

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดระบบบริการพยาบาล ต่อความพึงพอใจและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ศูนย์มหาวชิราลงกรณ ธิญบุรี

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งศีรษะและคอ
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
3. ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วย
4. ทฤษฎีระบบและแนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

1. โรคมะเร็งศีรษะและคอ

ศีรษะและคอเป็นอวัยวะที่เชื่อมระหว่างสมองและช่องทรวงอก มีอวัยวะสำคัญได้แก่ จมูก โพรงหลังจมูก กล่องเสียง ช่องปาก คอหอย และต่อมทอนซิล (Parzuchowski. 1994: 221-255; กุลธร เทพมงคล 2549) ปัจจุบันพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอสูงมีจำนวนมากอยู่ใน 10 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

อุบัติการณ์

มะเร็งศีรษะและคอมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 50 ปี โดยเฉลี่ยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (กุลธร เทพมงคล 2549; Stenson 2006) จากสถิติศูนย์มหาวชิราลงกรณ ธิญบุรี (2548) พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง เท่ากับ 5:1 และพบได้ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป แต่ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ระหว่าง 40-75 ปี

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดของการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ แต่พบว่าการกระจายเนื่องจากปัจจัยต่างๆ น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2533; Gale, & Charette 1994; Sidransky 2001; กุลธร เทพมงคล 2549) ดังนี้

1. **การสูบบุหรี่** เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุดของการเกิดโรคนี้ จากรายงานพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มากๆ มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งศีรษะและคอสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สูบบุหรี่ถึง 5-25 เท่า บุหรี่ที่มีก้นกรองหรือไม่มีก้นกรองไม่ได้ช่วยลดอัตราการเกิดโรค ถึงแม้ว่าการหยุดสูบบุหรี่จะลดการเกิดมะเร็งชนิดนี้ได้ แต่ความเสี่ยงโดยรวมก็ยังสูงกว่าในกลุ่มบุคคลที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อนเลย นอกจากบุหรี่ที่สูบแล้ว ยังรวมถึงการสูบบุหรี่ ชีง้า และการนำยาเส้นมา้วนสูบด้วย

2. **การดื่มสุรา** การดื่มสุราจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิด pharyngeal cancer จากการที่สารก่อมะเร็งสัมผัสกับเยื่อโดยตรง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการทำงานของตับในการที่จะทำลายสารก่อมะเร็ง ผู้ที่ดื่มสุรา ร่วมกับการสูบบุหรี่เป็นประจำ พบว่าเป็นปัจจัยทวีคูณที่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง

3. **การกินหมาก** หมากและปูนเป็นสารก่อมะเร็งที่มีผลกระทบและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก

4. **อาหาร** พบว่าอาหารก็เป็นปัจจัยหนึ่งของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า การขาดสารอาหารในบางพื้นที่ทำให้มีอุบัติการณ์ของมะเร็งศีรษะและคอสูงขึ้น เช่น การขาดวิตามินเอ

ในประเทศจีนพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อีกหลายชนิด เช่น การรับประทานอาหารพวกปลาเค็ม การสูดดมควันไฟจากการปรุงอาหาร

5. **ไวรัสบางชนิด** พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็ง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ Epstein-Barr virus (EBV) ซึ่งพบได้สูงในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก (nasopharyngeal carcinoma: NPC) และ Human papilloma virus (HPV) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งคอหอย (Oropharynx) (Sidransky, 2001: 793)

6. **Ultraviolet** แสงแดดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดมะเร็งริมฝีปาก พบว่าริมฝีปากล่างเป็นมะเร็งมากกว่าริมฝีปากบน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดดมากกว่า (สมจินต์ จินดาวิจักขณ์ 2547)

7. **ปัจจัยเสี่ยงหรือมลพิษจากการทำงาน** ได้แก่ ฝุ่นไม้ ใยเลื้อย อุตสาหกรรมเครื่องหนัง โรงถลุงนิเกิล โรงงานปฏิกรณ์นิวเคลียร์ เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งจมูกและไซนัส การได้รับรังสีเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งไทรอยด์ เป็นต้น (สุรศักดิ์ พุทธานุกาพ 2549: 267)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็น ดังนี้

1. มีความผิดปกติในการรับกลิ่น การกลืน การพูด มีแผลเรื้อรัง หรือมีอาการเจ็บ ซึ่งอาจพบว่าเป็นอาการเริ่มต้นของมะเร็งศีรษะและคอได้ (Jeenings 1997: 181)
2. มีอาการเสียงแหบเป็นระยะเวลานาน เมื่อตำแหน่งที่เป็นมะเร็งอยู่ที่กล่องเสียง มีอาการหายใจลำบาก นอกจากนี้ที่พบได้บ่อยอาจมีก้อนที่ลำคอและการตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งอาจเกิดจากเซลล์มะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง (Crafton 1995; กุลธร เทพมงคล 2549)

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรค และระยะของโรค (staging) ซึ่งประกอบด้วยขนาดของก้อนเนื้องอก การกระจายของเนื้องอกไปยังต่อมน้ำเหลือง ไกล่เคียงและการกระจายออกไปยังบริเวณอื่นๆ ผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะต้นๆ มักมีอาการไม่ชัดเจน และเมื่อตรวจร่างกายอาจไม่พบความผิดปกติหรือผิดปกติน้อยจนอาจจะวินิจฉัยไม่ได้ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีประวัติของการสูบบุหรี่น่าจะนึกถึงการเป็นมะเร็งในส่วนนี้ได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยส่วนมากจึงมาพบแพทย์เฉพาะทาง เมื่อโรคอยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรคนั้น

ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 การรักษาหลัก คือการผ่าตัด หรือให้รังสีรักษา ทั้งนี้แพทย์จะพิจารณาเป็นรายๆ ตามระยะโรคและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดได้สูงมากร้อยละ 80 และร้อยละ 60 ตามลำดับ มะเร็งระยะลุกลามที่ยังไม่มีการกระจายออกนอกบริเวณศีรษะและคอ (ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 A) ให้การรักษาด้วยการผ่าตัด และตามด้วยการฉายรังสี หรือการฉายรังสีแล้วทำการผ่าตัด หรือในกรณีที่ผ่าตัดไม่ได้จะใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์ 2541; กุลธร เทพมงคล 2549)

การประเมินผู้ป่วยก่อนวางแผนการรักษา

การประเมินผู้ป่วยก่อนวางแผนการรักษา ประกอบด้วย

1. การประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย
2. การประเมินสภาวะทางโภชนาการ
3. การดูแลช่องปากและฟัน
4. การประเมินหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เนื่องมาจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เช่น โรคปอด หัวใจ และทางเดินอาหาร ซึ่งจะต้องคำนึงถึงอยู่เสมอ รวมถึงยาประจำที่ผู้ป่วยต้องใช้อยู่ หลักการขั้นแรกก่อนให้การรักษาผู้ป่วย คือการดูแลรักษาและทำความสะอาดช่องปากให้เรียบร้อย ก่อนรับการรักษา การรักษาฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ รวมถึงการใช้ฟันปลอมที่เหมาะสมในกรณีที่จำเป็นต้องถอนฟัน จะต้องรอให้แผลหายเรียบร้อยแล้วที่จะทำการฉายรังสี ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ภายหลังการถอนฟัน ในกรณีที่เป็นในระยะเริ่มแรก (stage I, II) ผลของการรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาจะได้อัตราการหายขาดของโรคใกล้เคียงกัน การวางแผนการรักษาโรคที่ลุกลามแล้วจะต้องคำนึงถึงความสามารถในการควบคุมโรคทั้งบริเวณตำแหน่งของโรค ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์ 2541)

การรักษาด้วยรังสีรักษา

รังสีรักษา (radiation treatment) คือ การนำรังสีไอออไนซ์ (ionizing radiation) มาใช้ในการรักษาโรค ซึ่งอาจเป็นโรคทั่วไป โรคเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงหรือเนื้องอกมะเร็ง (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2533: 80) การให้รังสีมีหลักที่สำคัญ คือให้รังสีแก่ก้อนมะเร็งและพยายามให้มีการทำลายเนื้อเยื่อปกติให้น้อยที่สุด (ชลเกียรติ ขอบประเสริฐ และ ศิวลี สุริยาปี 2549) วิธีการรักษาทางรังสีมีวิธีการหลัก 2 วิธี คือ การฉายรังสี (teletherapy) และการใส่แร่ (brachytherapy) ซึ่งอาจใช้วิธีการใด วิธีการหนึ่งหรือ 2 วิธีร่วมกันก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับระยะของโรค ขนาดก้อนมะเร็ง และตำแหน่งที่เป็นโรคมะเร็ง (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2533: 88) ปัจจุบันรังสีรักษาให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงจนเป็นมาตรฐานในการรักษาโรค โดยการรักษาอาจใช้รังสีเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัดและการผ่าตัด สำหรับผลการรักษานั้นในปัจจุบันนับว่าได้ผลดีเป็นอย่างมาก (พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร 2548)

ร่างกายประกอบด้วยเซลล์หลายชนิด แต่ละชนิดจะไวต่อรังสีไม่เท่ากัน ชนิดที่ไวต่อรังสีมาก ได้แก่ เซลล์ที่มีการแบ่งตัวตลอดเวลา ส่วนเซลล์ที่ทนต่อรังสี ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อและเซลล์ประสาท ซึ่งไม่มีการแบ่งตัว ส่วนเซลล์มะเร็งนั้นมีความสมบัติอย่างหนึ่ง คือมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนตลอดเวลา จึงทำให้เซลล์มะเร็งไวต่อรังสีมากกว่าเซลล์ปกติ การใช้รังสีในการรักษาโรคมะเร็งทำได้โดยการฉายรังสีไปยังตำแหน่งที่เป็นโรค ซึ่งสามารถฉายรังสีคลุมก้อนมะเร็งทั้งหมด และต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงได้ เครื่องฉายรังสีในปัจจุบันมีหลายแบบ ขึ้นกับพลังงานทะลุทะลวง ซึ่งสามารถกำหนดให้ปริมาณรังสีสูงสุดอยู่ลึกไปจากผิวหนังได้ ทำให้ผิวหนังไม่พองหรือเป็นแผลเหมือนเครื่องฉายรังสีสมัยเก่า ดังนั้นเมื่อฉายรังสีอย่างระมัดระวังจะพบอาการแทรกซ้อน

น้อยลงหรือในขนาดที่ยอมรับได้ เครื่องฉายรังสีที่นิยมใช้คือเครื่องโคบอลต์ และเครื่องเร่งอนุภาค (ชลเกียรติ ขอบประเสริฐ และ ศิวลี สุริยาปี 2549; วุฒิสิริ วีรสาร 2548)

บทบาทของรังสีรักษา

รังสีรักษามีบทบาท 2 ประการ ในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2533; Foley & Sprague 1997; พิทยภูมิ ภัทรนุภาพร 2548)

1. Cure เป็นการรักษาเพื่อมุ่งหวังให้หายขาดจะต้องใช้ปริมาณรังสีสูง คือ ประมาณ 6,000-7,500 เซนติเกรย์ ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของก้อนมะเร็งนั้น โดยปกติจะฉายรังสีแก่ผู้ป่วยวันละ 180-200 เซนติเกรย์ ติดต่อกัน 5 วันต่อสัปดาห์ (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 5-7 สัปดาห์ ดังนั้นจะต้องคำนึงถึงอาการข้างเคียงจากรังสีด้วย เช่น อาการเจ็บคอ ทานข้าวไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายอาจทนการฉายรังสีขนาดนี้ไม่ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อายุมาก หรือผู้ป่วยที่ติดเชื้อแล้ว บุหรี่ ถ้าหากคิดว่าผู้ป่วยอาจทนการฉายรังสีขนาดนี้ไม่ได้และโรคสามารถที่จะผ่าตัดได้ก็ควรผ่าตัดก่อน ดีกว่าการใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียว แต่ทั้งนี้จะต้องไม่มีผลต่ออัตราการหายของโรค ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายหลังการผ่าตัด ซึ่งปริมาณรังสีที่ใช้จะน้อยลง อาจอยู่ในช่วงประมาณ 5,000-5,500 เซนติเกรย์

2. Palliation ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์นั้น โรคอยู่ในระยะที่มากแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็มีอาการต่างๆ จากโรคนั้น เช่น อาการปวด เลือดออก เป็นแผล กลืนไม่ได้ หรือต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น รังสีรักษามีบทบาทอย่างมากในการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเหล่านี้ ปริมาณรังสีจะเป็น palliative dose เช่น 3,000 เซนติเกรย์/ 2 สัปดาห์ เป็นต้น แต่ถ้าในรายที่เป็นมากและผู้ป่วยไม่มีอาการจากโรค การฉายรังสีอาจยังไม่จำเป็นในขณะนั้นเพราะผลของรังสีอาจไปเพิ่มอาการผิดปกติต่างๆ ให้กับผู้ป่วยได้

ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา

ภาวะแทรกซ้อนจากรังสี เกิดจากผลของรังสีที่มีต่อเนื้อเยื่อปกติ (Rubin P และ Cassarett GW 1968 อ้างใน พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2533: 90) ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ คือ 1) Acute period ได้แก่ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นใน 6 เดือนแรกของการรักษา 2) Subacute ได้แก่ผลที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนหลังของปี 3) Chronic ได้แก่ผลซึ่งเกิดในช่วง 2-5 ปี หลังการรักษาและ 4) Late period คือ ผลที่เกิดขึ้นหลังจาก 5 ปี ไปแล้ว ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ได้แก่

1. ปริมาณรังสี ถ้าได้รับรังสีในปริมาณสูง ผลข้างเคียงก็จะสูงขึ้น
 2. เนื้อที่การฉายรังสี ถ้าครอบคลุมเนื้อที่การฉายรังสีกว้างมาก ผลข้างเคียงก็จะสูงขึ้น
 3. ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาทั้งหมด ถ้ายิ่งเร่งให้การรักษาเสร็จในระยะสั้น ผลข้างเคียงก็จะสูงขึ้น
 4. อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยเด็กจะมีผลต่อการรักษาสูงกว่าผู้ใหญ่ในปริมาณรังสีที่เท่ากัน ทั้งนี้เพราะเนื้อเยื่อของเด็กไวต่อรังสีมากกว่า ในขณะที่วัยผู้ใหญ่จะมีผลข้างเคียงมากกว่าผู้ใหญ่ เพราะเนื้อเยื่อปกติของคนสูงอายุจะซ่อมแซมตัวเองได้น้อยกว่าเนื้อเยื่อของผู้ใหญ่
 5. โรคร่วมอื่นๆ ที่มีผลทำลายเนื้อเยื่อต่างๆ อยู่แล้ว เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีผลข้างเคียงจากการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วม
 6. ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยมีการอักเสบบริเวณที่ได้รังสีมาก่อน เพราะเนื้อเยื่อบริเวณนั้นอักเสบไปแล้ว จึงทำให้ผลข้างเคียงจากการรักษาสูงขึ้น
 7. การรักษาร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น การผ่าตัด หรือเคมีบำบัด เพราะทั้งสองวิธีมีผลในทางลบต่อเนื้อเยื่อการได้รับรังสีร่วมด้วยยิ่งทำให้เพิ่มผลข้างเคียงให้สูงขึ้น
- ในทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แบ่งผลข้างเคียงออกเป็น 2 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน ซึ่งนับจากการรักษาจนถึงภายใน 8 สัปดาห์ หลังครบรังสี และระยะยาวคือผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นภายหลัง 8 สัปดาห์ไปแล้ว (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2533: 90-91)

ภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน (Acute complications)

อาการที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับรังสี หรืออาการข้างเคียงระยะเฉียบพลัน จะหมดไปภายใน 4-8 สัปดาห์ หลังหยุดการฉายรังสีแล้ว เพราะเซลล์ของอวัยวะต่างๆ จะมีการซ่อมแซมตัวเอง และกลับทำงานได้ตามปกติ ในระยะนี้จะพบผลข้างเคียงได้ 2 ลักษณะ คือ

1. อาการทั่วไป ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซึ่งอาจเกิดหรือไม่ก็ได้ อาการจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สุขภาพของผู้ป่วย โรคประจำตัว ยาต่างๆ ที่ได้รับ โดยเฉพาะยาเคมี และตำแหน่งการฉายรังสี
2. อาการเฉพาะที่ เป็นอาการที่เกิดจากอวัยวะตรงตำแหน่งที่ได้รับรังสีรักษา เช่น การอักเสบของช่องปาก มีน้ำลายน้อย กลืนลำบาก และเสียงแหบ เป็นต้น ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้อาจลดความรุนแรงลง ถ้าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง (Chung, Hamilton & Brockstein 2006)

ภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลันที่สำคัญและพบบ่อย (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2533; Rose-Ped, A.M., et al. 2002; Chung, Hamilton & Brockstein 2006) ได้แก่

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ผิวหนังที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ คือ ผิวหนังส่วนที่ได้รับรังสีเท่านั้น ซึ่งได้แก่ผิวหนังบริเวณที่แพทย์ได้ขีดเส้นกำหนดไว้ในระหว่างการฉายรังสี ผิวหนังในส่วนอื่นนอกเหนือจากบริเวณนี้การรักษาความสะอาดหรือการดูแลจะเป็นไปตามปกติ ส่วนการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เมื่อได้รับรังสี ผิวหนังจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 อาการผิวหนังร้อนแดง (erythema) จะเกิดขึ้นใน 2-3 วันแรกของการฉายรังสีขึ้นอยู่กับปริมาณรังสี (dose) ที่ได้รับ ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกปวดแสบปวดร้อนหรือบวมในส่วนนั้นก็ได้ แต่มักเกิดเฉพาะบางราย ทั้งนี้เพราะส่วนหนึ่งของรังสีจะให้ผลคล้ายพลังงานความร้อน จึงทำให้ผิวหนังในส่วนนั้นมีอาการคล้ายถูกความร้อนจากน้ำร้อนลวกหรือไฟไหม้ได้ แต่จะไม่รุนแรง ซึ่งส่วนมากจะสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงเมื่อได้รับรังสีในปริมาณ 1,000-2,000 เซนติเกรย์ โดยการเปลี่ยนแปลงจะค่อยๆ เกิดขึ้นทีละน้อย

ระยะที่ 2 อาการผิวหนังคล้ำขึ้นจากการมีสารสีจับผิวหนัง (hyperpigmentation) เกิดจากผลของรังสีกระตุ้นเซลล์เมลานิน (melanocyte) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการสังเคราะห์เมลานิน (melanin) จึงทำให้ผิวหนังเป็นสีคล้ำ โดยเริ่มเกิดตรงบริเวณขมขนก่อนเพราะเป็นส่วนที่ไวต่อรังสีมากกว่าส่วนอื่นๆ จะเห็นเป็นจุดดำเล็กๆ กระจายตามรูขมขน จากนั้นเมื่อได้รับปริมาณรังสีเพิ่มขึ้น ผิวหนังส่วนอื่นในบริเวณที่ฉายรังสีจะค่อยๆ คล้ำขึ้น และอาจลอกเป็นสะเก็ดได้ จะเกิดขึ้นเมื่อผิวหนังได้รับรังสีประมาณ 2,000 เซนติเกรย์ ขึ้นไป

ระยะที่ 3 อาการผิวหนังแห้งเป็นขุยและหลุดลอกเป็นสะเก็ดหรือแผ่นบางๆ (dry desquamation) การหลุดลอกของผิวหนังเป็นการเปลี่ยนแปลงของหนังกำพร้าชั้นนอกสุดซึ่งเป็นชั้นที่ไม่มีการแบ่งตัว โดยเซลล์จะมีสีคล้ำก่อนที่จะหลุดลอกเป็นสะเก็ดออกมา ในกรณีที่ผู้ป่วยเกาหรือมีการเสียดสีของผิวหนังจะทำให้เซลล์หลุดลอกมากขึ้นและอาจเกิดแผลได้ง่าย นอกจากนี้ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันเมื่อได้รับรังสี ความสามารถผลิตเหงื่อจะลดลงเรื่อยๆ ทำให้ผิวหนังแห้งมากขึ้นและเกิดอาการคัน ถ้าผู้ป่วยเกาจะยิ่งทำให้ผิวหนังมีการหลุดลอกมากขึ้นและแตกเป็นแผลได้ง่าย ซึ่งจะพบเมื่อได้รับปริมาณรังสี 3,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป

ระยะที่ 4 ผิวหนังแตกเป็นแผลและมีน้ำเหลืองซึม (moist desquamation) มักเกิดเมื่อได้รับปริมาณรังสีมากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ ผิวหนังจะพองเป็นตุ่มใสๆ ต่อมาแตกออกเป็นแผล มีน้ำเหลืองไหลซึมออกมา คล้ายแผลจากน้ำร้อนลวกหรือไฟไหม้ ผิวหนังจะบวมแดงและหลุดลอกมากขึ้น

เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) จะเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ เมื่อฉายรังสีได้ประมาณ 2-3 สัปดาห์ อาการที่พบระยะแรกคือ อาการบวม แดง เจ็บ ต่อมาจะเป็นฝ้าขาว เมื่อลอกหลุดจะเจ็บปวดมากและกลายเป็นแผล มีเลือดออก และอาจเกิดการติดเชื้อตามมา ปฏิกริยาการอักเสบในช่องปากแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. **ระดับไม่รุนแรง (mild mucositis)** เป็นการอักเสบที่พบและเกิดกับผู้ป่วยทุกราย ลักษณะเป็นจ้ำแดงๆ กระจายทั่วๆ ไป (erythematous changes) พบเมื่อได้รับรังสีประมาณ 5 ครั้ง (1,000 เซนติเกรย์) โดยผู้ป่วยอาจมีเพียงเจ็บคอเล็กน้อยหรือไม่มีอาการเลย ตรวจดูเยื่อช่องปากจะเปลี่ยนแปลงเป็นสีอ่อนๆ เท่านั้น

2. **ระดับปานกลาง (moderate mucositis)** เยื่อช่องปากจะแดงจัด เกิดการอักเสบ และมีการหลุดลอกเกิดเป็นแผล ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอมากขึ้น โดยเฉพาะขณะรับประทานอาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ความรุนแรงระดับนี้มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้สารเคมีร่วมด้วย และผู้ป่วยที่มีมืองค์ประกอบเสริมความรุนแรงของการอักเสบต่างๆ ดังได้กล่าวแล้ว อาจพบการอักเสบในระดับนี้เมื่อได้รับรังสีประมาณ 2,000-3,000 เซนติเกรย์ แต่สำหรับผู้ป่วยอื่นสามารถพบได้ภายหลังได้รับรังสีประมาณ 25 ครั้ง (5,000 เซนติเกรย์)

3. **ระดับรุนแรงสูง (severe mucositis)** เยื่อช่องปากจะแดงและมีแผ่นฝ้าสีขาวเป็นจ้ำกระจายอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะด้านข้างของลิ้นและเพดานอ่อน ผู้ป่วยมีอาการเจ็บในช่องปากอย่างรุนแรง แม้แต่กลืนน้ำลายก็ลำบากและมักมีการติดเชื้อแทรกซ้อนตามมา

การอักเสบของเยื่อช่องปากขั้นปานกลางถึงรุนแรงนี้ ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะกลับเป็นปกติภายใน 2-4 สัปดาห์

อาการปากแห้ง (Xerostomia) และต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) ผลกระทบจากรังสีต่อเนื้อเยื่อต่อมน้ำลายในระยะเฉียบพลันจะแสดงอาการแตกต่างกัน อาการจะมากหรือน้อยขึ้นกับปริมาณรังสีและระยะเวลาที่ได้รับ เนื่องจากเซลล์บริเวณต่อมน้ำลายจะมีความทนต่อรังสีได้ดี ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับรังสีปริมาณน้อย ผลกระทบที่เกิดในระยะสั้นๆ จะไม่ทำลายเนื้อเยื่อต่อมน้ำลายอย่างถาวร แต่ในระยะยาวด้วยปริมาณรังสีที่มากขึ้น เช่น 5,000 เซนติเกรย์ ขึ้นไป อาจทำลายเซลล์ต่อมน้ำลายจากสาเหตุขาดเลือดมาหล่อเลี้ยง ซึ่งผลกระทบระยะเฉียบพลันพบได้ 2 ลักษณะคือ ภาวะปากแห้ง (xerostomia) และต่อมน้ำลายอักเสบ (sialadenitis)

อาการปากแห้ง (xerostomia) ต่อมน้ำลายหน้าหูที่ได้รับรังสี เป็นต่อมที่มีผลทำให้เกิดอาการปากแห้งได้มาก พบว่าถ้าต่อมน้ำลายใต้คางและต่อมใต้ลิ้นเพียง 2 คู่ ได้รับรังสี ผู้ป่วยจะรู้สึกปากแห้งเพียงเล็กน้อย หากต่อมน้ำลายหนึ่งหรือทั้ง 2 ต่อมน้ำลายได้รับรังสี ผู้ป่วยจะมีอาการปากแห้งชัดเจนขึ้น โดยที่น้ำลายจะคงมีอยู่ เพราะต่อมใต้คางและต่อมใต้ลิ้นยังคงปลอดภัยจากรังสี แต่ถ้า

ต่อมใต้คาง ต่อมใต้ลิ้นและต่อมหน้าหู ทั้ง 6 ต่อมได้รับรังสีทั้งหมด อาการปากแห้งจะปรากฏชัดเจนมาก

ต่อมน้ำลายอักเสบ (sialadenitis) หลังได้รับรังสีครั้งแรก 12 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 มีอาการต่อมน้ำลายบวมโตและขยายขนาดขึ้น การบวมที่เกิดขึ้นนี้พบมากที่สุดที่ต่อมน้ำลายใต้คาง ผู้ป่วยจะไม่มีอาการปวดหรือกดเจ็บ แต่อาจรู้สึกแน่นคออึดอัด อาการบวมดังกล่าวจะหายไปภายใน 1-2 วันโดยไม่ต้องรักษา

การรับรสและการได้กลิ่น (Taste and olfaction) ต่อมรับรสจะไวต่อรังสี ผู้ป่วยจะเริ่มสูญเสียการรับรสตั้งแต่ได้รับรังสีในระยะแรกๆ และอาจสูญเสียการรับรสจนหมดสิ้นในปลายสัปดาห์ที่ 3 หลังได้รับรังสี ส่วนกลไกที่ทำให้การรับรสเสียไป ยังไม่ทราบชัดเจน สันนิษฐานว่ารังสีอาจมีผลต่อเซลล์ของต่อมรับรส (test cell) ทำให้ต่อมรับรสเกิดฝ่อลีบและสลายตัวไป เมื่อได้รับรังสีในปริมาณตั้งแต่ 1,000 เซนติเกรย์ อย่างไรก็ตามเมื่อหยุดรังสี การรับรสจะกลับคืนมาเร็วมาก และจะกลับคืนมาอย่างสมบูรณ์ประมาณ 60-120 วัน หลังหยุดการรักษา

การสูญเสียการได้กลิ่น ยังไม่มีผลการศึกษาย่างชัดเจน แต่ได้มีการศึกษากับผู้ป่วยบางราย พบว่าภายหลังได้รับรังสีผู้ป่วยจะค่อยๆ สูญเสียการรับกลิ่น แต่หลังจากนั้นประมาณ 6-12 เดือน การรับกลิ่นจะกลับคืนมาได้

ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว (Late complications)

ผลข้างเคียงของระยะนี้จะเกิดเฉพาะตรงตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับรังสีเท่านั้น ได้แก่

เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Subcutaneous & submucous connective tissue) ชั้น

subcutaneous tissue ซึ่งเป็นไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเหลวๆ อาจจะแข็งตัวมากขึ้น เพราะผลจากรังสีทำให้เกิด fibrotic tissue แทรกอยู่บนชั้นนี้ ความยืดหยุ่นที่มีอยู่ก่อนหน้าได้รับรังสีจะสูญเสียไป และเมื่อเกิดอยู่รอบๆ ช่องปากจะมีผลทำให้อ้าปากได้ยาก (trismus) กรณีเช่นนี้จะเกิดขึ้นกับ mucosa ด้วย เรียกว่าเป็นอาการ submucous/ subcutaneous fibrosis ผลที่ทำให้อ้าปากยากนี้ จะรุนแรงมากขึ้นเมื่อเกิดร่วมกับกล้ามเนื้อที่ใช้ในการอ้าปากและหุบปาก เกิดภาวะพังผืดขึ้น (radiation fibrosis) การอ้าปากยากในระหว่างฉายรังสี จะมีผลต่อเนื่องมาถึงการดูแลทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย เมื่อร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น เจ็บปากจากแผลในปาก หรือภาวะ mucositis จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากได้ ผลที่สุดช่องปากจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตของเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น การติดเชื้อ เนื้อตาย ฟันผุ โรคปริทันต์ เป็นต้น

เนื้อเยื่อต่อมน้ำลาย (Salivary tissue) เนื้อเยื่อต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลงตาม ลำดับ หลังได้รับรังสี ผลที่เกิดขึ้นตามมาในระยะหลังรับรังสีคือต่อมน้ำลายมีขนาดเล็กลงและยึดแน่นกับเนื้อเยื่อรอบต่อม อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าหากผู้ป่วยแข็งแรง อายุน้อย ตำแหน่งต่อมน้ำลายไม่ได้รับผลจากรังสีทุกต่อม และได้รับรังสีไม่เกิน 5,000 เซนติเกรย์ ต่อมน้ำลายบางต่อมจะมีโอกาสซ่อมแซมตนเองและผลิตน้ำลายได้บ้าง

กระดูกใบหน้าและขากรรไกร (Facial and jaw bones) กระดูกที่เติบโตเต็มที่นั้น เซลล์กระดูกจะมีอัตราการตายและการโตช้า แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อกระดูก เช่น การบาดเจ็บ การติดเชื้อ และการทำลายกระดูก จะเกิดกลไกกระตุ้นเพื่อซ่อมแซมส่วนของกระดูกที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดความเสียหายนั้น แต่เมื่อกระดูกได้รับรังสี เซลล์เหล่านี้จะไม่สามารถแบ่งตัวได้ หรืออาจแบ่งได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากรังสีได้ทำอันตรายต่อกลไกการเติบโตและการซ่อมแซมของเซลล์เหล่านี้ เซลล์กระดูกจึงค่อยๆตายไปที่ละน้อย ตามเวลาที่ผ่านมา

กระดูกที่ตายจากรังสี จะมีลักษณะเซลล์กระดูกและเส้นเลือดที่มาเลี้ยงกระดูกนั้นถูกทำลายลง โพรงกระดูก (marrow space) จะถูกแทนที่ด้วย loose connective tissue และเซลล์ที่พบในการอักเสบของกระดูกที่ตายแล้วเช่นนี้ย่อมง่ายต่อการติดเชื้อ หากมีช่องทางที่โรคในช่องปากหรือนอกช่องปากผ่านเข้ามาได้ เช่น การติดเชื้อของฟัน การติดเชื้อของโรคเหงือก กระดูกขา กรรไกรล่าง ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดกระดูกตายจากรังสีสูงมากกว่ากระดูกขากรรไกรบน กระดูกขากรรไกรบนจะมีขีดความสามารถในการฟื้นตัวหรือซ่อมแซมได้ดีกว่า ปัญหานี้จะเริ่มปรากฏให้เห็นใน 3 ถึง 12 เดือน แรก หลังหยุดรังสีและจะปรากฏต่อไปได้อีกหลายปี ทรายที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ บริเวณที่มีแนวโน้มการเกิดผลแทรกซ้อนนี้ง่ายคือ กระดูกขากรรไกรด้านหน้า เพราะถูกปกคลุมด้วย mucosa ที่หายจากภาวะ mucositis โอกาสจะเป็นแผลจึงง่ายกว่าขณะที่บริเวณพื้นที่ด้านหลังมีเนื้อเยื่อ เช่น กล้ามเนื้อ ไขมัน ปกคลุมอยู่มากกว่า แต่หากติดเชื้อก็จะมี ความรุนแรงมากกว่า

ผู้ป่วยที่ยังคงมีฟันอยู่ จะเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีฟันในปากเลย เนื่องจากฟันและส่วนที่รองรับฟัน เป็นทางนำเชื้อโรคหรือการติดเชื้อเข้าสู่กระดูกขากรรไกร โดยง่าย และภายใต้เงื่อนไขที่ฟันและส่วนที่รองรับฟันต้องอยู่ในช่องปากที่แห้ง เป็นกรดและสิ่งแวดล้อมในช่องปากที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังได้รับรังสี การซ่อมแซมแผลเกิดได้ยาก ขาดเลือดมาเลี้ยง เมื่อเซลล์พยายามแบ่งตัวและสร้างเนื้อเยื่อใหม่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังรับรังสีแล้วถ้ายังดื่มเหล้า สูบบุหรี่อยู่ จะมีความเสี่ยงสูงมากขึ้น ต่อการเกิดกระดูกขากรรไกรตายและติดเชื้อในภายหลัง และเมื่อเกิดภาวะนี้ขึ้นแล้วการรักษาพยาบาลจะต้องใช้ความอดทน มีกำลังใจ และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ป่วยสูงอายุ เพราะภาวะนี้มักเรื้อรังและลุกลามได้ง่ายมักก่อความทรมานอย่างใหญ่หลวงต่อผู้ป่วย

แต่ถ้าสามารถดูแลช่องปากและฟันได้ตามที่แพทย์แนะนำแล้ว โอกาสเกิดภาวะนี้มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยรังสีรักษา มีหลักเช่นเดียวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอื่นๆ จะแตกต่างกันบ้างในส่วนของภาวะจิตใจทั้งของผู้ป่วยและของญาติ ในส่วนของกายภาพฟื้นฟูและในการติดตามผลการรักษา (Follow up) ซึ่งต้องสม่ำเสมอและตลอดไป ผู้ป่วยจะได้รับการฉายรังสีอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เวลาประมาณ 5-7 สัปดาห์ ในระหว่างการรักษาอาจเกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากผลของรังสีได้มากมาย พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว เผชิญปัญหาต่างๆ ได้จนครบการรักษา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา มีดังนี้

การดูแลก่อนรับการรักษา

1. การดูแลด้านร่างกาย

1.1 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษา ผู้ป่วยจะต้องได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกายโดยละเอียด ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษทางเอ็กซเรย์ หรือตรวจรักษาพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ถ้าเป็นการฉายรังสีผ่านช่องปาก ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาช่องปากและฟันจากทันตแพทย์ก่อน เป็นต้น ทั้งนี้เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อลดผลข้างเคียงจากการรักษาให้น้อยที่สุด และเพื่อเป็นมาตรฐานในการติดตามผลการรักษาต่อไป

1.2 แนะนำเกี่ยวกับเสื้อผ้าและเครื่องแต่งกายที่ใช้ในระหว่างมารับการฉายรังสี ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะดวกต่อการถอดและสวมใส่ เพราะการฉายรังสีแต่ละครั้งบริเวณที่ได้รับการฉายรังสีจะต้องไม่มีเสื้อผ้าปกคลุมอยู่ เสื้อผ้าต้องสะอาดและมีเนื้อผ้าอ่อนนุ่ม ไม่ระคายเคืองหรือไม่รัดแน่นจนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณที่ฉายรังสี นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ ต้องไม่ใส่เครื่องประดับ สร้อยคอ เพื่อลดการเสียดสีผิวหนังส่วนที่ได้รับรังสี เพราะผิวหนังส่วนนั้นจะเป็นแผลถลอกได้ง่าย

1.3 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีคุณค่าต่อร่างกาย ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ควรเน้นว่าไม่มีอาหารแสลง แต่ควรหลีกเลี่ยงเผ็ดจัดได้แก่ สุรา บุหรี่ หมาก พลุ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงพร้อมที่จะรับการรักษา

1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยให้ผู้ป่วยอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สั้น รวมทั้งดูแลความสะอาดปากและฟันด้วย

1.5 ชักประวัติโรคประจำตัวต่างๆ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการรักษา เช่น โรค หัวใจ โรคหอบหืด หรือโรคเบาหวาน เป็นต้น

1.6 การรับประทานยาซึ่งใช้รักษาโรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ร่วมด้วยเช่น ยา เบาหวาน หรือยาโรคหัวใจ ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาต่างๆ เหล่านั้นตามคำสั่งแพทย์ และรับการ ตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์เฉพาะทางเหล่านั้นตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แต่ต้องแจ้งให้แพทย์ ทางรังสีทราบด้วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสอดคล้องในการรักษาร่วมกัน

1.7 การตรวจนับเม็ดเลือด หากผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำมาก แพทย์อาจ พิจารณาฉายรังสีชั่วคราว และอาจต้องให้ยากระตุ้นการทำงานของไขกระดูกเพื่อสร้าง เม็ดเลือดขาวเพิ่ม

2. การดูแลด้านจิตใจ

2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้การต้อนรับ พுகุญ ชักถามปัญหาผู้ป่วย ด้วยสีหน้าแจ่มใส วาจาสุภาพ และจริงใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเอง กล่าวที่จะปรึกษาและซักถาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจ พร้อมทั้งจะรับการฉายรังสี

2.2 ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการฉายรังสี ขั้นตอนการรักษา วิธีการติดต่อเพื่อเข้ารับการฉายรังสี สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องมีความรู้และสามารถให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาฉายรังสีอย่างต่อเนื่อง อาการ ข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดอาการดังกล่าว รวมทั้งควร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาและระบายความคับข้องใจต่างๆ ด้วย

2.3 เนื่องจากการฉายรังสีต้องใช้เวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 5-7 สัปดาห์ และมัก เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องเตรียมตัวในเรื่องของการทำงาน ลางาน การเดินทางมาและกลับ เนื่องจากต้องฉายรังสีทุกวัน รวมไปถึงเรื่องที่พักอาศัยและอาหารการกิน (ถ้าเป็น ผู้ป่วยต่างจังหวัด) ซึ่งถ้ามีปัญหาเหล่านี้ ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ จะได้ ร่วมมือกันหาทางช่วยเหลือแก้ไข เพื่อให้การรักษาดำเนินไปได้อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาที่ ได้กำหนดไว้

2.4 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นที่จะต้องนอนนิ่งๆ ขณะฉายรังสี ในราย ที่มีอาการปวด ควรรับประทานยาแก้ปวดก่อนไปรับการฉายรังสี

2.5 แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล แนะนำเกี่ยวกับสถานที่ บุคคลากรที่เกี่ยวข้อง วิธีการติดต่อเพื่อเข้ารับการฉายรังสี กำหนดเวลาสำหรับการฉายรังสีและ แผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

2.6 ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ คลายความวิตกกังวล และแสดงความพร้อม ที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

การดูแลขณะรับการรักษา

ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี จะแตกต่างกันตามความไวของ เนื้อเยื่อและเซลล์แต่ละชนิด เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยในขณะนี้ เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและบรรเทาอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ การดูแลเพื่อบรรเทา อาการทั่วไป เช่นการดูแลผิวหนังในระหว่างฉายรังสี การทำความสะอาดช่องปากและฟัน การ รับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะคลื่นไส้หรือเบื่ออาหาร การออกกำลังกาย การทำกายภาพพื้นฟู การเข้าสังคม ความสัมพันธ์ทางเพศ และการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เฉพาะที่ ซึ่งจะเกิดขึ้นในบริเวณที่ฉายรังสี อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี

เมื่อฉายรังสีได้ประมาณ 1-2 สัปดาห์ ผิวหนังอาจมีลักษณะบวม แดงคล้ำแห้ง เป็นขุยคัน และอาจลอกหรือตกสะเก็ดได้ ผมหหรือขนอาจร่วงหลุด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง จะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยอย่างมาก ถ้ารุนแรงมากจนทำให้ผิวหนังชั้นบนสุดหลุดลอก ตกเป็นแผล ผู้ป่วยอาจต้องพักการฉายรังสีชั่วคราวจนกว่าแผลจะหาย การดูแลผิวหนังระหว่างการ ฉายรังสี มีดังนี้

1.1 ผิวหนังในระยะเกิดการบวมหรือผื่นแดง ไม่มีการรักษาพิเศษเพียงแต่อธิบาย ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

1.2 ภาวะ hyperpigmentation และ dry desquamation แนะนำผู้ป่วยให้ระมัด ระวังไม่ให้ผิวหนังส่วนนั้นเปื่อยขึ้น ต้องซับเบาๆ ด้วยผ้าสะอาดที่อ่อนนุ่มจนแห้ง ห้ามเช็ดหรือขูด ถู ถ้าผิวหนังส่วนนี้มีอาการคันมากให้ทาบางๆ ด้วยน้ำยา gentian violet หรือน้ำยา betadine ห้ามทายา แก่คัน ยกเว้นแพทย์เป็นผู้สั่ง ถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วยควรใช้ยาปฏิชีวนะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ของการติดเชื้อนั้น ๆ

1.3 ภาวะ moist desquamation ต้องอธิบายให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจว่าไม่ได้เกิด จากแผลมะเร็งลุกลาม แต่เป็นแผลที่หายช้าใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ขึ้นไป การรักษาถ้า แผลเล็กๆไม่เกิน 1-2 ซม. ใช้ทาบางๆด้วยน้ำยา gentian violet เพียงวันละ 2-3 ครั้ง พร้อมกับหยุด

พักการฉายรังสีในบริเวณนั้นชั่วคราวจนกว่าแผลจะหาย ร่วมกับการรักษาผิวให้แห้งและสะอาด แต่ถ้าแผลกว้างมากให้ใช้น้ำยา betadine แทน และปิดแผลด้วย sofra-tulle หรือ bactacin guaze และควรทำแผลอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง อาจใส่แผลด้วยครีม antiinfectives เช่น dermazine หรือยาผง ปฏิชีวนะถ้ามีการติดเชื้อ

2. เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis)

จะเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ เมื่อฉายรังสีได้ประมาณ 2-3 สัปดาห์ อาการที่พบระยะแรกคือ อาการบวม แดง เจ็บ ต่อมาจะเห็นเป็นฝ้าขาว เมื่อลอกหลุดจะเจ็บปวดมากและกลายเป็นแผลมีเลือดออก และอาจเกิดการติดเชื้อตามมา ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดอาการดังกล่าว ผู้ป่วยควรดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากและฟันเป็นพิเศษอาจใช้แปรงสีฟันขนาดเล็ก ที่มีขนอ่อนและยาสีฟันที่รสไม่จัด ร่วมกับการใช้น้ำยาบ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยงดสิ่งระคายเคืองต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ หมาก พลุ และสอนให้ผู้ป่วยตรวจดูภายในช่องปากทุกวันว่ามีแผล มีเลือด หรือเชื้อราหรือไม่ ในรายที่ผู้ป่วยเจ็บในปากและคอบ่อย แพทย์อาจสั่งยาชาเฉพาะที่ผสมน้ำอมกลิ้วปากและคอก่อนรับประทานอาหาร ถ้าเกิดการอักเสบของเยื่อในช่องปากจนกลายเป็นแผลลึก (ulcer) มีลักษณะคล้ายแผลอักเสบ ซึ่งมักจะเกิดตรงบริเวณด้านข้างทั้งสองของลิ้นที่ติดอยู่กับฟัน หรือซอกปลายกระพุ้งแก้มที่กดติดกับส่วนของฟันกราม แพทย์อาจพิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อร่วมด้วย

3. อาการปากแห้ง (Xerostomia)

ผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะ คอ และต่อมน้ำลาย จะทำให้น้ำลายชั้นเหนียว จึงทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารลำบากและรับประทานอาหารไม่อร่อย ควรแนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ และรับประทานอาหารที่มีน้ำประกอบอยู่ด้วย เช่น แอ่งจืดต่างๆ ไข่ตุ๋น ขนมหอม และเครื่องดื่มน้ำผลไม้ ไอศกรีม น้ำผลไม้ ฯลฯ อมลูกอมหรือเคี้ยวหมากฝรั่งที่มีรสเปรี้ยวแต่ไม่หวานจัดเพื่อกระตุ้นต่อมน้ำลาย นอกจากนี้ควรงดเหล้า บุหรี่ หรือใช้ยาบ้วนปากที่มีขายทั่วไปซึ่งมักมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จะยิ่งทำให้ปากคอแห้งยิ่งขึ้น ในบางรายแพทย์อาจช่วยโดยใช้น้ำลายเทียมพ่นในปากบ่อยๆ จะช่วยให้ช่องปากชุ่มชื้นและบรรเทาอาการลงได้

การดูแลภายหลังครบการรักษา

ผลข้างเคียงของรังสีที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่วนใหญ่จะหมดไปภายใน 4-8 สัปดาห์ หลังฉายรังสีครบ เพราะเซลล์ของอวัยวะต่างๆ มีการซ่อมแซมตัวเองและกลับทำงานได้ตามปกติ สำหรับผลในระยะยาวจะเกิดขึ้นในภายหลัง ซึ่งอาจใช้ระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี หลังสิ้นสุด

การรักษาแล้ว โดยจะเกิดเฉพาะอวัยวะหรือบริเวณที่ได้รับรังสี ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังฉายรังสี จึงมุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้ร่างกายฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว และลดอาการข้างเคียงในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรมาพบแพทย์

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เนื่องจากการฉายรังสีจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการติดตาม เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ จะช่วยลดอาการข้างเคียงจากรังสีให้น้อยลง และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งที่มีกระตุ้น ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นทันทีหรือเกิดขึ้นหลังจากที่ถูกกระตุ้นมาแล้วระยะหนึ่ง (บุญเกื้อวัชรเสถียร 2543) ดังนั้นพฤติกรรมจึงเป็นตัวกำหนดสุขภาพของบุคคลที่สำคัญ จะเห็นได้ว่าปัญหาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมของบุคคล (นิตยา เพ็ญศิริินภา 2549)

เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย ความต้องการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้น และจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลจะต้องมีการพัฒนาความสามารถ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้น (ขนิษฐา นิลสร 2544) จากการศึกษาของคอดด์ (Dodd 1984: 23-27 อ้างใน บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ 2533: 19) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งหัวไปที่กำลังรับรังสีรักษา จำนวน 30 ราย ที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของรังสีและกิจกรรมการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องรังสีรักษาและเอาใจใส่ต่ออาการข้างเคียงตั้งแต่เริ่มแรกจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง และจากการศึกษาของ Kubricht (1984 อ้างใน ขนิษฐา นิลสร 2544) เรื่องความต้องการการดูแลตนเองในผู้ป่วยนอกที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองสูงมากในเรื่องการป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพและความต้องการการดูแลตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กับบริเวณที่ฉายรังสีและอาการข้างเคียงจากรังสี เช่น ผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณทรวงอกและคอ จะมีความต้องการดูแลตนเองในเรื่อง อาการไอ เสียงแหบ หายใจสั้น มีแผลในช่องปาก อาการปากแห้ง และการกลืนลำบาก

เป็นต้น และพบว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงมาก่อนจะยอมรับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้มากกว่า และจากการศึกษาของนิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) เรื่องความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย ในด้านการออกกำลังกาย ด้านการพบปะพูดคุยกับผู้อื่น การหาความรู้ในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และการขยายช่องปาก

จากการศึกษาของชนินฐา นิลสร (2544) ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา และDodd (1982) ได้ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างไม่ต่อเนื่อง และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย เนื่องจากมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจำกัด และได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลน้อย

ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะสามารถป้องกันและลดผลกระทบจากอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งขณะและภายหลังรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะรับการรักษา ควรครอบคลุมเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ

1.1 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าทางโภชนาการได้ทุกชนิด โดยไม่มีของแสลง ควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อปลา ไก่ ไข่ นม หรือผลิตภัณฑ์ที่ทำจากถั่วเหลือง ผัก ผลไม้สด และควรงดอาหารร้อนจัด อาหารหมักดอง และอาหารที่มีรสจัดทุกชนิด

1.2 ถ้ามีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้หรืออาเจียน ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย โดยรับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง เช่น 5-6 มื้อต่อวัน หรืออาจรับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้ออาหารหลัก เช่นนมถั่วเหลือง นมสด หรือซูป เป็นต้น

1.3 ควรจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อลดอาการปากแห้งและรับประทานอาหารที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ เช่น แองกีสต์ ไข่ตุ๋น ขนมน้ำแข็งและเครื่องดื่ม เช่น ชาสมุนไพร ไอศกรีม น้ำผลไม้ ฯลฯ และอม

ลูกอมหรือเคี้ยวหมากฝรั่งที่มีรสเปรี้ยว แต่ไม่หวานจัดเพื่อกระตุ้นต่อมน้ำลาย และล้างปากทุกครั้ง หลังอมลูกอมหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง

1.4 ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ฯลฯ ต้องจำกัดอาหาร บางประเภทตามวิธีการรักษาของโรคนั้นๆด้วย และผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ผู้รักษา โรคนั้นๆ ร่วมด้วยเช่นกัน

1.5 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี

1.6 งดเหล้า บุหรี่ หนัก และจำกัดเครื่องดื่มประเภทน้ำชา กาแฟ

2. การดูแลผิวหนังที่ได้รับรังสี

2.1 ระวังไม่ให้เส้นที่แพทย์ขีดไว้ลบ ถ้าเส้นลบหรือเลือนต้องพบแพทย์ เพื่อขีดเส้นใหม่ ห้ามขีดเส้นเองโดยเด็ดขาด ถ้าผู้ป่วยขีดเส้นเองจะทำให้ตำแหน่งการฉายรังสี คลาดเคลื่อนและการรักษาไม่ได้ผล ในผู้ป่วยบางรายผิวหนังอาจไวต่อสีที่แพทย์ใช้ขีดเส้นจะเห็นได้จากตรงรอยขีดเส้น จะเกิดแผล การรักษาเพียงแต่อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและทาบางๆ ด้วย gentain violet 1% แผลจะหายภายใน 2-3 วัน

2.2 หลีกเลี่ยงการใช้ครีมหรือยาต่างๆ เช่น ครีมบำรุงผิว ครีมกันแดด หรือ ยาหม่อง ฯลฯ ทาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี

2.3 การทำความสะอาดร่างกาย แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติแต่ต้องระวัง ไม่ขัดถูขี้ไคลหรือใช้สบู่ถูบริเวณที่ฉายรังสี หลังจากนั้นจึงใช้ผ้านุ่มๆ ซับให้แห้ง

2.4 ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อนหรือน้ำแข็งบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี และระวังไม่ให้ ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีถูกความร้อนหรือแสงแดดจัดๆ โดยตรงในช่วงเวลากลางวันเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้เกิดระคายเคืองต่อผิวหนังได้ กรณีมีความจำเป็นควรสวมหมวก สวมเสื้อ หรือกางร่ม เพื่อป้องกันบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสีจากแสงแดด

2.5 ป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี โดยไม่สวมเสื้อผ้าที่คับ หรือมีเนื้อหยาบกระด้าง และงดการใส่สร้อยคอ เพราะจะเสียดสีผิวหนังทำให้เกิดแผล และมีการติดเชื้อได้

2.6 ห้ามใช้แป้งทาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี เนื่องจากแป้งอาจจะมิโลหะหนัก ผสมอยู่ เมื่อฉายรังสีจะทำให้ปฏิกิริยาต่อผิวหนังรุนแรงขึ้น

2.7 หลีกเลี่ยงการโกนขนหรือผมบริเวณฉายรังสี เพราะอาจทำให้เกิดแผลขึ้น ซึ่ง แผลที่เกิดบริเวณที่ฉายรังสีจะหายช้า หากจำเป็นต้องโกนหนวดควรใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้า และ ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่ก่อนทุกครั้ง ห้ามใช้วัสดุเหนียวต่างๆ เช่น พลาสเตอร์หรือเทปติดผิวหนัง บริเวณฉายรังสีเพราะจะทำให้เกิดการระคายเคือง เป็นแผลได้ง่าย

3. การดูแลช่องปากและฟัน

3.1 รักษาช่องปากและฟันให้สะอาดอยู่เสมอ โดยการแปรงฟันหลังอาหารหลัก ทุกครั้งหรืออย่างน้อย 2 ครั้ง คือตื่นนอนตอนเช้าและก่อนเข้านอน ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟัน และ ควรบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้งด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น น้ำเกลือหรือน้ำสะอาดธรรมดา

3.2 ใช้ยาสีฟันซึ่งมีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรง อ่อนนุ่ม เพื่อลดการระคายเคืองต่อเยื่อเมือกต่างๆ ในกรณีที่มีเยื่อเมือกช่องปากอักเสบแล้ว การทำความสะอาดโดยแปรงสีฟันอาจทำให้เกิดความระคายเคืองอย่างมากได้ ควรใช้ผ้าสะอาดพันนิ้วมือ เช็ดทำความสะอาดฟัน เหงือก และซอกฟันแทนแปรงสีฟัน

3.3 ในระหว่างการฉายรังสีห้ามถอนฟัน ทั้งนี้เพราะแผลถอนฟันมักจะไม่ได้ดีหรือ ติดซ้ำจึงมีโอกาสนำให้เหงือกอักเสบและลูกกลามเข้ากระดูกกราม เกิดการติดเชื้อได้ง่าย แต่การรักษา พยาบาลในลักษณะอื่นๆ เช่น ขูดหินปูน รักษาโรคฟันหรืออุดฟัน สามารถทำได้และไม่มีผลกระทบ ต่อการรักษา

3.4 กรณีมีการอักเสบของเยื่อเมือกปาก ควรปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์มักจะแนะนำให้ใช้กลีเซอรินบอแรกซ์ (glycerin borax) หรือยาซึ่งอยู่ในภาวะเป็นครีมเช่น ครีมคินาล็อก (kenalog in orabase) หรือครีมคามิลโลซาน(kamillisan) เป็นต้น แต่ถ้ามีการอักเสบของเยื่อเมือกในช่องปาก เช่น ที่กระพุ้งแก้ม ลิ้น หรือเพดาน ใช้เจนเชียนไวโอเล็ต(gentian violet) เพราะสามารถป้องกันการติดเชื้อเราได้

4. การออกกำลังกายและกายภาพฟื้นฟู การเข้าสังคม และความสัมพันธ์ทางเพศ

4.1 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอพอสมควร เท่าที่ ร่างกายสามารถทำได้ทั้งในระหว่างและหลังครบการรักษา สามารถเดินทางไปเที่ยวหรือพักผ่อนได้ ถ้าสภาพร่างกายแข็งแรงพอ

4.2 กายภาพฟื้นฟู ผู้ป่วยต้องทำกายภาพฟื้นฟูโดยเคร่งครัด สม่ำเสมอ และ ตลอดไป เพราะผลข้างเคียงจากการรักษาอาจเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดก็ได้ นับจากครบการรักษา แล้ว ทั้งนี้การทำกายภาพฟื้นฟูจะช่วยลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้เป็นอย่างดี ในผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จะมีโอกาสเกิดพังผืด(fibrosis) ของกล้ามเนื้อบริเวณช่องปาก และคอ ทำให้เกิดภาวะช่องปากแคบ (trismus) และคอติดแข็ง (stenostomia) ได้ การบริหารช่อง ปากโดยการอ้าปากให้กว้างที่สุดสลับกับการหุบปากให้สนิทอย่างน้อยวันละ 50 ครั้ง ร่วมกับการ คาบจุกก๊อกทุกวัน วันละประมาณ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 1-2 นาที จะช่วยป้องกันไม่ให้ช่องปากแคบได้ โดยสมบูรณ์ เป็นต้น

การบริหารคอ โดยการก้มหน้า สลับกับการเงยหน้าจนสุด และการหันหน้าไปทาง ด้านซ้ายและด้านขวาจนสุดสลับกัน อย่างน้อยวันละ 10 รอบ จะสามารถป้องกันภาวะคอติดแข็งได้

4.3 ความสัมพันธ์ทางเพศ การฉาวยังสีไม่เป็นข้อจำกัดหรือข้อห้ามแต่อย่างใด ยกเว้นกรณีให้เคมีบำบัดร่วมด้วย อาจต้องมีการวางแผนครอบครัวไว้ก่อน เพราะอาจมีผลทำให้ ทารกในครรภ์พิการได้

4.4 การเข้าสังคม เนื่องจากมะเร็งไม่ใช่โรคติดต่อ และการฉาวยังสีนั้นผู้ป่วยจะ ได้รับรังสีเฉพาะขณะเปิดเครื่องฉาวยังสีเท่านั้น จึงไม่มีรังสีตกค้างอยู่ในตัว ดังนั้นจึงปลอดภัยและ สามารถติดต่อกุลูกได้กับทุกคน รวมทั้งเด็กทารกเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป

ผลข้างเคียงของรังสีในระยะเฉียบพลัน (acute complications) ส่วนใหญ่จะหมดไป ภายใน 4–8 สัปดาห์ หลังฉาวยังสีครบ สำหรับผลในระยะยาวจะเกิดขึ้นในภายหลัง อาจใช้ ระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี หลังสิ้นสุดการรักษาแล้ว โดยจะเกิดเฉพาะอวัยวะหรือบริเวณที่ ได้รับรังสี ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังครบการรักษา จึงมุ่งเน้นให้ร่างกายฟื้นคืนสู่ สภาพปกติโดยเร็ว และลดอาการข้างเคียงในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการสังเกตอาการ ผิดปกติต่างๆ ที่ควรมาพบแพทย์ ดังนี้

1. ดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี เช่นเดียวกับขณะฉายรังสีต่อไปอีก 4–8 สัปดาห์
2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และให้พลังงาน และดื่มน้ำสะอาดอย่างพอ เพียง ให้ได้ปริมาณอย่างน้อยวันละ 2,000–3,000 ซีซี
3. พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายฟื้นคืนสภาพโดยเร็ว ควรนอนหลับอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง
4. การออกกำลังกาย และกายภาพฟื้นฟู ปฏิบัติเช่นเดียวกับระหว่างฉายรังสี โดยเฉพาะ การทำกายภาพฟื้นฟูของช่องปากเพื่อให้ช่องปากคงความกว้างปกติเพราะภาวะช่องปากแคบอาจ เกิดขึ้นในระยะเวลาใดก็ได้ภายหลังครบการฉายรังสีแล้ว จึงควรปฏิบัติโดยสม่ำเสมอและตลอดไป
5. มารับการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาโดยสม่ำเสมอและตลอดไป ทั้งนี้เพื่อ ป้องกันและรักษาผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อตรวจหาการแพร่กระจายของโรค ไปยังอวัยวะอื่นๆ และตรวจหาว่ามีมะเร็งชนิดอื่นๆ เกิดขึ้นที่อวัยวะใดอีกบ้าง เพื่อการรักษาอย่าง ทันท่วงที เพราะถึงแม้จะป่วยเป็นโรคมะเร็งแล้วก็มีโอกาสเป็นมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ ได้อีกด้วย
6. พบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 2–3 เดือน โดยไม่ต้องรอให้เกิดปัญหา ก่อน และต้องรักษาความสะอาดของช่องปากสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับในระหว่างฉายรังสี

7. กรณีมีความจำเป็นต้องถอนฟันสามารถถอนฟันได้ แต่ต้องระมัดระวัง และดูแลเหงือกอย่างเคร่งครัด เพราะแผลถอนฟันจะหายช้า ถ้ารักษาความสะอาดไม่เพียงพอ แผลจะดูกลามติดเชื่อได้

8. สังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดได้ในระยะยาวหลังการฉายรังสี รวมทั้งอาการที่แสดงถึงการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น การมีเลือดออก มีไข้สูง และติดเชื่อ คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง การกล้ำปากก้อนในอวัยวะต่างๆ เป็นต้น

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเอง คือการกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำและต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากรังสีรักษา ทั้งในขณะรับการรักษาและหลังรับการรักษา เพราะถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมก็จะสามารถป้องกันหรือบรรเทาอาการข้างเคียงจากการรักษาได้ ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ควรครอบคลุมในทุกๆ เรื่องที่จะส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การดูแลผิวหนัง การดูแลช่องปากและฟัน การออกกำลังกาย การทำกายภาพฟื้นฟู การเข้าถึงลม และการมีเพศสัมพันธ์

3. ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วย

ความพึงพอใจเป็นเรื่องเกี่ยวกับ จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการรับรู้ และประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับ ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกัน วิภาดา คุณาวิทิตกุล และคณะ (2543 อ้างใน ดวงใจ สุริยะ 2546) ได้ให้ความหมายว่าความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการ การอธิบายเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วย การได้รับการตอบสนองทันทีเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง

ความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงเป็นความรู้สึกที่ดี ที่เกิดจากประสบการณ์ที่เข้าไปใช้บริการ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวัง (Aday & Anderson 1975) โดยมีปัจจัยพื้นฐานสำคัญ 6 ประการ ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและความรู้สึกของผู้รับบริการ ดังนี้

1. ความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ แบ่งออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
 - 1.2 การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับจากสถานบริการ
2. การประสานงานของการบริการ
 - 2.1 การได้รับการบริการทุกประเภทในสถานที่เดียวกัน
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้รับบริการ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์
 - 2.3 แพทย์มีการติดตามผลการรักษา
3. อธิบายและความสนใจของผู้ให้บริการ
 - 3.1 การแสดงอธิบายที่ดี ทำทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ
 - 3.2 การแสดงความสนใจ ห่วงใย ต่อผู้รับบริการ
4. ข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ
 - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย
 - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้รับบริการ เช่น การปฏิบัติตนของผู้รับบริการ การใช้จ่าย เป็นต้น

5. คุณภาพของการบริการ ได้แก่คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้รับบริการได้รับ ในทัศนะของผู้รับบริการที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

6. ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

จากการศึกษาของลออ ดันติศิรินทร์ และคณะ (2536 อ้างใน ดวงใจ สุริยะ 2546) ถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด เรื่องการอธิบายให้ทราบถึงข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ส่วนการศึกษาของวิภาวดี สายนำท่าย (2542) เรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และเพชร จอมงาม (2543) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลล้านนา โดยทั้งสองงานวิจัยนี้ สำนวความพึงพอใจในการบริการเหมือนกันทั้ง 6 ด้าน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมาก ต่อบริการที่ได้รับด้านพฤติกรรมเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ ด้านคุณลักษณะบุคลิกภาพ

ของผู้ให้บริการ ด้านสัมพันธภาพ ด้านการให้ความรู้ของผู้ให้บริการ ด้านความสะดวกที่รับจากการบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

พนิดา แซ่เตีย (2543) ได้ศึกษาและพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมาก เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสุภาวดี ศิริพัฒน์ (2545) ได้ศึกษาความพึงพอใจในบริการ โครงการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มมารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล ในด้านข้อมูลและคำแนะนำมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านคุณภาพการบริการ ด้านอัตรายศของพยาบาล และด้านบริการพยาบาลที่บ้าน ตามลำดับ และ Uzun (2001) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ความน่าเชื่อถือของการบริการ การตอบสนองในการให้บริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยของผู้ให้บริการ

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ความพึงพอใจต่อการบริการ หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการที่ได้รับ ประกอบด้วยความพึงพอใจทั้ง 6 ด้าน คือความสะดวกที่รับจากการบริการ การประสานงานของการบริการ อัตรายศและความสนใจของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่รับจากการบริการ คุณภาพของการบริการ และค่าใช้จ่ายในการบริการ

4. ทฤษฎีระบบและแนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ระบบบริการพยาบาล หมายถึงระบบที่มุ่งดูแลผู้ใช้บริการเฉพาะแต่ละกลุ่มในการให้บริการ รวมถึงการประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติ การพยาบาล และการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล (Sullivan and Decker 2005 อ้างใน พูลสุข หิงคานนท์ 2549: 3-7) ในการจัดระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพจะต้องเข้าใจลักษณะธรรมชาติของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนจากลักษณะของโรคและการรักษา ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจ ในเรื่องของโรคมะเร็ง ชนิด วิธีการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นทั้งขณะและหลังรับการรักษา รวมทั้งการดูแลปัจจัยรบกวนต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่ออาการผิดปกติที่เกิดจากการรักษา เพื่อที่จะสามารถจัดการและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล 2548: 7)

ในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย พยาบาล และทีมสุขภาพจะต้องมีการวิเคราะห์ระบบบริการเดิม เพื่อพิจารณาถึงปัญหา ปัจจัยและสาเหตุต่างๆ ของปัญหา และวิเคราะห์หาแนวทางการปรับปรุงแก้ไขที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย โดยต้องให้ครอบคลุมระบบงานหลัก คือตั้งแต่จุดเริ่มต้นของกระบวนการให้บริการจนกระทั่งถึงจุดสิ้นสุดหรือเมื่อผู้ป่วยครบการรักษา ตลอดจนการเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีผลกระทบต่อ การให้บริการผู้ป่วย (สมชาติ โตรักษา 2545: 29) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรร่วมกับทีมสุขภาพ ในการวางระบบงานและกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่าง ครบวงจร มีคุณภาพ ปลอดภัยจากการรักษาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยจะต้องเริ่มให้การดูแล ผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับการรักษา มีการประเมินเพื่อติดตามผลเป็นระยะๆ ตลอดจนมีการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังครบการรักษา โดยมีระบบหรือแนวทางปฏิบัติ อย่างชัดเจน ซึ่งในการจัดระบบบริการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายนั้น ควรครอบคลุมประเด็นสำคัญ ต่างๆ ดังต่อไปนี้ (สำนักการพยาบาล 2548)

1. การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว อย่างถูกต้อง ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแลจนกระทั่งครบการรักษา ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง
2. การดูแลความปลอดภัยและการป้องกันการบาดเจ็บ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่าง การรักษาพยาบาล
3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
4. การจัดการและการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน รวมทั้งการดูแลความสุขสบาย
5. การดูแลต่อเนื่อง โดยการจัดการให้มีการดูแลแบบเครือข่ายและทีมอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาลและที่บ้าน
6. การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว
7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

การจัดระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษานั้น จะต้องใช้กระบวนการและรูปแบบที่มีความเฉพาะเจาะจง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาและความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน มีความปลอดภัย และได้รับการฟื้นฟูที่มีคุณภาพ (สำนักการพยาบาล 2548) ในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น การจัดระบบบริการพยาบาลแบบ ผสมผสาน กลมกลืนและต่อเนื่อง ระหว่างการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ จึง

เป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ การดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งเน้นการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะอย่างถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยนอกจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทและมีความสำคัญ เพราะเป็นผู้ที่ให้การดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (อุระณี รัตนพิทักษ์ 2545)

บทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้นั้นต้องอาศัยระบบทางสังคม ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและระบบวิชาชีพ พร้อมมีการกำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขปัญหา(สุขภาพ) และลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้นพยาบาลต้องใช้ความเป็นวิชาชีพช่วยเหลือผู้ป่วยให้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการควบคุมโรคและเสริมสร้างพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง (อุระณี รัตนพิทักษ์ 2545) โดยจะต้องมีกลวิธีและการดำเนินการดังนี้

1. เสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และผู้ป่วยกับผู้ป่วย
2. สอนและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
3. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ
4. สนับสนุนในด้านความคิดหรือการกระทำใดๆ เกี่ยวกับสุขภาพ
5. ให้กำลังใจผู้ป่วย
6. เป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วย เปิดโอกาสและให้เวลาแก่ผู้ป่วยที่มี

ข้อสงสัยหรือข้อใจ

7. ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
8. พัฒนาทักษะที่มีความจำเป็นในการควบคุมโรค และมีความสามารถในการประเมินปัญหานั้นๆ
9. สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ เช่น มีการจัดกลุ่มหรือคลินิกเฉพาะกลุ่ม มีคู่มือการปฏิบัติเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
10. เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย แพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อแก้ปัญหาและควบคุมโรค
11. ช่วยผู้ป่วยในการสร้างแรงจูงใจโดยการพูดคุย อธิบาย และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม

12. ส่งเสริมความรัก ความเอื้ออาทร ห่วงใยซึ่งกันและกันในหมู่สมาชิก โดยการสร้างบรรยากาศและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ในการพัฒนาความสามารถและการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น นอกจากจะใช้กลวิธีการดำเนินการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์การปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย (นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549) จากการศึกษาของชนินฐา นิลสร (2544) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรเซ็นสตัดและคณะ (2003 อ้างใน นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาในข้อสงสัยต่างๆ แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อมูลและความเชื่อด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ดังนี้

1. เชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ
2. เชื่อว่าปัญหาสุขภาพนั้นมีความรุนแรงหรือมีอันตรายถึงตายได้
3. เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงได้
4. เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่มีอุปสรรค หรือมีอุปสรรคน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ

ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จะเห็นได้จากปัญหาการเจ็บป่วยหรือความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และเกิดการเรียนรู้ จะเป็นการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม และก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา 2549) ซึ่งจากการศึกษาของ Dodd (1982) ได้ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างไม่ต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย มีสาเหตุมาจากการมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจำกัด เนื่องจาก

ได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลน้อย ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับความรู้อย่างเพียงพอและมีการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวรได้ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ 2545) และจากการศึกษาของโชมพัคตรมณีวัต (2540) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าปัจจัยที่สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการฉายรังสีที่เพียงพอ ผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ และระบบบริการสุขภาพ

การสอนจึงเป็นวิธีหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของอาการต่างๆที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนได้ พยาบาลจึงต้องมีความรู้และความเข้าใจอย่างแท้จริง ต้องมีการวางแผนการสอนอย่างมีระบบตามขั้นตอน เรียกว่าการสอนอย่างมีแบบแผน ซึ่งสุรินทร์ ทองยิม (2543) ได้ศึกษาและพบว่าผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน จะมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

ดังนั้นเพื่อให้การสอนบรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ก่อนการสอนพยาบาลควรมีการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วย เพื่อจะได้เตรียมเนื้อหาความรู้ และสื่ออุปกรณ์การสอนต่างๆ ให้เหมาะสม ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ ดังนี้ (Schrankel 1978 อ้างใน จารุพันธ์ สมณะ 2541)

1. การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
2. การวางแผนการสอน ควรครอบคลุมวัตถุประสงค์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ควรมีการจัดทำแผนการสอนเพื่อกำหนดเนื้อหา สถานที่ ระยะเวลา และการประเมินผลอย่างเหมาะสม
3. การดำเนินการสอน ควรมีการดำเนินการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด คือผู้ป่วยต้องมีความพร้อม สามารถรับรู้และเข้าใจได้ง่าย โดยการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมโดยการฝึกปฏิบัติหรือแสดงความคิดเห็น
4. การประเมินผล นอกจากการประเมินผลเป็นระยะๆ ขณะสอนแล้ว ควรมีการประเมินผลตามวัตถุประสงค์ในภาพรวมด้วย

การสอนสามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การสอนที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยนั้น พยาบาลควรมีทักษะในการสอนอย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนี้

1. แนะนำตัวก่อนการสอน
2. ประเมินความรู้ของผู้ป่วย
3. บอกวัตถุประสงค์และอธิบายเนื้อหาในการสอนอย่างชัดเจน
4. ใช้อุปกรณ์ประกอบการสอนตามความเหมาะสมเพื่อกระตุ้นความสนใจและให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น
5. สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสอน เช่นการร่วมแสดงความคิดเห็นหรือฝึกปฏิบัติ
6. เน้นหัวข้อสำคัญและยกตัวอย่างประกอบการสอน
7. มีการประเมินผลการสอน
8. ให้ความนับถือและให้เกียรติผู้ป่วย

จากการศึกษาของสอาด มุ่งสิน (2537) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามารดาหลังคลอดมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวภายหลังการใช้คู่มือสูงกว่าก่อนการใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนีย์ อาชวาคม (2538) ได้ศึกษาผลของการใช้แผนการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษา สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธาริน วัฒนธรรณท์ (2543) ได้ศึกษาผลการพยาบาลแบบผสมผสานต่อผลข้างเคียงจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ โดยให้การพยาบาลแบบผสมผสานเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ โดยสอนเรื่องการรับประทานอาหาร การทำกายบริหาร 5-10 นาที เป็นประจำทุกวัน และการฟิงเทปการรับรู้ข้อมูลวันละ 15 นาที และประเมินผลข้างเคียงจากรังสีรักษา ภายหลังรับรังสีรักษา 3 สัปดาห์ และภายหลังรับรังสีรักษา 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

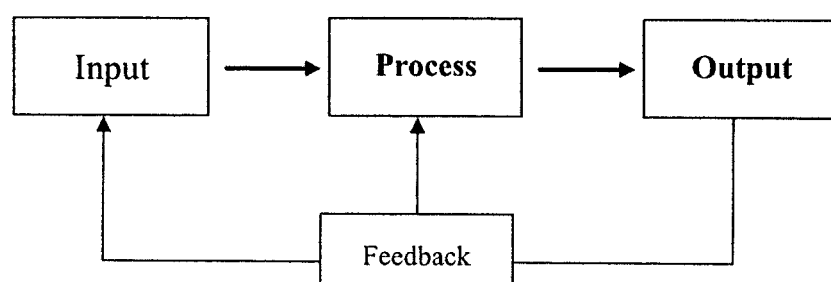
ดังนั้นในการจัดระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษานั้น จะต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดขั้นตอนอย่างชัดเจนจากทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับการรักษาและต่อเนื่องจนครบการรักษา โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการรักษาและผลข้างเคียง โดยการส่งเสริมสนับสนุน และให้ความรู้โดยการสอนอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและถูกต้อง

แนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลตามทฤษฎีระบบ

ทฤษฎีระบบ (system theory) มีแนวคิดที่ว่าแต่ละสิ่งย่อมอยู่ในเอกภพ ไม่ว่าจะเล็กหรือใหญ่เพียงใดล้วนเป็นหนึ่งหน่วยของระบบ เป็นการมองระบบแบบไม่แยกส่วนและมองว่าทุกหน่วยมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นหัวใจของทฤษฎีระบบ (system theory) จึงไม่ได้อยู่ที่การวิเคราะห์เฉพาะส่วนของหน่วยนั้นๆ เท่านั้น แต่จะเป็นการพิจารณาปัจจัยต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์กัน (สุจิตรา บุญยรัตพันธุ์ 2548; พรพรรณ ภูมิภู ม.ป.ป.)

ระบบ (system) จึงประกอบด้วยหน่วยย่อยต่างๆ ที่มีการทำงานสัมพันธ์กันและขึ้นต่อกัน ผลผลิตรวมเกิดจากการประสานงานของหลายๆ หน่วยงาน แต่ละหน่วยจะมีระบบการทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน เพื่อให้สิ่งนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ การเปลี่ยนแปลงใดที่เกิดขึ้นในส่วนหนึ่งของระบบ จึงมีผลกระทบต่อเนื่องกันไปเป็นลูกโซ่ (ดวงใจ ปิยะ 2549)

ในการดำเนินการของระบบจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ส่วน คือ **ปัจจัยนำเข้า (Input)** ซึ่งเป็นส่วนแรกของระบบที่ต้องอาศัยทรัพยากรต่างๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อช่วยให้การทำงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ **กระบวนการ (Process)** เป็นส่วนที่ทำการแปรสภาพข้อมูลต่างๆ และทรัพยากรที่นำเข้าเพื่อให้เกิดผลผลิตและสิ่งที่ต้องการ และ **ผลผลิต (Output)** เป็นส่วนสุดท้ายที่เกิดขึ้นอาจเรียกว่า ผลลัพธ์: ซึ่งจะออกมาในรูปแบบต่างๆ โดยมีกระบวนการควบคุมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายโดยการใช้ **ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)** จากผลผลิต เพื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ต้องการ



System Theory : Katz & Kahn (1978)

ภาพที่ 2.1 ทฤษฎีระบบ

ระบบบริการพยาบาลเป็นระบบที่มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารและมีการปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ดังนั้นในการจัดระบบบริการพยาบาลจึงควรมีองค์ประกอบของส่วนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (พลสุข หิงกานนท์ 2549: 28)

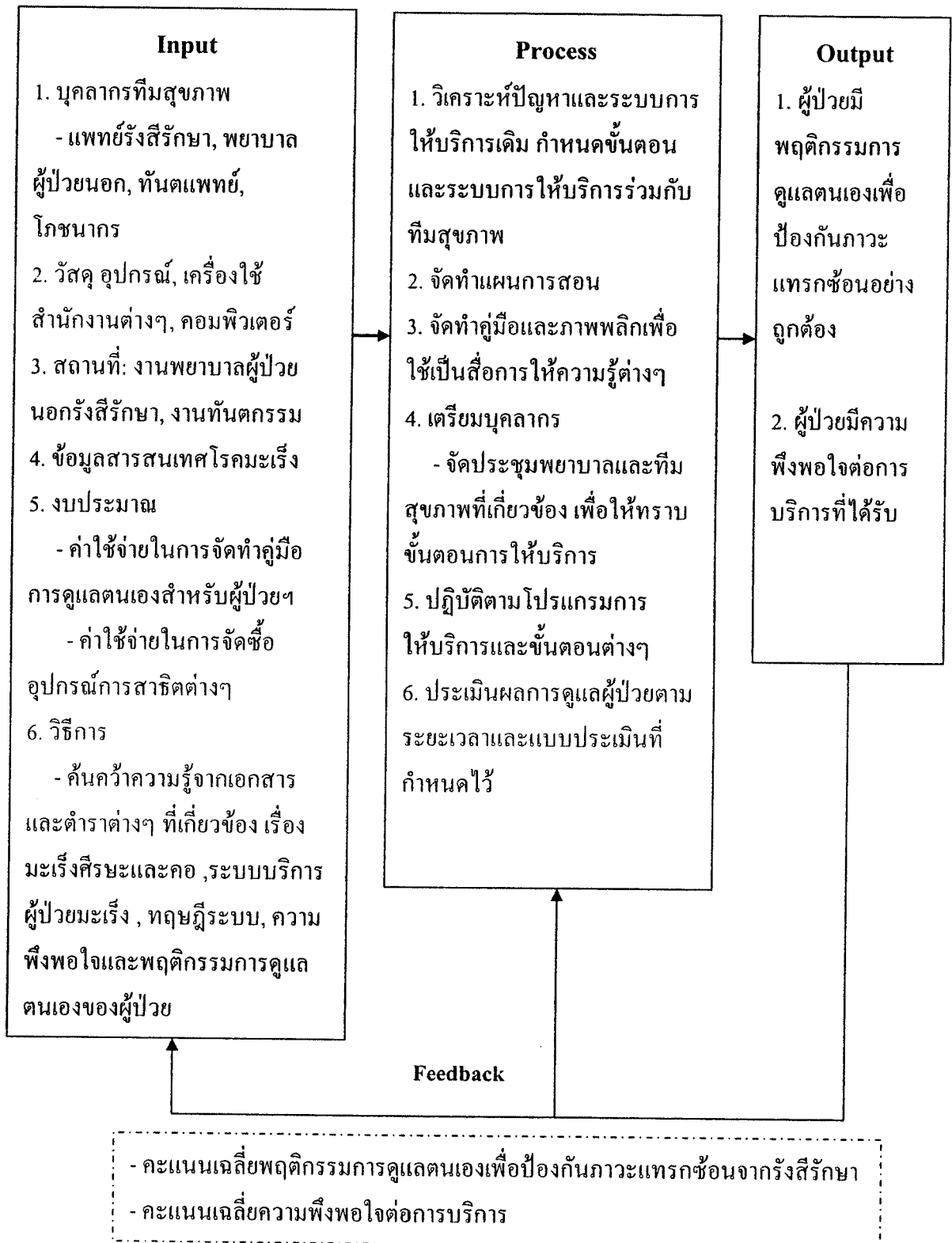
1. ปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ สถานที่ปฏิบัติการ ให้บริการ และสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

2. กระบวนการ (process) ได้แก่ การแปรสภาพปัจจัยนำเข้าเพื่อให้เกิดผลผลิตในระบบบริการพยาบาลนั้น จะเกิดกระบวนการที่เกี่ยวข้องหลายกระบวนการ เช่น การบริหารจัดการ การวางแผน การควบคุม กระบวนการให้บริการ การพัฒนาองค์กรภายใน การกำหนดกฎระเบียบ การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน

3. ผลผลิต (output) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการ ผลผลิตจากระบบบริการพยาบาล ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ประสิทธิภาพของการบริการ เป็นต้น

4. ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) เป็นการนำผลที่ได้จากการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต มาพิจารณาเพื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ในการจัดระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ตามแนวคิดทฤษฎีระบบนั้น จะต้องอาศัยปัจจัยนำเข้า (input) และกระบวนการ (process) ที่มีความเฉพาะและเหมาะสมกับผลผลิตที่ต้องการ โดยเฉพาะในส่วนของบุคลากรที่ต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญ ตลอดจนกระบวนการให้บริการที่เหมาะสม และสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อย่างถูกต้องและถาวร ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้



ภาพที่ 2.2 ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาตามทฤษฎีระบบ