาะจงอื่นๆ ดังนี้

1) พิษต่อหัวใจ (cardiotoxicity) เกิดจากยากลุ่มแอนทราไซคลิน (anthracyclines) เช่น แอนเดียร์ไมซิน (andriamycin) หรือยาที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (myocardial ischemia) คือ วินคริสติน (vincristine), วินบลาสติน (vinblastine) และบลีโอไมซิน (bleomycin)

2) พิษต่อปอดเกิดจากยาบลีโอไมซิน (bleomycin), ไซโคลฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide), ไมโทไมซิน (mitomycin) ทำให้เกิดปอดอักเสบและพังผืด

3) พิษต่อไต เกิดจากยาซิสพลาติน (cisplatin) ทำให้การตายของเนื้อไตบริเวณทิวบูล (tubule) ยาเมโทเทกเซส (methotrexate) ขนาดสูงๆ ส่งผลให้อัตราการกรองของกรวยไตลดลง ยาไอฟอสฟามายด์ (ifosfamide) ทำให้เนื้อไตบริเวณทิวบูล (tubule) ถูกทำลาย โดยที่ความเป็นพิษของไตจะขึ้นอยู่กับขนาดของยาเคมีบำบัดที่ให้

4) พิษต่อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดเลือดออกทางเดินกระเพาะปัสสาวะ (hemorrhagic cystitis) เกิดจากไซโคลฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide) และไอฟอสฟามายด์ (ifosfamide) ซึ่งอาจพบปัสสาวะออกน้อยลงได้

5) พิษต่อระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดปลายมือปลายเท้าชา และท้องผูก

6) พิษต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน หูอื้อและสูญเสียการได้ยิน

7) พิษจากการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน

กล่าวโดยสรุป ยาเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายหลายด้าน ทั้งนี้พบว่ายาเคมีบำบัดที่มีผลโดยตรงต่อระบบทางเดินอาหาร คือทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ คือยาไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว

2.2 เยื่อช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 ความหมายของเยื่อช่องปากอักเสบ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ให้ความหมายของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบไว้หลากหลายดังนี้

Mucositis/mucitis หมายถึง เยื่อเมือกอักเสบ (วิทย์ บุรณธรรม, 2550: ราชบัณฑิตยสถาน, 2547)

บราวน์ และวินการ์ด ให้ความหมายว่า เยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) เป็นปฏิกิริยาการอักเสบของเยื่อตั้งแต่ริมฝีปากจนถึงภายในเยื่อช่องปากทั้งหมด และทางเดินอาหาร ซึ่งที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้เยื่อเกิดบางและหลุดลอก เกิดแผล ฝ้าขาว ทำให้เกิดอาการปวด (Brown, & Wingard, 2004)

ควาเลย์ และเบนสัน ให้ความหมายว่า เยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) เป็นการอักเสบ และการเกิดแผลของเยื่อภายในช่องปากทั้งหมด ซึ่งเป็นผลมาจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสี (Cawley, & Benson, 2005)

นาพินาส และคณะ ให้ความหมายว่า เยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) เป็นการอักเสบของเยื่อทางเดินอาหารตั้งแต่ริมฝีปากถึงภายในช่องปากทั้งหมด มีลักษณะบวม แดง เกิดแผลทำให้มีอาการปวด และมีการติดเชื้อตามมา ซึ่งเป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด (Napenas et al., 2007)

โซนิส ให้ความหมายว่า เยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) เป็นการอักเสบของเยื่อทางเดินอาหารที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มแรก ระยะเริ่มต้นการทำลาย ระยะทำลาย ระยะเกิดแผลและระยะการหายของแผล (Sonis, 2009)

กล่าวโดยสรุป เยื่อช่องปากอักเสบ เป็นอาการที่มีลักษณะบวมแดง จนถึงเกิดแผลขึ้นภายในช่องปากตั้งแต่บริเวณริมฝีปากจนถึงภายในช่องปากทั้งหมด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด

2.2.2 กลไกและพยาธิสภาพการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมีกลไกการเกิด 2 ประการ ดังนี้

2.2.2.1 ผลโดยตรงจากเคมีบำบัดต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีหน้าที่ไปยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วผิดปกติ หรือการแบ่งตัวแบบทวีคูณ ไม่ให้มีการเจริญเติบโต ดังนั้นเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วจะถูกทำลายไปด้วย เยื่อภายในช่องปากเป็นเนื้อเยื่อชนิดนอนคิราติไนซ์สแควมัสอีพิทีเลียม (nonkeratinized squamous epithelium) เป็นเนื้อเยื่อที่บุตั้งแต่บริเวณรอยต่อของริมฝีปากด้านในช่องปากจนถึงทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ ส่วนต้น ยกเว้นบริเวณเหงือก เพดานปากและลิ้น เยื่อช่องปากมีหน้าที่ช่วยในการป้องกันการเสียดสีและการระคายเคืองให้ความชุ่มชื้นภายในช่องปากโดยปกติเซลล์เยื่อช่องปากจะสามารถซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายโดยการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนได้ภายใน 2 ถึง 3 สัปดาห์ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, จิราภา ตันนานนท์, รัตนา พิรพิบูลย์, และวิภา บุญกิตติเจริญ, 2541) แต่ยาเคมีบำบัดจะไปยับยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปากและทำลายเยื่อชั้นต้นของปากและคอ (Dood et al., 2001) ทำให้เยื่อช่องปากฝ่อและบางลง เกิดการอักเสบและสูญเสียการคงตัว ทำให้เกิดแผล จึงทำให้เกิดการอักเสบเพิ่มมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดบางชนิดยังลดการทำงานของต่อมน้ำลายทำให้ปากแห้ง เมื่อมีการอักเสบของเยื่อช่องปากร่วมกับอาการปากแห้งจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดการขาดสารอาหารและรบกวนต่อการเจริญเติบโตของเซลล์หรือการซ่อมแซมเซลล์ทำให้การอักเสบของเยื่อช่องปากคงอยู่นานและอาจพบการติดเชื้อซ้ำซ้อนได้

2.2.2.2 ผลทางอ้อมของยาเคมีบำบัดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายในช่องปาก เกิดจากการที่ยาเคมีบำบัด มีผลลดการทำงานของไขกระดูกและกดระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เกิดภาวะเกร็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวต่ำ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป ก่อให้เกิดปัญหาการมีเลือดออกและมีการติดเชื้อภายในช่องปาก อาการอักเสบของเยื่อช่องปากจากผลโดยอ้อมมักเกิดภายใน 12-14 วันหลังการได้รับยาเคมีบำบัด (Madeya, 1996)

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมักจะเกิดใน 7-14 วันหลังรับยาเคมีบำบัด (Wallace et al., 1997) และจากการศึกษาของระดับเพชร กล้าภูกทาง (2556) พบว่าระยะเวลาที่เริ่มเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับยาเคมีบำบัดเฉลี่ย 6.57 วัน (ระดับเพชร กล้าภูกทาง, 2556) และระยะเวลาการหายของแผล 14-21 วัน (McGuire, Altomonte, Peterson, Wingard, Jones, & Grochow, 1992)

ยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อเยื่อช่องปากอักเสบโดยตรง คือ ยาในกลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ (antimetabolite) เช่น ไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) ยาจะไปรบกวนการสร้างเอนไซม์และดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์เยื่อช่องปาก ทำให้การสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ในขณะที่เซลล์เก่านั้นหลุดลอกออกไป ส่งผลให้เซลล์เยื่อเกิดการฝ่อลีบและบางตัวลง มีการอักเสบ เกิดแผลขึ้นได้ ซึ่งกระบวนการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบทั้งหมด 5 ระยะ (Barasch, & Peterson, 2003; Scully, Sonic, & Diz, 2006) ดังนี้

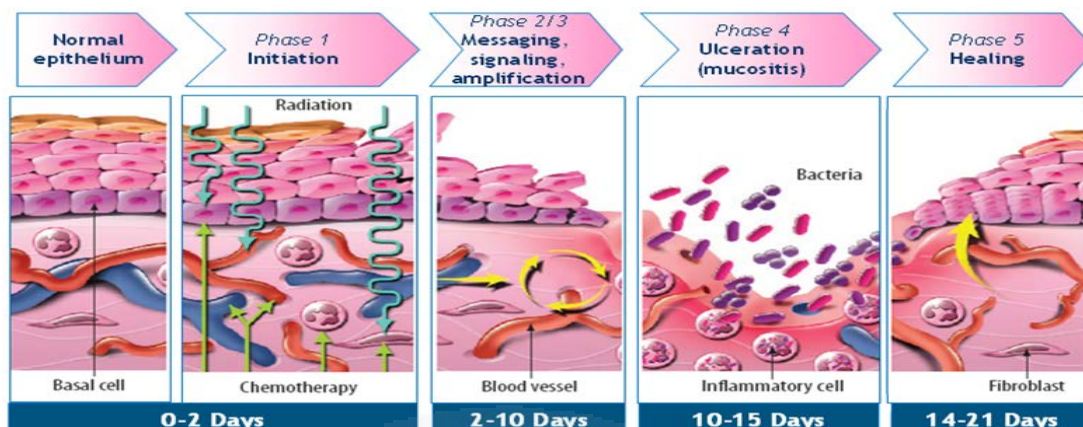
1) ระยะเริ่มแรก (initiation phase) เกิดขึ้นในช่วงวันที่ 0-2 หลังได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำให้ดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์ถูกทำลายหรือแตกหักจนเกิดผลยับยั้งการสร้างดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์เยื่อภายในช่องปากในชั้นเยื่อผิวและชั้นใต้เยื่อเมือก ลักษณะของเยื่อภายในช่องปากในระยะนี้จะดูปกติไม่มีอาการอักเสบปวดแสบปวดร้อน การรับรสไม่มีการเปลี่ยนแปลง และต่อมน้ำลายปกติ

2) ระยะเริ่มต้นของการทำลาย (up regulation) เกิดขึ้นในช่วงวันที่ 2-3 หลังได้รับยาเคมีบำบัด เป็นผลทำให้ดีเอ็นเอ (DNA) ของเยื่อถูกทำลาย และมีการตายของเซลล์เยื่อเกิดขึ้นในชั้นเยื่อผิวของเยื่อภายในช่องปาก และนอกจากนี้ยังมีการปล่อยสารไซโตไคน์ เช่น Tumor Necrosis Factor-Alpha (TNF- α) และ Interleukin 1 (IL-1) เป็นผลทำให้มีการอักเสบเพิ่มมากขึ้น ในระยะนี้เยื่อภายในช่องปากจะมีสีซีดแห้ง ลิ้นแห้ง ริมฝีปากแห้ง มีอาการปวดแสบปวดร้อน

3) ระยะทำลาย (signaling and amplification) เกิดในช่วง 2-10 หลังได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะนี้สารไซโตไคน์จะเป็นตัวกระตุ้นเซลล์ในชั้นใต้เยื่อเมือกให้มีปฏิกิริยาโต้ตอบเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้การทำลายของเยื่อขยายพื้นที่ไปยังชั้นเยื่ออื่นๆได้ ลักษณะเยื่อภายในช่องปากในระยะนี้จะมีสีแดง แห้ง และเหี่ยวยุบ ลิ้นเริ่มบวม มีแผ่นฝ้าขาวปกคลุม มีการอักเสบที่เยื่อผิว และการรับรสเปลี่ยนแปลง

4) ระยะเกิดแผล (ulceration) เกิดขึ้นในวันที่ 10-15 หลังได้รับเคมีบำบัด เป็นระยะที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำที่สุด (nadir blood count) ซึ่งระยะนี้เยื่อผิวภายในช่องปากจะขาดความสมบูรณ์ และไม่สามารถต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อราต่างๆได้ อีกทั้งแบคทีเรียยังมีการสร้างสารไซโตไคน์ออกมาด้วย เป็นผลให้การอักเสบเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ริมฝีปากแห้งแตก มีการอักเสบและบวม เยื่อช่องปากเริ่มเปื่อย มีอาการปวดแสบและการรับรสเปลี่ยนแปลง

5) ระยะการหายของแผล (healing phase) ในระยะสุดท้ายนี้เกิดขึ้นในช่วงวันที่ 14-21 หลังให้ยาเคมีบำบัด ในระยะนี้เยื่อภายในช่องปากมีการผลัดเปลี่ยนเซลล์อย่างรวดเร็ว โดยการหายของแผลจะเริ่มตั้งแต่ชั้นใต้เยื่อเมือก โดยเซลล์เยื่อผิวจะมีการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว มีการโยกย้ายเซลล์ทำให้เกิดการซ่อมแซมเยื่อผิวภายในช่องปากบริเวณริมฝีปาก ลิ้น กระพุ้งแก้มมีการอักเสบลดลง เนื้อเยื่อบริเวณในช่องปากเริ่มปกติ อาการปวดลดลง และการรับรสจะดีขึ้น



ภาพ 2.1 พยาธิสภาพของเยื่อ مخاطภายในช่องปากหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ที่มา: Sonis, S. T., Elting, L. S., Keefe, D., Peterson, D. E., Schubert, M., Hauer-Jensen, M., . . . & Rubenstein, E. B. (2004). Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury. *Cancer*, 100(S9), 1995-2025.

กล่าวโดยสรุปคือ ยาเคมีบำบัดมีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบทั้งทางตรงและทางอ้อมซึ่งยาเคมีบำบัดกลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ (antimetabolite) เช่น ไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) จะไปรบกวนการสร้างเอนไซม์และดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์เยื่อช่องปาก ทำให้การสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ในขณะที่เซลล์เก่าเหล่านั้นหลุดลอกออกไป ส่งผลให้เซลล์เยื่อเกิดการฝ่อลีบและบางตัวลง มีการอักเสบ เกิดแผลขึ้นได้ ซึ่งมีกระบวนการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ 5 ระยะการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบจะเกิดขึ้นในวันที่ 7-14 ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นระยะทำลายและระยะการเกิดแผล ทั้งนี้จะเริ่มมีอาการหายของแผลในวันที่ 14-21 หลังการได้รับยาเคมีบำบัด

2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมีความรุนแรงที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยมีสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นหรือน้อยลงดังต่อไปนี้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, จิราภา ตันนายนนท์, รัตนา พิรพิบูลย์, และวิภา บุญกิตติเจริญ, 2541; วิชาญ หล่อวิทยา, 2544, สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, 2555, เนตร์สุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ 2547, Beck et al., 2004, Dodd et al., 2001)

2.2.3.1 อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากได้มากกว่าผู้สูงอายุ เพราะอัตราการสร้างเยื่อใหม่ของผู้อายุน้อยเร็วกว่าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเนื้อเยื่อของเด็กและผู้สูงอายุมีความแข็งแรงและทนต่อยาเคมีบำบัดน้อยกว่าเนื้อเยื่อของผู้ใหญ่ และความสามารถในการซ่อมแซมตัวเองของ

เนื้อเยื่อข้างกว่าปกติ (Cheng, Chang, & Yuen, 2004)

2.2.3.2 สุขอนามัยช่องปากและฟัน ผู้ป่วยที่มีสุขอนามัยในช่องปากและฟันไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากได้บ่อยกว่าผู้ป่วยที่มีสุขอนามัยในช่องปากดี การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยในช่องปากและฟันก่อนและขณะได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่สะอาด จะทำให้เกิดการสะสมของเศษอาหารภายในช่องปาก อาจทำให้อาการเยื่อช่องปากอักเสบเกิดการติดเชื้อลุกลามรุนแรงขึ้น หากได้รับยาเคมีบำบัดร่วมด้วย

2.2.3.3 ภาวะทุพโภชนาการและการขาดน้ำ การมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีมีผลกระทบต่อ การสร้างเยื่อช่องปาก โดยทำให้การสร้างเซลล์ใหม่ลดจำนวนลง และทำให้การหายของแผลเกิดการล่าช้า โดยเฉพาะการมีภาวะขาดโปรตีน และวิตามิน ส่วนภาวะขาดน้ำจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความชุ่มชื้นของริมฝีปากและเยื่อช่องปากลดลง ทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ง่ายขึ้น (Cawley, & benson, 2005)

2.2.3.4 ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเอดส์ โรคเกี่ยวกับหัวใจและปอด เบาหวาน โรคไต มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากได้บ่อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีภาวะโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย

2.2.3.5 วิธีการให้ยาเคมีบำบัด การให้ยาทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่อง (continuous intravenous administration) มีผลต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบมากกว่าการให้ยาเคมีบำบัดเข้าทางหลอดเลือดดำแบบฉีดเข้าเส้น (bolus intravenous administration) (Dodd et al., 2001)

2.2.3.6 ชนิดของยา ยาในกลุ่มต้านเมตาบอลิซึม (antimetabolites) เช่น ไฟล์-โฟออโรยูราซิล (5-fluorouracil), เมทโทเทกเซส (methotrexate) และยาในกลุ่มยาฆ่าเชื้อ (antibiotics) เช่น แด็กติโนไมซิน (dactinomycin) และด็อกโซรูบิซิน (doxorubicin) ทำให้เกิดแผลในช่องปากได้บ่อยกว่ายาในกลุ่มอื่น

ประเภทของยาเคมีบำบัด	ยา
Antimetabolites	5-Fluorouracil, Methotrexate
Antibiotics	Doxorubicin, Bleomycin sulfate Mitomycin C, Mitoxantrone
Plant Alkaloids	Etoposide, Vinblastin sulfate Vincristin sulfate
Taxans	Paclitaxel, Taxotere

ตาราง 2.1 แสดงชนิดของยาเคมีบำบัดที่ก่อให้เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบสูง

ที่มา: Beck, S. L., Schwartz, A. L., Towsley, G., Dudley, W., & Barsevick, A.

(2004). Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 27(2), 140-8.

2.2.3.7 ปริมาณเม็ดเลือดขาวสมบูรณ์ หากปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำจะพบว่ามี ความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบอย่างรุนแรงตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด ถึงระยะ หลังรับยาเคมีบำบัด 5 วัน และจะส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (Berger, & Eilers, 1998)

2.2.3.8 การระคายเคืองเยื่อช่องปากเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ได้ เช่น การรับประทานอาหารที่เผ็ด ร้อน การใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้เยื่อช่องปากเกิดการระคายเคือง ส่งผลทำให้เกิดแผลขึ้นได้ (Fulton, & Treon, 2007; Cawley, & Benson, 2005)

สรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีอายุน้อย มีสุขอนามัยในช่องปากและฟันที่ไม่ดี มีภาวะทุพ โภชนาการและการขาดน้ำ มีภาวะโรคร่วมอื่นๆ วิธีการให้ยาเคมีบำบัด ชนิดของยาเคมีบำบัด และปริมาณเม็ด เลือดขาวสมบูรณ์ต่ำ รวมถึงการระคายเคืองในช่องปาก สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะเยื่อช่อง ปากอักเสบได้

2.2.4 ผลกระทบของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

จากการศึกษาพบว่า การเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยา เคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ได้แก่

2.2.4.1 ความเจ็บปวด มีสาเหตุมาจากการที่เยื่อช่องปากถูกทำลาย ทั้งนี้พบว่า

ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 75 พบความเจ็บปวดจากอาการเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นความปวดเฉพาะที่ คือ ในช่องปากโดยพบมากบริเวณเพดานอ่อน ฟันปากและลิ้น พบความรุนแรงของอาการเจ็บปวดมากที่สุดในวันที่ 5-7 ภายหลังจากรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องใช้ยาเพื่อบรรเทาและรักษาอาการเจ็บปวด (McGuire et al., 1992) นอกจากนี้ยังส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากมีอาการปวด ไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน นับว่าเป็นการคุกคามคุณภาพชีวิต (เอมอร์ สุวรรณพิวัฒน์, 2556) ความเจ็บปวดที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาก่อนเวลาที่เหมาะสม และนอกจากนี้ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถรับประทานอาหารเนื่องจากความเจ็บปวด จึงทำให้เพิ่มโอกาสในการติดเชื้อเฉพาะที่ หรือติดเชื้อในกระแสเลือด อาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ (Burke et al., 1993; Cawley, & Benson, 2005; Eilers, 2004)

2.2.4.2 การรับประทานอาหารได้น้อยลง จากการเกิดแผลในช่องปาก และทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวหรือกลืนอาหารได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหาร และยังทำให้มีการทำลายของต่อมรับรสเป็นผลทำให้การรับรู้รสเปลี่ยนแปลงไป โดยขีดจำกัดของการรับรสขมลดลง แต่ขีดจำกัดของการรับรสหวานเพิ่มขึ้น (Madeya, 1996) และพบว่าการรับรสที่เปลี่ยนแปลงไปมีความสัมพันธ์กับการได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอ ทำให้น้ำหนักลด และส่งผลเสียต่อสภาพร่างกาย ไม่มีสารอาหารที่เพียงพอต่อการสร้างเซลล์ใหม่หรือซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ เป็นผลทำให้เยื่อช่องปากอักเสบอย่างต่อเนื่อง หรืออาจทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำซ้อนได้ ส่งผลกระทบต่อการรักษา แพทย์อาจต้องปรับลดขนาดยา (dosage reduction) ต้องเลื่อนระยะเวลาให้ยาเคมีบำบัดออกไป (delay treatment) หรือหยุดการรักษาชั่วคราว เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีพร้อมก่อน ทั้งนี้อาจส่งผลต่อการรักษาและการดำเนินของโรคได้ (Kwong, 2004)

2.2.4.3 การติดเชื้อในร่างกาย เมื่อเยื่อช่องปากมีแผลร่วมกับความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อของร่างกายลดลง เชื้อแบคทีเรียที่มีอยู่ในปาก จะก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ และเชื้อราที่อยู่ในช่องปากและทางเดินอาหาร จะมีการเจริญเติบโต การติดเชื้อเฉพาะที่สามารถแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Burke et al., 1993; Cawley, & Benson, 2005; Eilers, 2004)

2.2.4.4 ด้านจิตใจและด้านอารมณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลเป็นทุกข์เกี่ยวกับปัญหาการรับประทานอาหารของตนเองอย่างมาก (Langius et al., 1993)

2.2.4.5 ด้านสังคม จากการเกิดแผลในช่องปากและมีอาการเจ็บปวดในช่องปากทำให้เป็นอุปสรรคในการพูดคุย การเข้าร่วมสังคม และการพบปะกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า เป็นบุคคลที่ไม่มีความสำคัญ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง (เนตร์สุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์, 2547)

2.2.4.6 ด้านเศรษฐกิจ การเกิดอาการเยื่อช่องปากอย่างรุนแรงจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จากการต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลช่องปาก เช่น การใช้ยาแก้ปวด การใช้ยาด้านการอักเสบ รวมถึงการให้อาหารทางหลอดเลือดดำในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานไม่ได้เลย เป็นต้น จึงเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (Svanberg, Ohm, & Brigegard, 2010)

2.2.4.7 ด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่าเมื่อเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ผลที่ตามมาจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเจ็บปวดมีความรุนแรง ทำให้มีความที่ไม่แน่นอนในชีวิต รวมถึงเกิดความสิ้นหวังในชีวิต (เนตร์สุวิณ์ เจริญจิตสวัสดิ์, 2547)

กล่าวโดยสรุปว่า ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้านร่างกาย เช่น เกิดความเจ็บปวด รับประทานอาหารได้น้อยลง การติดเชื้อในร่างกาย ด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล นอกจากนี้พบว่าส่งผลกระทบต่อด้านสังคมทำไม่ยอมมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณด้วย

2.2.5 การป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย การดูแลทำความสะอาดของช่องปาก การดูแลเฉพาะที่เพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และการลดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ดังนี้

2.2.5.1 การดูแลทำความสะอาดของช่องปาก มีเป้าหมายเพื่อให้เยื่อช่องปากและริมฝีปากสะอาด ชุ่มชื้น ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ खाจัดเศษอาหาร และคราบแบคทีเรียบนผิวฟัน โดยไม่ทำลายเหงือก ป้องกันกลิ่นปาก (Cawley, & Benson, 2005) จากผลการศึกษาพบว่า สามารถลดอัตราการเกิดและระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้ (วรารณ วิภาสวงศ์, 2549; สุภิญญา โรอิน, 2553; สุภิญญา แสนศรีจันทร์, 2550; Sieracki et al., 2009) และเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งราคาไม่แพง อีกทั้งเครื่องมือที่ใช้ทำความสะอาดช่องปากนั้นปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (Keefe et al., 2007) การทำความสะอาดช่องปากประกอบด้วย

1) การแปรงฟัน มีเป้าหมายเพื่อขจัดเศษอาหาร และคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน จากการศึกษาพบว่ามีประสิทธิภาพมากในการลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก (Harris et al., 2008; Ohbayashi et al., 2008) แต่การแปรงฟันเพียงอย่างเดียวไม่สามารถกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากได้ทั้งหมด จำเป็นต้องมีการดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วยวิธีอื่นด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ เช่น การแปรงลิ้น การบ้วนปาก การใช้ไหมขัดฟัน (Bowen, 2003) ก่อนทำความสะอาดปากและฟันควรล้างมือให้สะอาดและเอาอุปกรณ์ในปากออก เช่น ฟันปลอม เพื่อจะได้ทำความสะอาดปากฟันได้ทั่วถึง วิธีการแปรงฟันที่มีประสิทธิภาพและสามารถทำความสะอาดฟันได้ทุกซี่ ทุกด้าน คือ การแปรงฟันแบบมอดิฟายด์ เบส (modified bass method) (วันทกานต์ ราชวงศ์, 2556) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังตื่นนอนและก่อนนอน ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการแปรงฟันแต่ละครั้งคือ 90 วินาที พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดและลดระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้ (Cheng, Molassiotis, Cheng, Wai, & Cheung, 2001; Sieracki et al., 2009) ทั้งนี้สามารถเพิ่มความถี่ของการแปรงฟันได้ในรายที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือมีโรคแทรกซ้อน (Bowen, 2003) ลักษณะแปรงฟันที่ดี

ต้องมีขนอ่อนนุ่ม ขนาดเหมาะกับช่องปาก มีการกระจายตัวดี ทำมาจากไนลอน และใช้ร่วมกับยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ (สุกัญญา โรธอิน, 2553; Dunne, 2008) และควรดแปรงฟันกรณีที่มีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 40,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (Brown, & Wingard, 2004)

2) การบ้วนปาก เป็นวิธีทำความสะอาดช่องปากที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดจุลินทรีย์ในช่องปาก เนื่องจากการบ้วนปากจะช่วยขจัดเศษอาหาร ลดการระคายเคืองจากการทำลายเซลล์เยื่อช่องปาก และเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ช่องปาก (Bowen, 2003; Harris et al., 2008) การบ้วนปากส่วนใหญ่จะบ้วนด้วยน้ำปราศจากเชื้อหรือน้ำเกลืออนอลมัลซาลีน (Ohbayashi et al., 2008) ครั้งละประมาณ 15-20 มิลลิลิตร โดยบ้วนปากทุก 4-6 ชั่วโมง กรณีเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบอาจเพิ่มเป็นทุก 2 ชั่วโมง ใช้เวลาในการบ้วนปากอย่างน้อย 30 วินาที ด้วยวิธีบอลลูนและซัคคิง (วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์, 2543; Cheng, & Chang, 2003) การบ้วนปากไม่ควรบ้วนหลังแปรงฟันทันที เนื่องจากมีผลทำให้ฟลูออไรด์จากยาสีฟันหลุดออกไป ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของฟลูออไรด์ลดลง กรณีที่ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากจะให้บ้วนด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ฆ่าเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อรา เพื่อลดการติดเชื้อ โดยหลังการบ้วนปากไม่จำเป็นต้องบ้วนน้ำตาม (Worthing, Eden, & Clarkson, 2004)

3) การดูแลช่องปากสามารถแบ่งตามแนวทางการดูแลช่องปากตามระดับของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ดังนี้

- ระดับที่ยังไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบปฏิบัติดังนี้ แปรงฟันทุกวัน วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน (พิชาณี แสนมโนวงศ์, 2549) โดยใช้เวลาอย่างน้อย 90 วินาที เพื่อให้แน่ใจว่าสะอาด (ประพิมพรรณ ตูวิชรานนท์, 2543; Dodd et al., 2001) และให้ขัดฟันด้วยไหมขัดฟันเคลือบฟลูออไรด์วันละ 1 ครั้งหลังแปรงฟันหลังอาหารเช้า ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือด น้อยกว่า 40,000 mm² (วรารณณ์ วิภาสวงศ์, 2549; พิชานี แสนมโนวงศ์, 2549) กรณีที่มีฟันปลอมชนิดถอดออกได้ ต้องถอดฟันปลอมออกก่อน (วรารณณ์ วิภาสวงศ์, 2549; Karagozoglu, & FilizUlusoy, 2005) จากนั้นให้ทำความสะอาดช่องปาก ฟันปลอมที่ถอดออกมาต้องล้างทำความสะอาดก่อนสวมทุกครั้ง และควรใช้แปรงสีฟันที่มีลักษณะขนแปรงอ่อนนุ่ม (ประพิมพรรณ ตูวิชรานนท์, 2543; วรารณณ์ วิภาสวงศ์, 2549; Nikoletti, Hyde, Shaw, Myers, & Kristjanson, 2005) และควรเปลี่ยนแปรงฟันทุก 1 เดือน (Dodd, et al., 2000) ต้องใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ (วรารณณ์ วิภาสวงศ์, 2549) และไม่ระคายเคืองต่อช่องปาก (ประพิมพรรณ ตูวิชรานนท์, 2543; Nikoletti et al., 2005) นอกจากนี้หลังจากการแปรงฟันให้กลั้วปากด้วยน้ำเกลืออนอลมัลซาลีนนาน 30 วินาที และทามอยเจอร์ไรเซอร์ (moisturizer) ที่ริมฝีปาก (วรารณณ์ วิภาสวงศ์, 2549)

- ระดับที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้ว แต่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติให้ทำความสะอาดปากและฟันเหมือนระดับที่ยังไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ แต่เพิ่มความระมัดระวัง และไม่ใส่ฟันปลอม ยกเว้นขณะรับประทานอาหารเท่านั้น ห้ามใช้ไหมขัดฟันเด็ดขาด (พิชาณี แสนมโนวงศ์, 2549)

- ระดับที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้ว รับประทานได้เฉพาะอาหารเหลว หรือไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ ให้ทำความสะอาดปากและฟัน โดยใช้สำลี หรือสำลี ฟันปลายไม้ ภูเขาๆ แทนการแปรงฟัน (พิชาณี แสนมโนวงศ์, 2549) ไม่ใส่ฟันปลอม และห้ามใช้ไหมขัดฟัน เด็ดขาด (พิชาณี แสนมโนวงศ์, 2549)

2.2.5.2 การดูแลเฉพาะที่ ด้วยความเย็นเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้โดยตรง ทั้งนี้จากความเย็นมีผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว ดังนั้นเมื่อหลอดเลือดหดตัวจะส่งผลให้ปริมาณการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงเฉพาะที่ ลดลง ทำให้ปริมาณยาเคมีบำบัดบริเวณช่องปากลดลงตาม โดยให้อมน้ำแข็งไว้ในช่องปากและอมให้ทั่วช่อง ปาก โดยอมน้ำแข็งก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด 5 นาที ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดและหลังให้ยาเคมีบำบัดเสร็จต่อเนื่อง ไปจนครบ 30 นาที (ทานตะวัน เนตรทอง, 2543; Karagozoglu, & Ulusoy, 2005; Nikoletti et al., 2005; Papadeas et al., 2007) หรืออมน้ำแข็งเป็นเวลา 1 ชั่วโมงก่อนเริ่มยาเคมีบำบัดที่หยุดต่อเนื่อง (Gori et al. 2007) จากการศึกษาพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดและความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลง ได้ ทั้งนี้การอมน้ำแข็งใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาฟลูออโรยูราซิล (5-Fluorouracil) ชนิดฉีด และเมลฟาเลน (melphalan) เนื่องจากมีครึ่งชีวิตสั้น (Herris et al., 2008; Keefe et al., 2007) ซึ่งงานวิจัยที่ ผ่านมาไม่แนะนำให้อมน้ำแข็งเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ต้อง หยุดต่อเนื่องเป็นเวลานาน เนื่องจากมีค่าครึ่งชีวิตยาวนาน ทั้งนี้ยังพบการอมน้ำแข็งน้ำแข็งเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (Gori et al., 2007)

2.2.5.3 การรับประทานอาหารที่มีกลูตามีนผสมกลูตามีนเป็นกรดอะมิโนที่สำคัญที่อยู่ใน ร่างกายเป็นสารตั้งต้นของการสังเคราะห์นิวคลีโอไทด์ (nucleotide) มีบทบาทสำคัญในการแบ่งตัวของเซลล์ ระยะไมโทซิส (mitosis) ของเยื่อทางเดินอาหารและเม็ดเลือดขาว ได้แก่ ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) และ แมคโครฟาจ (macrophage) เป็นต้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงมากขึ้น (Skubitz, & Aderson, 1996) รวมไปถึงช่วยป้องกันการทำลายและเพิ่มการฟื้นตัวของเซลล์ที่ถูกทำลาย (Keefe et al., 2007) กลูตามีนพบได้ในเนื้อสัตว์ ผักโขม นมวัวและนมถั่วเหลือง ซึ่งในนมถั่วเหลือง 100 กรัม มีกลูตามีน 5,777 มิลลิกรัม นมพร่องมันเนย 100 กรัม มีกลูตามีน 6,565 มิลลิกรัม (Savarese, Savy, Vahdat, Wischmeyer, & Corey, 2003) จากการศึกษาของฮวงและคณะ (2000) ศึกษาถึง อิทธิพลของกลูตามีนต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ผล การศึกษาพบว่าการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของกลูตามีน 2 กรัมในน้ำเกลือ 0.9% ปริมาณ 30 มิลลิลิตรเป็นเวลา 30 วินาที ก่อนรับประทานอาหาร และก่อนเข้ารับการรักษาในแต่ละวันและก่อน นอน สามารถช่วยลดระยะเวลาของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (Huang et al., 2000) ซึ่งตรงกับ การศึกษาของเชอซิเอททิและคณะ (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้กลูตามีนทางหลอดเลือดดำ 0.4 กรัม/ กิโลกรัม/วัน ในวันที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ พบว่าสามารถลด

อุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญ (Cerchiatti et al., 2006) ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับกลูตามีนดังนี้ การศึกษาของประพิมพรรณ ตูวิชรานนท์และคณะ (2543) ศึกษาผลของยาเคมีบำบัดและการพยาบาลแบบผสมผสานต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยให้อาหารเสริมด้วยนมผงขาดมันเนย โดยการผสมนม 5 ซ้อนโต๊ะ ในน้ำ 200 ซีซี ให้ผู้ป่วยดื่มวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 21 วัน ผลการศึกษาพบว่าช่วยผลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (ประพิมพรรณ ตูวิชรานนท์, 2543) ตรงกับการศึกษาของวิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์และคณะ (2546) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัด แต่ให้อาหารเสริมที่มีกลูตามีน 28 วัน จากการศึกษาพบว่าสามารถช่วยป้องกัน ช่วยชะลอวันที่เกิดอาการ ช่วยให้ระยะเวลาที่มีอาการสั้นลงและลดความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบลง (วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์, 2546)

การให้อาหารเสริมกลูตามีนสามารถให้ได้โดยการรับประทานและให้ทางหลอดเลือดดำ แต่การรับประทานจะมีระดับกลูตามีนสูงกว่าการให้ทางหลอดเลือดดำ (Ligthart-Melis et al., 2007) การให้กลูตามีนโดยการรับประทานโดยปกติให้ในปริมาณไม่เกิน 10 กรัม/วัน แต่ขณะที่ร่างกายเกิดภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยนั้น ร่างกายจำเป็นต้องได้รับกลูตามีนในปริมาณ 20-40 กรัม/วัน เพื่อคงความสมดุลของร่างกาย (homeostasis)

2.2.5.4 การลดปัจจัยส่งเสริมต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ดังนี้

1) การเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก เนื่องจากน้ำเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก ดังนั้นการได้รับน้ำอย่างเพียงพอจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถช่วยป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (Eilers, & Million, 2011) จากการศึกษาพบว่า ภาวะขาดน้ำจะส่งผลทำให้ช่องปากแห้ง ริมฝีปากแห้งแตก ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (Cheng, & Chang, 2003) ทั้งนี้ ปริมาณน้ำที่ต้องการในแต่ละวันสามารถคำนวณได้จาก สูตรการคำนวณปริมาณน้ำที่ควรดื่มต่อ น้ำหนักตัว $(\text{น้ำหนักตัว (kg.)} / 2) \times 2.2 \times 30 = \text{ml}$ (WHO, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งนั้นยังสามารถช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย และการทาปิโตเลียมเจลลี่ที่ริมฝีปาก สามารถเพิ่มความชุ่มชื้นกับริมฝีปาก ซึ่งมีส่วนช่วยในการลดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้ (Chen et al., 2004; อังคณา เจริญจิรพร, 2552)

2) การหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองในช่องปากจากการศึกษาที่ผ่านพบว่า อาหารที่มีรสจัด รสเผ็ด ร้อนเกินไป รสเปรี้ยว และมีลักษณะค่อนข้างแข็ง หรือน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เยื่อช่องปากถูกทำลายจากความร้อน ภาวะความเป็นกรด การกระทบกระเทือน อีกทั้งเยื่อช่องปากจะแห้งและขาดความชุ่มชื้น ส่งผลทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ และเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ (Cawley, & Benson, 2005; Dunne, 2008)

สรุปได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันและการบ้วนปาก การดูแลเฉพาะที่เพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบโดยตรงด้วยการอมน้ำแข็ง และการลดปัจจัยส่งเสริมต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบด้วยการเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก การหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง สามารถป้องกันและลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดได้ แต่ไม่สามารถเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งได้ แต่ต้องใช้หลายวิธีประกอบกัน (Stokman et al., 2006) ทั้งนี้ต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด (Eilers, & Million, 2011) ซึ่งแต่ละการดูแลมีเป้าหมายสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของเยื่อช่องปากได้

2.2.6 การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามอาการการเปลี่ยนแปลงของช่องปาก ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยการประเมินเกี่ยวกับโครงสร้าง และ/หรือหน้าที่ของช่องปาก แล้วแบ่งออกเป็นระดับของความเสียหายที่เกิดขึ้น และความเสียหายดังกล่าวคือ การผ่อแดง บวม และการเกิดแผล (McGuire et al., 1992) รวมไปถึงผลของการเกิดการอักเสบ เช่น ความเจ็บปวด การรับประทานอาหาร โดยมีแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลายแบบที่นิยมใช้ในการประเมินดังนี้

2.2.6.1 แบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 1979) โดยเครื่องมือนี้แบ่งระดับความรุนแรงของเยื่อช่องปากไว้ 5 ระดับตามลักษณะที่ตรวจพบได้แก่ สีของเยื่อช่องปากการเกิดแผลความเจ็บปวดในช่องปาก และความสามารถในการรับประทานอาหาร ดังนี้

- ระดับ (grade) 0 หมายถึง เยื่อช่องปากปกติ ไม่มีการอักเสบ หรือเป็นแผล (none)
- ระดับ (grade) 1 หมายถึง เยื่อช่องปากอักเสบเริ่มมีสีแดง แต่ไม่มีอาการปวด หรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย (oral soreness, erythema)
- ระดับ (grade) 2 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม ปวดหรือมีแผล สามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้ (oral erythema, ulcers, solid diet tolerated)
- ระดับ (grade) 3 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดงกระจายมากขึ้น มีอาการบวม ปวดหรือมีแผล สามารถรับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้เท่านั้น (oral ulcers, liquid diet only)
- ระดับ (grade) 4 หมายถึง มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบอย่างรุนแรงจนไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยาง หรือทางหลอดเลือดดำแทน (oral alimentation)

impossible)

2.2.6.2 แบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบโดยใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (Oral Assessment Guide: OAG) ของเอลเลอร์เบอเกอร์และปีเตอร์สัน โดยวันทกานต์ ราชวงศ์ (2556) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยสกรแปลกลับ (back translation) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 แบบประเมินประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ เสียง การกลืน ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก และ ฟัน ซึ่งมีระดับคะแนนความรุนแรงแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (วันทกานต์ ราชวงศ์, 2556) ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง	ปกติ
ระดับ 2 หมายถึง	มีการเปลี่ยนแปลงแต่สามารถทำหน้าที่ได้
ระดับ 3 หมายถึง	มีการสูญเสียหน้าที่การทำงาน

2.2.6.3 แบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบตามแบบประเมินช่องปากอักเสบ RTOG (Radiation Therapy Oncology Group) แปลโดยพุมิพรรณ พัวทวีพงศ์ (2555) ได้แบ่งความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบไว้ 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์จากการเกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปากอักเสบอย่างเฉียบพลันจากรังสีรักษา (พุมิพรรณ พัวทวีพงศ์, 2555) คือ

ระดับ 0 หมายถึง	เยื่อช่องปากปกติ ไม่มีอาการอักเสบหรือเป็นแผล
ระดับ 1 หมายถึง	เยื่อช่องปากอักเสบมีสีแดง มีอาการปวดเล็กน้อยกลืนลำบากเล็กน้อยสามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้
ระดับ 2 หมายถึง	เยื่อช่องปากอักเสบเป็นจุดกระจายห่างๆเป็นบริเวณน้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร มีอาการปวดปานกลาง กลืนลำบากปานกลาง สามารถรับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวได้
ระดับ 3 หมายถึง	เยื่อช่องปากอักเสบเป็นแผล รวมกันเป็นกลุ่มเป็นบริเวณมากกว่า 1.5 เซนติเมตร มีอาการปวดมากกลืนลำบากมาก สามารถรับประทานอาหารเหลวเท่านั้น

2.2.6.4 แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ที่พัฒนามาจาก New scoring system ของ Sonis et al. (1999) เพื่อสังเกตอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ดัดแปลงโดยเนตร์สุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ได้นำมาแปลและดัดแปลงแบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบนี้ เพื่อนำมาใช้กับคนไทยเพื่อความถูกต้องและสะดวก อาการเยื่อช่องปากสามารถสังเกตในสิ่งต่อไปนี้

1) ขนาดของแผลในช่องปาก 9 ตำแหน่ง (u) คือ บริเวณริมฝีปากด้านบน, ริมฝีปากด้านล่าง, กระจุกแก้มด้านซ้าย, กระจุกแก้มด้านขวา, เพดานอ่อนและเพดานแข็ง, ด้านบน-ด้านล่าง ด้านซ้าย-ด้านขวาและขอบของลิ้น โดยขนาดของแผลแต่ละตำแหน่ง มีระดับความรุนแรงดังนี้

0	หมายถึง	ไม่มีแผลในปาก
1	หมายถึง	มีแผลในปากขนาดของแผลรวมกันน้อยกว่า 1 cm^2

2	หมายถึง	มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกัน รวมกันกว้างประมาณ 1-2 cm ²
3	หมายถึง	มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกัน รวมกันกว้างประมาณ 3 cm ²

2) ความรุนแรงของอาการบวมแดงในช่องปาก 9 ตำแหน่ง (e) คือ บริเวณริมฝีปากด้านบน, ริมฝีปากด้านล่าง, กระพุ้งแก้มด้านซ้าย, กระพุ้งแก้มด้านขวา, เพดานอ่อนและเพดานแข็ง, ด้านบน-ด้านล่าง ด้านซ้าย-ด้านขวาและขอบของลิ้น โดยอาการบวมแดงในช่องปากแต่ละตำแหน่ง มีระดับความรุนแรงดังนี้ (รวมผลการประเมินระดับความรุนแรงทั้ง 2 ด้าน 9 ตำแหน่ง)

0	หมายถึง	ไม่มีอาการบวมแดงในช่องปาก
1	หมายถึง	มีอาการบวมแดงในช่องปากแต่ไม่รุนแรง
2	หมายถึง	มีอาการบวมแดงในช่องปากอย่างรุนแรง

3) จำนวนตำแหน่งที่ประเมินแผลในช่องปาก (n_u) และจำนวนตำแหน่งที่ประเมินอาการบวมแดงในช่องปาก (n_e) หลังจากนำค่าคะแนนที่ได้จากข้อ 1, 2 และ 3 มาคำนวณค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบที่มีการปรับค่าหน่วยน้ำหนักแล้ว ตามสูตรดังนี้

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

u_i	คือ	ระดับขนาดของแผลในช่องปากตำแหน่งที่
e_i	คือ	ระดับความรุนแรงของอาการบวมแดงในช่องปากตำแหน่งที่
n_u	คือ	จำนวนตำแหน่งที่ประเมินแผลในช่องปาก
n_e	คือ	จำนวนตำแหน่งที่ประเมินอาการบวมแดงในช่องปาก
Σ	คือ	ผลรวมคะแนน

ค่าเฉลี่ยของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ มีค่าตั้งแต่ 0-5 ผู้ป่วยที่ได้ค่า 0 หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยที่ได้ค่า 5 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบมากที่สุด

การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสามารถประเมินได้ตั้งแต่ 1 วันก่อนได้รับยาเคมีบำบัดและสามารถทำการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกวัน (Chen et al., 2004; Costa, Fernandes, Quindere, Souza, & Pinto, 2003) หรือประเมินเป็นช่วงๆ (อังคณา เจียมจิรพร, 2552; Cheng, & Chang, 2003; Cheng, & Chang, 2004) การประเมินช่องปากทุกวันมีข้อดีมากกว่าการประเมินเป็นช่วงๆ คือ ทำให้สามารถทราบวันที่เริ่มเกิด และระยะเวลาของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ การสิ้นสุดการประเมิน สิ้นสุดในวันสุดท้ายของการรับยาเคมีบำบัดในชุดนั้น (พิชาณี แสนมโนวงศ์, 2549) หรือวันสุดท้ายของการอยู่โรงพยาบาล (Vokurka et al., 2006) หรือวันที่ 21 ของการได้รับยาเคมีบำบัด (อังคณา เจียมจิรพร, 2552; Cheng, & Chang, 2003; Cheng, & Chang, 2004) หรือวันที่ 28 หลังได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ระยะเวลาและช่วงเวลาการ

ประเมินเยื่อช่องปากนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมิน โดยระยะเวลา ความถี่ในการประเมินที่ดีควรสอดคล้องกับกลไกการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์, 2546; Jaroneski, 2006)

งานวิจัยในครั้งนี้นำใช้แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ที่พัฒนามาจาก New scoring system ของโซนิสและคณะ (Sonis et al., 1999) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาของ เอเมอร์ สุวรรณพิวัฒน์ (2556) เนื่องจากมีความละเอียดและสะดวกในการสังเกต สามารถประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างชัดเจน และสามารถประเมินปัญหาในช่องปากได้อย่างเป็นระบบ โดยการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเป็นข้อมูลในการประเมินผลการพยาบาลที่สะดวก (เอเมอร์ สุวรรณพิวัฒน์, 2556)

2.2.7 บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

2.2.7.1 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทสำคัญของพยาบาลต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยการใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2550; วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2554; สุกัญญา โรอิน, 2553) ได้แก่

- การส่งเสริมสุขภาพ คือ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี การพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสภาพช่องปากและฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และก่อนการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการตรวจสภาพช่องปาก กรณีที่มีฟันผุ หินปูน ต้องได้รับการแก้ไขก่อนได้รับการรักษา

- การป้องกันโรค คือ การปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยหลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด และหมักดอง เป็นต้น และหลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนจัด รวมถึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการดื่มน้ำ โดยเน้นอาหารที่มีกากใยสูง และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1500-2000 ซีซี

- การรักษา คือ การสอนและฝึกทักษะการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น การสอนและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นต้น

- การฟื้นฟูสภาพผู้ที่เจ็บป่วย คือ การสอนและฝึกทักษะการจัดการภาวะแทรกซ้อนเพื่อบรรเทาอาการนั้นๆลง

บทบาทพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ วันแรกของการวางแผนการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูลเรื่องการส่งต่อไปพบทันตแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาในช่องปากก่อนการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สำหรับหน่วยพยาบาลเคมีบำบัดนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือเมื่อมีผู้ป่วยรายใหม่เข้ามารับยาเคมีบำบัดครั้งแรก พยาบาลประจำหน่วยพยาบาลเคมีบำบัดมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี

บำบัดโดยการให้ข้อมูลด้วยใช้การอธิบายปากเปล่า โดยเน้นย้ำเรื่องการดูแลช่องปาก พร้อมมอบสมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื้อหาที่ได้รับเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจพบเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ เม็ดเลือดขาวต่ำ เม็ดเลือดแดงต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเจ็บปากเจ็บคอ อาการท้องเสีย อาการท้องผูก ผอมร่วง ผิวและเล็บเปลี่ยนสี ฝ่ามือฝ่าเท้ามีสีแดงหรือคล้ำและเจ็บ อาการชาปลายมือปลายเท้า และความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์และการมีบุตรลดลง โดยจะให้ข้อมูลเฉพาะวันแรกที่มารับยาเคมีบำบัดเท่านั้น การให้ยาเคมีบำบัดจะให้ทั้งหมด 6 รอบ แต่ละรอบห่างกัน 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า การให้ข้อมูลทุกอย่างจะเกิดขึ้นในวันแรกของการรับยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจยังมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ดังนั้นควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อการรับรู้ที่ดี โดยแบ่งเป็นระยะก่อนการรักษา และระยะระหว่างการรักษา

2.2.8.1 พฤติกรรมการดูแลช่องปาก

จากการศึกษาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลป้องกันและรักษาอนามัยในช่องปาก ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลช่องปากดังนี้

พงเพชร เตชะปทุมวัน (2527) ให้ความหมายว่า เป็นการปฏิบัติหรือกระทำในสภาวะปกติที่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตบุคคล ซึ่งบุคคลจะเลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตัวเอง โดยมีการเรียนรู้และสนับสนุนจากสังคม หรือบุคคลรอบข้าง เพื่อป้องกันโรคในช่องปาก ส่งเสริมสุขภาพ และรักษาโรคในช่องปาก

อัญชลี ดุษฎีพรรณ (2542) ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพของบุคคลหรือชุมชนทั้งในสภาวะที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค อาจสังเกตได้จากการไปพบแพทย์ วิธีการแปรงฟัน เป็นต้น

เมธินี คุปพิทยานันท์ (2546) ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของมนุษย์ที่แสดงออกทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ อาจสังเกตได้หรือไม่ได้

สรุปได้ว่า พฤติกรรมดูแลช่องปาก หมายถึง การกระทำของบุคคลเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ทั้งที่สามารถสังเกตได้และสังเกตไม่ได้

2.2.8.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลช่องปาก ประกอบด้วยพฤติกรรมย่อยๆ หลายพฤติกรรม (กิงกาญจน์ ดังคโนภาส, 2558; นฤมล สีปะโค, 2550) ได้แก่

1) การตรวจประเมินช่องปากด้วยตนเอง ร่วมกับการจดบันทึก โดยประเมินวันละ 1 ครั้ง

2) การเลือกใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟันและไหมขัดฟัน รวมถึงการเลือกใช้น้ำยาบ้วนปาก โดยควรเลือกใช้ไหมขัดฟันที่เคลือบซี่ฟุ้งขัดก่อนแปรงฟัน ตอนก่อนเข้านอน ทั้งนี้ลักษณะของแปรง

สีฟันควรเป็นคนที่อ่อนนุ่ม เปลี่ยนแปรงฟันเป็นประจำอย่างน้อยทุก 1-3 เดือน และยาสีฟันที่ใช้ต้องมี ส่วนผสมของฟลูออไรด์ และต้องไม่มีสารระคายเคือง น้ำยาบ้วนปากที่ใช้ต้องมีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ หรือใช้เพียงน้ำเกลือเท่านั้น

3) การดูแลช่องปาก ปฏิบัติด้วยการทำความสะอาดปากและฟันหลังอาหารภายใน 30 นาที โดยแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกมื้อและก่อนนอน หรือแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2-4 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการแปรงฟัน 90 วินาที ร่วมกับการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือวันละ 4 ครั้ง บ้วนนาน 30 วินาที

4) การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดและระคายเคือง ในช่องปาก ควรดื่มน้ำหรือ ดื่มน้ำผลไม้ที่มีแอลกอฮอล์ผสม และชา กาแฟ ทาวาสลิน เพื่อคงความชุ่มชื้นกับริมฝีปาก ดื่มน้ำวันละ 8-12 แก้วหรือมากกว่า 1500 ซีซี/วัน

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องปากนั้นประกอบด้วย การตรวจประเมินช่องปากด้วยตนเอง ร่วมกับการจดบันทึก การเลือกใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟันและไหมขัดฟัน รวมถึงการเลือกใช้น้ำยาบ้วนปาก การดูแลช่องปากและการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ

2.2.8.3 การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องปาก

การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องปาก มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการดูแลช่องปากของแต่ละบุคคล การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องปากสามารถประเมินได้ 2 วิธี คือการประเมินทางตรง (direct methods) โดยการสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ในการดูแลช่องปาก วิธีนี้มีข้อจำกัดคือในการสังเกตจะสังเกตได้เฉพาะกรณีที่มีผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น และการประเมินทางอ้อม (indirect methods) เป็นการประเมินจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ได้แก่ การสัมภาษณ์โดยตรง (clinical interview) และการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม (self-report survey) ทั้งนี้การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามนั้นจะได้ผลที่น่าเชื่อถือมากกว่าการสัมภาษณ์ แบบสอบถามมีหลายแบบโดยมักขึ้นอยู่กับความต้องการในการศึกษาของผู้วิจัย จำนวนคำถามและระยะเวลาต้องมีความเหมาะสม รวมถึงคำถามที่ใช้ควรมีความชัดเจนและเข้าใจง่ายด้วย (อังคณา เจริญจิระพร, 2552, อุดมพร รักเกอร์, 2558)

1) แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกิงก้าญจัน ดังโคนาส (2558) เป็นการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องปากของผู้ป่วยแบ่งเป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านการตรวจประเมินช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการจดบันทึก ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม ด้านการดูแลช่องปาก และด้านการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ มีทั้งหมด 23 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วน มีระดับคะแนน 1-4 ระดับ คือ ตั้งแต่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆนานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนมีค่าระหว่าง 23-92 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายตามคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 69-92 หมายถึง คะแนนระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากดี

ค่าคะแนนเฉลี่ย 47-69 หมายถึง ระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 23-46 หมายถึง ระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากต่ำ

2) แบบวัดพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองของเนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) เป็นแบบสอบถามโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง เพื่อสอบถามถึงพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยข้อคำถามเป็นมาตราส่วน มีระดับคะแนน 1-4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมาตราส่วน 4 ระดับคือ ตั้งแต่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเป็นบางครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆนานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ลักษณะคำถามมีทั้งบวกและลบ ข้อที่มีความหมายลบให้กลับคะแนนเป็นทางบวกก่อนการรวมคะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมคือ คะแนนมาก แสดงถึงมีพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองดี คะแนนน้อย แสดงถึงมีพฤติกรรมดูแลช่องปากไม่ดี

3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันและการทำความสะอาดของวารุทธิ สฤฎฐานิช (2556) แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ที่สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ ประกอบด้วย ความสม่ำเสมอในการแปร่งฟัน อุปกรณ์/วิธีการในการทำความสะอาดฟัน และใช้ยาสีฟัน รวมถึงการแปร่งฟันก่อนนอน

4) แบบสอบถามความรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยในช่องปากของณัฐรุจ แก้วสุธา (2558) ใช้วัดระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การบริโภคอาหารเพื่ออนามัยในช่องปากและการทำความสะอาดช่องปาก คำถามมี 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 6 ระดับ จากจริงมากที่สุดถึงไม่จริงที่สุด การแปลผลคะแนนหากรวมแล้วได้คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องปากมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องปากน้อย

5) แบบวัดพฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพของนิตยา นิยมการ (2554) โดยการสัมภาษณ์ในการดูแลช่องปาก โดยมีตัวเลือก 3 ข้อ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวนคำถามมีทั้งหมด 12 ข้อ คำถามแสดงลักษณะทางบวก โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายตามคะแนนดังนี้ การปฏิบัติระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.60-3.00, การปฏิบัติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.80-2.50 และการปฏิบัติระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.70

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาของกิ่งกาญจน์ ดังคโนภาส (2558) นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยนำมาใช้ทั้งหมด และมีการปรับภาษาบางส่วนโดยอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดื่มน้ำตามน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จากแบบประเมินดังกล่าวมีข้อคำถามที่ครอบคลุมแบ่งเป็นรายด้านอย่างชัดเจนสามารถประเมินพฤติกรรมรายด้านได้อย่างละเอียดมีความง่ายและสะดวกในงาน เหมาะกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.3 แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (1986) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่มุ่งให้เกิดการปฏิบัติและควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเอง มีความสำคัญต่อการพัฒนาสภาวะสุขภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Lorig, 2001) การศึกษาครั้งนี้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) มาพัฒนาเพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบที่ส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.3.1 ความหมายของการจัดการตนเอง

แคนเฟอร์ และกาลิค-บาย ให้ความหมายว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติการจัดการตนเองต้องมีการประสานร่วมกันทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม อันเป็นกระบวนการธรรมชาติที่มีทิศทางเป็นของตนเอง บุคคลนั้นต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีใครจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้นอกจากตนเองโดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้เข้ามามีบทบาทในการสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้อย่างมั่นใจด้วยการตัดสินใจของบุคคลนั้นเอง โดยมีกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1991)

โดยสรุปการจัดการตนเอง หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาสุขภาพ โดยบุคคลนั้นต้องเรียนรู้ด้วยตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของด้วยตนเองโดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้เข้ามามีบทบาทในการสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการติดตามพฤติกรรมตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

2.3.2 องค์ประกอบของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) ได้อธิบายการจัดการตนเองว่าเป็นการปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยมีการประสานร่วมกันทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม อันเป็นกระบวนการธรรมชาติที่มีทิศทางเป็นของตนเอง บุคคลนั้นต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีใครจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้นอกจากตนเอง โดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้เข้ามามีบทบาทในการสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้อย่างมั่นใจด้วยการตัดสินใจของบุคคลนั้นเอง โดยมีกลวิธีการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.3.2.1 การติดตามตนเอง (self-monitoring) หรือการเตือนตนเอง เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจในสภาพแวดล้อม และความรู้สึกตอบสนองที่เป็นข้อมูลป้อนกลับ (Kanfer, & Gaelick, 1986; Tobin et al., 1986) รวมถึงเป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตาม และบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นระบบ พฤติกรรมที่สังเกต โดยอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผลทั้งที่

เหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกต ติดตาม และบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ 1) พฤติกรรม 2) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม 3) การรับรู้ ความรู้และความเข้าใจ และ 4) ปัจจัยทางสรีรวิทยา ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง (Tobin et al., 1986) โดยผู้ป่วยมะเร็งอาจใช้การติดตามตนเองจากปัจจัยเหล่านี้ ทั้งนี้การติดตามตนเองมีบทบาทสำคัญมีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการติดตามดังนี้

1) การติดตามตนเองมีบทบาท 3 ประการ ดังนี้

- ช่วยในการสนับสนุนให้ได้รับความร่วมมือในแผนการรักษา โดยมีพื้นฐานมาจากการประเมินอาการของโรค การที่ผู้ป่วยถาม หรือมีปฏิกิริยาต่อการร่วมมือในการรักษา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งทางสรีรวิทยา และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้แสดงออก

- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความพยายาม ตั้งใจและมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์หรือเป้าหมายที่ตนเองต้องการ

- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อกฎเกณฑ์ของการรักษาโรค

2) ขั้นตอนการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

- เลือก และกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน การตั้งเป้าหมาย (goal setting) ซึ่งเป้าหมาย คือสิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จให้ความสนใจ ให้คุณค่าและคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การตั้งเป้าหมายจะแตกต่างกันไป ระดับความยากง่ายขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การตั้งเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจจึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ กลไกการจูงใจ 3 ประการของการตั้งเป้าหมายที่มีต่อการปฏิบัติ ได้แก่ 1) การมีความพยายาม (effort) 2) การคงการกระทำนั้นไว้ (persistence) และ 3) ความเข้มแข็งของการกระทำ (concentration) การตั้งเป้าหมายจะช่วยให้บุคคลนั้นมีความพยายามมากขึ้น มีความพยายามในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น และให้ความสนใจในงานที่ทำอยู่ ในการตั้งเป้าหมายนั้นสามารถกำหนดโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยเป็นคนตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง ทั้งนี้มีผู้ตั้งข้อสงสัยไว้ว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง หรือมีผู้กำหนดเป้าหมายให้ แต่การตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจต่อเป้าหมาย และยอมรับถือเป็นพันธะผูกพันต่อเป้าหมายนั้น

- จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน และฝึกให้สามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่

- ฝึกการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองให้มีความแม่นยำ กำหนดวิธีการบันทึก และเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก

- ทำการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง

- แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน

- ประเมินผล หรือวิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

3) ประโยชน์ของการติดตามตนเองมี 2 ประการ คือ เป็นการให้ข้อมูลต่อตนเอง และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้

- การให้ข้อมูลแก่ตนเอง การสังเกตพฤติกรรมของตนเองทำให้ทราบว่าพฤติกรรม เป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ การบันทึกพฤติกรรมตนเองทำให้ทราบว่าพฤติกรรมไปในทิศทางใด มีระดับมากน้อยแค่ไหน มีพฤติกรรมตรงตามเกณฑ์ที่จะเสริมแรงตนเองหรือไม่
- ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสังเกตพฤติกรรมอย่างรอบคอบทำให้บุคคลระมัดระวังตัว และจะแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายได้ ถ้าบุคคลทราบว่าพฤติกรรมของตนเองแตกต่างไปจากเป้าหมายหรือมาตรฐานที่วางไว้ บุคคลก็จะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

4) ประสิทธิภาพของการติดตามตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนี้

- ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม มักจะพบเสมอว่าเพียงแต่บอกให้ผู้เข้ารับการบำบัด หรือผู้ถูกปรับพฤติกรรมนั้นบันทึกพฤติกรรมตนเอง ก็ไม่ได้หมายความว่า จะได้ข้อมูลที่แม่นยำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่บันทึก ถ้าข้อมูลที่ได้จะมีผลต่อการได้รับการเสริมแรง ความแม่นยำของการบันทึกจะน้อยลง เพราะข้อมูลที่ได้อาจจะสูงกว่าความเป็นจริง จึงได้มีการพยายามที่จะหาทางให้การบันทึกพฤติกรรมตนเองมีความแม่นยำมากขึ้น โดยการให้การเสริมแรงต่อความแม่นยำของการบันทึกพฤติกรรม ซึ่งจะกระทำโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเองกับผลที่ได้จากการที่ผู้อื่นสังเกต ถ้าตรงกันก็จะได้รับการเสริมแรง
- ลักษณะของผู้บันทึกพฤติกรรม การเตือนหรือติดตามตนเอง อาจจะเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเอง หรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง
- ความยากง่ายของงานหรือพฤติกรรมที่จะกระทำ การติดตามตนเองจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมที่กระทำได้ง่าย

2.3.2.2 การประเมินตนเอง (self evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบ การปฏิบัติกิจกรรม หรือพฤติกรรมของตนเองนั้นๆ กับมาตรฐาน หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมไหนดี หรือล้มเหลว นำไปสู่การปรับเปลี่ยน หรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ การประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และติดตามตนเอง (Kanfer, & Gaelick, 1986; Tobin et al., 1986)

2.3.2.3 การเสริมแรงตนเอง (self reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ (Kanfer, & Gaelick, 1986; Kangchai, 2002; Tobin et al., 1986) การให้แรงเสริมตนเอง คือ ข้อตกลงในรูปแบบที่บุคคลควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับรางวัล

หรือการลงโทษ และต้องต่อสู้กับพลังอำนาจของตนเองในการอยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่น การให้แรงเสริมตนเองเป็นแรงเสริมจากภายในการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นแบบปิดบังซ่อนเร้นหรือเปิดเผยก็ได้ การให้แรงเสริมตนเองเป็นกลไกที่บุคคลแต่ละคนมีความตระหนักแน่ในตนเองอยู่แล้ว และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในด้านที่ตรงข้ามกับแรงเสริมจากภายนอก คือ การพยายามและต้านทานสิ่งล่อใจจากภายนอก นั่นคือความสำเร็จในการบริหารตนเอง โดยการให้แรงเสริมตนเองเป็นเครื่องมือสำหรับการทำพฤติกรรมให้สำเร็จ ส่วนการลงโทษตนเองใช้ในการเบี่ยงเบน หรือเพื่อลดความต้องการของสิ่งล่อใจลง การเสริมแรงตนเองเป็นหน้าที่ของบุคคลในการคงไว้ซึ่งความเข้มข้นหรือความสม่ำเสมอในการปฏิบัติพฤติกรรม และเป็นสิ่งที่เชื่อมต่อไปยังสถานการณ์ที่พึงพอใจจากแรงเสริมภายนอก ซึ่งถือเป็นการยืดระยะเวลาของการเสริมแรง หรือเสริมแรงในทันทีสำหรับพฤติกรรมที่ตนเองเลือกปฏิบัติอย่างเต็มใจ (Tobin et al., 1986) สามารถแบ่งประเภทของการเสริมแรงและตัวเสริมแรงได้ดังนี้

1) การเสริมแรง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- การเสริมแรงทางบวก หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งภายหลังพฤติกรรมนั้น
- การเสริมแรงทางลบ หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องจากการแสดงพฤติกรรมนั้นแล้วสามารถถอดถอน หรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนาได้

2) ตัวเสริมแรง แบ่งออกได้เป็น 5 ประเภทดังนี้

- ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (material reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพกับเด็กมาก เนื่องจากเป็นตัวเสริมแรงที่ประกอบด้วย อาหาร และสิ่งของต่างๆ เช่น ขนม ของเล่น เสื้อผ้า น้ำหอม และรถยนต์ เป็นต้น

- ตัวเสริมแรงทางสังคม (social reinforcers) แบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ เป็นคำพูด และเป็นการแสดงออกทางท่าทาง ได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม และการเข้าใกล้ หรือการสัมผัส

- ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (activity reinforcers) กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่สูงสามารถนำไปใช้เสริมแรงกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่ต่ำได้ เช่น การได้รับอนุญาตให้ไปวิ่งเล่นที่สนามหญ้าอาจจะใช้เสริมแรงต่อพฤติกรรมการนั่งอยู่กับที่ของนักเรียนในห้องได้

- ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (token reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงที่สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเป็นตัวเสริมแรงอื่นๆ ได้ ตัวเสริมแรงที่นำไปแลกเปลี่ยนนั้นเรียกว่า ตัวเสริมแรงสนับสนุน (back-up reinforcers) เบี้ยอรรถกรมักจะอยู่ในรูปของ เงินเบี้ย แต้ม ดาว แสตมป์หรือคูปอง

- ตัวเสริมแรงภายใน (covert reinforcers) ตัวเสริมแรงภายในนี้ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือความภาคภูมิใจ เป็นต้น ในการเสริมแรงควรเน้น

การเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ

ในการจัดการด้วยตนเองสามารถนำวิธีการเสริมแรงมาใช้ได้หลายวิธี แต่วิธีที่ดีและง่ายที่สุด คือ การเสริมแรงทันทีหลังปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดี สิ่งสำคัญคือ แต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตนเองเพราะผู้อื่นไม่สามารถที่จะทราบว่าคุณคือนั้นมีความต้องการเสริมแรงแบบไหน (วัฒนพล ตึงชูยกุล บัวแก้ว, 2555)

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเองข้างต้น สามารถสรุปข้อดีของการจัดการด้วยตนเองได้ดังต่อไปนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล และการปรับพฤติกรรมให้แก่ผู้ที่เข้ารับการปรับพฤติกรรมแทนที่จะเป็นความรับผิดชอบของผู้นำทางสุขภาพในการปรับพฤติกรรมแต่เพียงผู้เดียว ผู้ถูกปรับพฤติกรรมก็จะได้ใช้ความพยายามมากขึ้น โอกาสที่โปรแกรมจะประสบความสำเร็จก็ย่อมจะมีมากขึ้น และทำให้ผู้เข้ารับการปรับพฤติกรรมนั้นเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองว่าเป็นอย่างไร มีผลกระทบต่อใครบ้าง ความตระหนักในตนเองจะช่วยให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป รวมไปถึงด้านการสังเกต และการบันทึกพฤติกรรมตนเองนั้น ถ้าได้รับการฝึกจนเกิดเป็นความเคยชินแล้ว จะช่วยทำให้บุคคลสามารถจัดการตนเองให้อยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมได้ การนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก

การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นจะประสบความสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล โดยต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ ดังนี้ โดยบุคคลต้องมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับสภาพอาการของโรค และการรักษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการจัดการดูแลตนเอง และบุคคลต้องแสดงพฤติกรรม หรือกระทำกิจกรรมตามเงื่อนไขที่ตั้งไว้ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการจัดการด้วยตนเองเกี่ยวกับอาการของโรค รวมถึงบุคคลต้องมีทักษะในการจัดการด้วยตนเองเพื่อรักษาภาวะสุขภาพของตน พฤติกรรมเหล่านี้มีจุดประสงค์เพื่อลดผลกระทบของโรคต่อชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Batholomew et al., 1993) และตระหนักถึงการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Tobin et al., 1986; Clark, Becker, Janz, Lorig, Rakowski, & Anderson., 1991)

ผลจากการศึกษาแบบมีการจัดกระทำเพื่อส่งเสริมกระบวนการจัดการด้วยตนเองสำหรับบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งสามารถประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการจัดการด้วยตนเองได้ 4 ระดับ ดังนี้ (Tobin et al., 1986)

ระดับ 1 ลักษณะทางกายภาพของโรค (somatic measures) เช่น ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของของผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น

ระดับ 2 การจัดการพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness management behavior) เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลช่องปาก การบ้วนปาก หรือการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ระคายเคืองช่องปาก เพื่อป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นต้น

ระดับ 3 ความรุนแรงของโรค (episodic status of disease) เช่น ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของของผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดลดลง เป็นต้น

ระดับ 4 ภาวะสุขภาพ (general health status) เช่น ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหรือมีระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบอยู่ในระดับเล็กน้อย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นต้น

2.3.3 โปรแกรมการจัดการด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดและโรคเรื้อรังอื่นๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง พบมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกทั้งหมด ดังนี้ จากการศึกษาของวันทกานต์ ราชวงศ์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัดกลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 40 คน การศึกษาครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างติดตามตนเองโดยการประเมินช่องปากด้วยตนเอง ตามแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบขององค์การอนามัยโลกวันละ 1 ครั้ง โดยฝึกวิธีการประเมินให้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนและให้บันทึกพฤติกรรมการดูแลช่องปากในแบบบันทึกกิจกรรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วย วันละ 1 ครั้ง รวมถึงมีการเสริมแรง โดยให้กลุ่มตัวอย่างกระตุ้นให้กำลังใจตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่องปากและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมและให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ตรงกับการศึกษาของลาวัลย์ รุ่งเรืองกิจและคณะ (2555) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 60 ราย โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self-monitoring) ทั้งให้กลุ่มตัวอย่างใช้สมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อกำกับติดตามตนเองโดยระบุจำนวนครั้งที่ลืมรับประทานยา และสาเหตุที่ไม่ลืมรับประทานยา ด้านการประเมินตนเอง (self evaluation) โดยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดตนเองจากค่าคะแนนประเมินพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสและการเสริมแรงตนเอง (self reinforcement) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองด้วยการกล่าวชื่นชมตนเองให้เกิดความภาคภูมิใจเมื่อสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ระยะเวลาในการให้โปรแกรม 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของวัฒนพล ดิ่งชู่ยกุล บัวแก้ว และคณะ (2555) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยให้กลุ่มตัวอย่างติดตามตนเองด้วยการให้บันทึกชนิด ปริมาณ และความถี่ของการบริโภค

อาหารในแต่ละมื้อลงในสมุดบันทึกการติดตามตนเอง และให้ประเมินตนเองด้วยการควบคุมการบริโภคอาหาร โดยใช้สมุดบันทึกการติดตามตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าสำเร็จตามเกณฑ์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และพบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะให้กลุ่มตัวอย่างกล่าวชมเชยตนเอง แต่ถ้ายังไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ปรับกลวิธีให้เหมาะสมหรือเป็นไปได้ ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์

และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและจัดการกับอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด พบว่าจากการศึกษาของเนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ และคณะ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เน้นการสนับสนุนและให้ความรู้ให้ผู้ป่วยดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นกลุ่มเล็ก 3-5 ราย ด้วยการบรรยาย สาธิต และให้สาธิตกลับ เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก ใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง สามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์, 2547) และจากการศึกษาของ Katranci (2555) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้ความเย็นต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบที่ได้รับยาไฟฟลูออยูราซิล (5-fluorouracil) กับลิวโคโวลิน (leucovorin) โดยให้หอน้ำแข็งที่มีลักษณะกลมมน ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 5 นาทีและอมต่อเนื้องานจนครบ 30 นาที พบว่าในวันที่ 7 และ 14 หลังรับยาเคมีบำบัด กลุ่มทดลองเกิดอาการเยื่อช่องปากระดับ 1,2 และ 3 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนวันที่ 21 พบว่าอาการเยื่อช่องปากอักเสบของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Katranci N., Ovayolu N., Ovayolu O., & Sevinc A., 2012) ตรงกับการศึกษาของทานตะวัน เนตรทองและคณะ (2542) ศึกษาผลของการอมน้ำแข็งต่อการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย โดยให้หอน้ำแข็งเป็นเวลา 5 นาทีก่อนการฉีดยาเคมีบำบัด การอมน้ำแข็งให้ผู้ป่วยกลืนน้ำแข็งให้ทั่วบริเวณของเยื่อช่องปากและทำต่อเนื่องทั้งขณะที่ให้ยาและให้ยาเสร็จ โดยใช้เวลาทั้งหมด 30 นาทีต่อราย ผลการศึกษาพบว่า การใช้หอน้ำแข็งสามารถป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ (ทานตะวัน เนตรทอง, 2542) รวมถึงการศึกษาของพัชราภรณ์ ทศนโกวิทและคณะ (2545) ศึกษาผลของการใช้น้ำเกลือไอออนอร์มัล สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนตและคลอร์เฮกซีดีนต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีรักษา จำนวน 45 ราย โดยให้กลุ่มทดลองอมน้ำยาบ้วนปากครั้งละ 2 ช้อนโต๊ะ ให้อมในปากและคอนานครั้งละ 30 วินาที วันละ 5 ครั้ง ร่วมกับการดูแลช่องปากระหว่างการได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนตมีประสิทธิภาพในการลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบดีกว่าน้ำเกลือไอออนอร์มัลและคลอร์เฮกซีดีน (พัชราภรณ์ ทศนโกวิท, 2545)

รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกาการดูแลช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า จากการศึกษาของกิงกาญจน์ ตังคโนภาส (2559) ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบโดยใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยประเมินจากพฤติกรรมกาการป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมกาการป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี และพบอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบร้อยละ 33.3 ความรุนแรงสูงสุดอยู่ระดับ 2 (กิงกาญจน์ ตังคโนภาส, 2559) และจากการศึกษาของหนูไกร เพื่อนพิมาย (2559) ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า การดูแลช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบทั้งวันที่เริ่มเกิด ระยะเวลาที่เกิด และความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (หนูไกร เพื่อนพิมาย, 2559) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของอังคณา เจียมจิระพร (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อพฤติกรรมกาการดูแลช่องปากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 รายเท่าๆกัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกาการดูแลช่องปากด้วยตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมด้วย

จากงานวิจัยที่ได้นำเสนอดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองมีกิจกรรม 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) โดยการใช้สมุดหรือแบบบันทึกในการบันทึกเพื่อติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง (self evaluation) โดยใช้สมุดหรือแบบบันทึกในการบันทึกมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าสำเร็จตามเกณฑ์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และให้ นอกจากนี้ยังให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดตนเองจากค่าคะแนนประเมินพฤติกรรมที่ได้ 3) การเสริมแรงตนเอง (self reinforcement) สามารถเสริมแรงทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและคนรอบข้างด้วยการกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมและให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง จะเสริมแรงเมื่อสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ปรับกลวิธีให้เหมาะสมหรือเป็นไปได้ รวมถึงต้องมีการประเมินปัญหาความต้องการความรู้ และตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง โดยให้ความรู้ รวมไปถึงการฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยการฝึกกาการดูแลช่องปากด้วยการแปรงฟัน การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ การอมน้ำแข็ง การจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบตามระดับความรุนแรง ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยนอก และจากผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผลงานวิจัย

พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งมีเพียงงานวิจัยของวันทกานต์ ราชวงศ์และคณะ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือรังสีรักษา ร่วมกับ ยาเคมีบำบัด แต่การศึกษาดังกล่าวยังขาดการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Heneghan, et al., 2006; วรรณภา สิทธิปาน, 2558; วัฒนพล ดิ่งชุกกุล บัวแก้ว, 2555)

ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบการจัดการตนเองมาประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้โดยจัดกิจกรรม โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะการเตรียมความพร้อม 2) ระยะการจัดการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ขั้นตอนที่ 1 ติดตามพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง (self-monitoring) ขั้นตอนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง (self-evaluation) และขั้นตอนสุดท้ายการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) มีการติดตามผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนวันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัด และกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) ทุกวันหรือส่งข้อความในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มีไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) วันละ 2 รอบ ในช่วงเช้า และช่วงเย็น และ3) ระยะการติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลจากบันทึกการติดตามเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้เกิดการจัดการด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทั้งนี้จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากและประยุคที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะ และใช้กลวิธีการกำกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน และการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ การดูแลเฉพาะที่ด้วยความเย็น โดยการอมน้ำแข็ง และการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การลงในบันทึกการติดตาม การติดตามผลและการปฏิบัติเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสอบถามปัญหาข้อสงสัยของการจัดการตนเองเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลช่องปากเพิ่มขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน ได้ถูกต้องและต่อเนื่อง และลดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดลง

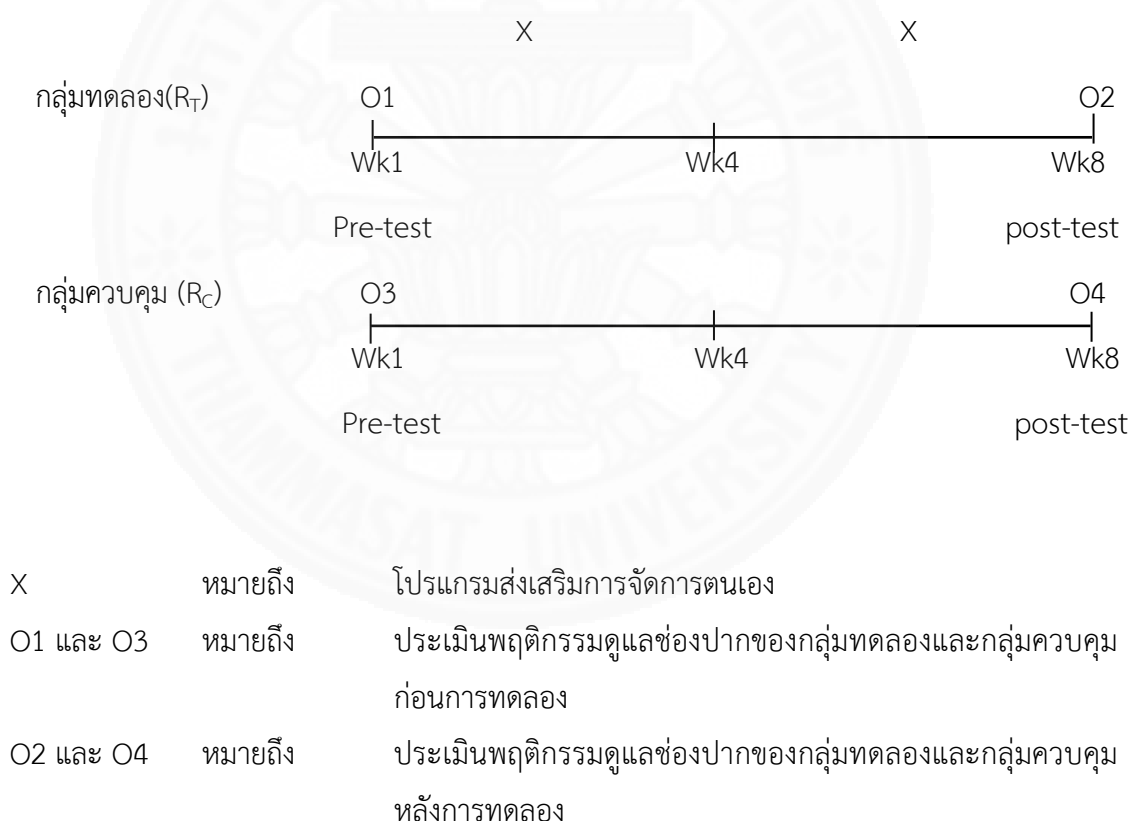
สรุป โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญของโลกและประเทศไทย การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหนึ่งที่มีประสิทธิภาพซึ่งจัดเป็นการรักษาเสริม โดยยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์กับเซลล์สิ่งมีชีวิตทุกชนิดที่มีการแบ่งเซลล์ ดังนั้นเซลล์ปกติของร่างกายเช่นเซลล์เยื่อช่องปากมักจะถูกทำลายไปพร้อมๆ กับเซลล์มะเร็ง ยาไฟล์-ฟลูออโรราซิล (5-fluorouracil) เป็นยาที่มีผลทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบจะเกิดขึ้นใน 7-14 วันภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด และเริ่มมีอาการหายของแผลในวันที่ 14-21 หลังการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสามารถช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 100 เตียง มีพันธกิจหลักคือ การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง หน่วยเคมีบำบัดเป็นหน่วยบริการด้านยาเคมีบำบัดแบบไม่พักค้างคืน จากสถิติปีพ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 2,345 ราย ซึ่งมาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะเวลาในการรับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 6 cycle

ซึ่งในแต่ละ cycle ห่างกัน 4 สัปดาห์ การให้ยาเคมีบำบัดในแต่ละวันละไม่เกิน 6 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยทุกคนในวันแรกของการรับยาเคมีบำบัดจะได้รับการให้ข้อมูลด้วยปากเปล่า และได้รับสมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นคู่มือการดูแลตนเองโดยรวม ไม่เฉพาะเจาะจงยาเคมีบำบัดและขณะให้ยาเคมีบำบัดจะให้ผู้ป่วยยอน้ำแข็งร่วมด้วย แต่ทั้งนี้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในป้องกันและดูแลภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด และยังไม่มีความเห็นทางการศึกษาติดตามพฤติกรรมดูแลช่องปากของผู้ป่วย ทั้งนี้จากการเก็บสถิติการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม 2557 ยังพบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบทั้งหมด 78 ราย จาก 255 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.59 ของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดทั้งหมด และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีน้อยมาก ส่วนใหญ่ศึกษาเฉพาะผลลัพธ์ของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในโรงพยาบาล ทั้งนี้ยังไม่มีงานวิจัยใดศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมดูแลช่องปาก ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมถึงวิธีการป้องกันและการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) มาจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบด้วยตนเอง และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด โดยมีแบบแผนการวิจัย เป็นการศึกษาระบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรูปแบบการวิจัยดังนี้



3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล (5-Fluorouracil) ร่วมกับยาลิโวโคโลลิน (Leucovorin) ทางหลอดเลือดดำใน cycle 1 ซึ่งยังไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล (5-Fluorouracil) ร่วมกับยาลิโวโคโลลิน (Leucovorin) ทางหลอดเลือดดำใน cycle 1 ซึ่งยังไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยมีการคัดเลือกตามคุณสมบัติดังนี้

- 1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมศึกษาวิจัย (inclusion criteria) คือ
 - 1.1 ผู้ป่วยมะเร็งอายุ 18-65 ปี
 - 1.2 ไม่มีแผลในช่องปาก
 - 1.3 ไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน
 - 1.4 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรยาเคมีบำบัดสูตรไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล (5-Fluorouracil) ร่วมกับยาลิโวโคโลลิน (Leucovorin) ทางหลอดเลือดดำใน cycle 1
 - 1.5 สามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองได้
 - 1.6 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
- 2) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาวิจัย (exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต และโรคเบาหวาน เป็นต้น หรือโรคติดต่อที่ร้ายแรง
- 3) เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย (discontinuation criteria) คือ
 - 3.1 ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้วระยะหนึ่ง
 - 3.2 หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น Febrile neutropenia ที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนดตามกิจกรรมของแพทย์ หรือทำให้ยุติเข้าร่วมกิจกรรม
 - 3.3 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกกิจกรรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) เท่า .80 ซึ่งคำนวณจากงานวิจัยที่มีใกล้เคียงคือการศึกษาของวันทกานต์ ราชวงศ์ (2556) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองก่อนและหลังพบว่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างของเยื่อช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคำนวณได้เท่ากับ 1.1 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่แสดงถึงผลที่เกิดจากการทดลองสูง งานวิจัยครั้งนี้จึงพิจารณาใช้กลุ่มตัวอย่างเป็น large effect size นำไปคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009; Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) แทนค่า effect size = .80 power = .80 และ $\alpha = .05$ การทดสอบทางสถิติแบบเดียวของการทดสอบ t-test ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 42 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย กลุ่มควบคุม 21 รายและเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ (Polit & Beck, 2006) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล (drop out) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 50 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 รายและกลุ่มทดลอง 25 รายเท่าๆกัน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยดูข้อมูลจากระบบการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อวางแผนการรักษา ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยนำกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาจับคู่กัน (pair matching) เพื่อให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันทั้งในเรื่องอายุและสภาพช่องปากก่อนการทดลอง เนื่องจากคนที่มีอายุน้อยมีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมากกว่าผู้สูงอายุ จากอัตราการสร้างเยื่อใหม่เร็วกว่า รวมถึงสภาพช่องปากเนื่องจากพบว่าผู้ที่มีอนามัยช่องปากที่ไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวได้แบ่งกลุ่มตามช่วงอายุ 2 ช่วงคือ ช่วงอายุตั้งแต่ 18-59 ปี และช่วงอายุตั้งแต่ 60-65 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดูสภาพในช่องปากให้ได้ช่วงอายุละจำนวน 40 รายและ 10 รายตามลำดับ จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากให้คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม คนที่สองเข้ากลุ่มทดลอง หลังจากนั้นสลับเข้ากลุ่มจนได้กลุ่มตัวอย่างละ 25 รายเท่าๆกัน ผลการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที่ (independent t-test) สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และและสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซก Fisher's exact test พบว่าตัวแปรด้านลักษณะของบุคคลทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) ยกเว้นตัวแปรระดับการศึกษา ($p < .001$)

3.3 สถานที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารามณ์ กรุงเทพมหานคร โดยมีบริบทเป็นหน่วยบริการให้ยาเคมีบำบัด แบบไม่พักค้างคืน เปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น.

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน คือ

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

3.4.1.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ระบุปัญหา วางแผนการปฏิบัติ ตั้งเป้าหมาย ร่วมกันในการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เสริมสร้างความรู้ มอบแบบบันทึกอาการในช่องปาก บันทึกการติดตามและสมุดคู่มือ 2) ระยะการจัดการด้วยตนเอง เป็นระยะของการส่งเสริมความรู้ สาธิตและฝึกทักษะการป้องกันและจัดการช่องปาก ผ่านสื่อการสอน (power point) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการกำกับตนเอง โดยใช้กลวิธีการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ขั้นตอนที่ 1 ติดตามพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง (self-monitoring) โดยให้ผู้ช่วยบันทึกการดูแลช่องปาก ปริมาณการดื่มน้ำรวมไปถึงการหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ลงในบันทึกการติดตามพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง (self-evaluation) โดยใช้ข้อมูลจากบันทึกการติดตามพฤติกรรมเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และขั้นตอนสุดท้ายการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) มีการติดตามผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยการโทรศัพท์ กระตุ้นเตือนวันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัดและกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) ทุกวันหรือส่งข้อความในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มีไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) วันละ 2 รอบ ในช่วงเช้า (07.00-08.00 น.) และช่วงเย็น (17.00-18.00 น.) ให้กลุ่มตัวอย่างชมเชยตนเองในกรณีที่ สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยการกล่าวว่า “วันนี้ดีจังเลยทำได้ตามเป้าหมาย” หรือ “เยี่ยมมาก ทุกๆวันต้องทำให้ได้แบบนี้” ถ้าไม่สามารถปฏิบัติตามได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ปรับ กลวิธีให้เหมาะสมหรือเป็นไปได้ โดยกำหนดให้ กรณีที่ยังไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ สามารถลด กิจกรรมการดูแลช่องปากบางอย่างได้ เช่น ไม่สามารถแปรงฟันได้ครบ 5 ครั้งต่อวัน สามารถใช้ไหมขัดฟัน และ/หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือแทน แต่กรณีที่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้ว ต้องปฏิบัติตาม เป้าหมายอย่างเคร่งครัด และ 3) ระยะการติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลจากบันทึก

การติดตามเปรียบเทียบกับเป้าหมายตั้งไว้ ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องตามเป้าหมาย มีการเสริมแรงบวกโดยพยาบาลกล่าวชื่นชมและกระตุ้นให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดการจัดการด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทั้งนี้จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากลง

3.4.1.2 คู่มือการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองเพื่อดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอีกเสบสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำเนินเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อเป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้ และคำแนะนำ มอบให้ผู้ป่วยมะเร็งเพื่อใช้ทบทวนด้วยตนเอง เนื้อหาประกอบด้วยภาวะเยื่อช่องปากอีกเสบ วิธีการดูแลช่องปาก โดยแบ่งตามระดับของภาวะเยื่อช่องปากอีกเสบ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจดจำ และเข้าใจ เป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติและกระทำอย่างต่อเนื่อง

3.4.1.3 แผนการสอนเรื่องการจัดการด้วยตนเองเพื่อดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอีกเสบสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3.4.1.4 แบบบันทึกการติดตามตนเอง เป็นแบบติดตามพฤติกรรมดูแลช่องปากของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินและติดตามตนเอง

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ ประวัติการระคายเคืองช่องปาก เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เป็นต้น และประวัติการดูแลสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกอาการในช่องปาก เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับอาการในช่องปาก โดยประเมินจากขนาดของแผล และอาการบวมแดงในช่องปาก โดยฝึกทักษะการประเมินอาการในช่องปากให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการในช่องปากเองที่บ้าน โดยประเมินวันละ 1 ครั้ง จนกว่าจะมีนัดให้ยาเคมีบำบัดครั้งถัดไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาของกิงกาญจน์ ดังคโนภาส (2558) มีลักษณะเป็นข้อความให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง โดยให้ประเมินตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ข้อคำถามแยกเป็นรายด้าน 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการตรวจประเมินช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการจดบันทึก 2 ข้อ
- 2) ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม 3 ข้อ
- 3) ด้านการดูแลช่องปาก 11 ข้อ
- 4) ด้านการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ 7 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วน มีระดับคะแนน 1-4 ระดับ คือ ตั้งแต่ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเป็นบางครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆนานๆครั้ง และไม่ เคยปฏิบัติเลย คะแนนมีค่าระหว่าง 23-92 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าคะแนนดังนี้

ค่าคะแนน 69-92 หมายถึง ระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากดี

ค่าคะแนน 47-68 หมายถึง ระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากปานกลาง

ค่าคะแนน 23-46 หมายถึง ระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาของเอมอร์ สุวรรณพิวัฒน์ (2556) ที่พัฒนามาจาก New scoring system ของ Sonis et al. (1999) เพื่อสังเกตอาการเยื่อช่องปากอักเสบดัดแปลงโดยเนตร์สุวิทย์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ได้นำมาแปลและดัดแปลงแบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบนี้เพื่อนำมาใช้กับคนไทย เพื่อความถูกต้องและสะดวกซึ่งประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย อาการเยื่อช่องปากสามารถสังเกตจากสิ่งต่อไปนี้

1) ขนาดของแผลในช่องปาก 9 ตำแหน่ง (u) คือบริเวณริมฝีปากด้านบน, ริมฝีปากด้านล่าง, กระจกแก้มข้างซ้าย, กระจกแก้มข้างขวา, ด้านบน ด้านล่าง และขอบของลิ้นข้างขวาและข้างซ้าย โดยขนาดของแผลแต่ละตำแหน่งมีระดับความรุนแรงดังนี้

0	หมายถึง	ไม่มีแผลในปาก
1	หมายถึง	มีแผลในปากขนาดของแผลรวมกันน้อยกว่า 1 cm^2
2	หมายถึง	มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกัน รวมกันกว้างประมาณ $1-2 \text{ cm}^2$
3	หมายถึง	มีแผลในช่องปากขนาดของแผลตำแหน่งเดียวกัน รวมกันกว้างประมาณ 3 cm^2

2) ความรุนแรงของอาการบวมแดงในช่องปาก 9 ตำแหน่ง (e) คือบริเวณริมฝีปากด้านบน, ริมฝีปากด้านล่าง, กระจกแก้มข้างซ้าย, กระจกแก้มข้างขวา, ด้านบน ด้านล่าง และขอบของลิ้นข้างขวาและข้างซ้าย ฟันปาก เพดานอ่อนและเพดานแข็ง โดยอาการบวมแดงในช่องปากแต่ละตำแหน่งมีระดับความรุนแรงดังนี้

0	หมายถึง	ไม่มีอาการบวมแดงในช่องปาก
1	หมายถึง	มีอาการบวมแดงในช่องปากแต่ไม่รุนแรง
2	หมายถึง	มีอาการบวมแดงในช่องปากอย่างรุนแรง

3) จำนวนตำแหน่งที่ประเมินแผลในช่องปาก (n_u) และจำนวนตำแหน่งที่ประเมินอาการบวมแดงในช่องปาก (n_e) ทั้ง 2 ด้าน 9 ตำแหน่ง

หลังจากนำค่าคะแนนที่ได้จากข้อ 1, 2 และ 3 มาคำนวณค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบที่มีการปรับค่าหน่วยน้ำหนักแล้วตามสูตรดังนี้

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

u_i	คือ	ระดับขนาดของแผลในช่องปากตำแหน่งที่ i
e_i	คือ	ระดับความรุนแรงของอาการบวมแดงในช่องปากตำแหน่งที่ i
n_u	คือ	จำนวนตำแหน่งที่ประเมินแผลในช่องปาก
n_e	คือ	จำนวนตำแหน่งที่ประเมินอาการบวมแดงในช่องปาก
Σ	คือ	ผลรวมคะแนน

ค่าเฉลี่ยของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ มีค่าตั้งแต่ 0-5 ผู้ป่วยที่ได้ค่า 0 หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยที่ได้ค่า 5 หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบมากที่สุด

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.5.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบบันทึกอาการในช่องปาก แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ คู่มือส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง แผนการสอน แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ และแบบบันทึกการติดตามตนเอง นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรศาสตร์ มะเร็งวิทยา 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ ผู้มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของเนื้อหา ภาษา ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้งตามที่คุณวุฒิแนะนำ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .93, .95, 1.0 และ .90 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .80 ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์คุณภาพดี (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) และได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) ของการประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แคปป่า (Kappa coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 1 ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .80 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นที่สามารถยอมรับได้

3.5.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

หลังจากปรับแก้เนื้อหาของเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือคือ แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก แบบบันทึกการติดตามตนเอง ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99 และ .99 ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .70 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นที่สามารถยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

3.6 การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

3.6.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.6.1.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1) ดำเนินการส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

2) ดำเนินการส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬารัตน์ พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย

3) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง คู่มือการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก แผนการสอนเรื่องการจัดการด้วยตนเองเพื่อดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบบบันทึกการติดตามตนเอง และแบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

4) เตรียมเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกอาการในช่องปาก และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

5) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก แบบบันทึกการติดตามตนเองไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์

3.6.1.2 ขั้นตอนเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างน้อย 5 ปี ปฏิบัติงาน ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ผู้ช่วยวิจัยหาความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) ของแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเนื้อหาและรายละเอียดการประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ที่พัฒนามาจาก New scoring system ของ Sonis et al. (1999) แปลและดัดแปลงโดยเนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะติดตาม และหลังการทดลองอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจตรงกัน ซึ่งผู้วิจัยทำการฝึกผู้ช่วยวิจัยจนมีความพร้อม จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินในผู้ป่วยรายเดียวกัน ในเวลาเดียวกัน จนครบ 10 ราย ระยะเวลา 1 สัปดาห์ แล้วนำคะแนนที่ประเมินได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แคปป่า (Kappa coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 1 ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .80 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นที่สามารถยอมรับได้ ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยนั้นมีหน้าที่ในการประเมินภาวะเยื่อช่องปากของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ส่วนกระบวนการอื่นๆของโปรแกรมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด

3.6.1.3 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

1) เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬารัตน์ ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดเรื่องที่ทำวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ และขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยสำรวจจำนวนและรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง โดยดูข้อมูลจากระบบการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อวางแผนการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยนำกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาจับคู่กัน (pair matching) เพื่อให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันทั้งในเรื่องเพศอายุและสภาพช่องปากก่อนการทดลอง จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากให้คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม คนที่สองเข้ากลุ่มทดลอง หลังจากนั้นสลับเข้ากลุ่มจนได้กลุ่มตัวอย่างละ 25 รายเท่าๆกัน

3) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามแผนการวิจัย
ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการติดตามประเมินช่องปาก วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์และการเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
2. ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยบันทึกจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ รวมทั้งสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการระคายเคืองในช่องปาก และการดูแลช่องปาก
3. ผู้ช่วยวิจัยได้ประเมินเยื่อช่องปากด้วยแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากที่พัฒนามาจาก New scoring system ของ Sonis แพลและดัดแปลง โดยเนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก

ครั้งที่ 2 (วันแรกของการรับยาเคมีบำบัด)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยวิจัยประเมินเยื่อช่องปากด้วยแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปาก
2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ข้อมูลการดูแลตนเองโดยพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัดด้วยปากเปล่า และได้รับสมุดคู่มือการดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัดโดยผู้ป่วยนำไปอ่านเองที่บ้าน และมีการให้อมน้ำแข็งขณะให้ยาเคมีบำบัด 30 นาที
3. ผู้วิจัยได้สอนและฝึกทักษะการตรวจอาการในช่องปากให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการในช่องปากที่บ้านได้เองทุกวัน โดยใช้เทคนิคการดูและการคลำ อาศัยกระจกส่องหน้าธรรมดา ใช้นิ้วมือ และแสงสว่างจากไฟฉาย
4. ผู้วิจัยได้มอบแบบบันทึกอาการในช่องปาก กระจกและไฟฉายสำหรับตรวจช่องปาก ให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อการประเมินอาการในช่องปาก โดยให้ผู้ป่วยตรวจอาการในช่องปาก วันละ 1 ครั้ง ในเรื่องแผลในช่องปากและความเจ็บปวด และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในวันนัดรับยาเคมีบำบัดครั้งถัดไป

ครั้งที่ 3 (ครั้งที่ 2 ของการรับยาเคมีบำบัด)

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบบันทึกอาการในช่องปาก ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากชุดเดิม และผู้ช่วยวิจัยประเมินเยื่อช่องปากด้วยแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปาก จากนั้นผู้วิจัยให้

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งมอบคู่มือการส่งเสริมการป้องกันและจัดการด้วยตนเองเพื่อป้องกันหรือลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแบบบันทึกการติดตามสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัย และยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม (วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา 30 นาที)

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ

1.1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล แนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการติดตามประเมินช่องปาก วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์และการเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

1.2. ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยบันทึกจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ รวมทั้งสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการระคายเคืองในช่องปาก การดูแลช่องปากและการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.3. ผู้ช่วยวิจัยได้ประเมินเยื่อช่องปากด้วยแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากที่พัฒนามาจาก New scoring system ของ Sonis แพลและดัดแปลง โดยเนตร์สุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก

2. ขั้นปฏิบัติ

2.1 ผู้วิจัยได้ซักถามกลุ่มตัวอย่างถึงความรู้เกี่ยวกับอาการ ปวดจี้ ภาวะแทรกซ้อน การดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ รวมทั้งร่วมกันระบุสิ่งที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลช่องปาก หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาวางแผนการปฏิบัติในการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยได้เสริมสร้างความรู้โดยใช้สื่อภาพนิ่ง (power point) เรื่องภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเป็นรายบุคคล เนื้อหาประกอบด้วย อาการ ผลกระทบ ปัจจัยการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ การประเมินช่องปาก รวมทั้งความรู้การดูแลและการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันและการบ้วนปาก การดูแลเฉพาะที่เพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบโดยตรงด้วยการอมน้ำแข็งและการรับประทานอาหารที่มีกลูตามีนผสม และการเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก การหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง การดูแลช่องปากตามระดับของ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และการตรวจช่องปากเพื่อประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

2.3 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายร่วมกันเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายที่ต้องการจะทำให้สำเร็จ ซึ่งเป็นเป้าหมายด้านพฤติกรรมดูแลช่องปาก การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ ที่สามารถสังเกตและบันทึกลงในแบบติดตามผล และกำหนดการลดกลีเซิลโดยกำหนดให้ กรณีที่ยังไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ สามารถลดกิจกรรมการดูแลช่องปากบางอย่างได้ เช่น ไม่สามารถแปรงฟันได้ครบ 5 ครั้งต่อวัน ให้สามารถ ใช้ไหมขัดฟันและ/หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือแทน แต่กรณีที่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้วต้องปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างเคร่งครัด

2.4 มอบอุปกรณ์การดูแลช่องปาก ไฟฉาย และกระจก พร้อมทั้งบันทึกการติดตามและคู่มือ “การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง เพื่อป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด” เพื่อใช้ในการอ่านทบทวนความรู้ และแบบบันทึกอาการในช่องปาก เปิดโอกาสให้ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างการบรรยาย

3. ชั้นสรุป

3.1 ผู้วิจัยทบทวน สรุปประเด็นสำคัญ พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบร่วมกัน หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทบทวน และอ่านคู่มือส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองที่มอบให้

3.2 ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในรับยาเคมีบำบัด

ครั้งที่ 2 ระยะเวลาการจัดการตนเอง (วันแรกของการรับยาเคมีบำบัด ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบบันทึกการติดตาม และมอบแบบบันทึกการติดตามใหม่ให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยประเมินเยื่อช่องปากด้วยแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปาก

2. ผู้วิจัยส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการกำกับตนเอง และประโยชน์ของการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 1) ติดตามพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการดูแลช่องปาก ปริมาณการดื่มน้ำ รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก ลงในบันทึกการติดตาม 2) การประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองโดยใช้ข้อมูลจากบันทึกการติดตามเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ว่าสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และ 3) การเสริมแรงตนเอง โดยการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนวันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัดและกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) ทุกวันหรือส่งข้อความในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มีไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) วันละ 2 รอบในช่วงเช้า (07.00-08.00 น.) และช่วงเย็น (17.00-18.00 น.) ให้กลุ่มตัวอย่างชมเชยตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ปรับกลวิธีให้เหมาะสมหรือเป็นไปได้

3. ผู้วิจัยสาธิตพร้อมทั้งฝึกทักษะการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากผ่านสื่อการ สอน (power point) และอุปกรณ์จำลอง

3.1 การแปร่งฟัน เพื่อช่วยลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ด้วยการแปร่งฟันแบบ โมดิฟายด์ เบส (modified bass method) ดังนี้

1) วิธีการแปร่งฟันบนโดยวิธีขยับ-ปิด (modified bass technic) ในทุกบริเวณ ยกเว้นฟันหน้าบนด้านเพดาน และฟันหน้าล่างด้านลิ้น ซึ่งอาจใช้วิธีกด-ดึง-ปิด (roll technic) โดยเปลี่ยน ให้แนวของด้ามแปร่งสีฟัน ขนานกับแนวของซี่ฟันหน้าบนบริเวณนั้น กดปลายขนแปร่งส่วนสุดท้าย ให้ แนวกับบริเวณคอฟัน แล้วดึงแปร่งลงมา โดยให้ขนแปร่งสัมผัสกับผิวฟันตลอด สำหรับฟันบน หรือดึง ขึ้นบนสำหรับฟันล่าง

2) การแปร่งฟันกรามบนด้านแก้ม ด้านเพดานปาก และฟันหน้าด้านริมฝีปาก (ใช้วิธีขยับ-ปิด) ให้เอียงแปร่งสีฟันเข้าหาเหงือกประมาณ 45 องศาปลายของขนแปร่งจะแทรกเข้าไปใน ร่องเหงือกได้เล็กน้อย ออกแรงถูแปร่งไปมาสั้นๆ 3-4 ครั้ง แล้วปิดแปร่งสีฟันเข้าหาตัวฟัน ลงไปด้าน ปลายฟัน ทำเช่นนี้ 5-6 ครั้ง

3) การแปร่งฟันกรามล่างด้านแก้ม ด้านลิ้น และฟันหน้าด้านริมฝีปาก (ใช้วิธี ขยับ- ปิด) ให้เอียงแปร่งสีฟันเข้าหาเหงือกประมาณ 45 องศาเช่นกัน ปลายของขนแปร่งจะแทรกเข้าไป ในร่องเหงือก ได้เล็กน้อย ออกแรงถูไปมาสั้นๆ 3-4 ครั้ง แล้วปิดแปร่งสีฟันเข้าหาตัวฟันขึ้นไปด้านปลายฟัน ทำเช่นนี้ 5-6 ครั้ง

4) การแปร่งฟันด้านบดเคี้ยว โดยวางขนแปร่งตั้งฉากกับด้านเคี้ยวของฟัน ออก แรงถูไปมา 4-5 ครั้ง แปร่งให้ทั่วทางด้านบดเคี้ยว

5) บริเวณลิ้นอาจพบมีคราบเศษอาหาร หรือมีลักษณะเป็นฝ้าขาวติดอยู่ ซึ่งถ้า มีการหมักหมมอยู่นานๆ อาจทำให้เกิดมีกลิ่นได้ จึงควรทำความสะอาดลิ้นด้วย โดยใช้ขนแปร่งสีฟันถู เบาๆ บนด้านลิ้น

3.2 การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (Dodd et al., 2000; Ohbayashi et al., 2008) บ้วน ปากครั้งละประมาณ 15-20 มิลลิลิตร ให้กลั้วที่คอโดยแหงนหงายศีรษะไปข้างหลังเพื่อให้ น้ำเกลืออาบเนื้อเยื่อ ในคอนาน 2-3 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2005; สุพัตรา สิงห์คำราม, 2537) ให้ทำวันละ 5 ครั้ง (เช้า สาย เย็น และก่อนนอน) เวลาที่ใช้ในการกลั้วปากครั้งละประมาณ 30 วินาที กลั้วทุกครั้งหลังแปร่งฟัน

3.3 การดูแลเฉพาะที่ด้วยการอมน้ำแข็ง ระหว่างการรับยาเคมีบำบัด ให้อมก่อนเริ่ม ยาเคมีบำบัด 5 นาที ระหว่างเริ่มยา และหลังรับยาเคมีบำบัดเสร็จต่อเนื่องจนครบ 30 นาที การอม น้ำแข็งให้กลั้วน้ำแข็งให้ทั่วช่องปาก ไม่อมอยู่กับที่ (ทานตะวัน เนตรทอง, 2543) ทั้งนี้ น้ำแข็งต้องเป็น ก้อนเรียบกลม เติร์ยมจากน้ำต้มสุก

3.4 การดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โดยแบ่งตามแนวทางการดูแลช่องปากตามระดับของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบดังนี้

3.4.1 ระดับที่ยังไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

แปรงฟันทุกวัน วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน (พิชาณี แสम्मโนวงศ์, 2549) โดยใช้เวลาอย่างน้อย 90 วินาที เพื่อให้แน่ใจว่าสะอาด (ประพิมพ์พรณ ตูวิชรานนท์, 2543; Dodd, et al., 2001) และหลังแปรงฟันหลังอาหารเข้าให้ขัดฟันด้วยไหมขัดฟันเคลือบฟลูออไรด์วันละ 1 ครั้ง ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือด น้อยกว่า $40,000 \text{ mm}^2$ (วารภรณ์ วิภาสวงศ์, 2549; พิชานี แสम्मโนวงศ์, 2549) และถ้ามีฟันปลอมชนิดถอดออกได้ ต้องถอดฟันปลอมออกก่อน (วารภรณ์ วิภาสวงศ์, 2549; Karagozoglu, & FilizUlusoy, 2004) จากนั้นให้ทำความสะอาดช่องปากวันละ 4 ครั้ง โดยใช้เวลาอย่างน้อย 90 วินาที ฟันปลอมที่ถอดออกมาต้องล้างทำความสะอาดก่อนสวมทุกครั้ง นอกจากนี้ควรใช้แปรงสีฟันที่มีลักษณะขนแปรงอ่อนนุ่ม (วารภรณ์ วิภาสวงศ์, 2549; ประพิมพ์พรณ ตูวิชรานนท์, 2543; Nikoletti et al., 2005) และควรเปลี่ยนแปรงฟันทุก 1 เดือน (Dodd, et al., 2000) ต้องใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ (วารภรณ์ วิภาสวงศ์, 2549) และไม่ระคายเคืองช่องปาก (Nikoletti et al., 2005; ประพิมพ์พรณ ตูวิชรานนท์, 2543) และหลังแปรงฟันให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือนาน 30 วินาที และวาสลินที่ริมฝีปาก (วารภรณ์ วิภาสวงศ์, 2549)

3.4.2 ระดับที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้ว แต่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ให้ทำความสะอาดปากและฟันเหมือนระดับที่ยังไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแต่เพิ่มความระมัดระวัง และไม่ใส่ฟันปลอม ยกเว้นขณะรับประทานอาหารเท่านั้น และห้ามใช้ไหมขัดฟันเด็ดขาด (พิชาณี แสम्मโนวงศ์, 2549)

3.4.3 ระดับที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้ว รับประทานอาหารเฉพาะอาหารเหลวหรือไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ ให้ทำความสะอาดปากและฟัน โดยใช้ก๊อช หรือสำลีพันปลายไม้ ภูเขาๆ (พิชาณี แสम्मโนวงศ์, 2549) และบ้วนปากด้วย Normal saline solution ทุก 1-2 ชั่วโมง ยกเว้นหลับและห้ามใส่ฟันปลอม ห้ามใช้ไหมขัดฟันเด็ดขาด (พิชาณี แสम्मโนวงศ์, 2549)

3.5 การประเมินภายในช่องปาก โดยสาธิตและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยประเมินและบันทึกสภาวะของช่องปากในแบบบันทึกอาการในช่องปากอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในเรื่องความสะอาดของปากและฟัน สี ความชื้นของเยื่อช่องปาก ความเจ็บปวด และการเกิดแผลในช่องปากซึ่งสามารถทำได้ด้วยตัวผู้ป่วยเองทุกวัน โดยใช้เทคนิคการดูและการคลำ อาศัยกระจกส่องหน้าธรรมดา ใช้ไม้กดลิ้นหรือนิ้ว ดังนี้

3.5.1 ริมฝีปาก เริ่มด้วยดูริมฝีปากในขณะที่หุบปาก พิจารณาสีความชุ่มชื้น รอยสะเก็ดแผลบริเวณริมฝีปากและมุมริมฝีปาก หลังจากนั้นพลิกดูด้านในริมฝีปากด้านบนและล่าง สังเกตสี การบวม ความชื้น รอยโรคของเยื่อริมฝีปาก ปกติจะมีสีชมพู ชุ่มชื้น ไม่มีแผล ตุ่ม บวม

3.5.2 เหงือก ตรวจดูสี รูปร่าง ความหนาแน่น ระดับการยึดติด ความลึกของ

ร่องเหงือก การบวม โดยปกติเหงือกจะมีสีชมพู เหมือนกันทั่วปาก รูปร่างของเหงือกจะปิดบริเวณคลุ่มคอฟัน (interproximal space) เต็มมีลักษณะเป็นปลายแหลม แนบสนิทกับพื้นผิวของฟัน

3.5.3 ฟัน ผู้ป่วยควรทำความสะอาดฟันหรือบ้วนปากก่อน เพื่อเอาเศษอาหารออกจากตัวฟันก่อนการตรวจ การตรวจฟันตรวจดูสี ขนาดของฟัน รูปร่างและจำนวนฟัน รุขุดโดยปกติฟันจะมีลักษณะขาว แข็งแรง สะอาด

3.5.4 ลิ้นและพื้นปาก แลบลิ้น แล้วสังเกตสี พื้นผิวของลิ้น รอยโรคเยื่อบุความชุ่มชื้น ขนาด รูปร่างและความเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง ตำแหน่งและการเคลื่อนไหวของลิ้น อยู่ตรงกลางหรือเอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง มีการสั่นหรือไม่ ปกติลิ้นจะมีสีชมพู ไม่บวม ไม่เป็นฝ้า ไม่มีแผล ไม่ปวด

3.5.5 เยื่อช่องปากและกระพุ้งแก้ม อ้าปาก ใช้ไฟฉายส่อง สังเกตสีของเยื่อช่องปากและกระพุ้งแก้ม การบวม รอยโรค แผล ในภาวะปกติจะมีเยื่อช่องปากสีชมพู เรียบ ชุ่มชื้น ไม่มีตุ่มเม็ด ไม่มีรอยข้ำ ห้อเลือด หรือรอยแดง ไม่มีบาดแผล

3.5.6 เพดานปาก จะต้องเอาฟันปลอมออก อ้าปาก ใช้ไฟฉายส่อง สังเกตสีของเยื่อ รอยโรคของเพดานปาก โดยปกติเพดานปากสีชมพู ไม่มีตุ่มเม็ดผื่น ไม่มีรอยข้ำ ห้อเลือด หรือรอยแดง

4. ผู้วิจัยทบทวน สรุปประเด็นสำคัญ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งร่วมกันหาทางในการแก้ไข หลังการให้ความรู้ สาธิตและฝึกทักษะแก่กลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้หรือไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะทำการสาธิตซ้ำและฝึกปฏิบัติจนกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจเมื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน และให้คำแนะนำตามระยะของการรักษาและขึ้นกับอาการทั่วไปของผู้ป่วยหลังจากนั้นนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการโทรติดตามผล กระตุ้นเตือนวันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัด กระตุ้นเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน หรือส่งข้อความทุกวัน วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น และวันนัดรับยาเคมีบำบัดครั้งถัดไป

ครั้งที่ 3 ระยะติดตามผล (วันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัด)

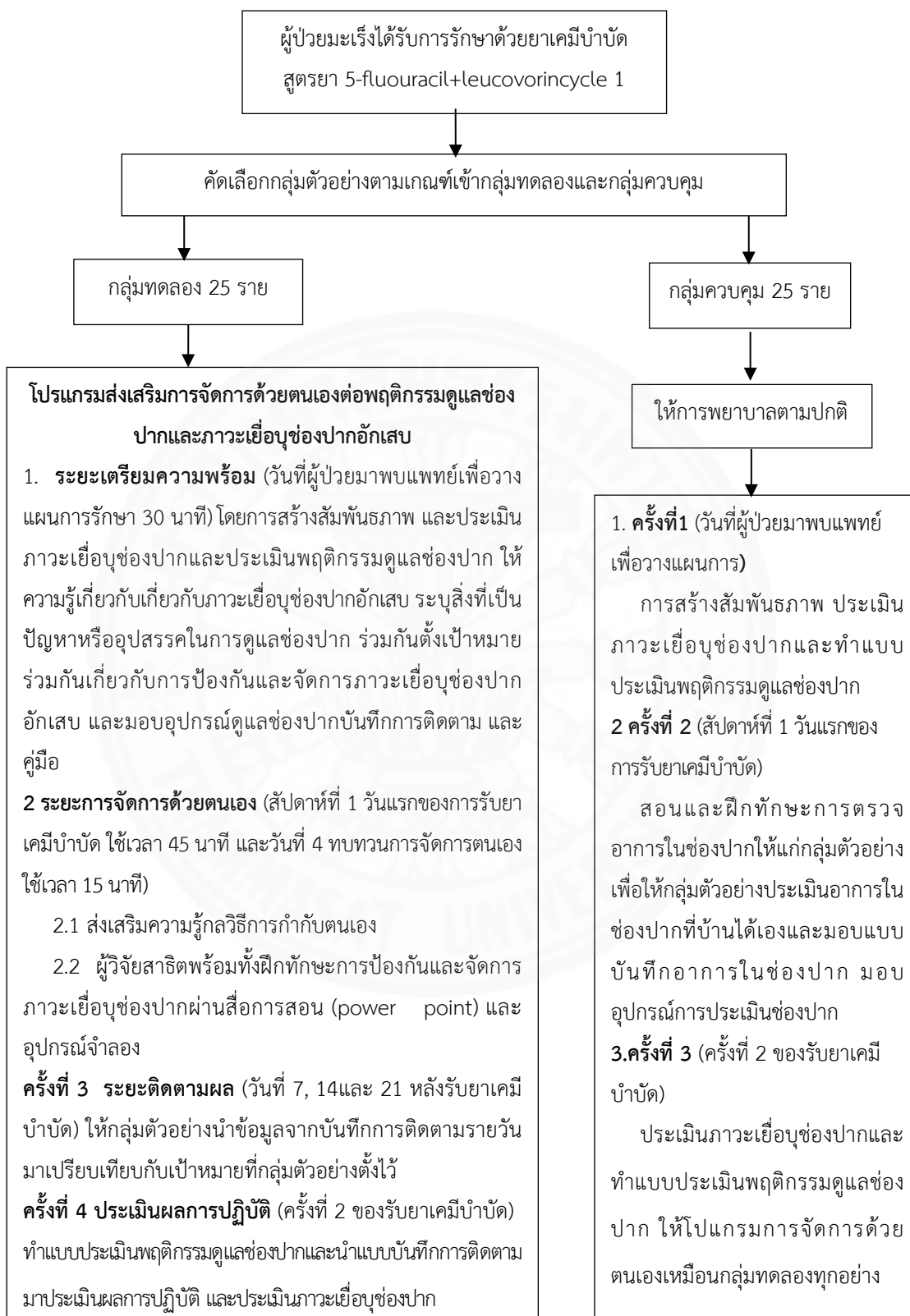
ผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นเตือนวันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัด และกระตุ้นเตือนผ่านไลน์แอปพลิเคชัน (line application) ทุกวันหรือส่งข้อความในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มีไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) วันละ 2 รอบ ในช่วงเช้า (07.00-08.00 น.) และช่วงเย็น (17.00-18.00 น.) โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลจากบันทึกการติดตามรายวัน มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างตั้งไว้ ถ้าพบว่าปฏิบัติได้ถูกต้องตามเป้าหมาย ให้กลุ่มตัวอย่างชมเชยตนเอง โดยการกล่าวว่า “วันนี้ดีจังเลยทำตามเป้าหมาย” หรือ “เยี่ยมมาก ทุกๆวันต้องทำให้ได้แบบนี้” ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ปรับกลวิธีให้เหมาะสมหรือเป็นไปได้ โดยกำหนดให้ กรณีที่ยังไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ สามารถลดกิจกรรมการดูแลช่องปากบางอย่างได้ เช่น ไม่สามารถแปรงฟันได้ครบ 5 ครั้งต่อวัน สามารถใช้ไหมขัดฟัน

และ/หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือแทน แต่กรณีที่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้ว ต้องปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างเคร่งครัด เพื่อให้เกิดการจัดการด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติ (ครั้งที่ 2 ของรับยาเคมีบำบัด)

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลติดตามผล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากชุดเดิม และผู้ช่วยวิจัยประเมินเยื่อช่องปากด้วยแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปาก จากนั้นยุติสัมพันธภาพ





ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์เลขที่การรับรอง โครงการวิจัยที่ 014/2560 และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการวิจัย 001/2560 ทั้งนี้ให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดต่างๆโดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย การได้รับสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง สิทธิ์ที่จะปกปิดข้อมูลต่างๆ เช่น ชื่อ สกุล เบอร์โทรศัพท์ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ป่วยในแบบสอบถาม และในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวออกจากกรวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาทั้งสิ้น ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีใครปฏิเสธในการเข้าร่วมโปรแกรมและเข้าร่วมโปรแกรมครบทุกขั้นตอนหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่เป็นจริงจากเอกสารชี้แจงอย่างละเอียดชัดเจนแล้ว ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามในประเด็นที่สงสัย ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยไม่มีบังคับและให้เวลาในการตัดสินใจโดยไม่เร่งรัดเวลาในการตัดสินใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมให้ลงนามในใบยินยอม โดยมีพยานลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษรร่วมด้วย กลุ่มตัวอย่างทุกท่านให้ความร่วมมือไม่มีท่านไหนปฏิเสธเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลทุกอย่างได้เก็บรักษาเป็นอย่างดี มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลทั้งหมดถูกทำลายทิ้งภายหลังจากที่ผู้วิจัยสอบผ่านการทำวิทยานิพนธ์และแก้ไขงานวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยมีการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัย โดยการคอยสังเกตอาการผิดปกติขณะเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งเตรียมการในการช่วยเหลือ โดยประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้และผู้เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลืออย่างทันที กรณีเกิดปัญหาระหว่างดำเนินการวิจัย ซึ่งในศึกษาครั้งนี้ไม่พบปัญหาระหว่างดำเนินการวิจัย และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างได้รับของที่ระลึก ราคาประมาณ 150 บาท เพื่อชดเชยค่าเสียเวลาแก่กลุ่มตัวอย่าง

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 15 ลิขสิทธิ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้ (ภาคผนวก ฉ)

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการระคายเคืองช่องปากและสภาพช่องปากก่อนเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive analysis) โดยการคำนวณค่าร้อยละค่าเฉลี่ย (mean) พิสัย (range) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) โดยใช้สถิติที (independent t-test) ในการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เกี่ยวข้องกับอายุ และใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) ในการเปรียบเทียบข้อมูลอื่น โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

- 1) ความเป็นอิสระต่อกันของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม
- 2) มีลักษณะการวัดตัวเป็นกลุ่มอย่างน้อย 2 กลุ่ม
- 3) ตัวแปรเป็นตัวแปรที่มีสเกลนามบัญญัติ (nominal scale)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้านการประเมินและจดบันทึก และด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมโดยใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann Whitney U test) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้จากการสุ่ม (random) เป็นอิสระต่อกัน (independent)
- 2) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้มาจากการสุ่มจากประชากรที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ
- 3) ตัวแปรเป็นตัวแปรระดับเรียงอันดับ (ordinal scale)

และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง รวมถึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้านการดูแลช่องปากและด้านการรับประทานอาหาร ด้วยสถิติที (independent t-test) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้จากการสุ่ม (random) เป็นอิสระต่อกัน (independent)
- 2) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้มาจากการสุ่มจากประชากรที่มีการแจกแจงแบบปกติ
- 3) ตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่อง

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้านการประเมินและจด

บันทึก ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้านการดูแลช่องปากโดยใช้สถิติวิลคอกซัล (Wilcoxon signed ranks test) และมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้จากการสุ่ม (random) ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent)
- 2) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้มาจากการสุ่มจากประชากรที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้านการรับประทานอาหาร ด้วยสถิติที (paired t-test) มีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้
 - 1) กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่ม (random) ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent)
 - 2) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้มาจากการสุ่มจากประชากรที่มีการแจกแจงแบบปกติ
 - 3) ตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่อง ระดับช่วงมาตรา (interval scale)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann Whitney U test)
5. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดย การทดสอบการกระจายตัวข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test โดยมีหลักการทดสอบ คือ การเปรียบเทียบค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่างกับฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลสมมติฐานว่ามีข้อมูลแจกแจงปกติ ($p > .05$)
6. การวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงการทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยศึกษากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จ.กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 นำเสนอผลการวิเคราะห์โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 53.96 ปี (S.D.= 5.10) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) ได้รับการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 32 โดยมีรายได้ต่อครัวเรือนมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดร้อยละ 46 นอกจากนี้ยังพบสิทธิ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน พบว่าใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ (30 บาท) และเบิกต้นสังกัดเท่ากัน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งหมด 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องเพศ อายุ โรคประจำตัว และระยะของโรค ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เกี่ยวข้องกับอายุ ด้วยสถิติที (independent t-test) และสถิติไคสแควร์ (chi-square) ในข้อมูลอื่นๆ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน ยกเว้นระดับการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1
จำนวน ร้อยละและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	Statistic test	p-value
	(n=25)	(n=25)	(n=50)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	16 (64.0)	14 (56.0)	30 (60.0)	0.333 ^a	0.564
หญิง	9 (36.0)	11 (44.0)	20 (40.0)		
อายุ, (ปี), พิสัย, $\bar{X} \pm$	53.60±6.56	54.32±3.15	53.96±5.10	-0.495 ^t	0.624
S.D (range)	(37-65)	(47-60)	(37-65)		
อายุ < 60 ปี	19 (76)	24 (96)	43 (46)	2.658 ^b	0.098
อายุ ≥ 65 ปี	6 (24)	1 (4)	7 (14)		
สถานภาพสมรส					
โสด	1 (4.0)	3 (12.0)	4 (8.0)	1.095 ^b	0.801
คู่	18 (72.0)	17 (68.0)	35 (70.0)		
หม้าย,หย่า, แยกกัน	6 (24.0)	5 (20.0)	11 (22.0)		
อยู่					
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	8 (32.0)	9 (36.0)	17 (34.0)		
มัธยมศึกษา	5 (20.0)	15 (60.0)	20 (40.0)	14.367 ^a	0.001
ปริญญาตรีขึ้นไป	12 (48.0)	1 (4.0)	13 (26.0)		
อาชีพ					
รับราชการ	7 (28.0)	4 (16.0)	11 (22.0)		
รัฐวิสาหกิจ	2 (8.0)	0 (0.0)	2 (4.0)		
ค้าขาย	3 (12.0)	6 (24.0)	9 (18.0)	3.694 ^b	0.486
รับจ้าง	7 (28.0)	9 (36.0)	16 (32.0)		
อื่นๆ	6 (24.0)	6 (24.0)	12 (24)		

หมายเหตุ ^a=Chi-square test, ^b = Fisher's exact test, ^t = independent t-test

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	Statistic test	p-value
	(n=25)	(n=25)	(n=50)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้ (บาท)					
<8,000	2 (8.0)	0 (0.0)	2 (4.0)	8.425 ^b	0.052
8,000-12,000	3 (12.0)	1 (4.0)	4 (8.0)		
12,001-16,000	6 (24.0)	6 (24.0)	12 (24.0)		
16,001-20,000	1 (4.0)	8 (32.0)	9 (18.0)		
>20,000	13 (52.0)	10 (40.0)	23 (46.0)		
ประเภทของการรับ บริการทางสุขภาพ					
บัตรประกันสุขภาพ	9 (36)	7 (28)	16 (32.0)	0.715 ^b	0.930
เบิกต้นสังกัด	8 (32)	8 (32)	16 (32.0)		
ประกันสังคม	2 (8.0)	2 (8.0)	4 (8.0)		
จ่ายค่า รักษาพยาบาลเอง	6 (24)	8 (32)	14 (28.0)		

หมายเหตุ ^a=Chi-square test, ^b = Fisher's exact test, ^t = independent t-test

1.2 ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60 แต่ไม่มียาประจำมากที่สุดร้อยละ 84 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นมะเร็งลำไส้ส่วนเร็กตัม (rectum cancer) ร้อยละ 52 ระยะของโรคพบมากที่สุดคือระยะที่ 4 ร้อยละ 38

สำหรับประวัติการระคายเคืองในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 78 และเคยดื่มสุรา แต่เลิกดื่มแล้วมากที่สุดร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ใส่ฟันปลอมร้อยละ 84 และทุกคนไม่มีปัญหาในช่องปากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

จากการเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและประวัติการระคายเคืองในช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.2



ตารางที่ 4.2

จำนวน ร้อยละและลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	Statistic test	p-value
	(n=25)	(n=25)	(n=50)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	12(48.0)	8 (32.0)	20 (40.0)	1.333 ^a	0.248
มี	13 (52.0)	17 (68.0)	30 (60.0)		
โรคประจำตัว					
HT	8 (32)	11 (44)	19 (38)	-	-
HT, DLP, Gout	0 (0)	1 (4)	1 (2)		
HT,DLP	1 (4)	2 (8)	3 (2)		
DLP	2 (8)	1 (4)	3 (6)		
Gout	2 (8)	0 (0)	2 (4)		
BPH	0 (0)	1 (4)	1 (2)		
Asthma	1 (4)	0 (0)	1 (2)		
ประวัติยาประจำ					
ไม่มี	18 (72.0)	24 (96.0)	42 (84.0)	3.720 ^b	0.49
มี	7 (28.0)	1 (4.0)	8 (16.0)		
การวินิจฉัยโรค					
colon	5 (20.0)	6 (24.0)	11 (22.0)	4.221 ^b	0.808
rectum	14 (56.0)	12 (28.0)	26 (52.0)		
Rectosigmoid	3 (12.0)	4 (16.0)	14 (14.0)		
CCA	0 (0.0)	2 (8.0)	4 (4.0)		
Ampullary	1 (4.0)	0 (0.0)	1 (2.0)		
Pancreas	1 (4.0)	1 (4.0)	2 (4.0)		
Stomach	1 (4.0)	0 (0.0)	1 (2.0)		

หมายเหตุ ^a=Chi-square test, ^b = Fisher's exact test

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละและลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	Statistic test	p-value
	(n=25)	(n=25)	(n=50)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะของโรค					
ระยะที่ 2	12 (48.0)	5 (20.0)	17 (34.0)	4.484 ^a	0.106
ระยะที่ 3	6 (24.0)	8 (32.0)	14 (28.0)		
ระยะที่ 4	7 (28.0)	12 (48.0)	19 (38.0)		
สูบบุหรี่					
ไม่สูบ	19 (76.0)	20 (80.0)	39 (78.0)		
สูบ	2 (8.0)	2 (8.0)	4 (8.0)	0.347 ^b	1.000
เคยสูบแต่เลิกสูบ	4 (16.0)	3 (12.0)	7 (17.0)		
ดื่มสุรา					
ไม่ดื่ม	9 (36.0)	8 (32.0)	17 (34.0)		
ดื่ม	2 (8.0)	6 (24.0)	8 (16.0)	2.337 ^b	0.361
เคยดื่ม แต่เลิกดื่ม	14 (56.0)	11(44.0)	25 (50.0)		
ฟันปลอม					
มี	21 (84.0)	21 (84.0)	42 (84.0)		
ไม่มี	4 (16.0)	4 (16.0)	8 (16.0)	0.000 ^b	1.000
สภาพช่องปาก					
ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด					
ไม่มีแผล					
ไม่มีแผล	25 (100)	25 (100)	50 (100)	-	-
เชื้อ					
ไม่มีฟันผุ					

หมายเหตุ ^a=Chi-square test, ^b = Fisher's exact test

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในด้านการประเมินและจัดบันทึกในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วม
โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม(n=25)		กลุ่มทดลอง(n=25)		Statistic test	p-value
	$\bar{X} \pm SD$	Mean rank (Sum of rank)	$\bar{X} \pm SD$	Mean rank (Sum of rank)		
ผลโดยรวม	56.92±9.22	-	56.6±9.76	-	0.119 ^t	0.453
ด้านการประเมิน และจัดบันทึก	1.22±0.36	28.90 (722.50)	1.04±0.20	22.10 (552.50)	2.466 ^m	0.007*
ด้านการเลือกใช้ แปรงสีฟันและยา สีฟันที่เหมาะสม	3.13±0.60	26.72 (668.00)	2.99±0.32	24.28 (607.00)	0.607 ^m	0.381
ด้านการดูแล สุขภาพช่องปาก	2.30±0.57	24.88 (622.00)	2.35±0.61	26.12 (653.00)	0.302 ^m	0.431
ด้านการ รับประทานอาหารและ เครื่องดื่ม	2.83±0.60	-	2.80±0.62	-	0.174 ^t	0.862

หมายเหตุ ^m = Mann-Whitney U test, ^t = independent t-test, *p<.05

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในด้านการประเมินและจัดบันทึก ด้านการดูแลสุขภาพในช่องปาก และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.4



ตารางที่ 4.4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม(n=25)		กลุ่มทดลอง(n=25)		Statis tic test	p- value
	$\bar{X} \pm SD$	Mean rank (Sum of rank)	$\bar{X} \pm SD$	Mean rank (Sum of rank)		
ผลโดยรวม	64.04±9.29	15.66 (391.55)	73.44±3.32	35.34 (883.50)	4.784 ^m	0.000**
ด้านการ ประเมินและจด บันทึก	2.50±1.06	21.00 (525.00)	3.24±1.00	30.00 (750.00)	2.291 ^m	0.011*
ด้านการเลือกใช้ แปรงสีฟันและ ยาสีฟันที่ เหมาะสม	3.24±0.93	23.96 (559.00)	3.52±0.64	27.04 (676.00)	0.777 ^m	0.219
ด้านการดูแล สุขภาพช่องปาก	2.74±0.50	-	3.05±0.29	-	-2.712 ^t	0.005*
ด้านการ รับประทานอาหารและ เครื่องดื่ม	2.74±0.63	-	3.27±0.42	-	-3.476 ^t	0.001*

หมายเหตุ ^m = Mann-Whitney U test, ^t = independent t-test, *p<.05, **p<.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากจากระดับปานกลางเป็นระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการประเมินและจดบันทึก และด้านการดูแลสุขภาพในช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5

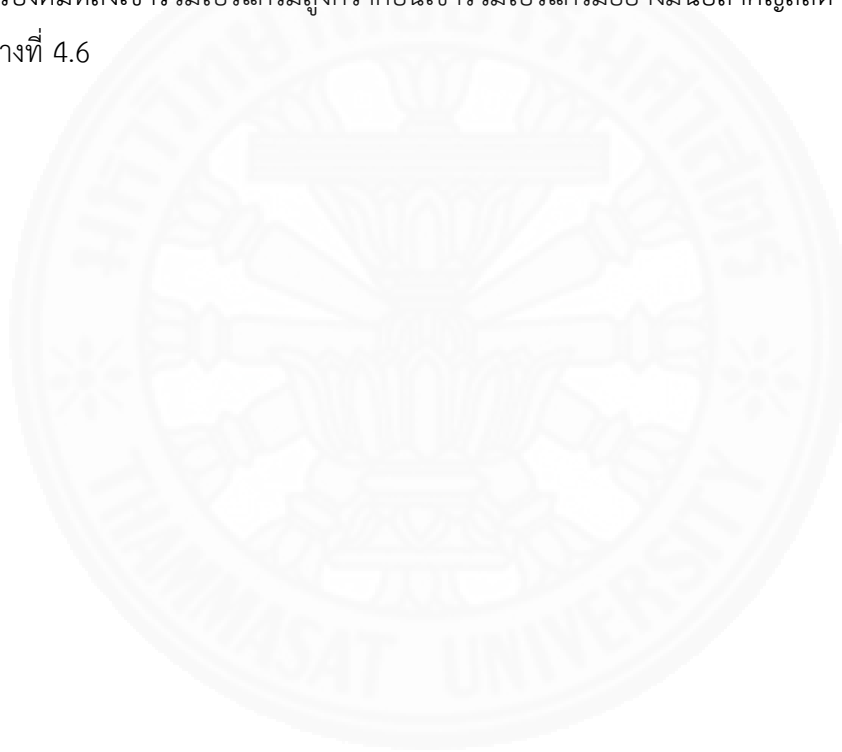
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม(n=25)		Statistic test	p-value
	$\bar{X} \pm SD$	Mean rank (Sum of rank)		
ผลโดยรวม				
ก่อนเข้าโปรแกรม	56.92±9.22	-	3.339 ^w	0.001*
หลังเข้าโปรแกรม	64.04±9.29	15.66 (391.50)		
ด้านการประเมินและจดบันทึก				
ก่อนเข้าโปรแกรม	1.22±0.36	1.50 (3.00)	3.831 ^w	0.000**
หลังเข้าโปรแกรม	2.50±1.06	11.50 (207.00)		
ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟัน และยาสีฟันที่เหมาะสม				
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.13±0.60	8.60 (43.00)	0.969 ^w	0.166
หลังเข้าโปรแกรม	3.29±0.93	7.70 (77.00)		
ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก				
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.30±0.57	-	-4.675 ^t	0.000**
หลังเข้าโปรแกรม	2.74±0.50	-		
ด้านการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่ม				
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.83±0.60	-	0.574 ^t	0.286
หลังเข้าโปรแกรม	2.74±0.63	-		

หมายเหตุ ^w = Wilcoxon Signed Ranks, ^t = paired t-test, *p<.05, **p<.001

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากจากระดับปานกลางเป็นระดับระดับดี เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการประเมินและจดบันทึก ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมด้านการดูแลสุขภาพในช่องปาก และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.6



ตารางที่ 4.6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=25)		Statistic test	p-value
	$\bar{X} \pm SD$	Mean rank (Sum of rank)		
ผลโดยรวม				
ก่อนเข้าโปรแกรม	56.60±9.76	-	-4.288 ^w	0.000**
หลังเข้าโปรแกรม	73.44±3.32	35.34 (883.50)		
ด้านการประเมินและจดบันทึก				
ก่อนเข้าโปรแกรม	1.04±0.20	0.00 (0.00)	-4.398 ^w	0.000**
หลังเข้าโปรแกรม	3.24±1.00	12.50 (300.00)		
ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม				
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.99±0.32	11.75 (23.50)	-3.357 ^w	0.001*
หลังเข้าโปรแกรม	3.52±0.64	11.48 (229.50)		
ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก				
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.35±0.61	9.00 (18.00)	-3.889 ^w	0.000**
หลังเข้าโปรแกรม	3.05±0.29	13.35 (307.00)		
ด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม				
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.80±0.62	-	-2.857 ^t	0.005*
หลังเข้าโปรแกรม	3.27±0.42	-		

หมายเหตุ ^w = Wilcoxon Signed Ranks, ^t = paired t-test, *p<.05, **p<.001

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X} \pm SD$	Mean Rank (Sum of rank)	p-value ¹
ก่อนการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	0.00±0.000	0.00 (0.00)	0.180
กลุ่มทดลอง	0.00±0.000	0.00 (0.00)	
หลังการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	0.550±8.052	33.94 (848.50)	0.000**
กลุ่มทดลอง	0.002±0.010	17.06 (426.50)	

หมายเหตุ¹ Mann-Whitney U test, ** $p < .001$

4.2 การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาลำดับ คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม และผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง ตามสมมติฐานของการวิจัยดังต่อไปนี้

4.2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดทั้งหมดจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุม 25 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่รับยาเคมีบำบัดสูตรยาไฟล์-ฟลูออโรยูราซิลร่วมกับลิโวควาวิน ซึ่งยาดังกล่าวเป็นยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สอดคล้องกับการรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบในเพศชายมากกว่าผู้หญิง (อัตราส่วน 3:2) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) และมีอายุเฉลี่ย 53.96 ปี ตรงกับการศึกษาของวันทนี ดวงแก้ว (2554) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 52.25 ปี อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกมักไม่ค่อยมีอาการจึงมักพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป (ภัทรพิม สรรพวีระวงศ์, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานสถิติโรคมะเร็งปี 2558 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอายุระหว่าง 30-70 ปี (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70 จบระดับการศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 40 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 32 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อครัวเรือนมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และใช้สิทธิ์การรักษาเป็นสิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ (30 บาท) และเบิกต้นสังกัดเท่ากัน

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 46 ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 38 แต่ส่วนใหญ่ไม่มียาประจำร้อยละ 84 ด้านระยะของโรคในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบระยะที่ 4 ร้อยละ 38 ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดสูตรไฟล์-ฟลูออโรยูราซิลร่วมกับลิโวควาวินนั้น จะมีระยะของโรคตั้งแต่ระยะที่ 2 เป็นต้นไป (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) สอดคล้องกับการรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง พบผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 4 มากที่สุด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 78 และเคยดื่มสุรา แต่เลิกดื่มแล้วร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทุกคนไม่มีปัญหาสภาพช่องปากก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งนี้จากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดในวันแรกที่มาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาล และส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันต-

แพทย์เพื่อตรวจและแก้ปัญหาช่องปากก่อนให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภรณ์ ผ่องนพคุณและคณะ (2556) ศึกษาเกี่ยวแนวทางการดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับรุนแรงใน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในช่วงระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา แนะนำให้ ผู้ป่วยมะเร็งก่อนรับยาเคมีบำบัดต้องได้รับการตรวจช่องปากและแก้ปัญหาช่องปากโดยทันตแพทย์ เพื่อลด อุบัติการณ์เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (ภรณ์ ผ่องนพคุณ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีฟัน ปลอมร้อยละ 84 ซึ่งอาจทำให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก และเป็นปัจจัยส่งเสริมที่จะทำให้อาการ เยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงมากขึ้น

4.2.2 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลช่องปากหลังเข้า ร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และจากสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมดูแลช่องปากในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมดูแลช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรายด้านแล้วพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในด้านการ เลือกลงใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) อาจเนื่องจากในวัน แรกของรับยาเคมีบำบัดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองจะได้รับข้อมูลและสมุดคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัดจากพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการพยาบาลตามปกติ ในส่วนเนื้อหา เรื่องอาการเจ็บปากเจ็บคอ การเน้นย้ำการเลือกลงใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่มและยาสีฟันที่ไม่มีส่วนผสม ระคายเคืองช่องปาก ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลโดยการอธิบาย แต่ไม่มีการฝึกทักษะการดูแลช่องปากให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรายด้านแล้วพบว่า กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมด้านการประหมื่นและจัดบันทึกสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งตรงกับการศึกษาของกิงกาญจน์ ดังคโสภาส (2558) พบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมด้านการประหมื่นและจัดบันทึกอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในวันแรกที่ผู้ป่วยมาเพื่อ วางแผนการรักษาจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเพื่อส่งไปพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจและแก้ไขปัญหาในช่อง ปากก่อนการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการประหมื่นและจัดบันทึกได้

ผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่อง ปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการ

จัดการด้วยตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการประหม่นและจดบันทึก ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมด้านการดูแลสุขภาพในช่องปาก และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันทกานต์ ราชวงศ์และคณะ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลช่องปากดีขึ้นและส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของหนูไกร เพื่อนพิมาย และคณะ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ โดยให้ความรู้การดูแลช่องปากด้วยตนเอง ผลการศึกษา พบว่าการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมถึงการศึกษาของอังคณา เจริญจิระพรและคณะ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ ได้รับยาเคมีบำบัด โดยให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ผลการศึกษา พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ คือได้รับการให้ข้อมูลและสมุดคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะและหลังรับยาเคมีบำบัด เนื้อหาประกอบด้วยอาการข้างเคียงที่พบเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดรวมถึงอาการเจ็บปาก เจ็บคอด้วย และจากการที่ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากตนเองและจดบันทึก จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลช่องปากด้านดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ชูวงศ์(2554) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในกลุ่มทดลองนั้น อาจเนื่องมาจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองประกอบด้วยเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะเยื่อช่อง

ปากอักเสบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจ พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายร่วมกันในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบโดยกำหนดให้กรณีที่ยังไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ สามารถลดพฤติกรรมดูแลช่องปากบางอย่างได้ เช่น ไม่สามารถแปรงฟันได้ครบ 5 ครั้งต่อวัน สามารถใช้ไหมขัดฟันและ/หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือแทน แต่กรณีที่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบแล้วต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างเคร่งครัด หลังจากนั้นมอบแบบบันทึกอาการในช่องปาก แบบบันทึกการติดตามและสมุดคู่มือช่วยให้กลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้ช่วยบันทึกการดูแลช่องปาก ปริมาณการดื่มน้ำ รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง โดยลงในบันทึกการติดตามพฤติกรรมตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ เข้าใจ และสังเกตพฤติกรรมตนเองว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม เพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความร่วมมือตามแผนการรักษา และเกิดกำลังใจที่จะปฏิบัติตามเป้าหมายที่ต้องการและขั้นตอนสุดท้ายการเสริมแรงตนเองโดยผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นเตือนวันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัด เพื่อสอบถามการปฏิบัติตัว พฤติกรรม และกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) ทุกวันหรือส่งข้อความในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มีไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) วันละ 2 รอบ ในช่วงเช้า (07.00-08.00 น.) และช่วงเย็น (17.00-18.00 น.) รวมถึงให้กลุ่มตัวอย่างชมเชยตนเองในกรณีที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยการกล่าวว่า “วันนี้ดีจังเลยทำได้ตามเป้าหมาย” หรือ “เยี่ยมมาก ทุกๆวันต้องทำให้ได้แบบนี้” ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ปรับกลวิธีให้เหมาะสมหรือเป็นไปได้ ทั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในตนเองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อซึ่งกิจกรรมทั้งหมดสามารถช่วยเพิ่มค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองในกลุ่มทดลองให้สูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบผู้ป่วยนอก พบว่าหลังการให้โปรแกรมการจัดการด้วยตนเองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง (วัฒนา ดิงชุกุล บัวแก้ว, 2555; ลาวัลย์ รุ่งเรืองกิจ, 2555;) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลช่องปากดีขึ้นจากระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากระดับปานกลางเป็นระดับดี และผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก็มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลช่องปากดีขึ้น แต่ระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากไม่เปลี่ยนแปลง คือ อยู่ในระดับปานกลาง

จากสมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยของอาการเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เมื่อพิจารณาแล้วสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บาย (Kanfer, & Gaelick-Buys, 1986) มาใช้เป็นกรอบ

แนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการจัดการด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องและช่วยให้เกิดพฤติกรรมการดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากลง รวมถึงการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะ และใช้กลวิธีการกำกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันวิธีโมดิไฟด์ เบส (modified bass method) เนื่องจากช่วยให้เยื่อช่องปากและริมฝีปากสะอาด ชุ่มชื้น ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ขจัดเศษอาหาร และคราบแบคทีเรียบนผิวฟัน โดยไม่ทำลายเหงือก ป้องกันกลิ่นปาก (Cawley, & Benson, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดและระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้ (สุภิญญา โระอิน, 2553; วราภรณ์ วิชาสงศ์, 2549; สุภิญญา แสนศรีจันทร์, 2550; Sieracki et al., 2009) และการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือด้วยวิธีบอลลูนและซัคคิง ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดจุลินทรีย์ในช่องปาก เนื่องจากการบ้วนปากจะช่วยขจัดเศษอาหาร ลดการระคายเคืองจากการทำลายเซลล์เยื่อช่องปาก และเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ช่องปาก (Bowen, 2003; Harris et al., 2008) การดูแลเฉพาะที่ด้วยความเย็น ทั้งนี้เนื่องจากความเย็นจะทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงเฉพาะที่ลดลง ทำให้ลดปริมาณยาเคมีบำบัดบริเวณเยื่อช่องปากลง ส่งผลให้สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลง โดยการอมน้ำแข็งก่อนรับยาเคมีบำบัด 5 นาที และอมต่อเนื่องนานจนครบ 30 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ ทานตะวัน เนตรทอง (2543) พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดและความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้ ทั้งนี้การอมน้ำแข็งใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยมะเร็งที่รับประทานไฟล์-ฟลูออโรราซิล (5-Fluorouracil) ซินติดีดและเมลฟาเลน (melphalan) เนื่องจากมีครึ่งชีวิตสั้น (ทานตะวัน เนตรทอง, 2543; Heris et al., 2008; Keefe et al., 2007) และการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ จะช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก การลงในบันทึกการติดตาม การติดตามผลและการปฏิบัติเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสอบถามปัญหาข้อสงสัยของการจัดการตนเองเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลช่องปากเพิ่มขึ้นทั้งขณะที่อยู่ที่บ้านได้ถูกต้องและต่อเนื่อง และลดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดลง

ผลการศึกษาครั้งนี้ตรงกับการศึกษาของวันทกานต์ ราชวงศ์ และคณะ (2556) ซึ่งพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลช่องปากดีขึ้นและส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลดลง ตรงกับการศึกษาของหนูไกร เพื่อนพิมาย และคณะ (2559) พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองมีความรุนแรง ระยะเวลาที่เกิดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมถึงการศึกษาของอังคณา เจียมจิระพร และคณะ (2552) พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม และระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลช่องปากที่ดีจะช่วยลดอัตราการเกิด และระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้ (สุภิญญา โระอิน,

2553; วราภรณ์ วิภาสวงศ์, 2549; สุภิญญา แสนศรีจันทร์, 2550; Sieracki et al., 2009) และเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Keefe et al., 2007)

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลช่องปากสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) แม้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองจะเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบขึ้น แต่ก็พบว่าเกิดในระดับต่ำ ทำให้อธิบายได้ว่าโดยปกติภาวะเยื่อช่องปากจะเกิดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตตลอด ซึ่งเยื่อช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเป็นกระบวนการปกติที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่การที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลงได้



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือเป็นผู้ป่วยมะเร็งอายุ 18-65 ปีไม่มีแผลในช่องปาก ไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรฟลูออโรยูราซิลร่วมกับลิโวลินทางหลอดเลือดดำใน cycle 1 สามารถดูแลช่องปากได้ด้วยตนเอง และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มทั้งหมด 50 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คนและกลุ่มทดลอง 25 คนเท่าๆกันผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยดูข้อมูลจากระบบการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อมาปรึกษาการรักษา ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยนำกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาจับคู่กัน (pair matching) เพื่อให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันทั้งในเรื่องอายุและสภาพช่องปากก่อนการทดลอง จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากให้คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม คนที่สองเข้ากลุ่มทดลอง หลังจากนั้นสลับเข้ากลุ่มจนได้กลุ่มตัวอย่างละ 25 รายเท่าๆกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง คู่มือการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง แผนการสอนเรื่องการจัดการด้วยตนเอง และแบบบันทึกการติดตามตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยให้ความรู้ สอน สาธิต และฝึกทักษะ รวมไปถึงร่วมกำหนดเป้าหมาย และกระตุ้นเตือนผ่านทางไลน์ แอปพลิเคชันหรือทางข้อความในกรณีในกลุ่มตัวอย่างไม่มีไลน์ แอปพลิเคชัน สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากที่มีการศึกษาแล้ว พบว่ามีคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงและในการศึกษานี้ผู้ได้สร้างแบบบันทึกอาการในช่องปาก โดยรายงานตำแหน่งแผลและอาการบวมแดงที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านตรวจ หลังจากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้เท่ากับ .93,

.95, 1.0 และ .90 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .80 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) หลังจากปรับแก้เนื้อหาของแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกอาการในช่องปาก และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99 และ .99 ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .70 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนดเข้ากลุ่มแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง คือวันแรกที่มากำหนดแผนการรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะเยื่อช่องปากจากผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และมอบอุปกรณ์สำหรับการดูแลช่องปากรวมไปถึงมอบสมุดคู่มือ “การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองเพื่อป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด” เพื่อใช้ในการอ่านทบทวนความรู้ ครั้งที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยตรวจประเมินภาวะเยื่อช่องปากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการกำกับตนเอง ประกอบด้วยประกอบด้วย 1) ติดตามพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการดูแลช่องปาก ปริมาณการดื่มน้ำ รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงอาหารหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ลงในบันทึกการติดตาม 2) การประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองโดยใช้ข้อมูลจากบันทึกการติดตามเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ว่าสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และ 3) การเสริมแรงตนเอง โดยการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนวันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัดและกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) ทุกวันหรือส่งข้อความในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มีไลน์ แอปพลิเคชัน (line application) วันละ 2 รอบ ในช่วงเช้า (07.00-08.00 น.) และช่วงเย็น (17.00-18.00 น.) ให้กลุ่มตัวอย่างชมเชยตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ปรับวิธีให้เหมาะสมหรือเป็นไปได้ พร้อมทั้งสาธิตและฝึกทักษะการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบผ่านสื่อการสอน (power point) และอุปกรณ์จำลอง ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมเอกสารและยุติความสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองเหมือนกลุ่มทดลองแล้วยุติความสัมพันธ์

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for window version 15 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้รวมของ

ครอบครัวต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการระคายเคืองช่องปากและสภาพช่องปากก่อนเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive analysis) โดยการคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) พิสัย (range) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ใช้สถิติที (independent t-test) ในการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เกี่ยวข้องกับอายุ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้านการดูแลช่องปากและด้านการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) ในการเปรียบเทียบข้อมูลอื่นใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann Whitney U test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้านการประเมินและจดบันทึก และด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม และในเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง นอกจากนี้ได้ใช้สถิติวิลคอกสัน (Wilcoxon signed ranks test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และในเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้านการประเมินและจดบันทึก ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้านการดูแลช่องปากปากของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง รวมถึงใช้สถิติที (paired t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.2 ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร โดยทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องเพศ อายุ โรคประจำตัว และระยะของโรคลงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 53.96 ปี (S.D.=5.10) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70 ได้รับการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 32 โดยมีรายได้ต่อครัวเรือนมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดร้อยละ 46 การใช้สิทธิ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน พบว่าใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ (30 บาท) และเบิกต้นสังกัดเท่ากัน และลักษณะทางคลินิกส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38 แต่ไม่มียาประจำมากที่สุดร้อยละ 84 การวินิจฉัยโรคลงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งลำไส้ส่วนเร็คตัม (rectum cancer) ร้อยละ 52 ระยะของโรคพบมากที่สุดคือระยะที่ 4 ร้อยละ 38 สำหรับประวัติการระคายเคืองในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 78 และเคยดื่มสุรา แต่เล็ก

ดื่มแล้วมากที่สุดร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ใส่ฟันปลอมร้อยละ 84 และทุกคนไม่มีปัญหาในช่องปากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในด้านการประเมินและจัดบันทึกในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในด้านการประเมินและจัดบันทึก ด้านการดูแลสุขภาพในช่องปาก และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากปานกลางเป็นระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการประเมินและจัดบันทึก และด้านการดูแลสุขภาพในช่องปากหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องปากในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการประเมินและจัดบันทึกด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมด้านการดูแลสุขภาพในช่องปาก และด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$)

6. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองมีผลทำให้พฤติกรรมดูแลช่องปากสูงขึ้น และภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดลดลง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1) หน่วยเคมีบำบัดที่ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก สามารถนำข้อมูลในขั้นตอนระยะเตรียมความพร้อมก่อนการได้รับยาเคมีบำบัดจากการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ การจัดการตนเองในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้ และมีทักษะ เกิดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดีขึ้นและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบลง

2) หน่วยเคมีบำบัดสามารถนำรูปแบบการประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากไปประเมินผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อวางแผนการดูแลหรือส่งเสริมการดูแลช่องปากให้กับผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยนอก

3) พยาบาลที่บริหารยาเคมีบำบัดสามารถนำขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมดูแลช่องปากให้ครอบคลุมตลอดระยะเวลาที่ให้ยาเคมีบำบัด คือ 6 รอบของการให้ยาหรือประมาณ 6 เดือน ดังนั้นควรศึกษาไปจนครบการรับยาเคมีบำบัดคือ 6 รอบของการให้ยา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ในการคงอยู่ของพฤติกรรมดูแลช่องปาก

2. ควรศึกษาเกี่ยวน้ำยาบ้วนปากที่มีฤทธิ์การส่งเสริมการหายของแผลในช่องปากหรือลดการเกิดแผลในช่องปาก เช่น สมุนไพรร (ว่านหางจระเข้) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แต่ไม่เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มเติม

5.4 ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรไฟล์-ฟลูออโรยูราซิล เฉพาะที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ดังนั้นจึงไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรอื่นทั้งหมดได้



รายการอ้างอิง

- กึ่งกาญจนา ตั้งศุภมาส. (2558). ผลของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบโดยใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรังสิต, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- จิราภรณ์ ชูวงศ์. (2554). ผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 41-50.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์. 2547. เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:
- ณัฐรุช แก้วสุทธา. (2558). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอนามัยช่องปากและสภาวะอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. (ปริญญาโทวิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สาขาพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.
- ทานตะวัน เนตรทอง. (2543). ผลของการอมน้ำแข็งต่อการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด. *รามาริบัติเวชสาร*, 6(3), 183-191.
- นรินทร์ วรภูฒิ. (2552). เคมีบำบัด โภชนบำบัดมะเร็ง. กรุงเทพฯ: บริษัท อัจฉาจำกัด, 23-27.
- นฤมล สีประโค. (2550). ความสัมพันธ์ของความรู้ ความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน การบริโภคอาหารเพื่ออนามัยช่องปากกับการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของนักเรียนมัธยมต้นโรงเรียนศรีวิชัยวิทยา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. (ปริญญาโทวิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, คณะสาธารณสุขชุมชน, สาขาวิทยาศาสตร์.
- นิตยา นิยมการ. (2554). ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองศูนย์เด็กเล็ก ตำบลพังราด อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. *วารสารสุขศึกษา*. 34(110), 38-48.
- เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์. (2547). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- บรรลือ เฉลยกิตติ. (2545). *ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปณิตา คุณสาระ. (2556). ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด. *วารสารทางการพยาบาลรามาริบัติ*. 19, 73-83.
- ประดับเพชร กล้าทางถูก. (2556). อุบัติการณ์ของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด สูตรที่มี 5-FU หยอดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ชั่วโมง. *Graduated Research Conference*, 724-733.

- ประพิมพ์พรรณ ตูวิชรานนท์. (2543). *ผลของเคมีบำบัดและการพยาบาลแบบผสมผสานต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์, จีราภา ตันนายนนท์, รัตนา พิธิพิบูลย์, และวิภา บุญกิตติเจริญ. (2541). Advanced radiation therapy. ในวรชัย รัตนธรร (บรรณาธิการ). *ตำราวิทยาโรคมะเร็ง 2*. (หน้า 110-124) กรุงเทพฯ : เอเชียร์บุ๊คพับลิชเชอร์.
- พวงเพชร เตชะปทุมวัน. (2527). *สารต้านพิษและสารลดคราบจุลินทรีย์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะทันตแพทยศาสตร์, สาขาวิชาเภสัชวิทยา.
- พัชราภรณ์ ทศนโกวิท. (2545). *ผลของการใช้น้ำเกลือออร์มัล สารละลายโซเดียมคาร์บอเนตและคลอร์เฮกซีดีน ต่อภาวะในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม.
- พิจิตรา เล็กดำรงกุล. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลข้อมูลที่ได้รับพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30, 64-73.
- พิชาณี แสนมโนวงศ์. (2549). *ประสิทธิผลของกรีเซอร์ลินพวยอในการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- พุดิพรรณ พัททวิพงศ์และคณะ. (2552). *การศึกษาประสิทธิผลของวุ้นทางจรเข้ต่อเยื่อช่องปากอักเสบขณะฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ:การศึกษาแบบสุ่มปกปิด*. สำนักกองทุนสนับสนุนงานวิจัย (สกว.), กรุงเทพมหานคร.
- ภรณ์ ผ่องนพคุณและคณะ. (2556). *แนวทางการดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับรุนแรงในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในช่วงระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา*. *วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย*, 19, 47-55.
- ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์. (2552). *ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา bevacizumab ร่วมกับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย*. กรุงเทพมหานคร: ฐานข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานภาครัฐด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.
- เมธินี คุปพิทยานันท์. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมทางจิตพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อปลูกฝังและพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพ เด็กนักเรียนประถมศึกษา*. รายงานความสมบูรณ์ การวิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย. สำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2547). *ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย-ไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน.

- ลาวัลย์ รุ่งเรืองกิจ. (2555). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรรณมา สิทธิปาน. (2558). ผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32(1), 68-82.
- วารภรณ์ วิภาสวงศ์. (2549). การประเมินโครงการการป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและหรือยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- วราฤทธิ์ สฤกษ์วานิช. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการแปรงฟันก่อนนอนของผู้สูงอายุในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง . (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก.
- วัฒนพล ดิ่งช้อยกุล บัวแก้ว. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน. วารสารสภากาการพยาบาล, 27 (1), 99-108.
- วันทกานต์ ราชวงศ์. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด. วารสารสภากาการพยาบาล , 28, 34-48.
- วันทนีย ดวงแก้ว. (2554). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 3, 1-15.
- วิชาญ หล่อวิทยา. (2544). *Principles of radiation oncology*. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตน์พงศ์, และ ธนวัฒน์ เทศะวิบูล (บรรณาธิการ). *Manual of radiation oncology* (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทย์ บุรณธรรม. (2550). *พจนานุกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 39. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.

- วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์. (2546). *ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ศิริพร เวชโช. (2556). *ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลเด็ก.
- ศิริลักษณ์ ปานน้อย. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร:สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร:สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2555). *การปฏิบัติการการพยาบาลขั้นสูง*. บุรณาการสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุดทอง.
- สมพร รูปช้าง. (2550). *ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สมรมาศ กันเงิน. (2553). *ประเด็นข้อถกเถียงของระบบ TNM สำหรับประเมิน ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. ปีที่28 ฉบับที่4 (225-235).
- ส่วนข้อมูลข่าวสาร คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2005). *การดูแลอนามัยช่องปาก*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา www.dent.cmu.ac.th/thai/perio/cai/Lesson2/Lesson2.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2558 เวลา 21.56น.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุกัญญา โรชนิน. (2553). *ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สุจิรา พุ่งเฟื่อง. (2550). *ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของ*

- ประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สุพัตรา สิงห์คำราม. (2537). ผลของการกลั้วคอด้วยน้ำอุ่นต่อการลด ความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลัง ถอดท่อหลอดลมคอ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาล ศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สุภิญญา แสสนศรีจันทร์. (2550). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ พยาบาล เพื่อบรรเทาการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมี บำบัด/รังสีรักษา ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. *Rama Nurse Journal*, 13(1), 27-39.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์วงศ์ จรรโลงศิลป์, ประไพ อริยประยูร และแมนมนา จิระจรัส. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สิ้น ทวีกิจ พรินต์ติ้ง.
- หนูไกร เพื่อนพิมาย. (2559). การดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบภายหลัง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*. 5(1), 88-101.
- อภิญา บริสุทธิ์กุล. (2556). ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(3), 98-110.
- อรนุช เรืองขจร. (2554). ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 11-21.
- อังคณา เจียมจิระพร. (2552). ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อพฤติกรรม การดูแล ช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการ พยาบาลเด็ก.
- อัญชลี ดุษฎีพรรณ. (2542). *ทันตกรรมเชิงดูแลตนเอง: ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะทันตแพทยศาสตร์, สาขาวิชาเภสัชวิทยา.
- อาคม ชัยวีระวัฒน์และคณะ. (2552). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่ และไส้ตรง*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

- อุดมพร รักเกล้า. (2558). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2(1), 52-64.
- อุบล จ้วงพานิช, สมจิตร ห่องบุตรศรี, รัชนิพร คนชุม. (2542). ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด: รายงานวิจัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์, คณะแพทยศาสตร์.
- อุบล จ้วงพานิช. 2554. *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- เอมอร สุวรรณพิวัฒน์. (2556). การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการอมกลีวปากด้วยน้ำมันมะพร้าวต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด: การศึกษานำร่อง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33, 41-52.
- เอื้อแข สุขประเสริฐ. (2551). ความก้าวหน้าในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*. 7(4), 1-6.
- American Cancer Society. (2012). *ALCC Cancer Staging manual*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Barasch, A., & Peterson, D. E. (2003). Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions. *Oral oncology*, 39(2), 91-100.
- Batholomew, L. K., Parcel, G. S., Swank, P. R., & Czyzewski, D. I., (1993). Measuring self-efficacy expectation for the self-management of cystic fibrosis. *Chest*, 103(5), 1542-1530.
- Beck, S. L., Schwartz, A. L., Towsley, G., Dudley, W., & Barsevick, A. (2004). Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 27(2), 140-148.
- Berger, A. M., & Eilers, J. (1998). Factors influencing oral cavity status during high-dose antineoplastic therapy: a secondary data analysis. *In Oncology nursing forum*, 25(9), 1623-1626.
- Berger, A. M., Clark-Snow, R. A., Kilroy, T. J., Walther, M. M., Stover, D. E., Kaner, R. J., ... & Vassilopoulou-Sellinn, R. V. (2001). Adverse effects of treatment. *Cancer Principles & Practice of Oncology*. 6th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 355-521.

- Bowen, D. M. (2003). Mechanical plaque control: Toothbrushes and toothbrushing. In L. D. Michele & M. W. Margaret (eds.), *Dental hygiene theory and practice* (2nd ed.,). St. Louis, MO: Saunders. 348-359
- Brown, C. G., & Wingard, J. (2004). Clinical consequences of oral mucositis. *In Seminars in oncology nursing*, 20(1), 16-21.
- Burke, M. B., Wilkes, G. M., Berg, D., Bean, C. K., & Ingwersen, K. (1993). Cancer chemotherapy: A nursing process approach. *Journal of national cancer institute*, 85(5), 408.
- cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93(8), 416.
- Cawley, M. M., & Benson, L. M. (2005). Current trends in managing oral mucositis. *Clinical journal of oncology nursing*, 9(5), 584-592.
- Cerchietti, L. C., Navigante, A. H., Lutteral, M. A., Castro, M. A., Kirchuk, R., Bonomi, M., ...&Uchima, P. (2006). Double-blinded, placebo-controlled trial on intravenous L-alanyl-L-glutamine in the incidence of oral mucositis following chemoradiotherapy in patients with head-and-neck cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 65(5), 1330-1337.
- Chen, C. F., Wang, R. H., Cheng, S. N., & Chang, Y. C. (2004). Assessment of chemotherapy-induced oral complications in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(1), 33-39.
- Cheng, K. K. F. (2007). Oral mucositis, dysfunction, and distress in patients undergoing cancer therapy. *Journal of clinical nursing*, 16(11), 2114-2121.
- Cheng, K. K. F., Lee, V., Li, C. H., Goggins, W., Thompson, D. R., Yuen, H. L., & Epstein, J. B. (2011). Incidence and risk factors of oral mucositis in paediatric and adolescent patients undergoing chemotherapy. *Oral oncology*, 47(3), 153-162.
- Cheng, K. K. F., Molassiotis, A., Chang, A. M., Wai, W. C., & Cheung, S. S. (2001). Evaluation of an oral care protocol intervention in the prevention of chemotherapy-induced oral mucositis in pediatric cancer patients. *European journal of cancer*, 37(16), 2056-2063.
- Cheng, K. K., & Chang, A. M. (2003). Palliation of oral mucositis symptoms in pediatric patients treated with cancer chemotherapy. *Cancer nursing*, 26(6), 476-484.

- Cheng, K. K., Chang, A. M., & Yuen, M. P. (2004). Prevention of oral mucositis in pediatric patients treated with chemotherapy: a randomized crossover trial comparing two protocols of oral care. *European Journal of Cancer*, 40(8), 1208-1216.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 98-101.
- Costa, E. M. M. D. B., Fernandes, M. Z., Quinderé, L. B., Souza, L. B. D., & Pinto, L. P. (2003). Evaluation of an oral preventive protocol in children with acute lymphoblastic leukemia. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 17(2), 147-150.
- Dai, Z., Xu, Y. C., & Niu, L. (2007). Obesity and colorectal cancer risk: a meta-analysis of cohort studies. *World Journal of Gastroenterology*, 13(31), 4199.
- Djuric, M., Cakic, S., Hadzi-Mihailovic, M., Petrovic, D., & Jankovic, L. (2010). Oral status in patients receiving 5-fluorouracil for colorectal cancer. *J BUON*, 15(3), 475-479.
- Dodd, M. J., Larson, P. J., Dibble, S. L., Miasowski, C., Greenspan, D., MacPhail, L., ... & Shiba, G. (1996). Randomized clinical trial of chlorhexidine versus placebo for prevention of oral mucositis in patients receiving chemotherapy. *In Oncology nursing forum*, 23(6), 921-927.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668-676.
- Dodd, M.J., Dibble, S.L., Miasowski, C. et al. (2000). Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat chemotherapy-induced mucositis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 90: 39-47.
- Dunne, M. (2008). 5-Minute Inservice-Mucositis Management. *Oncology; San Francisco*, 22(2), 20.

- Eilers, J. (2004). Nursing interventions and supportive care for the prevention and treatment of oral mucositis associated with cancer treatment. *In Oncology Nursing Forum*, 31(4), 13-23.
- Eilers, J., & Million, R. (2011). Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *In Seminars in oncology nursing*, 27(4), 1-16.
- Eilers, J., A. M., and Petersen, M. C. (1988). Development, test, and application of the oral assessment guide. *OncologyNursingForum*, 15(3): 325-330.
- Elting, L. S., Cooksley, C., Chambers, M., Cantor, S. B., Manzullo, E., & Rubenstein, E. B. (2003). The burdens of cancer therapy. *Cancer*, 98(7), 1531-1539.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191. Retrieved from http://download.springer.com/static/pdf/60/art%253A10.3758%252FBF03193146.pdf?auth66=1421426717_302dd2c3c97fbf91eacb5eafa27b43f7&ext=.pdf.
- Fowler, J. F., & Lindstrom, M. J. (1992). Loss of local control with prolongation in radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 23(2), 457-467.
- Fulton, J., & Treon, M. (2007). Oral mucositis. *Oncology nursing*, 505-523.
- Gori, E., Arpinati, M., Bonifazi, F., Errico, A., Mega, A., Alberani, F., ...& Berni, M. (2007). Cryotherapy in the prevention of oral mucositis in patients receiving low-dose methotrexate following myeloablative allogeneic stem cell transplantation: a prospective randomized study of the Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo nurses group. *Bone marrow transplantation*, 39(6), 347-352.
- Harris, D. J., Harriman, A., Cashavelly, B. J., & Cathy Maxwell, R. N. (2008). Putting Evidence Into Practice: Evidence-based interventions for the management of oral mucositis. *Clinical journal of oncology nursing*, 12(1), 141.

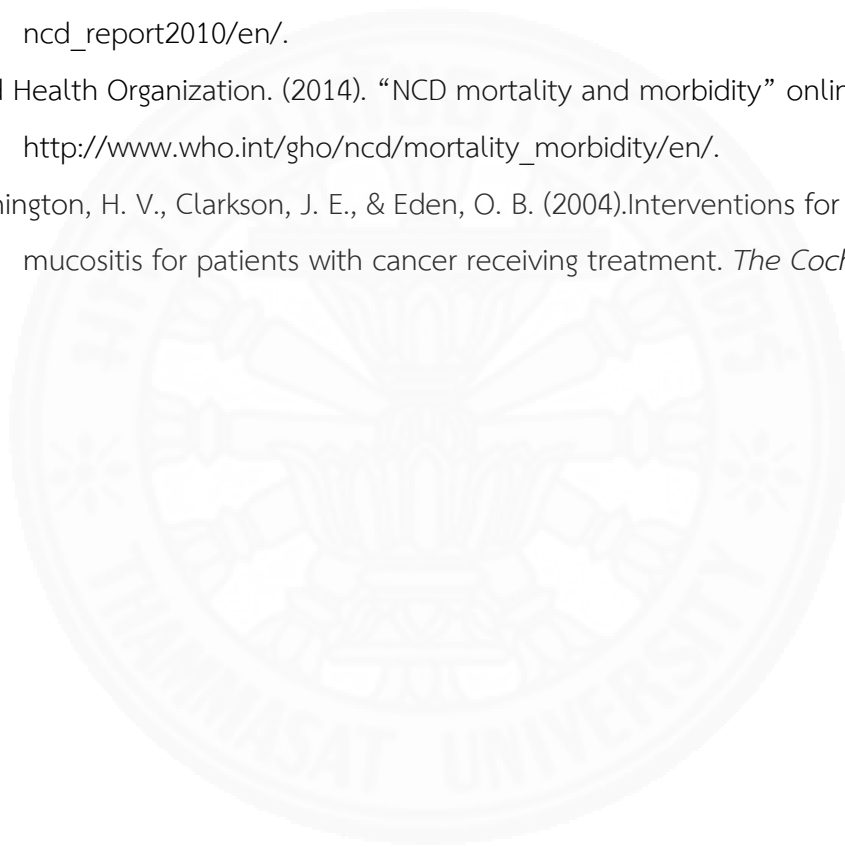
- Heneghan, C., Alonso-Coello, P., Garcia-Alamino, J. M., Perera, R., Meats, E., & Glasziou, P. (2006). Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 367(9508), 404-411.
- Hogan, R. (2009). Implementation of an oral care protocol and its effects on oral mucositis. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26(3), 125-135.
- Huang, E. Y., Leung, S. W., Wang, C. J., Chen, H. C., Sun, L. M., Fang, F. M., ... & Hsiung, C. Y. (2000). Oral glutamine to alleviate radiation-induced oral mucositis: a pilot randomized trial. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 46(3), 535-539.
- Jaroneski, L. A. (2006). The importance of assessment rating scales for chemotherapy-induced oral mucositis. *In Oncology nursing forum*. 33(6), 1085-92.
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1986). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping People Change: A Textbook of Methods* (3rd ed.) (283-345). New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F.H., & Gaelick, L. (1991). Self-mangement method. In F.H. Kanfer, & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. New York; Pergamon.
- Kangchai, W. (2002). Efficacy of Self-Management Promotion Program for Elderly Women with Urinary Incontinence. Doctoral Dissertation, Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Karagozoglu, S., & Filiz Ulusoy, M. (2005). Chemotherapy: the effect of oral cryotherapy on the development of mucositis. *Journal of clinical nursing*, 14(6), 754-765.
- Kearney, N., McCann, L., Norrie, J., Taylor, L., Gray, P., McGee-Lennon, M., ... & Maguire, R. (2009). Evaluation of a mobile phone-based, advanced symptom management system (ASyMS©) in the management of chemotherapy-related toxicity. *Supportive Care in Cancer*, 17(4), 437-444.
- Keefe, D. M., Schubert, M. M., Elting, L. S., Sonis, S. T., Epstein, J. B., Raber-Durlacher, J. E., ... & Peterson, D. E. (2007). Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer*, 109(5), 820-831.
- Kwong, K. K. F. (2004). Prevention and treatment of oropharyngeal mucositis following cancer therapy. *Cancer Nursing*, 27(3), 183-203.

- Langius, A., Bjorrell, H., and Lind, M. G. (1993). Oral and pharyngeal cancer patients' perceived symptom and health. *Cancer Nursing*, 16(3), 214-221.
- Liebert, B., Parle, M., Roberts, C., Redman, S., Carrick, S., Gallagher, J., ...& Trotter, J. (2003). National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Team. An evidence-based specialist breast nurse role in practice: a multicentre implementation study. *European Journal of Cancer Care*, 12(1), 91-7.
- Ligthart-Melis, G. C., van de Poll, M. C., Dejong, C. H., Boelens, P. G., Deutz, N. E., & van Leeuwen, P. A. (2007). The route of administration (enteral or parenteral) affects the conversion of isotopically labeled L-[2-15N] glutamine into citrulline and arginine in humans. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 31(5), 343-350.
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown Jr, B. W., Bandura, A., ...& Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical care*, 39(11), 1217-23.
- Madeya, M, L. (1996). Oral complications from cancer therapy: part 1- pathophysiology and secondary complications. *Oncology Nursing Forum*, 23(5), 801-807.
- McGuire, D. B., Altomonte, V., Peterson, D. E., Wingard, J. R., Jones, R. J., & Grochow, L. B. (1992). Patterns of mucositis and pain in patients receiving preparative chemotherapy and bone marrow transplantation. *In Oncology nursing forum*, 20(10), 1493-502.
- McGuire, D. B., Yeager, K. A., Dudley, W. N., Peterson, D. E., Owen, D. C., Lin, L. S., & Wingard, J. R. (1998). Acute oral pain and mucositis in bone marrow transplant and leukemia patients: data from a pilot study. *Cancer nursing*, 21(6), 385-393.
- Napenas, J. J., Brennan, M. T., Bahrani-Mougeot, F. K., Fox, P. C., & Lockhart, P. B. (2007). Relationship between mucositis and changes in oral microflora during cancer chemotherapy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 103(1), 48-59.
- National Cancer Institute (NCI). 2015. "Types of Treatment" online available at: <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>.

- Nikoletti, S., Hyde, S., Shaw, T., Myers, H., & Kristjanson, L. J. (2005). Comparison of plain ice and flavoured ice for preventing oral mucositis associated with the use of 5 fluorouracil. *Journal of clinical nursing*, 14(6), 750-753.
- Ohbayashi, Y., Imataki, O., Ohnishi, H., Iwasaki, A., Ogawa, T., Inagaki, N., . . . & Miyake, M. (2008). Multivariate analysis of factors influencing oral mucositis in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Annals of hematology*, 87(10), 837-845.
- Papadeas, E., Naxakis, S., Riga, M., & Kalofonos, C. (2007). Prevention of 5-fluorouracil-related stomatitis by oral cryotherapy: a randomized controlled study. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 60-65.
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2006). The content Validity Index : Are You sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(0), 489-497. DOI no.: 10.1002/nur.20147
- Savarese, D. M., Savy, G., Vahdat, L., Wischmeyer, P. E., & Corey, B. (2003). Prevention of chemotherapy and radiation toxicity with glutamine. *Cancer treatment reviews*, 29(6), 501-513.
- Scully, C., Sonis, S., & Diz, P. D. (2006). Oral mucositis. *Oral diseases*, 12(3), 229-241.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2016). Cancer statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(1), 7-30.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2012). Cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(1), 10-29.
- Sieracki, R. L., Voelz, L. M., Johannik, T. M., Kopaczewski, D. M., & Kelly Hubert, R. N. (2009). Development and implementation of an oral care protocol for patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 13(6), 718.
- Snyder, D. C., Morey, M. C., Sloane, R., Stull, V., Cohen, H. J., Peterson, B., . . . & Demark-Wahnefried, W. (2009). Reach out to ENhance Wellness in Older Cancer Survivors (RENEW): design, methods and recruitment challenges of a home-based exercise and diet intervention to improve physical function among long-term survivors of breast, prostate, and colorectal cancer. *Psycho-Oncology*, 18(4), 429-439.

- Sonis, S. T. (2009). Mucositis: the impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral oncology*, 45(12), 1015-1020.
- Sonis, S. T., Eilers, J. P., Epstein, J. B., LeVeque, F. G., Liggett, W. H., Mulagha, M. T., ... & Wittes, J. P. (1999). Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy. *Cancer*, 85(10), 2103-2113.
- Sonis, S. T., Elting, L. S., Keefe, D., Peterson, D. E., Schubert, M., Hauer-Jensen, M., . . . & Rubenstein, E. B. (2004). Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury. *Cancer*, 100(S9), 1995-2025.
- Stokman, M. A., Spijkervet, F. K. L., Boezen, H. M., Schouten, J. P., Roodenburg, J. L. N., & De Vries, E. G. E. (2006). Preventive intervention possibilities in radiotherapy-and chemotherapy-induced oral mucositis: results of meta-analyses. *Journal of dental research*, 85(8), 690-700.
- Svanberg A., Ohrn K., &BrigegardG.. (2010). Oral cryotherapy reduces mucositis and improves nutrition a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 19, 2146-2150.
- Syrjala, K. L., Langer, S. L., Abrams, J. R., Storer, B., Sanders, J. E., Flowers, M. E., & Martin, P. J. (2004). Recovery and long-term function after hematopoietic cell transplantation for leukemia or lymphoma. *Jama*, 291(19), 2335-2343.
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A. Holroyd & T. L. Creer. (Eds.), *Self-Management of Chronic Disease: Handbook of Clinical Intervention and Research*. New York: Academic Prees, 29-55.
- ViVar, C. G., & McQueen, A. (2005). Information and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advance Nursing*. 51(5): 520-528.
- Vokurka, S., Bystrická, E., Koza, V., Scudlová, J., Pavlicová, V., Valentová, D., ...& Misaniová, L. (2006). Higher incidence of chemotherapy induced oral mucositis in females: a supplement of multivariate analysis to a randomized multicentre study. *Supportive care in cancer*, 14(9), 974-976.

- Wallace, K. G., Koepfel, K., Senko, A., Stawiaz, K., Thomas, C., & Kosar, K. (1997). Effect of attitudes and subjective norms on intention to provide oral care to patients receiving antineoplastic chemotherapy. *Cancer nursing*, 20(1), 34-41.
- World Health Organization. (1979). *Handbook for reporting results of cancer treatment of cancer treatment*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/.
- World Health Organization. (2014). "NCD mortality and morbidity" online available at: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/.
- Worthington, H. V., Clarkson, J. E., & Eden, O. B. (2004). Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *The Cochrane Library*.





ภาคผนวก ก
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
แพทย์หญิงจอมธนา ศิริไพบูลย์	อายุรแพทย์มะเร็งทั่วไป โรงพยาบาลจุฬารัตน์
แพทย์หญิงหทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล	อายุรแพทย์มะเร็งทั่วไป โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
อาจารย์ ดร.วนลดา ทองใบ	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางสาวกรรณิการ์ ศุภชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (APN) โรงพยาบาลจุฬารัตน์
นางสาวณัฐชานันท์ เศรษฐสุภรณ์	หัวหน้าหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสั้น

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองการวิจัย

1. ใบรับรองโครงการวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
2. ใบรับรองโครงการวิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจุฬารณีสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์
3. หนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือวิจัยของโรงพยาบาลจุฬารณีสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์
4. หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากและแบบประเมินภาวะเยื่อช่องปากอีกเสบ
5. ประกาศนียบัตรรับรองการผ่านการอบรม “การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน”



AF 01_12



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 241/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 017/2560
ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและ
ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
: THE EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT PROMOTION PROGRAM
ON THE ORAL CARE BEHAVIOR AND ORAL MUCOSITIS AMONG
CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY.
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกาญจนา สาใจ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา
โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP)
อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม.....
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 21 มีนาคม 2560

วันหมดอายุ : 20 มีนาคม 2561

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 21 กันยายน 2560

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น



ใบอนุมัติโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ชื่อโครงการ (ไทย)	ผลของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
(English)	THE EFFECTS OF A SELF – MANAGEMENT PROMOTION PROGRAM ON THE ORAL CARE BEHAVIOR AND ORAL MUCOSITIS AMONG CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY
รหัสโครงการวิจัย	001/2560
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวกาญจนา साใจ
สังกัด	โรงพยาบาลจุฬาภรณ์
การรับรอง	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ได้พิจารณาและมีมติอนุมัติให้กับโครงการวิจัยนี้
วันที่อนุมัติ	24 มีนาคม 2560
ระยะเวลาที่อนุมัติ	6 เดือน
วันที่หมดอายุ	24 กันยายน 2560

(ลงนาม) _____

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ที่ ศธ 0512.11/ 0319



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศิศพราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๗ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ ศธ 0516.25/ศ.10
ลงวันที่ 11 มกราคม 2560 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาวกาญจนา สาใจ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความสนใจในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด” มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการเยื่อช่องปาก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก” ของ นางสาวเนตรสุวิณ เจริญจิตสวัสดิ์ นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้งานผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130

ที่ ศร. ๐๕๑๖.๒๕ /ศ. ๖๖๕



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

ฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
เลขที่ ๐๐๖๑/๒๕๖๐
วันที่ 2 พ.ค. 2560
เวลา ๗.๐๐ น. ผู้รับ อ.วิภาดา

๒๖ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์

- สิ่งที่แนบมาด้วย
๑. โครงการวิจัยฉบับย่อ ๑ ฉบับ
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๑ ชุด
 ๓. ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ ๓ สาขาวิทยาศาสตร์ ๑ ฉบับ
 ๔. ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬารัตน์ ๑ ฉบับ

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
เลขรับที่ 1265
วันที่ 27 เม.ย. 2560 14.30 น.
ผู้รับ.....

ด้วย นางสาวกาญจนา साใจ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล-
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรม
ส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมี
บำบัด” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์
กิจศรีไพศาล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ใ้ข้ขออนุญาตให้ นางสาวกาญจนา साใจ เก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้
เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ในหน่วยเคมีบำบัด โดยผู้ทำวิจัยจะใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น
ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

- ๑) เก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัย “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ
พฤติกรรมการดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด” ตั้งแต่เดือน เมษายน
ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๐ จนได้ครบตามจำนวน ๓๐ คน
- ๒) เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกา
รดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด” ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง
กรกฎาคม ๒๕๖๐ จนได้ครบตามจำนวน ๕๐ คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรบุษ หันริตติชัย)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

- สำเนาเรียน -

โทรศัพท์. ๐๒-๕๘๖๔๒๑๓ ต่อ ๗๓๕๗

๑. หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

โทรสาร. ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

๒. หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนักศึกษา



ภาคผนวก ค
เอกสารพิกษสิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เอกสารแนะนำข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet)
2. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent form)



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกาญจนา สามีใจ

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 54 หมู่ที่ 4 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10210

โทรศัพท์ 02- 576-6196

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 1 ครั้ง ตอบแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก จำนวน 23 ข้อ และได้รับการตรวจประเมินช่องปาก รวมเป็นเวลาประมาณ 30 นาทีในวันที่ข้าพเจ้ามาวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และในวันที่ข้าพเจ้ามารับยาเคมีบำบัดวันแรกข้าพเจ้าจะได้รับการตรวจประเมินช่องปากและตรวจทุกวันที่มารับยาเคมีบำบัด รวมเป็นเวลาประมาณ 5 นาที และเมื่อขณะที่กลับไปอยู่ที่บ้านข้าพเจ้าจะได้ลงบันทึกอาการในช่องปากเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น แบบสอบถาม เป็นต้น)

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
 อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ
 ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย
 ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ : คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล
 สำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้
 แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปาก
ปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกาญจนา สามีใจ

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 54 หมู่ที่ 4 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10210

โทรศัพท์ 02- 576-6196

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 1 ครั้ง ตอบแบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก จำนวน 23 ข้อ และได้รับการตรวจประเมินช่องปาก รวมเป็นเวลาประมาณ 30 นาทีในวันที่ข้าพเจ้ามาวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และในวันที่ข้าพเจ้ามารับยาเคมีบำบัดวันแรกข้าพเจ้าจะได้รับการตรวจประเมินช่องปากและตรวจทุกวันที่มารับยาเคมีบำบัด รวมเป็นเวลาประมาณ 5 นาที ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับความหมาย ปัจจัย ภาวะแทรกซ้อน การดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ รวมทั้งมีการสาธิตพร้อมทั้งฝึกทักษะการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากผ่านสื่อการสอน (power point)และเมื่อเวลาที่กลับไปอยู่ที่บ้านข้าพเจ้าจะได้ลงบันทึกอาการในช่องปาก และได้รับการติดตามผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนวันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัด และกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชันทุกวันหรือส่งข้อความในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มีไลน์ แอปพลิเคชันวันละ 2 รอบ ในช่วง

เช้า (07.00-08.00 น.)และช่วงเย็น (17.00-18.00 น.) เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ
 อาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น แบบสอบถาม เป็นต้น)

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่ง
 การถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
 อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกัข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
 นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ : คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล
 สำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้
 แล้ว

ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ
3. แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบบันทึกอาการในช่องปาก
4. แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก
5. เครื่องมือวิจัยชุดที่ 5 แบบติดตามตนเอง
6. เครื่องมือวิจัยชุดที่ 6 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วย
มะเร็งที่รับมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
7. เครื่องมือวิจัยชุดที่ 7 แผนการสอนเรื่องภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและการดูแลช่อง
ปากในผู้ป่วย
8. เครื่องมือวิจัยชุดที่ 8 คู่มือการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง เพื่อป้องกันและลดภาวะเยื่อช่อง
ปากอักเสบ

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด

คำชี้แจง:

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับนี้เป็นชุดคำถามที่ดิฉัน นางสาวกาญจนา साใจ นักศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการ
จัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมี
บำบัด” โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปมีจำนวน 18 ข้อ มี 3 ตอน เป็นคำถามแบบให้เลือกคำตอบและ
ปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกอาการในช่องปากเป็นตารางสำหรับประเมินอาการในช่องปาก มีทั้งหมด 3
อาการ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อเป็นคำถามลักษณะให้เลือก
คำตอบทั้งหมด

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม กรุณาตอบตามความ
คิดเห็นของท่านให้ครบทุกข้อตามความจริง โดยไม่ต้องระบุชื่อลงไปแบบสอบถาม การตอบ
แบบสอบถามฉบับนี้จะใช้เวลาโดยประมาณ 20-30 นาที ข้อมูลที่ท่านได้ตอบทุกอย่างจะถือเป็น
ความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากมี
ข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณอย่างสูงในความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวกาญจนา สาใจ

นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

แบบสอบถามชุดที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลได้จาก () ผู้ป่วย ()ญาติหรือผู้ช่วยเหลือ

คำชี้แจง: กรุณาตอบคำถามโดยขีดเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องสี่เหลี่ยม หรือเติมคำตอบในช่องว่าง (.....) เป็นจริงมากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย, หย่า, แยก
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ รับราชการ รัฐวิสาหกิจ
 ค้าขาย รับจ้าง
 อื่นๆระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัว <8,000 8,000-12,000
 12,001-16,000 16,001-20,000
 >20,000
7. ประวัติโรคประจำตัว
 ไม่มีโรคประจำตัว
 มีโรคประจำตัว (กรณาระบุ).....
8. ประวัติยาประจำ
 ไม่มียาประจำตัว
 มียาประจำตัว (กรณาระบุ).....
9. ประเภทของการรับบริการทางสุขภาพ
 บัตรประกันสุขภาพ (30 บาท) เบิกต้นสังกัด
 ประกันสังคม จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรับการรักษา

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ระยะของโรค () ระยะ1 () ระยะ2 () ระยะ3 () ระยะ4
3. ครั้งนี้ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่.....
4. น้ำหนัก ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด.....กิโลกรัม
 หลังได้รับยาเคมีบำบัดชุดที่ 1 วันที่.....น้ำหนัก.....กิโลกรัม
 หลังได้รับยาเคมีบำบัดชุดที่ 2 วันที่.....น้ำหนัก.....กิโลกรัม
 ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ตอนที่ 3 ประวัติการระคายเคืองภายในช่องปาก

1. สูบบุหรี
 - ไม่สูบบุหรี
 - สูบบุหรีจำนวน.....มวนต่อวัน
 - เคยสูบบุหรี แต่เลิกสูบแล้ว
2. ดื่มสุรา
 - ไม่ดื่มสุรา
 - ดื่มสุราปริมาณ.....ต่อวัน
 - เคยดื่มสุรา แต่เลิกดื่มแล้ว
3. ฟันปลอม
 - ไม่มี
 - มี โปรตระบุชนิด.....และจำนวน.....ซี่
4. สภาพช่องปากก่อนได้รับยาเคมีบำบัด
 - ไม่มีแผลในช่องปาก
 - มีแผลในช่องปากหรือมีการติดเชื้อหรือมีฟันผุที่ยังไม่ได้ทำการรักษาจำนวน.....ซี่
 อย่างใดอย่างหนึ่งจำนวน 1 อาการ
 - มีแผลในช่องปาก และ/หรือมีการติดเชื้อ และ/หรือมีฟันผุที่ยังไม่ได้ทำการรักษา
 จำนวน.....ซี่ จำนวน 2 อาการ

แบบสอบถามชุดที่ 2

แบบประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องตามความเป็นจริงที่ประเมินได้

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

หมายเหตุ

อุปกรณ์: ไฟฉาย

แผลในช่องปาก

0 หมายถึง ไม่มีแผลในช่องปาก

1 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดแผลในตำแหน่งเดียวกันรวมกันน้อยกว่า 1 cm^2

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

3 หมายถึง มีแผลในช่องปากขนาดแผลในตำแหน่งเดียวกันรวมกันมากกว่า 3 cm^2

อาการบวมแดงในช่องปาก

0 หมายถึง ไม่มีอาการ

1 หมายถึง มีอาการไม่รุนแรง

2 หมายถึง มีอาการรุนแรง

แบบสอบถามชุดที่ 3
แบบบันทึกอาการในช่องปาก

ชื่อ-สกุล.....HN.....

คำชี้แจง คำแนะนำให้ใส่ ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับอาการในวันที่เกิดอาการ และบรรยายเพิ่มเติมในช่องหมายเหตุ

ลำดับ	ว.ด.ป	แผลเย็บช่องปาก				อาการบวมแดง				
		ไม่มีแผล	มีแผล ขนาด น้อย	มีแผล ขนาด	แผล ขนาด มากกว่า	ตำแหน่ง แผล	ไม่มี อาการ บวม แดง	เล็กน้อย รุนแรง	รุนแรง	ตำแหน่ง
1										
2										
3										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
30										

แบบสอบถามชุดที่ 4

แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก

แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก (สำหรับผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเอง)

(ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม/หลังเข้าร่วมกิจกรรม)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองอย่างไร ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้งหรือทุกวันอย่างสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น 3-6 วันต่อสัปดาห์
- ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น 2 วันต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

พฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	ปฏิบัติ ประจำ/ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	อุปสรรค
<u>ด้านการประเมินและจดบันทึก</u>					
1. ประเมินสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง					
2. บันทึกลงในสมุดคู่มือ					
<u>ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม</u>					
3. เลือกแปรงสีฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่ม					
4.....					
5.					

พฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเยื่อ ช่องปากอักเสบ	ปฏิบัติ ประจำ/ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	อุปสรรค
<u>ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก</u>					
6. ทำความสะอาดปากฟันหลัง รับประทานอาหารภายใน 30 นาที					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
<u>ด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม</u>					
17. ดื่มน้ำมิลลิลิตร (คำนวณ ตามน้ำหนักตัว)					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

อื่นๆ : การปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด

อมน้ำแข็งก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด 5 นาที และอมนานจน 30 นาที

ปฏิบัติ

ไม่ปฏิบัติ

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 5

แบบติดตามตนเอง

คำชี้แจง: ใน 1 วันท่านปฏิบัติดังต่อไปนี้หรือไม่ ถ้าปฏิบัติกรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) หรือถ้าไม่ได้ปฏิบัติ (✗) ในตารางดังต่อไปนี้

รายละเอียด	วันที่												
	1	2	3	4	30	
1. ประเมินสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 6

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รับมะเร็งที่ได้รับ
ยาเคมีบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด 25 คน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในเรื่องความหมาย สาเหตุ ปัจจัยส่งเสริม ผลกระทบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด และแนวทางการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

2. เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิธีการกำกับตนเอง

3. เพื่อส่งเสริมทักษะการดูแลช่องปากและการจัดการช่องปากเพื่อป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ระยะเวลาและวิธีการดำเนินการ 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น

1. ระยะเวลาเตรียมความพร้อม(วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา 30 นาที)

2. ระยะเวลาการจัดการตนเอง (วันแรกของการรับยาเคมีบำบัด ใช้เวลา 30 นาที)

3. ระยะเวลาติดตามผล (วันที่ 7, 14 และ 21 หลังรับยาเคมีบำบัด)

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 7

แผนการสอนเรื่องภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้สอน	นางสาวกาญจนา สามีใจ
ผู้เรียน	กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน
ระยะเวลาที่สอน	จำนวนชั่วโมงที่สอน 30 นาที/ครั้ง
สถานที่	หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและกลไกการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดจากยาเคมีบำบัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีทักษะการตรวจช่องปากและประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างถูกต้อง
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีทักษะการดูแลช่องปากและจัดการกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 8

คู่มือการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง เพื่อป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

คู่มือ

“การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง เพื่อป้องกันและลด
ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมี
บำบัด”



หน่วยเคมีบำบัด

โรงพยาบาลจุฬารัตน์

โทร 02-5766196-8

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแต่ละชนิด ได้รับการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI])จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้ลงความเห็นในระดับ 3 และ 4 มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เครื่องมือการวิจัย	จำนวนข้อ	ค่า S-CVI
1.แบบบันทึกอาการในช่องปาก	3	0.9
2. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก	23	0.95
3. บันทึกการติดตามตนเอง	14	1
4. คู่มือการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองเพื่อดูแลช่องปากและภาวะเยื่อ บุช่องปากอีกเสบสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด	8	0.9

ภาคผนวก ฉ**การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นและวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม**

1. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น
2. การแก้ไขการกระจายข้อมูล
3. การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลช่องปากแบบแจกแจงรายด้าน



1. ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการทดสอบการแจกแจงปกติ (Normality distribution) ของอายุ แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก แยกรายด้าน ค่าเฉลี่ยอาการเยื่อช่องปากอักเสบหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test แสดงให้เห็นดังตาราง

ตัวแปร	Kolmogorov-Smirnov test (p-value)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1. อายุ	.200	.200
2. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก	.000	.000
3. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก แยกรายด้าน		
3.1 ด้านการประเมินและจดบันทึก	.000	.000
3.2 ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยา สีฟัน	.000	.023
3.3 ด้านการดูแลช่องปาก	.005	.092
3.4 ด้านการรับประทานอาหารและ เครื่องดื่ม	.200	.053
4. ค่าเฉลี่ยภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลัง เข้าโปรแกรม	.000	.186

1. อายุ

Tests of Normality

กลุ่มตัวอย่าง			Kolmogorov-Smirnov ^a		
			Statistic	df	Sig.
อายุ	dimension1	ควบคุม	.125	25	.200*
		ทดลอง	.139	25	.200*

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

2. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก

Tests of Normality

กลุ่มตัวอย่าง			Kolmogorov-Smirnov ^a		
			Statistic	df	Sig.
แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากก่อน	dimension1	ควบคุม	.374	25	.000
		ทดลอง	.340	25	.000
แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปากหลัง	dimension1	ควบคุม	.370	25	.000
		ทดลอง	.534	25	.000

a. Lilliefors Significance Correction

3.แบบประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก แยกรายด้าน

Tests of Normality

กลุ่มตัวอย่าง			Kolmogorov-Smirnov ^a		
			Statistic	df	Sig.
ด้านการประเมินและจัด บันทึก	dimension1	ควบคุม	.412	25	.000
		ทดลอง	.539	25	.000
ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟัน และยาสีฟันที่เหมาะสม	dimension1	ควบคุม	.188	25	.023
		ทดลอง	.251	25	.000
ด้านการดูแลสุขภาพช่อง ปาก	dimension1	ควบคุม	.161	25	.092
		ทดลอง	.214	25	.005
ด้านการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่ม	dimension1	ควบคุม	.172	25	.053
		ทดลอง	.122	25	.200*
ด้านการประเมินและจัด บันทึก	dimension1	ควบคุม	.161	25	.092
		ทดลอง	.376	25	.000
ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟัน และยาสีฟันที่เหมาะสม	dimension1	ควบคุม	.207	25	.007
		ทดลอง	.226	25	.002
ด้านการดูแลสุขภาพช่อง ปาก	dimension1	ควบคุม	.134	25	.200*
		ทดลอง	.147	25	.173
ด้านการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่ม	dimension1	ควบคุม	.151	25	.143
		ทดลอง	.169	25	.063

a. Lilliefors Significance Correction

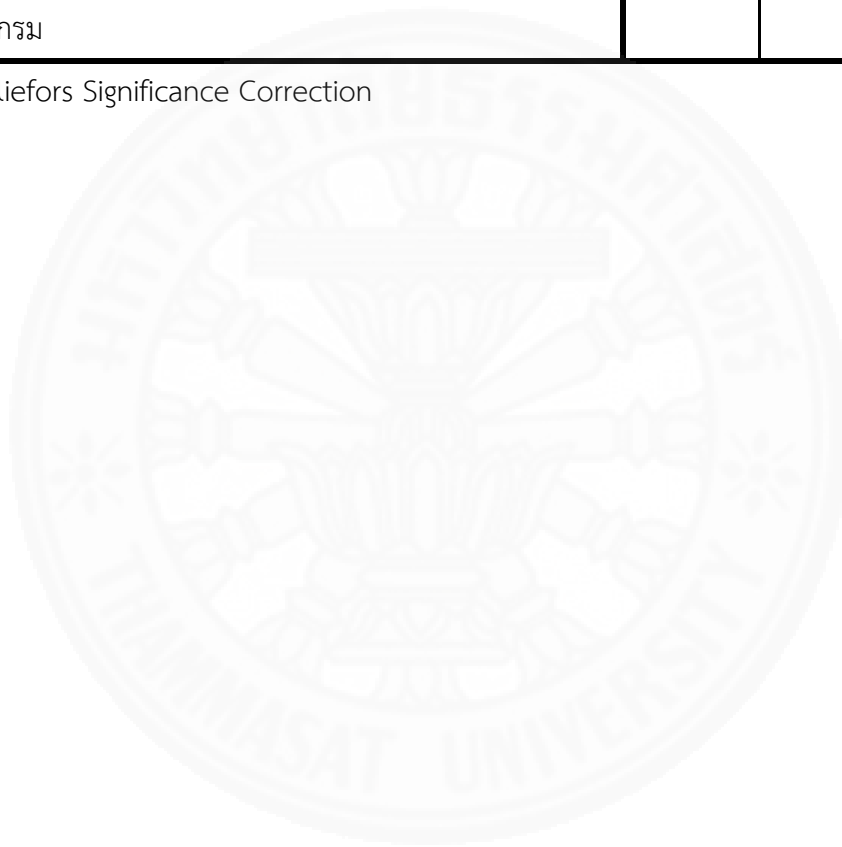
*. This is a lower bound of the true significance.

4. ค่าเฉลี่ยอาการเยื่อช่องปากอักเสบหลังเข้าโปรแกรม

Tests of Normality

กลุ่มตัวอย่าง		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
ค่าเฉลี่ยอาการเยื่อช่อง	ควบคุม	.145	25	.186
ปากอักเสบหลังเข้า	dimension1 ทดลอง	.532	25	.000
โปรแกรม				

a. Lilliefors Significance Correction



ประวัติการศึกษา

ชื่อ	นางสาวกาญจนา साใจ
วัน เดือน ปีเกิด	14 ตุลาคม 2527
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม พ.ศ. 2549
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	หัวหน้าหน่วยพยาบาลเคมีบำบัด งานการ พยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์
ประสบการณ์ทำงาน	พยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดกรุงเทพมหานคร (พ.ศ.2550-2551) พยาบาลประจำการ หน่วยเคมีบำบัด งานการ พยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (พ.ศ.2551-2558) หัวหน้าหน่วยพยาบาลเคมีบำบัด งานการ พยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (พ.ศ.2557-ปัจจุบัน)