

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็งสภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วม กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและ พื้นปากหลังผ่าตัด*

ชัชสุดา ธนอมรพงศ์ พย.ม. **

สุวิมล กิมปี ค.ม. (วิจัยการศึกษา)***

ปรางทิพย์ ฉายพุทธ Ph.D. (Nursing)****

เกศศิริ วงษ์คงคำ ป.ร.ด. (การพยาบาล)*****

ภาวีน เกษกุล พ.บ., ว.ว. (โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา)*****

บทคัดย่อ : วัตถุประสงค์ของการวิจัย : ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็งสภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วม กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด

การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงความสัมพันธ์

การดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์ ก่อนได้รับรังสีรักษา และ/หรือ เคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 57 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความต้องการการดูแลด้านมะเร็งอย่างสั้นสำหรับผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอ แบบประเมินสภาพลิ้นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปาก แบบประเมินภาวะโรคร่วม ของชาร์ลสัน แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก ในด้านการกลืนและการพูด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย: พบว่าสภาพของลิ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .623, p < .01$) ความต้องการการดูแลด้านมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.308, p < .05$) และภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก ($r = .075, p > .05$)

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรตอบสนองความต้องการการดูแลด้านมะเร็งของผู้ป่วย รวมถึงเน้นการดูแลสภาพของลิ้นภายหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมให้สภาพลิ้นมีการฟื้นตัวเร็ว ส่งผลให้มีภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากดี

วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29(1) 67-81

คำสำคัญ: มะเร็งลิ้น มะเร็งพื้นปาก ความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วม ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้เขียนหลัก พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อีเมลล์: chachisuda@hotmail.com

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อีเมลล์: prangtip.cha@mahidol.ac.th

*****อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคมะเร็งช่องปากพบมากเป็นอันดับ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมดทั่วโลก และพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ทั่วโลกประมาณร้อยละ 2 โรคมะเร็งช่องปากที่พบบ่อยมากที่สุด คือ มะเร็งลิ้นและมะเร็งพื้นปาก¹ สำหรับประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2552 พบโรคนี้นี้ในเพศชายและหญิงร้อยละ 8.4 และ 2.9 ตามลำดับ²

ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก หมายถึง หน้าที่ของอวัยวะในช่องปากในการกระทำเกี่ยวกับการกลืน การพูด การเคี้ยว ความเจ็บปวด การรับรส การหายใจ และประสาทรับรู้เชิงกล (oral mechanoreceptor)³ ซึ่งในการศึกษานี้เน้นปัญหาที่เกิดขึ้นด้านการกลืนและการพูด ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดบริเวณลิ้นและพื้นปากจะไปรบกวนการทำหน้าที่ของลิ้น ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในด้านการกลืนและการพูดมากที่สุด หากผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากมีภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากไม่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรับประทานอาหารมากขึ้น มีข้อจำกัดในการเลือกประเภทอาหารให้เหมาะสม รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาการเข้าสังคม⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก ได้แก่ ปัจจัยความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง การศึกษาของ Chen และคณะ (2009)⁵ พบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีความต้องการการดูแลด้านมะเร็งโดยรวมและด้านย่อยในระดับมาก โดยความต้องการการดูแลด้านย่อยเรียงคะแนนจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน ด้านการดูแลและสนับสนุนความต้องการ ด้านข้อมูลสุขภาพ ด้านจิตใจ และด้านความต้องการทางเพศ รวมทั้งยังพบว่าผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพด้านร่างกายสามารถทำนาย

ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและด้านการดูแล และสนับสนุนความต้องการได้ร้อยละ 66.9 ($R^2 = 0.669$, $p < 0.001$) หากผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านมะเร็งมาก ย่อมหมายถึงผู้ป่วยมีความต้องการอย่างมากที่จะได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพ⁶ ดังนั้นความต้องการการดูแลด้านมะเร็งจึงมีความสำคัญในการเป็นแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลสามารถตอบสนองและสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ⁷ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลช่องปากได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมการทำหน้าที่ในช่องปากให้มีประสิทธิภาพ ปัจจัยสภาพของลิ้น การผ่าตัดลิ้นและเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อการฟื้นตัวทางด้านการกลืนในระยะการเตรียมก่อนอาหารในปากและระยะปาก และส่งผลต่อการฟื้นตัวทางด้านการพูด เนื่องจากลิ้นมีบทบาทสำคัญในการแปรเสียงเพื่อทำให้เกิดเสียงสระและพยัญชนะ⁸ ดังนั้นเมื่อสภาพลิ้นดีจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ในช่องปากด้านการกลืนและการพูดไปด้วย ภาวะโรคร่วมที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ โรคระบบหายใจ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางเมตาบอลิก⁹ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก แผลผ่าตัดในช่องปากหายช้า เกิดรอยแผลเป็นและพังผืดตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากและสื่อสารกับผู้อื่นได้ช้าลง¹⁰

ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก ในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากมีความสำคัญในการให้การพยาบาลหลังผ่าตัด โดยเฉพาะใน 6 สัปดาห์แรกที่พบว่าความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น และภาวะโรคร่วม น่าจะเกี่ยวข้องหรือมีความ

สัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก อีกทั้งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาการศึกษาปัจจัยความต้องการการดูแลด้านมะเร็งสภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วม และภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากดังกล่าวในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่อาจมีสภาพความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันในบริบท หรือมีสภาพของลิ้น หรือภาวะโรคร่วมที่แตกต่างกัน แต่ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปาก อีกทั้งมะเร็งลิ้นและพื้นปากนั้นเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในช่องปาก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัดเพื่อนำผลงานวิจัยไปศึกษาต่อเนื่องให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด และอาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลและส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model)¹¹ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้การผ่าตัดลิ้นและช่องปากถือเป็นสิ่งเร้าตรง (focal stimuli) ที่กระตุ้นให้ร่างกายมีการปรับตัวด้านสรีรวิทยาด้านระบบประสาท (neurologic) ที่ควบคุมโดยระบบประสาทที่มาเลี้ยงอวัยวะที่ใช้ในการกลืนและการพูด สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) คือความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น และภาวะโรคร่วม และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) คือความเชื่อ ทศนคติ ประสบการณ์เดิม และลักษณะทางสังคม โดยความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น และภาวะโรคร่วม ที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้มีผลกระทบต่อระบบควบคุม (regulator subsystem)

และระบบรับรู้ (cognator subsystem) นำไปสู่การปรับตัว อธิบายได้ดังนี้

ความต้องการการดูแลด้านมะเร็งเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการการดูแลด้านมะเร็งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวโดยผ่านกระบวนการในการเผชิญปัญหาด้านระบบรับรู้ (cognator subsystem) ซึ่งเป็นกระบวนการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับรู้ (perceptual) การเรียนรู้ (learning) การตัดสินใจ (judgement) และอารมณ์ (emotion) กระบวนการรับรู้จะเลือกและจดจำสิ่งที่ตนเองสนใจ การเรียนรู้ประกอบด้วย การเลียนแบบ การเสริมแรง และการหยั่งรู้ การตัดสินใจจะทำหน้าที่ในการพิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหา และอารมณ์จะเป็นการใช้กระบวนการทางจิตที่จะทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจ หากผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลมาก แสดงถึงยังมีความต้องการการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ⁶ ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลด้านมะเร็งในด้านระบบประสาทที่ควบคุมอวัยวะที่ใช้ในการกลืนและการพูด จึงส่งผลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวในเรื่องภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและการพูดดังกล่าว

1 สภาพของลิ้นเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกลืนและการพูด เมื่อผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากได้รับการผ่าตัดบริเวณลิ้นและพื้นปาก ซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรงที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านสรีระในด้านระบบประสาท คือพฤติกรรมกลืนและการพูด ซึ่งการผ่าตัดนั้นทำให้สูญเสียอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและการพูด คือ กล้ามเนื้อลิ้น รวมทั้งการตัดเส้นประสาทโดยขึ้นอยู่กับระยะของโรคและชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดบริเวณส่วนปลายของเส้นประสาทสมอง ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal

nerve), 7 (facial nerve), 9 (glossopharyngeal nerve), 10 (vagus nerve), และ 12 (hypoglossal nerve) ที่ควบคุมกลไกการกลืนและการพูด ส่งผลต่อการกลืนในระยะปากและการแปรเสียงพูด⁸ ผลลัพธ์ก็คือผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากลดลงด้วย

ภาวะโรคร่วมเป็นสิ่งเร้าร่วมที่มีผลต่อการปรับตัวตามกรอบแนวคิดของรอย กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ จึงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะโรคร่วม ภาวะโรคร่วมที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ โรคระบบหายใจ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางเมตาบอลิก⁹ หากผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรคจะไม่มีผลกระทบต่อระบบควบคุม (regulator) และระบบรับรู้ (cognator) และมีผลต่อการปรับตัวทางด้านระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและการพูด ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปัญหาด้านการสื่อสาร ปัญหาทุพโภชนาการ การติดเชื้อ และอาการปวด¹² โดยเฉพาะปัญหาทุพโภชนาการทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง แผลผ่าตัดในช่องปากหายช้า ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดรอยแผลเป็นและพังผืดตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากและสื่อสารกับผู้อื่นได้ช้าลง¹⁰ แสดงให้เห็นว่าภาวะโรคร่วมเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการปรับตัวด้านระบบประสาท จึงทำให้ผลลัพธ์การปรับตัวคือภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากลดลงได้

จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและมะเร็งพื้นปากเป็นวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัว โดยผู้ป่วยจะมีสภาพช่องปากเปลี่ยนไปเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากโดยเฉพาะการกลืนและการพูด ย่อมกระทบ

ต่อภาวะโภชนาการและการสื่อสารซึ่งเป็นการปรับตัวด้านสรีระที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปาก ซึ่งผู้ป่วยต้องอาศัยปัจจัยดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นในการที่จะช่วยให้การปรับตัวของผู้ป่วยดีขึ้นภายหลังผ่าตัด เพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกายไว้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วม กับ ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ความต้องการการดูแลด้านมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์
2. สภาพของลิ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์
3. ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปาก เพศหญิงและชายมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ภายหลังได้รับการผ่าตัดบริเวณลิ้นและพื้นปาก และเข้ารับการรักษาตามการรักษารักษา ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ 4 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ด้วย Pearson's correlation (r) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาที่ใช้ตัวแปร

แบบเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงคาดประมาณว่าค่า r จะเท่ากับ 0.7 แล้วจึงนำไปทดสอบสมมติฐาน $H_0: \rho_0$ เท่ากับ 0.4 เทียบกับ $H_1: \rho_1$ เท่ากับ 0.7 ซึ่งสรุปผลแล้ว ค่า r ที่ยอมรับได้เท่ากับ ρ_1 คือเท่ากับ 0.7 ดังนั้นผู้วิจัยเลือกค่าต่ำสุดและสูงสุดของค่า r ในการทดสอบสมมติฐานคือ 0.4 และ 0.7 ผู้วิจัยได้นำค่าต่าง ๆ มาคำนวณในสูตร¹³ เมื่อกำหนดให้ 2-sided type I error เท่ากับ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 57 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลิ้นและพื้นปากที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระยะที่ 1 (stage I) เป็นต้นไป ได้รับการผ่าตัดบริเวณลิ้นและพื้นปากเป็นครั้งแรก ภายหลังผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์ ก่อนได้รับรังสีรักษา และ/หรือเคมีบำบัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตประสาท ไม่ใส่สายให้อาหาร ไม่เคยเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอมาก่อนหรือมีการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ไม่มีอาการปวดในช่องปากอย่างรุนแรง และไม่มีเลือดออกบริเวณแผลที่ลิ้นหรือพื้นปาก

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปริมาณในการดื่มสุราและสูบบุหรี่ต่อวัน ระยะเวลาในการเคี้ยวหมากและการเสียดสีของลิ้นกับรอยบินของฟัน
ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโรคและการรักษา ประกอบด้วย ตำแหน่งของอวัยวะที่เป็น ระยะของโรค ชนิดการทำผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลัง

ผ่าตัด ช่วงระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ระยะเวลาตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึงเวลาเก็บข้อมูล และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มรับประทานทางปากได้

2. แบบสอบถามความต้องการการดูแลด้านมะเร็งอย่างสั้นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (The Chinese-Version Cancer Needs Questionnaire, a short form, head and neck cancer-specific version: CNQ-SF-hn) พัฒนาขึ้นโดย Chen และคณะ (2011)¹⁴ เครื่องมือมีข้อคำถาม 36 ข้อ ประกอบด้วย หัวข้อความต้องการ 6 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล 4) ด้านการดูแลและสนับสนุนความต้องการ 5) ด้านข้อมูลสุขภาพ และ 6) ด้านเฉพาะมะเร็งศีรษะและคอ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.77

3. แบบประเมินสภาพลิ้นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปาก เป็นแบบประเมินที่ประยุกต์มาจากเครื่องมือแบบประเมินสภาพลิ้นของ Speksnijder และคณะ (2011)¹⁵ เครื่องมือประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) สีและลักษณะของลิ้น 2) การแลบลิ้น 3) การเคลื่อนไหวลิ้นไปยังมุมปาก 4) การเคลื่อนไหวลิ้นโดยใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้ม และ 5) การเคลื่อนไหวลิ้นโดยใช้ลิ้นแตะเพดานปาก มีค่าความเที่ยงจากการสังเกต เท่ากับ .90

4. แบบประเมินภาวะโรคร่วมของชาร์ลสัน (The Charlson Comorbidity Index: CCI) พัฒนาโดย Charlson และคณะ (2008)¹⁶ ประกอบด้วยโรคร่วมจำนวน 23 ข้อ ซึ่งการให้คะแนนจะให้น้ำหนักคะแนนตามความรุนแรงของโรคเป็น 1, 2, 3, หรือ 6 คะแนน รวมคะแนนได้ตั้งแต่ 0 ถึง 42 คะแนน คะแนนรวมที่ได้แบ่งเป็น 4 เกรด ได้แก่ เกรด 0, 1, 2, และ 3 มีค่าความเที่ยงจากการสังเกต เท่ากับ .90

5. แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก ในด้านการกลืนและการพูด เป็นแบบประเมินที่ประยุกต์มาจากเครื่องมือประเมินด้านการกลืนและการพูดของ Nicoletti และคณะ (2004)¹⁷ เนื่องจากแบบประเมินนี้ประเมินการเคี้ยว การกลืน และการพูดของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังผ่าตัด แต่ในการศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด ซึ่งปัญหาด้านการเคี้ยวนั้นถือว่ามีความซับซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งลิ้นและพื้นปากมีข้อเสนอแนะให้ตัดออก เนื่องจากไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มที่ทำการศึกษาดังกล่าว แบบประเมินประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ การกลืน จำนวน 1 ข้อ และการพูด จำนวน 1 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนด้านการกลืนในแต่ละด้าน คือ 0, 1, 2, 3, 4, และ 5 คะแนน ตามลำดับ และด้านการพูด คือ 0, 1, 2, 3, และ 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมกันทั้งสองด้านอยู่ในช่วง 0-9 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการประเมินร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ โดยประเมินในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงจากการสังเกต (interrater reliability) โดยใช้สถิติแคปป่า (Kappa statistics) เท่ากับ .70

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (correlational design) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากโรงพยาบาล แหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 4 แห่ง ผู้วิจัยขอความร่วมมือโรงพยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลแหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 4 แห่ง จากนั้นเข้าพบผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวชี้แจงโครงการวิจัย ภายหลังได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม

และแบบประเมิน ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์และเพิ่มประวัติผู้ป่วย รวมทั้งการประเมินสภาพลิ้นโดยผู้วิจัย เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์การวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (percentile) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rho Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลทั้ง 4 โรงพยาบาล หมายเลขเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ Si607 / 2012 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2555, 198/2555 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2555, 012/2556 วันที่ 27 พฤษภาคม 2556, และ Q011h/56 วันที่ 14 มิถุนายน 2556 ผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าจะได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการทำวิจัยโดยผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือตอบคำถามจนชัดเจน และเข้าใจตรงกัน รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าเมื่อตอบรับเข้าร่วมการวิจัยแล้วยังสามารถถอนจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต เมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายให้เข้าใจและทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้ว

และเมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบฟอร์มยินยอม ผู้วิจัยจึงเริ่มการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 45.6 (Min. = 18, Max. = 82, = 57.02, SD = 14.66) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.2 สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.6 ไม่มีรายได้ มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.2 มีประวัติดื่มสุรา ร้อยละ 50.9 มีประวัติเคี้ยวหมาก ร้อยละ 5.3 และมีประวัติการเสียดสีของลึนกับรอยบิ่นของฟัน ร้อยละ 14 (ตาราง 1) จากข้อมูลด้านโรค ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและ

ฟันปากที่ศึกษาพบมะเร็งลิ้น ร้อยละ 78.9 และมะเร็งฟันปาก ร้อยละ 21.1 ระยะโรค (แบ่งตามขนาดของมะเร็ง) พบ T2 มากที่สุด ร้อยละ 35.1 ผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นมากที่สุด ร้อยละ 73.7 โดยผ่าตัดลิ้นร่วมกับเย็บปิดแบบปฐมภูมิ และเลาะต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 47.6 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 42.1 โดยภาวะแทรกซ้อนในระยะ 3-6 สัปดาห์หลังผ่าตัดพบมากที่สุด คือ อาการปวดไหล่ ร้อยละ 16.7 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 4 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลพบส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3-15 วัน (Min. = 3, Max. = 36, = 15.35 วัน, SD = 8.30) และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มรับประทานทางปากได้อยู่ในช่วง 1-10 วัน (Min. = 1, Max. = 38, = 12.89 วัน, SD = 8.78) (ตาราง 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและฟันปากหลังผ่าตัดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 57)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	66.7
หญิง	19	33.3
อายุ		
18-39 ปี	7	12.3
40-59 ปี	24	42.1
60 ปีขึ้นไป	26	45.6
สถานภาพสมรส		
สมรส	36	63.2
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	12	21.1
โสด	9	15.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	36	63.2
มัธยมศึกษา	7	12.3
อนุปริญญาตรี	6	10.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	14.0

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็งสภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วมกับ
ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 57) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	35	61.4
รับจ้าง	10	17.5
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	5	8.8
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	5	8.8
เกษตรกร	2	3.5
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	34	59.6
น้อยกว่า 5,000 บาท	1	1.9
5,000-10,000 บาท	6	10.5
10,001-20,000 บาท	10	17.5
มากกว่า 20,000 บาท	6	10.5
ประวัติสูบบุหรี่		
เคย	36	63.2
ไม่เคย	21	36.8
ประวัติการดื่มสุรา		
เคย	29	50.9
ไม่เคย	28	49.1
ประวัติการเคี้ยวหมาก		
เคย	3	5.3
ไม่เคย	54	94.7
ประวัติการเสียดสีของลิ้นกับบรอนบินของฟัน		
เคย	8	14.0
ไม่เคย	49	86.0

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของข้อมูลด้านโรคและการรักษา (n = 57)

ข้อมูลด้านโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
ลิ้น	45	78.9
พื้นปาก	12	21.1
ชนิดการผ่าตัด		
1. ผ่าตัดลิ้น	42	73.7
- เย็บปิดแบบปฐมภูมิ (primary closure)	20	47.6
และเลาะต่อมน้ำเหลือง (neck dissection)		
- การซ่อมแซมด้วยแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูก (flap)	16	38.1
และเลาะต่อมน้ำเหลือง (neck dissection)		
- เย็บปิดแบบปฐมภูมิ (primary closure)	5	11.9
และไม่เลาะต่อมน้ำเหลือง		
- การซ่อมแซมด้วยแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูก (flap)	1	2.4
และไม่เลาะต่อมน้ำเหลือง		
2. ผ่าตัดลิ้นและพื้นปาก	9	15.8
- การซ่อมแซมด้วยแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูก (flap)	9	
และเลาะต่อมน้ำเหลือง (neck dissection)		
3. ผ่าตัดพื้นปาก	6	10.5
- การซ่อมแซมด้วยแผ่นเนื้อเยื่อปะปลูก (flap)	4	
และเลาะต่อมน้ำเหลือง (neck dissection)		
- เย็บปิดแบบปฐมภูมิ (primary closure)	2	
และเลาะต่อมน้ำเหลือง (neck dissection)		
ระยะในการผ่าตัด (ชั่วโมง)		
0.5-4	13	22.8
> 4	44	77.2

ความต้องการการดูแลด้านมะเร็งอยู่ในระดับน้อย (Median = 72.00, $P_{25} = 63.00$, $P_{75} = 82.50$) สภาพของลิ้นมีการทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ (Median = 3.00, $P_{25} = 1.50$, $P_{75} = 5.00$) ภาวะโรค

รวมอยู่ในระดับน้อย (Median = 1.00, $P_{25} = 0.00$, $P_{75} = 2.00$) และภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 6.11, S.D. = 1.76) (ตาราง 3 และ 4)

**ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็งสภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วมกับ
ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด**

ตารางที่ 3 คะแนนเต็ม พิสัย (Range) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25 และ 75 (P_{25} และ P_{75}) และการแปลผลของคะแนนความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น และภาวะโรคร่วม ของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด (n = 57)

ข้อมูล	คะแนนเต็ม	Range	Median	P_{25}	P_{75}	แปลผล
ความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง	36-180	52-121	72.00	63.00	82.50	น้อย
สภาพของลิ้น	0-10	0-10	3.00	1.50	5.00	การทำหน้าที่ ไม่สมบูรณ์
ภาวะโรคร่วม	0-6	0-6	1.00	0.00	2.00	น้อย

ตารางที่ 4 คะแนนเต็ม พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลของคะแนน ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด (n = 57)

ข้อมูล	คะแนนเต็ม	Range	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก	0-9	2-9	6.11	1.76	ปานกลาง

ความต้องการการดูแลด้านมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .623, p < .01$) และภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก ($r = .075, p > .05$) (ตาราง 5)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rho Correlation Coefficient) ของความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น และภาวะโรคร่วม กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด (n = 57)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง	-			
2. สภาพของลิ้น	-.067	-		
3. ภาวะโรคร่วม	.065	.181	-	
4. ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก	-.308*	.623**	.075	-

** $p < .01$, * $p < .05$, ns $p > .05$

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปาก หลังผ่าตัด ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.6 อายุเฉลี่ย 57.02 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.2 มีประวัติดื่มสุรา ร้อยละ 50.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Batsakis¹⁸ พบมะเร็งลิ้นและพื้นปากอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 60 ปี พบมากในเพศชาย ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งลิ้นและพื้นปาก คือ การการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น และภาวะโรคร่วม กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ความต้องการการดูแลด้านมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.308$, $p < .05$) หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนความต้องการการดูแลด้านมะเร็งมาก ผู้ป่วยก็มีคะแนนภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากน้อย นั่นคือความสามารถทำหน้าที่ด้านการกลืนและการพูดไม่เป็นปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนความต้องการการดูแลด้านมะเร็งน้อย ผู้ป่วยก็มีคะแนนภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากมาก ความสามารถทำหน้าที่ด้านการกลืนและการพูดเป็นปกติ หากผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านมะเร็งมาก แสดงถึงยังมีความต้องการการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ⁶ ดังนั้นความต้องการการดูแลด้านมะเร็งจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ (2011)¹⁴ พบว่าความต้องการการดูแลด้านมะเร็งสูงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) ซึ่งการทำหน้าที่ด้านการกลืน

และการพูดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ และในการศึกษานี้เมื่อวิเคราะห์ความต้องการการดูแลด้านมะเร็งรายด้าน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการด้านเฉพาะมะเร็งศีรษะและคอในเรื่องการจัดการความกลัวเกี่ยวกับความไม่สุขสบายในช่องปากที่เกิดจากการรักษา รวมทั้งปากแห้ง การกลืนลำบาก และการเคี้ยวลำบาก ร้อยละ 70.2 แสดงให้เห็นว่าการประเมินความต้องการการดูแลด้านมะเร็งมีความสำคัญในการเป็นแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถตอบสนองและสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ⁷

สภาพของลิ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .623$, $p < .01$) หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนสภาพลิ้นมาก นั่นคือสภาพลิ้นสะอาด มีการทำหน้าที่สมบูรณ์ ผู้ป่วยก็มีคะแนนภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากมาก ความสามารถในการกลืนและการพูดเป็นปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนสภาพลิ้นน้อย นั่นคือสภาพลิ้นไม่สะอาด มีการทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยก็มีคะแนนภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากน้อย นั่นคือความสามารถในการกลืนและการพูดไม่เป็นปกติ เนื่องจากสภาพของลิ้นโดยปกติมีหน้าที่สำคัญในด้านการกลืนและการพูด เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดบริเวณลิ้น จึงมีแผลผ่าตัดบริเวณลิ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ของลิ้นลดลง¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Toporcov และ Antunes (2006)¹⁹ พบว่าการเคลื่อนไหวของลิ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.019$) และจากการศึกษาของ Schliephake และคณะ (1998)²⁰ พบว่าการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวลิ้น

ลดลง ($p = 0.0017$) และคุณภาพของเสียงลดลง ($p = 0.0001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าการเคลื่อนไหวลิ้นลดลงสัมพันธ์กับภาวะกลืนลำบากและมีน้ำลายไหลยืดในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด

ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก ($r = .075, p > .05$) นั้นหมายความว่าไม่ว่าผู้ป่วยมีคะแนนภาวะโรคร่วมมากหรือน้อยก็ไม่ได้ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากมากหรือน้อยด้วย อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากที่มีภาวะโรคร่วมก่อนได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินและควบคุมภาวะโรคร่วมก่อนผ่าตัด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานต้องได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอย่างเข้มงวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด จนถึงหลังผ่าตัด หรือการประเมินภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด โดยการตรวจระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด หากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการในระดับปานกลางหรือรุนแรง ต้องได้รับการดูแลด้านภาวะโภชนาการจากทีมสุขภาพ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าทีมสุขภาพได้มีการตรวจสอบจนแน่ใจว่าภาวะโรคร่วมสามารถควบคุมได้ และอยู่ในระดับไม่รุนแรง²¹ จึงได้รับการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Gourin และคณะ (2005)²² พบว่าภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมอาจมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะใหม่หรือมีการปรับชดเชยจนผู้ป่วยไม่รู้สึกรว่ภาวะโรคร่วมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัดทั้งหมด ดังนั้นภาวะโรคร่วมจึงไม่มีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากหลังผ่าตัด นั่นคือภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการ

ทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด

สรุปว่าปัจจัยความต้องการการดูแลด้านมะเร็งและสภาพของลิ้นมีส่วนส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก ส่วนปัจจัยภาวะโรคร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่ส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากสภาพของลิ้นหลังผ่าตัดทำหน้าที่ได้ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากได้ดี จึงควรเตรียมพยาบาลในการประเมินสภาพลิ้นก่อน เพื่อสามารถประเมินสภาพของลิ้นได้อย่างถูกต้อง และพยาบาลควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดสำหรับผู้ป่วยที่มีสภาพลิ้นหลังผ่าตัดทำหน้าที่ได้น้อย เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะปัญหาด้านการกลืนและการสื่อสาร นอกจากนี้พยาบาลควรมีการประเมินความต้องการการดูแลด้านมะเร็งของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลด้านมะเร็งมาก ต้องมีวิธีในการดูแลที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยมีภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากได้ดียิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย จากการทบทวนครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่ามีอีกหลายปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปาก เช่น ความปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนและหลังผ่าตัด สภาพจิตใจก่อนผ่าตัด เป็นต้น ควรศึกษาต่อเนื่องไปจนถึงอำนาจการทำนาย เพื่อนำไปสู่การศึกษาเชิงทดลองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Shah JP, Gil Z. Current concepts in management of oral cancer – surgery. *Oral Onco* 2009; 45(4): 394–401.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: รัไทยเพรส; 2552.
- Travers JB, Travers SP, Christian JM. Malignant neoplasms of the oral cavity. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, et al., editors. *Cummings otolaryngology head & neck surgery*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p. 1200–14.
- Rosenthal DI, Lewin JS, Eisbruch A. Prevention and treatment of dysphagia and aspiration after chemoradiation for head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24(17): 2636–43.
- Chen S-C, Liao C-T, Lin C-C, Chang JT-C, Lai Y-H. Distress and care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving surgery. *Oral Onco* 2009; 45(9): 815–20.
- Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer* 2000; 88(1): 226–37.
- Cossich T, Schofield P, McLachlan SA. Validation of the cancer needs questionnaire (CNQ) short-form version in an ambulatory cancer setting. *Qual Life Res* 2004; 13(7): 1225–33.
- Singh B, Shah JP. Complications of treatment and their management. In: Shah JP, Johnson NW, Batsakis JG, editors. *Oral cancer*. London: Martin Dunitz; 2003. p. 367–72.
- Sanabria A, Carvalho AL, Vartanian JG, Magrin J, Ikeda MK, Kowalski LP. Comorbidity is a prognostic factor in elderly patients with head and neck cancer. *Ann Surg Oncol* 2007; 14(4): 1449–57.
- Fraioli RE, Johnson JT. Postoperative infection. In: Eisele DW, Smith RV, editors. *Complications in head and neck surgery*. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2009. p. 48–54.
- Roy C. The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson; 2008.
- Ship JA, Turner MD. Oral manifestations of systemic diseases. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, et al., editors. *Cummings otolaryngology head & neck surgery*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p. 1200–14.
- Dixon WJ, Massey FS. Introduction to statistical analysis. 4th ed. McGraw-Hill; 1983.
- Chen S-C, Lai Y-H, Cheng S-Y, Liao C-T, Chang JT-C. Psychometric testing of the Chinese-version cancer needs questionnaire short form head and neck cancer-specific version in oral cavity cancer patients. *Support Care Cancer* 2011; 19(5): 647–56.
- Speksnijder CM, van der Bilt A, van der Glas HW, Koole R, Merckx MA. Tongue function in patients treated for malignancies in tongue and/or floor of mouth; a one year prospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2011; 40(12): 1388–94.
- Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(12): 1234–40.
- Nicoletti G, Soutar DS, Jackson MS, Wrench AA, Robertson G. Chewing and swallowing after surgical treatment for oral cancer: functional evaluation in 196 selected cases. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114(2): 329–38.
- Toporcov TN, Antunes JL. Restrictions of food intake in patients with oral cancer. *Oral Oncol* 2006; 42(9): 929–33.

*ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็งสภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วมกับ
ภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด*

19. Batsakis JG. Clinical pathology of oral cancer. In: Shah JP, Johnson NW, Batsakis JG, editors. Oral cancer. London: Martin Dunitz; 2003. p. 77–129.
20. Schliephake H, Schmelzeisen R, Schönweiler R, Schneller T, Altenbernd C. Speech, deglutition and life quality after intraoral tumour resection: a prospective study. Int J Oral Maxillofac Surg 1998; 27(2): 99–105.
21. Schiff BA. Wound healing. In: Eisele DW, Smith RV, editors. Complications in head and neck surgery. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2009. p. 39–45.
22. Gourin CG, McAfee WJ, Neyman KM, Howington JW, Podolsky RH, Terris DJ. Effect of comorbidity on quality of life and treatment selection in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. Laryngoscope 2005; 115(8): 1371–5.

Correlation between Cancer Care Needs, Tongue Condition, Comorbidity and Oral Functional Status in Post-Operative Tongue Cancer and Mouth-Floor Cancer Patients*

Chachsuda Tana-amornpong M.N.S. **

Suvimol Kimpee M.Ed. (Research) ***

Prangtip Chayaput Ph.D. (Nursing) ****

Kessiri Wongkongkam Ph.D. (Nursing) *****

Phawin Keschool M.D., F.R.C.S. (Otolaryngology)*****

Abstract: **Objective:** To examine correlation between cancer care needs, tongue condition, comorbidity and oral functional status in patients having undergone tongue cancer and mouth-floor cancer operations.

Design: Correlational research.

Implementation: This study was conducted based on Roy's Adaptation Model as a conceptual framework. The sample consisted of 57 post-operative tongue cancer and mouth-floor cancer patients scheduled to receive radiotherapy and/or chemotherapy within 6 weeks. Data were collected using (i) a general information questionnaire, (ii) a short form surveying cancer care needs in patients with head and neck cancers, (iii) a tongue condition assessment form, (iv) Charlson's comorbidity index, and (v) an oral functional (swallowing and speaking) status form. The data were analysed using Spearman's Rho correlation.

Results: Firstly, tongue condition and oral functional status displayed a positive correlation, at a statistically significant level of $r = .623$, $p < .01$. Secondly, cancer care needs and oral functional status showed a negative correlation, at a statistically significant level of $r = -.308$, $p < .05$. Finally, comorbidity displayed no significant correlation ($r = .075$, $p > .05$) with oral functional status.

Recommendations: It is suggested that nurses respond promptly to cancer patients' care needs and pay close attention to the patients' post-operative tongue conditions, as these could effectively enhance the recovery of the tongue and oral functional status.

Thai Journal of Nursing Council 2014; 29(1) 67-81

Keywords: tongue cancer; mouth-floor cancer; cancer care needs; tongue condition; comorbidity; oral functional status

*Master Thesis of Nursing Science (Adult nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University.

**Corresponding Author: Master of Nursing Science (Adult nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University.

E-mail: chachsuda@hotmail.com

***Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

****Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

E-mail: prangtip.cha@mahidol.ac.th

***** Lecturer, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

***** Assistant Professor, Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University.