

# การดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

## Oral Care and Oral Mucositis after the Supportive-Educative Nursing Program in Patients with Head and Neck Cancer

หนูไกร เพื่อนพิมาย<sup>1</sup>

น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์<sup>2</sup>

อำภาพร นามวงศ์พรหม<sup>2</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
มหาวิทยาลัยรังสิต

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

E-mail: petchadarat\_nukrai@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 35 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดของโอริเริ่มเป็นเวลา 3 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบบันทึกการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ (CTCAE version 3.0) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและ Man-Whitney U test, Wilcoxon Sign rank test, Fisher's Extract test, Independent t-test และ Chi-Square

ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบที่ประเมินจากอัตราการเกิดความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบ วันที่เริ่มเกิด และระยะเวลาที่เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ พบว่าก่อนและหลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ความรุนแรงของการเกิด และระยะเวลาที่เกิดเยื่อช่องปากอักเสบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนวันที่เริ่มเกิดเยื่อช่องปากอักเสบพบว่าไม่แตกต่างกัน

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ การดูแลสุขภาพช่องปาก การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เคมีบำบัด

### ABSTRACT

The objective of this quasi-experimental two groups pre-posttest design was to investigate the effect of the educative-supportive nursing program on oral care and oral mucositis in the head and neck cancer patients receiving chemotherapy. Thirty-five purposive sample groups in Chulabhorn Hospital were divided into 2 groups. The control group was received standard nursing care as usual, whereas the experimental group participated the educative-supportive nursing program for 3 months. The instruments consisted of demographic data sheet, oral care behavior questionnaire and oral mucositis recording form. Data were analyzed by Descriptive statistics, Man-Whitney U test, Wilcoxon Sign rank test, Fisher's Extract test, Independent t-test and Chi-Square.

The result revealed that after the program, the oral care behaviors of the experimental group were significantly higher scores than before the program and significantly higher scores than control group ( $p < .05$ ). Oral mucositis as evaluated by rate, duration and severity showed that the experimental group had significantly different from the control group ( $p < .05$ ). While the onset day of the oral mucositis showed that no significantly different.

**KEYWORDS:** Educative-supportive nursing program, Oral care, Oral mucositis, Head and neck cancer, Chemotherapy

## บทนำ

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม และพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก ประเมินการว่าปี 2030 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งถึง 13.1 ล้านรายทั่วโลก (Torre et al., 2015) สำหรับมะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่เกิดในช่องปาก คอหอย โพรงอากาศจมูก ช่องจมูก ต่อม น้ำลาย ต่อมไทรอยด์ และกล่องเสียงที่พบได้มากเป็นอันดับที่ 7 และคิดเป็นร้อยละ 12 ของมะเร็งทั้งหมดทั่วโลก และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 300,000 รายทั่วโลกต่อปี (Jemal et al., 2011) และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 600,000 รายต่อปี (Langius et al., 2013) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่ 44,660 ราย และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้อีกถึง 11,210 ราย (NCCN, 2014) ในประเทศไทยโรคมะเร็งศีรษะและคอพบมีจำนวนร้อยละ 20 ของโรคมะเร็งทั้งหมด มีอุบัติการณ์สูงอยู่ในสิบอันดับแรกของประเทศ จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 12.81-13.20 จากจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551)

การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอประกอบด้วย การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ซึ่งการรักษาหลักคือการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา แต่เมื่อมีการกระจายของโรคและ/หรือมีการกลับเป็นซ้ำจะมีการพิจารณาให้เคมีบำบัดร่วมด้วย (RSNA, 2006) การรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถบรรเทาอาการและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดได้ 4-6 เดือน และอัตราการอยู่รอดที่ 1 ปี ร้อยละ 20 (RSNA, 2006; NCCN, 2013) ชนิดของเคมีบำบัดที่ใช้รักษา คือ Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup>/day ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง และการใช้เคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันประกอบด้วย Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup>/day ใน วัน แรก ร่วมกับ 5-Fluorouracil 1000 mg/m<sup>2</sup>/day ติดต่อกันเป็นเวลา 4

วัน ทุก 3 สัปดาห์ หรือ Carboplatin 70 mg/m<sup>2</sup>/day ร่วมกับ 5-Fluorouracil 600 mg/m<sup>2</sup>/day วันที่ 1-4 ทุก 3 สัปดาห์จำนวน 3 ครั้ง Docetaxel 75 mg/m<sup>2</sup> ร่วมกับ Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> วันที่ 1 ร่วมกับ 5-Fluorouracil 100 mg/m<sup>2</sup>/day วันที่ 1 - 4 ทุก 3 สัปดาห์จำนวน 3 ครั้ง (NCCN, 2013) อย่างไรก็ตามพบว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ อาการเยื่อช่องปากอักเสบ จากการรายงานอุบัติการณ์ของอาการเยื่อช่องปากอักเสบจะเกิดประมาณร้อยละ 40 (BC cancer agency, 2011; NCCN, 2013) นอกจากนี้ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น การกดไขกระดูกทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากมากขึ้น (BC cancer agency, 2011; NCCN, 2013) อาการเยื่อช่องปากอักเสบพบประมาณร้อยละ 90 จากการได้ยา 5-Fluorouracil (BC cancer agency, 2011) จะมีความรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรคมะเร็งและระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดที่นานมากขึ้น เนื่องจากไม่มีระยะเวลาให้เซลล์เยื่อพื้นสภาพและหายได้ ทำให้สุขอนามัยในช่องปากก่อนได้รับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไปไม่ดี (BC cancer agency, 2011; NCCN, 2013)

นอกจากนี้ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น การกดไขกระดูก ทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากมากขึ้น (BC cancer agency, 2011; NCCN, 2013) อาการเยื่อช่องปากอักเสบพบเพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 90 จากการได้ยา 5-Fluorouracil (BC cancer agency, 2011) จะมีความรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรคมะเร็งและระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดที่นานมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีระยะเวลาให้เซลล์เยื่อพื้นสภาพและหายได้ ทำให้สุขอนามัยในช่องปากก่อนได้รับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไปไม่ดี (BC cancer agency, 2011; NCCN, 2013)

อาการเยื่อช่องปากอักเสบเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกวิตกกังวลเป็นทุกข์ และอาจเป็นปัญหาที่ลุกลามถึงภาวะจิตใจคือ หลีกหนีจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากไม่มั่นใจในสุขภาพช่องปากของตนเอง คิดว่าปากไม่สะอาด มีกลิ่นปาก (Gibson et al., 2013) เหล่านี้ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลง ไม่สามารถทำงานได้ และไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ได้ เช่น บทบาทในที่ทำงาน เป็นต้น รวมทั้งความสัมพันธ์ทางเพศและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างเช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ลดลงด้วย (Gibson et al., 2013) ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและภาระในการดูแลของผู้ดูแลมากขึ้น (Gibson et al., 2013) การป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัดควรเริ่มตั้งแต่มีก่อนเริ่มให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจสุขภาพเหงือกและฟันเพื่อลดปัจจัยส่งเสริมการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ (National Guideline Clearinghouse, 2001; Kostler et al., 2001) ให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งก่อนได้รับเคมีบำบัด 5 นาที และต่อเมื่อขณะได้รับเคมีบำบัด 30 นาที เนื่องจากความเย็นทำให้หลอดเลือดในช่องปากหดตัว (Wohlschlaeger, 2004; Nikoletti et al., 2005) การใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก (National Guideline Clearinghouse, 2001) โดยเริ่มตั้งแต่การทำความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหารภายใน 30 นาที การแปรงฟันให้ถูกวิธีและแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอน (National Guideline Clearinghouse, 2001; Naidu et al., 2004) การเลือกใช้แปรงสีฟันขนอ่อน (National Guideline Clearinghouse, 2001; Kostler, et al., 2001; Naidu, et al., 2004) การเลือกใช้ยาสีฟันที่ไม่มีสารระคายเคือง (National Guideline Clearinghouse, 2001) และควรใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ (Kostler et al., 2001; Rubenstein et al., 2004) รวมทั้งการบ้วนปากหลังการแปรงฟันโดยการใช้ยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และการใช้สารหล่อลื่นริมฝีปากกรณีปากแห้งควรใช้วาสลีนเคลือบริมฝีปาก นอกจากนี้ควรมีการตรวจภายในช่องปากทุกวันด้วยตนเอง (National Guideline Clearinghouse, 2001) ตลอดจนเลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง (National Guideline Clearinghouse, 2001; Rubenstein, et al., 2004) ทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเมื่ออยู่ที่บ้านนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative-Supportive nursing system) ตามทฤษฎีของโอเร็มมาสร้างเป็นโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน การฝึกทักษะในการดูแลตนเองร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 9 เรื่องพบว่าโปรแกรมส่วนใหญ่ประกอบด้วย การให้คำแนะนำ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเองในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นที่เป็นผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดโดยเนื้อหาความรู้ประกอบด้วยโรคมะเร็ง การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Kinnane et al., 2008) ผลข้างเคียงของการรักษา ภาวะไข้ เยื่อช่องปากอักเสบ (วิมลวรรณ, 2546; เนตรสุวิณ, 2547; วันทนี และคณะ, 2554; จุฑามาศ และคณะ, 2556) ภาวะซีด และการป้องกันภาวะท้องผูก (Kinnane et al., 2008) ซึ่งวิธีการที่ใช้ในการให้ความรู้ส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำ ปรึกษา สนับสนุน การสาธิต การศึกษาผ่านวิดีโอ (Kinnane et al., 2008) รวมถึงการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Kidd et al., 2008) นอกจากนี้พบว่าการใช้ระบบโทรศัพท์ในการติดตาม การจัดการกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัด โดยการสอบถามอาการผู้ป่วยและบันทึกเป็นการเตือนและป้องกันไม่ให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงมากขึ้น อีกทั้งเป็นการแนะนำการรักษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านด้วย (Larson et al., 2008) และการโทรศัพท์รายงานเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอาการคลื่นไส้อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ ไข้ และการติดเชื้อของผู้ป่วย (Kinnane et al., 2008) วิธีการดังกล่าวนี้พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและเกิดผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้แก่คลื่นไส้อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ และอาการอ่อนล้าลดลง (วิมลวรรณ, 2546; เนตรสุวิณ, 2547; วันทนี และคณะ, 2554; จุฑามาศ และคณะ, 2556; Kidd et al., 2008) โรงพยาบาลจุฬารัตน์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งจำนวน 100 เตียง มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นลำดับที่ 2 รองจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีรักษา เคมีบำบัด เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา และดูแลประคับประคองตาม

อาการ จากการรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยในพิเศษ 8A และ 8B พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน วันแรกที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลก่อนเริ่มให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของยาและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ขณะให้ยาเคมีบำบัดในวันที่ 2 3 และ 4 ผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดูแลติดตามอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด มีการประเมินตำแหน่งเส้นเลือดที่ให้ยาเคมีบำบัดทุก 2 ชั่วโมง จัดหาน้ำเกลือบ้วนปาก (0.9 % NSS) ให้ผู้ป่วย บ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง และประเมินช่องปากของผู้ป่วย วันละ 3 ครั้ง และในวันที่ 4 ภายหลังจากให้ยาเคมีบำบัดครบ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านพร้อมกับสมุดคู่มือการดูแลตนเองและปรอทสำหรับวัดไข้ด้วยตนเองที่บ้าน และน้ำเกลือสำหรับบ้วนปากที่บ้าน อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ทำให้ผู้ป่วยต้องเลื่อนแผนการรักษาออกไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนรับยาเคมีบำบัด และก่อนกลับบ้านเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปาก และมีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านนั้นยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง ได้ฝึกปฏิบัติการประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบและดูแลสุขภาพช่องปาก และติดตามผลของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังการได้รับโปรแกรมซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการพยาบาลต่อไป

### คำถามหลักการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

### สมมติฐาน

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม
2. การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้นระบบการพยาบาล (Nursing system) จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive educative nursing system) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยพยาบาลซึ่งในที่นี้คือผู้วิจัย มีบทบาทสำคัญ 4 ด้านคือ (1) การชี้แนะ (2) การสนับสนุน (3) การสอน และ (4) การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งการชี้แนะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการพิจารณาสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น โดยต้องการเลือกและดำเนินการสนับสนุน รวมถึงการช่วยเหลือในระหว่างที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองทั้งที่เป็นการกระตุ้น ให้กำลังใจ และการปฏิบัติร่วมกัน การสอน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถพัฒนาทักษะ ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเอง โดยการสอนจะต้องสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ เนื้อหาที่สอนต้องเสริมจากความรู้เดิม และความพร้อมของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ในขณะที่การสร้างสิ่งแวดล้อมเป็นการเพิ่มแรงจูงใจ ในการวางเป้าหมายที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว สงบ

สามารถแสดงความรู้สึกรู้สึกและซักถามข้อสงสัยกับพยาบาลได้อย่างอิสระ (สมจิต, 2536) รวมถึงการให้คู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสนับสนุนเป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดเยื่อช่องปาก

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ (1) มีอายุ 20 - 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง (2) ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกเป็นมะเร็งศีรษะและคอและได้รับยาเคมีบำบัดเป็น Cisplatin, Carboplatin หรือ 5-fluorouracil หรือร่วมกัน (3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (4) สื่อสารภาษาไทย ด้วยการพูด อ่าน เขียน ได้ และ (5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยของเนตรสุวิณี (2547) คำนวณ Effect size ได้เท่ากับ 1.1 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 17 ราย (Cohen, 1988) เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถที่จะเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดการวิจัย ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เป็นกลุ่มละ 20 ราย และกำหนดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน 8A และ 8B เป็นกลุ่มทดลอง ได้จำนวน 20 ราย และกำหนดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน 7B เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการได้รับโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ได้กลุ่มควบคุม 15 ราย เนื่องจากมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เพียง 15 ราย

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมของพื้นที่ศึกษาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยชี้แจง

วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิบอกยกเลิกการทำวิจัยได้ตลอดเวลาและจะได้รับการพยาบาลแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ การตีพิมพ์เผยแพร่ทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนและเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอีกเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อป้องกันเยื่อช่องปากอีกเสบของจุฬารัตน์ และคณะ (2556) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) และความเหมาะสมของภาษา (Face validity) แล้ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุดคือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และข้อมูลด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ชนิดยาเคมีบำบัดที่ได้รับ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และสภาพช่องปากก่อนได้รับเคมีบำบัด

2.2 แบบประเมินเยื่อช่องปากอีกเสบ ใช้แบบประเมินเยื่อช่องปากอีกเสบของ NCI CTCAE (version 3.0) (NCI CTCAE Version 3.0, 2006) ซึ่งใช้ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เกรด 0-4 โดยเกรด 0 หมายถึงยังไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยและอาการจะเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นจนถึงเกรด 4 ที่มีแผลในช่องปาก มีเลือดออกและพบเนื้อตายในช่องปาก เจ็บในช่องปากมาก ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

2.3 แบบวัดพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยตนเองของกิงกาญจน์ (2558) ได้ผ่านการทดสอบหาค่า

ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .862 มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนออกเป็นโดยรวมและรายด้าน โดยมีคะแนนเต็ม 25 คะแนน คะแนนโดยรวมระหว่าง 20 -25 คะแนน อยู่ในระดับดี ( $\geq$  ร้อยละ 80) คะแนนระหว่าง 15 – 19 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และคะแนน 0 - 14 อยู่ในระดับไม่ดี ( $<$ ร้อยละ 60)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด พิทักษ์สิทธิ สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ประเมินภาวะช่องปากก่อนการให้เคมีบำบัดทุกครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายต้องไม่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ จึงจะเริ่มให้เคมีบำบัดกลุ่มทดลองดำเนินการตามโปรแกรมเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับเคมีบำบัดครั้งที่ 1-3 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ติดตามประเมินการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่วันที่ 1-14 ของการได้รับเคมีบำบัดในครั้งที่ 1-3 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign rank test และ Mann Whitney U test ตามลำดับ เนื่องจากผลการทดสอบพบว่าตัวแปรกระจายไม่เป็นโค้งปกติ เปรียบเทียบอัตราและความรุนแรงของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบด้วยสถิติ Chi-Square เนื่องจากผลการทดสอบตัวแปรพบว่ากระจายเป็นโค้งปกติ เปรียบเทียบวันที่เริ่มเกิดและระยะเวลาของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Sign rank test เนื่องจากผลการทดสอบพบว่าตัวแปรกระจายไม่เป็นโค้งปกติ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test เนื่องจากผลการทดสอบตัวแปรพบว่ากระจายเป็นโค้งปกติ

## ผลการวิจัย

### 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (14 คน คิดเป็นร้อยละ 70) อายุระหว่าง 33-60 ปี เฉลี่ย 52.30 ปี (SD = 7.32) มีสถานภาพสมรสคู่ (19 คน คิดเป็นร้อยละ 95) มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (13 คน คิดเป็นร้อยละ 65) ประกอบอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจ (10 คน คิดเป็นร้อยละ 50) มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุด (9 คน คิดเป็นร้อยละ 45) และใช้สิทธิในการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพ (11 คน คิดเป็นร้อยละ 55) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเป็น CA Nasopharynx จำนวน 16 คน (ร้อยละ 80.00) การดำเนินโรครอยู่ในระยะที่ 2 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 50.00) ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Cisplatin + 5-FU จำนวน 14 คน (ร้อยละ 70.00) และไม่เคยมีประวัติการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 95.00)

กลุ่มควบคุม 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67) มีอายุระหว่าง 33-60 ปี เฉลี่ย 50.07 ปี (SD = 9.56) มีสถานภาพสมรสคู่ (9 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00) มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33) ประกอบอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจมากที่สุด (5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33) มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท มากที่สุด (7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67) และใช้สิทธิในการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพ (11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเป็น CA Nasopharynx จำนวน 7 คน (ร้อยละ 46.67) การดำเนินโรครอยู่ในระยะที่ 2 และ 4 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00 และ 40.00) ตามลำดับ ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Cisplatin + 5-FU จำนวน 8 คน (ร้อยละ 53.33) และเคยมีประวัติการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 86.67)

เมื่อทดสอบความแตกต่างด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square และ Mann -Whitney U test และประวัติการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

## 2. ตอบคำถามการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีผลทำให้คะแนนการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คือ ด้านการประเมินและบันทึก การเลือกแปรงสีฟัน การดูแลสุขภาพช่องปาก ความถี่และระยะเวลาที่ใช้ในการบ้วนปาก และการเลือกรับประทานอาหาร (ตารางที่ 1 และ 2) ส่วนการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบที่ประเมินจากอัตรา

การเกิดความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบ วันที่เริ่มเกิด และระยะเวลาที่เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ พบว่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ความรุนแรงของการเกิด และระยะเวลาที่เกิดเยื่อช่องปากอักเสบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนวันที่เริ่มเกิดเยื่อช่องปากอักเสบพบว่ามีไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1-7)

**ตารางที่ 1** พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ค่าต่ำสุด	$\bar{x} \pm SD$	ระดับ	ค่าต่ำสุด	$\bar{x} \pm SD$	ระดับ
	ค่าสูงสุด			ค่าสูงสุด		
การประเมินและการบันทึก						
ก่อนทดลอง	0 -2	$0.35 \pm 0.67$	ไม่ดี	0 - 0	0	ไม่ดี
หลังทดลอง	2-2	$2.00 \pm 0.00$	ดี	0 - 2	$1.20 \pm 0.68$	ปานกลาง
การเลือกแปรงสีฟัน						
ก่อนทดลอง	0-3	$2.05 \pm 0.76$	ปานกลาง	1 - 2	$1.87 \pm 0.35$	ปานกลาง
หลังทดลอง	2-3	$2.85 \pm 0.37$	ดี	2 - 3	$2.27 \pm 0.46$	ปานกลาง
การดูแลสุขภาพช่องปาก						
ก่อนทดลอง	2-7	$4.70 \pm 1.49$	ปานกลาง	3 - 6	$4.67 \pm 0.82$	ไม่ดี
หลังทดลอง	6-8	$7.35 \pm 0.75$	ดี	5 -7	$5.67 \pm 0.82$	ปานกลาง
ความถี่และระยะเวลาที่ใช้ในการบ้วนปาก						
ก่อนทดลอง	1-4	$3.00 \pm 0.86$	ปานกลาง	1 - 4	$2.87 \pm 0.64$	ปานกลาง
หลังทดลอง	3-4	$3.95 \pm 0.22$	ดี	3 -4	$3.33 \pm 0.49$	ดี
การเลือกรับประทานอาหาร						
ก่อนทดลอง	6-8	$7.15 \pm 0.67$	ดี	6 -8	$7.00 \pm 0.65$	ดี
หลังทดลอง	8-8	$8.00 \pm 0.00$	ดี	7 -8	$7.73 \pm 0.46$	ดี
โดยรวม						
ก่อนทดลอง	13-22	$17.25 \pm 2.31$	ปานกลาง	13 -18	$16.40 \pm 1.64$	ปานกลาง
หลังทดลอง	22-25	$24.14 \pm 0.99$	ดี	17 - 24	$20.20 \pm 1.86$	ดี

**ตารางที่ 2** การทดสอบความแตกต่างของการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann –Whitney U test

พฤติกรรมดูแล สุขภาพช่องปาก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z-test	P- value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
การประเมินและการบันทึก						
ก่อนทดลอง	19.88	397.50	15.50	232.50	2.056	.214
หลังทดลอง	23.00	460.00	11.33	170.00	4.220	.001
การเลือกแปรงสีฟัน						
ก่อนทดลอง	19.45	389.00	16.07	241.00	1.216	.347
หลังทดลอง	22.38	447.50	12.17	182.50	3.436	.003
การดูแลสุขภาพช่องปาก						
ก่อนทดลอง	18.65	373.00	17.13	257.00	.447	.681
หลังทดลอง	24.23	484.50	9.70	145.50	4.294	.000
ความถี่และระยะเวลาที่ใช้ในการบ้วนปาก						
ก่อนทดลอง	19.05	381.00	16.60	249.00	.854	.499
หลังทดลอง	22.63	452.50	11.83	177.50	3.833	.001
การเลือกรับประทานอาหาร						
ก่อนทดลอง	18.90	378.00	16.80	252.00	.674	.564
หลังทดลอง	20.00	400.00	15.33	230.00	2.419	.016
โดยรวม						
ก่อนทดลอง	20.20	404.00	15.07	226.00	1.500	.149
หลังทดลอง	24.90	498.00	8.80	132.00	4.679	.000

**ตารางที่ 3** การทดสอบความแตกต่างอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher’s Exact Test

การเกิดเยื่อช่อง ปากอักเสบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	สถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1							
เกิด	15	75.00	13	86.70	28	Fisher’s Exact Test	.340
ไม่เกิด	5	25.00	2	13.30	7		
รวม	20	100.00	15	100.0	35		
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 3							
เกิด	15	75.00	15	100.00	30	Fisher’s Exact Test	.048
ไม่เกิด	5	25.00	0	0.00	5		
รวม	20	100.0	15	100.00	35		



**ตารางที่ 4** การทดสอบความแตกต่างระดับความรุนแรงของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-Square

ระดับความรุนแรงของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	สถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1							
ไม่เกิด	5	25.0	2	13.3	7	$\chi^2=1.944$	.378
เกิดระดับ 1	15	75.0	12	80.0	27		
เกิดระดับ 2	0	0.0	1	6.7	1		
รวม	20	100.0	15	100.0	35		
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 3							
ไม่เกิด	5	25.0	0	0.0	5	$\chi^2=6.563$	.038
เกิดระดับ 1	15	75	13	86.7	28		
เกิดระดับ 2	0	0.0	2	13.3	2		
รวม	20	100.0	15	100.0	35		

**ตารางที่ 5** พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวันที่เริ่มเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วันที่เริ่มเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	$\bar{X} \pm SD$	Mode	Median
กลุ่มทดลอง				
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1	0 - 5	2.55 ± 1.849	4	3
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 3	0 - 7	3.15 ± 2.134	3, 4	3.5
กลุ่มควบคุม				
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1	0 - 7	3.67 ± 1.988	5	4
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 3	1 - 8	3.40 ± 2.063	1, 5	4

**ตารางที่ 6** การทดสอบความแตกต่างวันที่เริ่มเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann -Whitney U test

วันที่เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		สถิติ	p-value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1	15.40	308.00	21.47	322.00	-1.769	.086
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 3	17.13	342.50	19.17	287.50	-0.591	.564

**ตารางที่ 7** การทดสอบความแตกต่างของระยะเวลาการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ระยะเวลาการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		สถิติ	p-value
	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	$\bar{X} \pm SD$	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	$\bar{X} \pm SD$		
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1	3 - 10	4.15 ± 3.05	1 - 11	6.20 ± 3.14	1.943	.061
หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 3	3 - 10	4.10 ± 2.97	1 - 14	9.60 ± 3.46	5.051	.000

## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

### 1. การดูแลสุขภาพช่องปาก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งโดยรวมและรายด้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 อย่างคือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นได้ดังนี้

(1) การสอน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกและยินดีสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างและเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประเมินความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ตลอดจนการป้องกันและลดความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสอน ซึ่งผู้วิจัยใช้การสอนเป็นรายบุคคลโดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที/คน ใช้สื่อการสอนเป็นรูปภาพยาเคมีบำบัดและเยื่อช่องปากอักเสบ โดยเนื้อหาประกอบด้วยยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด การประเมินสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปาก

ในระหว่างและหลังได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฝึกทักษะการประเมินการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบและทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การบ้วนปาก เป็นต้น ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วยทุกวันในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด จนประเมินได้ว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยมอบสมุดคู่มือการดูแลหลังได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ผู้วิจัยทบทวนความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสอนเพิ่มเติมในประเด็นที่เป็นปัญหาและอธิบายในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างสงสัย จนได้ข้อสรุปความรู้และนำไปใช้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

(2) การชี้แนะ จากการติดตามอาการผู้ป่วยทุกวันทำให้ผู้วิจัยพบปัญหาและสามารถช่วยชี้แนะแนว

ทางแก้ไขให้กับผู้ป่วยได้เช่น วันแรกที่นอนโรงพยาบาลขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลบางคนไม่สะดวกในการเตรียมเก็บน้ำแข็งไว้สำหรับอม ผู้วิจัยชี้แนะให้ญาติช่วยจัดหาคะติกสำหรับเก็บน้ำแข็งและผู้วิจัยช่วยจัดเตรียมน้ำแข็งไว้ให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนไม่ชอบอมน้ำแข็งธรรมดา ผู้วิจัยชี้แนะทางเลือกให้ญาติต้มน้ำสมุนไพรใบเตยแล้วนำมาทำเป็นน้ำแข็งแทนน้ำต้มสุกให้ผู้ป่วยอม หลังจากผู้ป่วยทดลองทำ ผู้ป่วยเกิดความชอบและสามารถอมน้ำแข็งได้อย่างสม่ำเสมอในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด การชี้แนะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลมีความสะดวกและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น

(3) การสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี แบ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจและการจัดหาอุปกรณ์ ดังนี้ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรค กลัวไม่หาย กลัวการรักษาที่ไม่ตอบสนองกับโรค กลัวทอนอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดไม่ได้ เมื่อผู้วิจัยให้กำลังใจและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้การจัดหาอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการประเมินเยื่อช่องปากอักเสบ เช่น ไฟฉาย กระจก รูปภาพประกอบ คู่มือการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งน้ำแข็งและกะติกใส่น้ำแข็ง น้ำเกลือ 0.9% NSS (Normal saline solution) สำหรับให้ผู้ป่วยบ้วนปากทั้งที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ช่วยเพิ่มความสะดวกในการดูแลสุขภาพช่องปากและทำให้ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ

(4) การสร้างสิ่งแวดล้อม จากสิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วยเป็นห้องเดี่ยว มีความเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลสะดวกในการซักถาม ระบายความรู้สึกกลัวที่จะบอกเล่าปัญหาหรืออุปสรรคของตนเองมากขึ้น มีโอกาสได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง มั่นใจ และปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 2001) และสอดคล้องกับงานการศึกษาของอุบล (2554) พบว่าโปรแกรมวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2. การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ

การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบที่ประเมินจากอัตราการเกิด ระดับความรุนแรง วันที่เริ่มเกิด และระยะเวลาที่เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ พบว่า อัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังการทดลองครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยกลุ่มทดลองพบอัตราการเกิดร้อยละ 75 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเกิดทุกราย (ร้อยละ 100) อธิบายได้ว่าแม้ว่ายาเคมีบำบัดจะมีผลทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ แต่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะช่วยลดอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบได้ ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่ากลุ่มควบคุม จึงเป็นผลทำให้กลุ่มทดลองเกิดเยื่อช่องปากอักเสبت่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ และคณะ (2554) พบว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$  ตามลำดับ)

ระดับความรุนแรงของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองพบในระดับรุนแรงระดับ 1 ซึ่งไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าในกลุ่มควบคุมเกิดเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 2 จำนวน 1 คน ซึ่งอภิปรายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การสอนการประเมินสุขภาพช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความรุนแรงและจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาและป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบไม่ให้เกิดเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี

ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ จึงทำให้พบอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในระดับที่ไม่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมลวรรณ (2546) ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลช่องปากมีประสิทธิภาพในการป้องกันอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

วันที่เริ่มเกิดและระยะเวลาของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองเกิดขึ้นช้ากว่ากลุ่มควบคุม และระยะเวลาที่เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบพบว่าสั้นกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่ได้รับ จากการสอน การชี้แนะ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากจึงทำให้การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบเกิดช้าลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมลวรรณ (2546) ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลช่องปากมีประสิทธิภาพในการป้องกันอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ช่วยชะลอวันที่เกิดอาการ ช่วยให้ระยะเวลาที่มีอาการสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$  และสอดคล้องกับเนตรสุวีณ์ (2547) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองทำให้เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โดยสรุป โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็มสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น อัตราการเกิด ความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบลดลง

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลประจำการสามารถนำโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดโดยมีการใช้คู่มือ และการสอนการให้ความรู้เป็นรายบุคคล และมีการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยการนำโปรแกรมไปใช้ควรเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อถือ เกิดความไว้วางใจโดยพร้อมที่จะรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยความเต็มใจ

2. ในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ควรให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม

ในการดูแลและเรียนรู้จากโปรแกรมเพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเป็นการสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

### ด้านการวิจัย

ควรมีการทำวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ ที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีสูตรคล้ายคลึงกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ. ประคอง อินทรสมบัติ ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิสุทธิ์ ล้าเลิศธน หัวหน้าแพทย์อายุรกรรมมะเร็งวิทยา นางสาววิริยา บุญช่วย รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬารัตน์/หอผู้ป่วยใน และ ดร. วารินทร์ บินโฮเซน อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่เข้าร่วมการวิจัย และให้ข้อมูล จนวิทยานิพนธ์สำเร็จด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

กิ่งกาญจน์ ตั้งคโณภาส. 2558. ผลลัพธ์ของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบโดยใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต.

จุฑามาศ กันนุช อัมภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัทติวงศ์. 2556. ความสามารถในการดูแลตนเองคุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการแสดงทางระบบทางเดินอาหารภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 31(1): 62-71.

เนตรสุวีณีย์ เจริญจิตสวัสดิ์. 2547. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมี

บำบัดแบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันทนีย์ ดวงแก้ว วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และวิภา แซ่เซี่ย. 2554. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 3(3): 1-16.

วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์. 2546. ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2008. *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

อุบล จ้วงพานิช. 2554. *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 177 หน้า

BC Cancer Agency. 2011. *Professional practice nursing standards - symptom management guidelines: oral mucositis*. [Online]. Retrieved July 22, 2011, from [www.bccancer.bc.ca/legal.htm](http://www.bccancer.bc.ca/legal.htm)

Cohen, J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Gibson, R.J., Keefe, D.M., Lalla, R.V., Bateman, E., Blijlevens, N., et al. 2013. Systematic review of agents for the management of gastrointestinal mucositis in cancer patients. *Supportive Care Cancer*. 21(1):313-326. doi: 10.1007/s00520-012-1644-z

- Jemal, A., Bray, F. and Center, M.M. 2011. Global cancer statistics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**. 61(2): 61:69.
- Kidd, L., Kearney, N., Carroll, R., and Hubbard, G. 2008. Experiences of self-care in patient with colorectal cancer: a longitudinal study. **Journal of Advanced Nursing**. 64: 469-477.
- Kinnane, N., Stuart, E., Thompson, L., Evans, K., and Schneider-Kolsky, M. 2008. Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education. **European Journal of Cancer Care**. 17:328-339.
- Kostler, W.J., Hejna, M., Wenzel, C. and Zielinski, C.C. 2001. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**. 51:290-315.
- Langius, J.A.E., Zandbergen, M.C., Eerenstein S.E.J., Van Tulder, M.W., Leemans C.R., et al. 2013. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo) radiotherapy: a systematic review. **Critical Nutrition**. [Online]. Retrieved June 18, 2013, from <http://www.elsevier.com/locate/clnu>
- Larson, M.E., Rowntree, J., Young, A.M., Pearson, S., Smith, J., et al. 2008. Chemotherapy side-effect management using mobile phone. **Engineering in Medicine and Biology Society**. 5152-5155.
- Naidu, M.U.R., Gogula, V.R., Pingali, U.R., Lyyapu, K.M., Avula, S. and Priyadarsni, R. 2004. Chemotherapy-induced and/or radiation therapy-induced oral mucositis complicating the treatment of cancer. **Neoplastic**. 6: 423-431.
- National Cancer Institute (NCI). 2006. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 3.0, U.S. National Institutes of Health.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) . 2013. **Head and Neck Cancers**. U.S. National Comprehensive Cancer Network.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). 2014. **NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology (NCCN Guidelines) Head and Neck Cancers Version 2**, U.S. National Comprehensive Cancer Network.
- National Guideline Clearinghouse. 2001. Chemotherapy and Biotherapy: Guidelines and Recommendation for Practice. **Oncology Nursing Society**.
- Nikoletti, S., Hyde, S., Shaw, T., Myers, H. and Kristjanson, L. 2005. Comparison of plain ice and flavored ice for preventing oral mucositis associated with the use of 5-Fluorouracil. **Journal of Clinical Nursing**. 14: 750-753.
- Orem, D.E. 2001. **Nursing concept of practice**. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis : Mosby. Radiological Society North America (RSNA). 2006. **Head and neck cancer**. [Online]. Retrieved October 8, 2006, from <http://Head and Neck Cancer.html>
- Rubenstein, E. B., Peterson, D. E., Schubert, M., Keefe, D., McGuire, D., and Epstein, J. 2004. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. **Cancer Supplement**. 100: 2026-2041.
- Torre, L.A., Bray, F., Siegel, R.L., Ferley, J., Tieulent, J.L. and Jemal, A. 2015. Global Cancer Statistics. **A Cancer Journal for Clinicians**. 65(2): 68-108.

Wohlschlaeger, A. 2004. Prevention and treatment of mucositis: A guide for nurse. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**. 21: 281-287.