

ภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภัยหลังได้รับรังสีรักษา*

ปิยะดี ขัดทะเสมา** พย.ม. (การพยาบาลผู้ไข้ใหญ่)

พรรณวดี พุธวัฒนา*** วท.ด. (โภชนาศาสตร์)

ครุณี ชุมระหวัด*** ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้เพื่อศึกษาภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภัยหลังได้รับรังสีรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้กรอบแนวคิดของดอดด์และคณ. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหงส์ได้รับรังสีรักษาครบตามแผนการรักษาจำนวน 100 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก หน่วยรังสีรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาลิก ของโรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตภัยหลังได้รับรังสีรักษา แบบสอบถามประสบการณ์การเกิดภาวะน้ำลายแห้ง แบบสอบถามการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งและผลกระทบจากการจัดการ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเมษายน 2551 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและลัมป์ประสิทธิ์หลัมพันธ์ ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุระหว่าง 18-77 ปี อายุเฉลี่ย 52.56 ปี เป็นมะเร็งช่องคอหงส์石榴จนร้อยละ 41 ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดร้อยละ 55 ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเกิดภาวะน้ำลายแห้งที่มีความรุนแรงแตกต่างกันตั้งแต่น้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับได้แก่ 1) รับประทานอาหารที่มีน้ำมากขึ้น ร้อยละ 99, 2) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด ร้อยละ 98, 3) บ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำเปล่า ร้อยละ 96, 4) แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 95, และ 5) พบทันตแพทย์ ร้อยละ 92 และพบว่าผลของการจัดการกับอาการทำให้ภาวะน้ำลายแห้ง มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 57 กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตั้งแต่ต่ำสุดถึงสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับค่าน้อยฐานซึ่งค่อนไปทางคะแนนต่ำ หมายถึงรับรู้ คุณภาพชีวิตที่ดี ภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิต คือเมื่อมีภาวะน้ำลายแห้งยิ่งมาก ขึ้นคุณภาพชีวิตยิ่งลดลง และภาวะน้ำลายแห้งมีความล้มพ้นร์ทางบวกกับปริมาณรังสีที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ล้มพ้นร์กับระยะเวลาหลังได้รับรังสีรักษาครบ โดยสรุป ภาวะน้ำลายแห้งจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อได้รับปริมาณรังสีมากแต่ไม่ขึ้นกับระยะเวลาหลังได้รับรังสีรักษาครบ

คำสำคัญ: ภาวะน้ำลายแห้ง มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ การฉ่ายรังสี ประสบการณ์การมีอาการวิธีการจัดการ ผลของการจัดการ

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ไข้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลและได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ไข้ใหญ่) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: rapyd@staff2.mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัจจัย ชัดทະเสมา และคณ"

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและคุกคามต่อชีวิต ในประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรค 73.3 ต่อประชากรแสนราย ในปี พ.ศ. 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 83.1 ต่อประชากรแสนรายในปี พ.ศ. 2549 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สำหรับมะเร็งศีรษะและคอพบร้อยละ 20 ของมะเร็งทั้งหมด พบรในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สติติจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2549 พบรจำนวนผู้ป่วยใหม่มะเร็งศีรษะและคอในเพศชายร้อยละ 18.5 และในเพศหญิงร้อยละ 4.03 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549) มีการรักษาหลัก 3 วิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษา และยาเคมีบำบัด อาจใช้การรักษาวิธีเดียวหรือร่วมกันหลายวิธี ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะของโรค ความเห็นของแพทย์ผู้ทำการรักษารวมทั้งผู้ป่วยและญาติ รังสีรักษาและการผ่าตัดเป็นที่ใช้กันมากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Jemal et al., 2006; Langendijk, Slotman, & Vander-Waal, 2005)

การให้รังสีรักษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรังสีจะผ่านบริเวณเยื่อบุในช่องปาก จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากทั้งระยะเฉียบพลัน และเรื้อรัง ในระยะเฉียบพลันพบว่า เยื่อบุในช่องปากอักเสบ การรับสารดของอาหารลดลง ในระยะเรื้อรังพบ ภาวะน้ำลายแห้ง กลืนลำบาก อาการไกรแข็ง เป็นต้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากมักจะเกิดกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทุกรายหลังได้รับรังสีรักษา ซึ่งส่วนใหญ่จะพบภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ และภาวะน้ำลายแห้ง (Faber, 2000; Strohl, 1999) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมาอีกด้วย (Trotti, Byhardt, & Stetz, 2000) สำหรับมาตรฐานของปริมาณรังสีที่ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ 60-70 เกรย์ ในระยะเวลา 6-7 สัปดาห์ (Ang & Garden, 2002) ทำให้ต่อมน้ำลายถูกทำลายมีการหลั่งน้ำลายลดลง

เกิดภาวะน้ำลายแห้งตามมา (Eisbruch et al., 2001)

ภาวะน้ำลายแห้ง เป็นประสบการณ์การรับรู้ส่วนบุคคลถึงอาการปาก/คอแห้ง รู้สึกว่ามีน้ำลายลดลงไม่สุขสบายในช่องปาก มีความยากลำบากในการพูดการกลืน การรับรสชาดของอาหาร และการนอนหลับเป็นต้น สาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการดังกล่าวคือ การได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ จากการศึกษาของอภิรดี ลดาวรรณ (2548) พบร่วมผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เกิดภาวะน้ำลายแห้ง ร่องจากอาการปวด ซึ่งการเกิดภาวะน้ำลายแห้งนี้จะดำเนินต่อไป แม้ว่าหลังได้รับรังสีรักษาครบแล้วก็ตาม

วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง อาจแยกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) การป้องกันการเกิดอาการ เช่น การฉายรังสีแบบสามมิติ (3-DCRT) ที่ให้ความแม่นยำต่อ ก้อนมะเร็ง หลีกเลี่ยงการฉายรังสีผ่านต่อมน้ำลาย 2) การดูแลเมื่อเกิดภาวะน้ำลายแห้ง เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก เช่น การบ้วนปาก การดื่มน้ำบ่อยๆ การใช้น้ำลายเทียม การเคี้ยวหรืออมลูกกวาดที่ปราศจากน้ำตาล หรือการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสีฟันเพื่อป้องกันไม่ให้รังสีโดนต่อมน้ำลาย การใช้ยาอมเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลายเป็นต้น (Harrison, Sessions, & Hong, 2004; Hawthorne & Sullivan, 2000)

ภาวะน้ำลายแห้งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้โดยทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับรังสีรักษา นำไปสู่ความไม่สุขสบายและปัญหาทางด้านสุขภาพต่างๆ อย่างมาก เช่น การเคี้ยว การกินอาหาร การพูด เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ ภาวะพร่องโภชนาการ รวมทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแต่ละราย มีอิทธิพลต่อการจัดการที่หลากหลาย โดยได้รับเป็นคำสั่งหรือคำแนะนำจากแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพอื่นรวมถึงผู้ป่วยกลุ่มนี้เดียวกัน จากประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ตลอด 9 ปีของผู้วิจัย พบร่วมผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภัยหลังได้รับรังสีรักษา

หลังได้รับรังสีรักษาเกิดน้ำลายแห้ง และรู้สึกทุกข์ทรมานจากการดังกล่าว วิธีการจัดการดังกล่าวได้ผลบ้างมากน้อยแตกต่างกัน และยังไม่พบรายงานการวิจัยที่มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะภาวะภาวะน้ำลายแห้ง ในเรื่องของความรุนแรง วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการรวมถึงผลของการเกิดภาวะน้ำลายแห้ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในเรื่องดังกล่าว เพื่อนำผลของการศึกษาไปใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพสามารถบรรเทาอาการให้ดีขึ้นและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษา

1. ภาวะน้ำลายแห้ง และผลของการมีภาวะน้ำลายแห้งในเรื่อง สุขภาพพื้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภัยหลังได้รับรังสีรักษา

2. วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภัยหลังได้รับรังสีรักษา

3. ผลของการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งในเรื่องภาวะน้ำลายแห้ง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะน้ำลายแห้งกับคุณภาพชีวิต ปริมาณรังสีที่ได้รับ และระยะเวลาหลังได้รับรังสีรักษาครบ

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด แบบจำลองการจัดการกับอาการของดودด์และคอล (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001) ที่ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ 1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms)

การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms)

2) วิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์ การกำหนดจุดมุ่งหมาย กระบวนการปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ โดยจะต้องมีการกำหนดค่า จะใช้วิธีใด (nature of strategy) จัดการเมื่อไหร่ (when) ที่ไหน (where) ทำไม (why) ทำนานเท่าใด (intervention dose) ทำกับใคร (recipient of intervention) และอย่างไร (delivery) 3) ผลลัพธ์ (symptom outcome) เกิดจากประสบการณ์ และวิธีจัดการกับอาการ ประเมินได้จากสภาวะอาการ การทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่าย ภาวะทางอารมณ์ อัตราการเกิดโรค และอัตราการตาย โดยประสบการณ์ของการเกิดอาการ วิธีการจัดการและผลลัพธ์ได้รับอิทธิพลจาก 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล 2) ด้านลิ่งแวดล้อม และ 3) ด้านภาวะสุขภาพ

ประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกถึงอาการปากแห้ง และ/หรือลำคอแห้ง (Nederfors, 2000; Sreebny, 1996) เกิดจากหลายสาเหตุ อาจเป็นแบบบารหรือชั่วคราว (Hay & Morton, 2006) ทำให้เกิดความไม่สุขสนิยร์สึคแห้งและเหนียวนิ่งปาก ซึ่งอาการดังกล่าวจะพบได้เสมอในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นเมื่อมีภาวะน้ำลายแห้งเกิดขึ้นก็ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมาได้ เช่น ช่องปากแห้งตึง ฟันผุ การติดเชื้อร่า ด้านคุณภาพชีวิต (Chambers, Rosenthal, & Weber, 2007; Eisbruch et al., 2001) การประเมินภาวะน้ำลายแห้งสามารถกระทำได้ 2 วิธี คือ การวัดปริมาณน้ำลายโดยตรง (objective measures) และการประเมินทางคลินิกจากการรับรู้ของผู้ป่วยต่ออาการ (subjective measures)

ปิยวดี ขัดทะเสมา และคณะ

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง ได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1. การป้องกันการเกิดภาวะน้ำลายแห้ง เช่น การใช้เทคนิคการฉายรังสีที่ให้ความแม่นยำต่อ ก้อนมะเร็ง สำหรับในประเทศไทยมีการใช้เทคนิคดังกล่าวคือ การฉายรังสีแบบสามมิติ (3-DCRT) และ รังสีแปรความเข้มสามมิติ (Intensity-Modulated Radiation Therapy) (Siriraj Hospital, 2004)

2. การดูแลเมื่อเกิดภาวะน้ำลายแห้ง เช่น การจิบน้ำบ่อยๆ บ้วนปากบ่อยๆ งดการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เพ็ด เค็ม แปรรูปหลังอาหารหลัก หรืออย่างน้อยเวลาเช้าและก่อนเข้านอน ใช้ลิปสติกชนิดมัน หาริมฝีปาก เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น หรืออาจใช้น้ำลายเทียม (artificial saliva) เติมจำนวนมากผ่องหรืออมลูกวัวที่ปราศจากน้ำตาล (Harrison et al., 2004)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำดูแลให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว ซึ่งที่ผ่านมา นิรนาม พจน์ด้วง (2550) ได้รวบรวม สังเคราะห์ข้อมูล แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลช่องปาก เพื่อบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยที่รับรังสีรักษา ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารังนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบภาคตัดขวาง (Descriptive, cross sectional study design) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้ง วิธีจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของภาวะน้ำลายแห้ง ภายหลังได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับรังสีรักษาครบและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อตรวจติดตามการรักษาหรือการ

รักษาอีก ฯ ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน 2551 จำนวน 100 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยและทราบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

2. ได้รับรังสีรักษาครบตามแผนการรักษา ตั้งแต่ครบทันที ถึง 2 ปี โดยรับรังสีรักษาอย่างเดียว หรือร่วมกับการผ่าตัด หรือเคมีบำบัด

3. สามารถพูดหรืออ่านหรือเข้าใจภาษาไทย

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

5. ไม่มีประวัติความผิดปกติทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท

6. ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต มีสติล้มปชัญญาเป็นปกติ ตรวจสอบจากการถาม เวลา สถานที่ บุคคล ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี ต้องผ่านการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Examination-Thai) (สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุไทย อ้างในคิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีประวัติเคยได้รับการรักษาด้วยการรังสีรักษามากกว่า 1 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยรังนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะการดำเนินของโรค โรคประจำตัว เทคนิคการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมด ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งหมด ต่อมน้ำลายหลักที่ได้รับรังสีรักษา และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini

ภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภัยหลังได้รับรังสีรักษา

Mental State Examination–Thai) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสตย์, 2549)

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตภัยหลังได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่สร้างขึ้นโดยเยนสันและคณะ (Henson, Inglehart, Eisbruch, & Ship, 2001) ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับสุขภาพในช่องปาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) ด้านความปวด/ไม่สุขสบาย (pain/discomfort) ด้านจิตใจ (personal/psychological functioning) และ ด้านสังคม (social functioning)

วิธีการให้คะแนนแบบลิเกิร์ต (Likert-type scale) ในแต่ละข้อจะมีคะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 ดังนี้ 0 = ไม่ใช่ 1 = เล็กน้อย 2 = ค่อนข้างมาก 3 = มาก และ 4 = มากที่สุด และว้น้ำค่าคะแนนทั้ง 15 ข้อมารวมกัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเยนสันและคณะ (Henson et al., 2000) ให้แปลเป็นภาษาไทย หลังจากนี้ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วจึงนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้ Cronbach's alpha ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ .92 ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ .72 ความเจ็บปวดและไม่สุขสบายเท่ากับ .86 ส่วนบุคคลและการทำหน้าที่ทางจิตใจเท่ากับ .75 การทำหน้าที่ทางสังคมเท่ากับ .80

3. แบบสอบถามประสบการณ์การเกิดภาวะน้ำลายแห้งเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งภัยหลังได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่สร้างขึ้นโดย อิสบุช และคณะ (Eisbruch et al., 2001) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ โดย 4 ข้อแรก เป็นการถามการมีอาการน้ำลายแห้งในขณะรับประทานอาหาร หรือเคี้ยวอาหาร 4 ข้อหลังเป็นการถามการมีอาการ

น้ำลายแห้งในขณะที่ไม่ได้รับประทานอาหารหรือเคี้ยวอาหาร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดังกล่าว ซึ่งนิรบล พจน์ด้วง (2550) แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยมีการแปลกลับและตรวจสอบความหมาย (back translation) วิธีการให้คะแนนแบบลิเกิร์ต ในแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน แล้วคิดเป็นร้อยละ ดังนั้นคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะน้ำลายแห้ง หรือไม่สุขสบายจากการน้ำลายแห้งมาก ใน การวิจัยครั้งนี้ แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้ Cronbach's alpha = .90

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งและผลกระทบจากการจัดการ ประกอบด้วย วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง 17 ข้อย่อย ประเมินโดยใช้การแบ่งเป็นมาตราล่าwanประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยตัดแปลงข้อคำถามให้ตรงกับลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มีภาวะน้ำลายแห้งหลังได้รับรังสีรักษา ร่วมกับการทำทบทวนวรรณกรรม จากแบบสอบถามเรื่องการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งของ อภิรดี ลดาราธร (2548) และการสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย และผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศไทย ของบุษกร แสงแก้ว (2549) ที่สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดของอดดิตและคณะ (Dodd et al., 2001) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีการ

ปิยวดี ชัดทะเสมา และคณะ

พิทักษ์สิทธิโดยให้กกลุ่มตัวอย่างหรือญาติทราบและเลือกเข้าร่วมในการศึกษาด้วยความเต็มใจ โดยแสดงความยินยอมด้วยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกหลังจากได้รับอนุญาตจากหน่วยงานและแพทย์ผู้รักษา ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลประจำห้องผู้ป่วยแผนผู้ป่วยนอก ทู คอ จมูก แผนกรังสีรักษาเพื่อแนะนำตัวเองและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-20.00 น. และวันเสาร์ เวลา 08.00-15.00 น.

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทุกรายที่ได้รับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยทำการติดต่อกลุ่มตัวอย่างตามบัญชีที่สำรวจไว้ แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้ความมั่นใจว่า จะได้รับการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ความเป็นบุคคลและการรักษาความลับจากผู้วิจัย

4. หลังจากผู้ป่วยตอบรับยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ผู้วิจัยทำการนัดหมายเวลาที่สะดวกทั้งของผู้ป่วยและผู้วิจัยเพื่อให้ข้อมูล ให้ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (inform consent form) หลังจากนั้นอธิบายเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลและการตอบแบบสอบถาม

5. เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามโดยผู้วิจัยอ่านคำamotoแล้วให้กกลุ่มตัวอย่างตอบเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที แล้วจึงพาไปชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

6. ข้อมูลเรื่อง สุขภาพฟัน น้ำหนัก ส่วนสูง ทั้งก่อนและหลังได้รับรังสีรักษาบันทึกจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ภาวะน้ำลายแห้ง และวิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งและผลของการจัดการ ผลของภาวะน้ำลายแห้ง วิเคราะห์ด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และทดสอบความมั่นยำสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับรังสีรักษาครบ จำนวน 100 ราย เป็นเพศชายจำนวน 70 ราย เพศหญิงจำนวน 30 ราย อายุระหว่าง 18-77 ปี อายุเฉลี่ย 52.56 ปี ($SD = 11.14$) มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 66 มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 54 ผู้สูบบุหรี่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 71 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งช่องคอหลังโพรงจมูก ร้อยละ 41 รองลงมาคือ มะเร็งลิ้น และมะเร็งกล่องเสียง ร้อยละ 14 และร้อยละ 5 ตามลำดับ ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดร้อยละ 55 รองลงมาได้รับรังสีรักษาร่วมกับ เคมีบำบัด การผ่าตัด และได้รับรังสีรักษาอย่างเดียว ร้อยละ 16 และร้อยละ 15 ตามลำดับ

ภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภัยหลังได้รับรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการฉายรังสี 7-8.5 สัปดาห์ เนลี่ย 7.13 สัปดาห์ ($SD = .84$) ปริมาณรังสีที่ได้รับ 60-70 เกรย์ เนลี่ย 67 เกรย์ ($SD = 582.09$) ได้รับรังสีครับแล้วเป็นเวลา 1-6 เดือน ร้อยละ 35 รองลงมาหลังครบรังสีรักษา 7-12 เดือน และ 13-18 เดือน (ร้อยละ 29 และร้อยละ 21 ตามลำดับ) สำหรับขอบเขตการฉายรังสีพบว่ามีต่ออนน้ำลายที่ได้รับรังสีทั้ง parotid glands และ submandibular glands ร้อยละ 50 และร้อยละ 23 พื้นที่ที่ได้รับรังสีครอบคลุมทั้ง parotid glands และ submandibular glands และ sublingual glands

ประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้งภัยหลังได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ความรุนแรงของภาวะน้ำลายภัยหลังได้รับรังสีรักษาครบโดยรวมในระยะเวลาต่าง ๆ กัน ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย และคะแนนมาแปลงเป็น 100 % (transformed score) ดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 51.45, SD = 22.32) โดยมีพิสัยกว้างตั้งแต่รุนแรงน้อย จนถึงรุนแรงมาก (5-95 คะแนน)

ตารางที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 100$)

ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนดิบ	0-80	4-76	41.16	17.86
คะแนนที่ปรับ	0-100	5-95	51.45	22.32

ผลของภาวะน้ำลายแห้ง
ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินผลของภาวะน้ำลายแห้งในเรื่อง สภาพฟัน และคุณภาพชีวิตหลังได้รับรังสีรักษา สภาพฟัน ข้อมูลนี้ได้จากบันทึกของทันตแพทย์ในเวช

ระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งประเมินตั้งแต่ก่อนได้รับการฉายรังสี ขณะฉายรังสี จนกระทั่งฉายรังสีครบแล้วทุกราย พบร่วมกับรังสีรักษา มีฟันผุ ร้อยละ 89 และทุกรายได้รับการรักษา ก่อนเริ่มต้นฉายรังสี และเมื่อหลังได้รับรังสีรักษาครบแล้วพบว่ามีฟันผุร้อยละ 16

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมีฟันผุ ($N=100$)

สภาพฟันผุ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนได้รับรังสีรักษา	89	89
หลังได้รับรังสีรักษา	16	16

ปิยวดี ชั้นgrade ๕ และคณะ

คุณภาพชีวิตภัยหลังได้รับรังสีรักษา

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับคะแนนที่เป็นไปได้คือ 17.61 คะแนน ($SD =$

ตารางที่ 3 คะแนนคุณภาพชีวิตหลังได้รับรังสีรักษาโดยรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ($N=100$)

คุณภาพชีวิต	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายด้าน				
การทำหน้าที่ของร่างกาย	0-16	0-16	5.56	3.25
ความปวด/ไม่สุขสบาย	0-16	0-16	5.09	3.58
จิตใจ	0-16	0-15	4.36	3.14
สังคม	0-12	0-12	2.60	2.46
โดยรวม	0-60	1-56	17.61	11.13

วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง

การจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งส่วนใหญ่เลือกใช้หล่ายวิธี วิธีที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม 2) การดูแลสุขภาพในช่องปาก 3) การลดปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง และ 4) ใช้สารกระตุ้นและทดแทนน้ำลาย ดังต่อไปนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99 ใช้วิธีรับประทานอาหารที่มีน้ำมากขึ้น/ดื่มน้ำขณะรับประทานอาหารจิบ/ดื่มน้ำบ่อยๆ และดื่มน้ำมากกว่า 2000 มล./วัน (ร้อยละ 88 และร้อยละ 87 ตามลำดับ)

2. การดูแลสุขภาพในช่องปาก กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีบ้วนปากบ่อยๆ ร้อยละ 96 ด้วยน้ำเปล่ามากที่สุดร้อยละ 74 แปรฟันหลังอาหารมื้อหลัก และพบทันตแพทย์ (ร้อยละ 95 และร้อยละ 92 ตามลำดับ)

11.13) โดยคะแนนที่ได้มีค่าแตกต่างกันมากทั้งรายด้านและโดยรวม ตั้งแต่ต่ำสุดจนถึงสูงสุด หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีมากน้อยแตกต่างกัน

3. การลดปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธี หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ด เค็ม (ร้อยละ 98) งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกาแฟein เช่น ชา กาแฟ (ร้อยละ 96 และร้อยละ 90 ตามลำดับ)

4. ใช้สารกระตุ้นและทดแทนน้ำลาย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38 ใช้น้ำลายเทียม ร้อยละ 25 ใช้การเดี่ยวหากินฝรั่งและอมลูก瓜ารที่มี และไม่มีส่วนผสมของน้ำตาล

เหตุผลในการเลือกใช้วิธีการจัดการของกลุ่มตัวอย่าง คือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ร้อยละ 62 ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา และปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หายร้อยละ 60 และ 53 ตามลำดับ แหล่งที่มาของข้อมูลในการใช้วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาพบว่า ได้รับคำแนะนำจาก

ภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภัยหลังได้รับรังสีรักษา

แพทย์มากที่สุด ร้อยละ 84 รองลงมาคือได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ร้อยละ 61 และจากแผ่นพับจากสถานที่มารับบริการ ร้อยละ 45 โดยผู้ป่วยเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองในการจัดการกับอาการมากที่สุด ร้อยละ 92 รองลงมาได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว/ญาติ ร้อยละ 30 เวลาที่ใช้จัดการกับภาวะน้ำลายแห้งคือปฏิบัติเมื่อมีอาการ/รู้สึกผิดปกติมากที่สุด ร้อยละ 56 และ ปฏิบัติเป็นเวลาที่แน่นอน (ระบุช่วงเวลา) เช่น เช้า/เย็น ร้อยละ 33 และจะปฏิบัติที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 99

ผลของการจัดการกับอาการ

ผลของการจัดการกับอาการน้ำลายแห้งพบว่า ส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 57 และวิธีการต่างๆ เหล่านั้นบรรเทาอาการ/อาการทุเลาลง ร้อยละ 37 การทำหน้าที่ของร่างกายได้ประเมินในเรื่องของการเดียง/กลืนอาหาร การพูด จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่าความสามารถในการเดียง/กลืนอาหาร และการพูดส่วนใหญ่ดีขึ้น ร้อยละ 76 และอีกร้อยละ 20 ยังเหมือนเดิม/ไม่ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสภาพอารมณ์ที่ดีขึ้นร้อยละ 78 ในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการจัดการกับอาการในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ เจ็บคอ มีแผลในช่องปาก

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำลายแห้ง กับคุณภาพชีวิต ปริมาณรังสีที่ได้รับ และ ระยะเวลาหลังได้รับรังสีรักษา (N=100)

ตัวแปร	ภาวะน้ำลายแห้ง	
	r	p
คุณภาพชีวิตโดยรวม	.75	< .001
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	.75	< .001
ด้านความปวด/ไม่สุขสบาย	.71	< .001
ด้านจิตใจ	.56	< .001
ด้านสังคม	.67	< .001
ปริมาณรังสีที่ได้รับ	.27	.006
ระยะเวลาหลังได้รับรังสีรักษา (เดือน)	-.13	.206

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง กับคุณภาพชีวิต ปริมาณรังสีที่ได้รับ และระยะเวลาหลังได้รับรังสีรักษาครบ

ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .75, p < .01$) หมายความว่า เมื่อมีภาวะน้ำลายแห้งยิ่งมาก คุณภาพชีวิตโดยรวมยิ่งต่ำ เมื่อพิจารณาด้านย่อยๆ พบร่วมกับภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความปวด/ไม่สุขสบาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .75, .71, .56, .67, p < 0.01$ ตามลำดับ) หมายความว่า เมื่อมีภาวะน้ำลายแห้งยิ่งมาก คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความปวด/ไม่สุขสบาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ยิ่งต่ำ นอกจากนี้ ภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปริมาณรังสีที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .05$) หมายความว่าภาวะน้ำลายแห้งมากตามปริมาณรังสีที่ได้รับ และภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาหลังได้รับรังสีรักษาครบ (เดือน) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.13, p > .05$)

ปิยวดี ชัดทะเสนา และคณะ

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับรังสีรักษาจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41–60 ปี พบรในเพศชาย ร้อยละ 70 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งช่องคอหลังโพรงมูกมากที่สุดร้อยละ 41 สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่พบมะเร็งกลุ่มนี้มากช่วงอายุ 40–59 ปี พบรในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตรา 2:1 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549; American Cancer Society, 2006)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ร้อยละ 55 ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมดระหว่าง 61–70 เגרย์ ในระยะเวลา 7–8.5 ลัปดาห์ ซึ่งเป็นมาตรฐานการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา (Ang & Garden, 2000) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 35 ได้รับรังสีรักษาครบแล้วเป็นระยะเวลา 1–6 เดือน และพบว่าต่อมาน้ำลายหลัก parotid และ submandibular อุดยื่นดำเนินการต่อไปเพื่อต่อเนื่อง การรักษาที่ดำเนินการต่อไปน้ำลายหลักทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง

ประสบการณ์การมีภาวะน้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่หลังได้รับรังสีรักษาครบทันทีถึง 24 เดือน พบร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตั้งแต่ต่ำสุดถึงสูงสุด (1–56 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย (17.61) ใกล้เคียงกับค่ามัธยฐาน (17.00) ซึ่งการให้ความหมายของคะแนนต่ำหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในวัยกลางคนตามลักษณะของสังคมวัฒนธรรมไทย ผู้ชายจะแสดงความแข็งแรงในการเป็นผู้นำครอบครัวภาวะน้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

ของ สุจิรา พึงเพ็ง (2550) พบร่วมกับภาวะน้ำลายแห้ง ร้อยละ 67.3

ผลของการมีภาวะน้ำลายแห้ง ได้แก่ สภาพฟัน ก่อนการฉายรังสีกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการประเมินสุขภาพในช่องปากโดยทันตแพทย์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 89 มีฟันผุ หลังจากนั้นได้รับการรักษา เช่น การถอนฟัน การอุดฟัน จนกระทั่งไม่มีภาวะฟันผุ และหลังได้รับรังสีรักษาครบได้มีการตรวจสภาพฟันเป็นระยะๆ พบร่วมตัวอย่าง ร้อยละ 16 มีฟันผุ การที่มีปริมาณน้ำลายลดลงจนเกิดภาวะน้ำลายแห้งทำให้สารที่ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปากลดลงจึงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเกิดฟันผุเกิดขึ้น (Chambers et al., 2007)

ด้านคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้ง พบร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตั้งแต่ต่ำสุดถึงสูงสุด (1–56 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย (17.61) ใกล้เคียงกับค่ามัธยฐาน (17.00) ซึ่งการให้ความหมายของคะแนนต่ำหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในวัยกลางคนตามลักษณะของสังคมวัฒนธรรมไทย ผู้ชายจะแสดงความแข็งแรงในการเป็นผู้นำครอบครัวภาวะน้ำลายแห้งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถแปลงวิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งได้เป็น 4 กลุ่มคือ

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 99 รับประทานอาหารที่มีส่วนผสมเป็นน้ำ เช่น แกงจืด ร่วมกับการดื่มน้ำร้อนระหว่างวัน ร้อยละ 88 หรือดื่มน้ำวันละ 2000 มล. ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาว่าผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งได้ นอกจากน้ำ สามารถทำหน้าที่แทนน้ำลายได้ นอกจากรินน้ำ จิบน้ำระหว่างวัน หรือ

ภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภัยหลังได้รับรังสีรักษา

การตีมน้ำระหว่างมื้ออาหารจะช่วยให้เกิดความชุ่มชื้นในช่องปากและช่วยให้ง่ายต่อการกลืนอาหาร (Davies & Singer, 1994)

2. การดูแลสุขภาพในช่องปาก เป็นวิธีการที่สำคัญในการช่วยลดภาวะน้ำลายแห้ง ได้แก่ การบ้วนปากบ่อยๆ จะช่วยกำจัดเศษอาหารและให้ความชุ่มชื้นแก่เยื่อบุในช่องปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96 บ้วนปากด้วยน้ำเปล่าและ/หรือ น้ำเกลือธรรมชาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิรา พุ่งเพื่อง (2550) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีภาวะน้ำลายแห้งหลังได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษาส่วนใหญ่บ้วนปากด้วยน้ำเกลือธรรมชาติ

3. การลดปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเผ็ดและเค็ม งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอลล์เป็นส่วนผสม งดการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

4. ใช้สารกระตุ้นและทดสอบน้ำลาย จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38 ใช้น้ำลายเทียม ซึ่งมีส่วนประกอบของ มิวชิน (mucin) และ คาร์บอคซีเม틸เซลลูโลส (carboxymethyl cellulose) เพื่อนอนน้ำลายธรรมชาติ (Levine, Aguirre, & Hatton, 1987) แต่การใช้น้ำลายเทียมก็มีข้อจำกัด คือ ออกรุทธิ์สัน ราชัดที่ไม่พึงประสงค์ และเสียค่าใช้จ่าย (Chambers et al., 2007) และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนแสดงความคิดเห็นว่าการตีมน้ำช่วยบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งได้ดีกว่าการใช้น้ำลายเทียม นอกเหนือนี้ ยังใช้วิธีการอมลูกกวาด หรือเคี้ยวหมากแรงๆ ร้อยละ 25 เพราะอาจช่วยกระตุ้นตัวน้ำลายที่ยังสามารถทำงานได้ (Miller & Keamey, 2001)

สำหรับผลของการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 57 มีอาการน้ำลายแห้ง ตีขึ้นและร้อยละ 37 สามารถบรรเทาอาการได้ ซึ่งต่างจากการศึกษาของสุจิรา พุ่งเพื่อง (2550) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการน้ำลายแห้งตีขึ้นร้อยละ 5.7 อาจ

เนื่องมาจากศึกษาในระหว่างที่รับการรักษา คือได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำลายแห้งร่วมกับภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่องปาก ส่วนด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การตีฆ่า การกลืนอาหารและการพูดของกลุ่มตัวอย่าง ตีขึ้นร้อยละ 76 และมีสภาวะด้านอารมณ์ตีขึ้นร้อยละ 78 ซึ่งอาจเนื่องมาจากการได้รับแรงสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวเนื่องจากล้วนใหญ่ร้อยละ 73 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการจัดการกับอาการ อาจเนื่องมาจากการใช้วิธีการจัดการแบบธรรมชาติ เช่น การบ้วนน้ำเปล่า การบ้วนปากด้วยน้ำเปล่า หรือสามารถใช้สหทิเบิกค่ารักษาได้จากสิทธิ์ที่มีอยู่

ภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิต ($r = .75, p < .01$) คือเมื่อมีภาวะน้ำลายแห้งยิ่งมากขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตยิ่งลดลง ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาที่พบว่า ภาวะน้ำลายแห้งและเจ็บคอลส์ผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Rose & Yate, 2001) นอกจากนี้ ยังพบอีกว่าภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปริมาณรังสีที่ได้รับ ($r = .27, p < .05$) เมื่อได้รับปริมาณรังสีที่เพิ่มขึ้นก็ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำลายแห้งมากยิ่งขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับรังสีในปริมาณ 60-70 เกรย์ ซึ่งปริมาณรังสีที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เป็นมาตรฐานคือ 60 เกรย์ขึ้นไป ซึ่งจะส่งต่อการทำลายต่อมน้ำลายอย่างถาวร (Nagler, 2002) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะน้ำลายแห้งที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาหลังได้รับรังสีรักษาครบทามที่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาหลังได้รับรังสีที่ต่างกันตั้งแต่ครบทันทีถึง 2 ปี และเป็นการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวในแต่ละตัวอย่าง หรืออาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้อาจจะได้รับการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งที่ตีจึงทำให้มีอาการน้อย

ปิยวดี ชั้ดทะเสนา และคณะ

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแห่งเดียวอาจไม่สามารถอ้างอิงไปถึงกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มอื่นๆได้ ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายเกิดภาวะน้ำลายแห้งหลังได้รับรังสีรักษา โดยมีความรุนแรงมาก น้อยแตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งจากแพทย์ และพยาบาล สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการรักษาและลดผลกระทบของภาวะน้ำลายแห้งหลังได้รับรังสีรักษาและระยะเวลาการเกิดอาการ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับช่วงเวลาหลังรับรังสีรักษาครบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการศูนย์ฯ ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ร่วมตรวจความตรงของเครื่องมือ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย จักษุโลตذا ชาย หญิง หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก หน่วยรังสีรักษา และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สถิติสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.
- นิรนล พจน์ด้าง. (2550). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลช่องปากเพื่อบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยที่รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญกร แสงแก้ว. (2549). การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีถื้นพำนกในภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2549). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: แอดค์ฟ พรินท์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2549). สถิติมะเร็งศีรษะและคอ. สถิติมะเร็ง (หน้า 11–12). กรุงเทพฯ: กรุงเทพการแพท.
- สุจิรา พุ่งเพื่อง. (2550). ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการและผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษารวมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิรดี ลดาวรรณ. (2548). อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. สงขลานันทร์เวชสาร, 23(2), 285–295.
- American Cancer Society. *Get statistics and research information.* Retrieved March 27, 2006 from American Cancer Society Website: http://www.cancer.org/docroot/stt_0
- Ang, K. K., & Garden, A. S. (2002). Radiotherapy for head and neck cancers, *Indications and techniques* (2nd ed.). New York: Lippincott
- Chambers, M. S., Rosenthal, D. I., & Weber, R. S. (2007). Radiation-induced xerostomia. *Head & Neck*, 29, 58–62.
- Davies, A. N., & Singer, J. (1994). A comparison of artificial saliva and pilocarpine in radiation induced xerostomia. *Journal of Laryngology and Otology*, 108, 115–120.

ภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับรังสีรักษา

- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 465-470.
- Eisbruch, A., Kim, H. M., Terrell, J. E., Marsh, L. H., Dawson, L. A., & Ship, J. A. (2001). Xerostomia and its predictors following parotid-sparing irradiation of head-and-neck cancer. *International Journal of Oncology Biology Physics*, 50(3), 695-704.
- Faber, M. V. (2000). Mucositis in cancer patients. In B. M. Nevidjon & K. W. Sower (Eds.), *A nurse's guide to cancer care* (pp. 311-317). Philadelphia: Lippincott.
- Harrison, L. B., Sessions, R. B., & Hong, W. K. (2004). Symptom management and supportive care for head and neck. *Head and neck cancer a multidisciplinary approach* (2nd ed., pp. 136-149). Philadelphia: Lippincott.
- Hawthorne, M., & Sullivan, K. (2000). Pilocarpine for radiation-induced xerostomia in head and neck cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(5), 228-232.
- Hay, D. K., & Morton, R. P. (2006). Optimal nocturnal humidification for xerostomia. *Head & Neck*, 28, 792-796.
- Henson, B. S., Inglehart, M. R., Eisbruch, A., & Ship, J. A. (2001). Preserved salivary output and xerostomia-related quality of life in head and neck cancer patients receiving parotid-sparing radiotherapy. *Oral oncology*, 37(1), 84-93.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Murray, T., Xu, J., Smigal, C., et al. (2006). Cancer statistics. *Cancer Journal Clinical*, 56(2), 106-130.
- Langendijk, J., Slotman, B., & Vander-Waal, I. (2005). Risk group definition by recursive partitioning analysis of patients with squamous cell head and neck carcinoma treated with surgery and postoperative radiotherapy. *Cancer*, 104, 1408-1417.
- Levine, M. J., Aguirre, A., & Hatton, M. N. (1987). Artificial saliva: Present and future. *Journal of Dental Research*, 66, 693-698.
- Logemann, J. A., Pauloski, B. R., Rademaker, A. W., Lazarus, C. L., Mittal, B., & Gaziano, J. (2003). Xerostomia: 12-month changes in saliva production and its relationship to perception and performance of swallow function, oral intake, and diet after chemoradiation. *Head & Neck*, 36, 432-437.
- Miller, M., & Keamey, N. (2001). Oral care for patients with cancer: A review of the literature. *Cancer Nursing*, 24(4), 241-254.
- Nagler, R. (2002). The enigmatic mechanism of irradiation induced damage to the major salivary glands. *Oral Disease*, 8, 141-146.
- Nederfors, T. (2000). Xerostomia and hyposalivation. *Advance Dentist Research*, 14, 48-56.
- Rose, P., & Yates, P. (2001). Quality of life experienced by patients receiving radiation treatment for cancers of head and neck. *Cancer Nursing*, 24, 255-263.
- Siriraj Hospital. (2004). *Siriraj Cancer Center Tumor Registry, 2004*. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.
- Sreebny, L. M. (1996). *Xerostomia: Diagnosis, management and clinical complications* (2nd ed.). London: British Dental Association.
- Strohl, R. A. (1999). Radiation therapy. In C. Miashowski & P. Buchsel (Eds.), *Oncology nursing: Assessment and clinical care* (pp. 59-81). St. Louis: Mosby.
- Trotti, A., Byhardt, R., & Stetz, J. (2000). Common toxicity criteria: Version 2.0. An improved reference for grading the acute effects of cancer treatment: Impact on radiotherapy. *International Journal Radiation Oncology Biology Physiology*, 47, 13-47.
- Wijers, O., Levendag, D., & Braaksma, M. (2002). Patients with head and neck cancer cured by radiation therapy: A survey of the dry mouth syndrome in long-term survivors. *Head & neck*, 24, 737-747.

Experience of Xerostomia, Management, and Outcomes in Patients with Head and Neck Cancer post Radiation*

Piyawadee Kuthasema** M.N.S. (Adult Nursing)

Panwadee Putwatana*** D.Sc. (Nutrition)

Darunee Junhavat*** M.Ed. (Educational Psychology and Guidance)

Abstract: The purpose of this descriptive research was to describe experiences of xerostomia, management and outcome, and their relationship in patients with head and neck cancer, post radiation. The symptom management model revised by Dodd and colleagues was applied as the conceptual framework of the study. The participants included 100 patients with head and neck cancer who had received radiation, recruited by purposive sampling from Otolaryngology Department, and Department of Radiology, at a university hospital. Data was collected using a set of questionnaires including the Patient's Profile Form, the Xerostomia-Related Quality of Life Questionnaire, the Xerostomia Questionnaire, and the Symptom Management Strategies Questionnaire, during January to April 2008. Descriptive statistics and Pearson Product Moment Correlation were used in data analysis. Results showed that the majority of the participants were male (70%), aged from 18 to 77 years with a mean of 52.56 years, had nasopharyngeal cancer (41%), and had received combination treatment with chemotherapy and radiation therapy. Experiences of xerostomia were various ranging from the lowest to highest score. The top five most favorable methods for management were: 1) foods containing water, sipping water (99%); 2) avoiding spicy and salty food (98%); 3) mouth rinsing and avoiding alcoholic drinks and tobacco (96%); 4) brushing teeth after meals (95%); and 5) following up with dentist (92%). The sources of knowledge in managing the symptom were physicians (84%) and nurses (61%). More than half (57%) reported that their xerostomia had improved. The overall xerostomia-related quality of life ranged from the lowest to highest score by which the mean and the median scores were low, indicating good quality of life. In addition, the analysis revealed that xerostomia was significantly correlated with lower quality of life and higher dose of radiation, whereas xerostomia was non-significantly, negatively correlated with the duration of post radiation. In sum, xerostomia is more severe when the dose of radiation is higher, regardless of how long the radiation treatment has been completed.

Keywords: Xerostomia, Head and neck cancer, Radiation, Symptom experience, Symptom management, Outcomes

*Thesis, Master Degree of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University. This research was support by a research grant from Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Graduate Student in Master Degree of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: rapyd@staff2.mahidol.ac.th

***Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University