

# อิทธิพลของระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปาก ต่อการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด

อุษา เข้มทอง พย.ม.\*

ปรางทิพย์ ฉายพุทธ Ph.D. (Nursing)\*\*

วัลย์ธดา ฉันทน์เรืองวนิชย์ พย.ด.\*\*\*

สีบวงศ จุฑาภิลิทธิ์ พบ. ป. ชั้นสูง, ว.ว. (ศัลยศาสตร์), Ph.D.\*\*\*\*

**บทคัดย่อ:** วัตถุประสงค์ของการวิจัย: ศึกษาอำนาจการทำนายของระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปาก ต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องปาก

**การออกแบบวิจัย:** การวิจัยแบบศึกษาอำนาจการทำนาย

**การดำเนินการวิจัย:** ทฤษฎีการปรับตัวของรอยถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดช่องปากจำนวน 59 ราย ที่มารับการตรวจติดตามการรักษาหลังการผ่าตัดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินระดับความปวด, 2) การประเมินลักษณะอาหาร และการรับประทานอาหาร จากแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และ 3) แบบประเมินสภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณโดยใส่ตัวแปรเข้าพร้อมกัน

**ผลการวิจัย:** ผลการศึกษาพบว่าระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปาก สามารถร่วมกันทำนายการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้ โดยอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 55.9 ( $R^2 = .313, p = .001$ ) ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีสุขภาพช่องปากเปลี่ยนแปลงหลังการผ่าตัด มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

**ข้อเสนอแนะ:** การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะช่วยส่งเสริมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังผ่าตัด

วารสารสภาการพยาบาล 2558; 30(2) 60-74

**คำสำคัญ:** การรับประทานอาหาร ลักษณะอาหาร มะเร็งช่องปาก สุขภาพช่องปาก ความปวด

\*พยาบาลชำนาญการ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล อีเมลล์: usakhemthong@gmail.com

\*\*ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อีเมลล์: prangtip.cha@mahidol.ac.th

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรับประทานอาหารเป็นความต้องการพื้นฐานทางด้านโภชนาการในการดำรงชีวิตของมนุษย์<sup>1</sup> พยาธิสภาพของมะเร็งช่องปากและการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างในช่องปากเพื่อการรักษามีผลกระทบต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโดยตรง เพราะช่องปากเป็นอวัยวะแรกที่ทำหน้าที่ในการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารที่รับประทานและสถานที่ที่รับประทานอาหาร เพื่อให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตตามสภาพความเจ็บป่วยของตน<sup>2</sup> ปัญหาที่เกิดขึ้นถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (postoperative recovery) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ รับประทานอาหาร ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก เช่น ความปวด<sup>3,4</sup> สุขภาพช่องปาก<sup>5</sup> ลักษณะอาหาร<sup>6</sup> และรูปแบบการรักษา<sup>7</sup> เป็นต้น ความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้<sup>8</sup> การศึกษาผลของความปวดต่อภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ทำในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งทางเดินอาหาร เป็นต้น<sup>4</sup> ซึ่งบริเวณที่ปวดจะไม่ใช่ช่องปากและไม่ใช่อวัยวะเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในการรับประทานอาหารโดยตรง โดยถึงแม้ผู้ป่วยเหล่านั้นจะมีความปวดเกิดขึ้น แต่ความปวดไม่ได้กระทบโดยตรงกับการทำหน้าที่ของช่องปาก ผู้ป่วยจึงยังสามารถใช้ทำหน้าที่รับประทานอาหารได้ ต่างจากผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีความปวดอยู่ในช่องปากและกระทบโดยตรงต่อการทำหน้าที่รับประทานอาหาร<sup>3,9</sup> จึงพบว่าระดับความปวดมีความสัมพันธ์กับการจำกัดการทำหน้าที่ของช่องปากในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก<sup>10</sup>

ความบกพร่องของการทำหน้าที่ของช่องปากที่เกิดจากการผ่าตัด<sup>8, 11, 12</sup> ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารที่รับประทาน เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย<sup>13</sup> ด้วยความยุ่งยากในการจัดเตรียมอาหารที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับรับประทาน ความปวดในช่องปาก ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาด้านภาพลักษณ์ร่วมด้วย จึงเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรับประทานอาหารที่บ้านหรือกับบุคคลที่คุ้นเคย<sup>12-14</sup>

นอกจากนี้ยังพบว่า สุขภาพช่องปากยังมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารของผู้ป่วย มะเร็งช่องปากเช่นเดียวกัน<sup>5</sup> โดยผู้ป่วยที่สุขภาพช่องปากไม่ดี จะมีปัญหาการรับประทานอาหาร ทำให้ผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารได้ลดลง<sup>5,15</sup> ปัญหาสุขภาพช่องปากยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเลือกชนิดอาหาร และปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารที่รับประทาน ถ้าปัญหาสุขภาพช่องปากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม จะมีผลต่อการฟื้นตัวของร่างกายหลังผ่าตัด และอาจนำไปสู่ภาวะพร่องโภชนาการได้<sup>16</sup>

ดังนั้น ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย<sup>1,12</sup> เมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องของภาวะการทำหน้าที่ในการรับประทานอาหารเนื่องจากความปวดหลังการผ่าตัดบริเวณช่องปากและโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง ทำให้รับประทานอาหารบางชนิดไม่ได้ ต้องมีการปรับตัวโดยเลือกลักษณะอาหารที่รับประทาน ปัญหาในการรับประทานอาหารที่เกิดขึ้น ร่วมกับกลไกการเกิดมะเร็งที่ทำให้เมตาบอลิซึมของร่างกายเพิ่มขึ้น<sup>6,9,11</sup> ส่งผลให้พลังงานจากสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับไม่เพียงพอต่อความต้องการพื้นฐานของร่างกาย หากผู้ป่วยยังไม่สามารถได้รับสารอาหารทดแทนที่เพียงพอเป็นเวลานาน ร่างกายจะอ่อนแอลงจากภูมิคุ้มกันที่ลดลง เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่มักกระตุ้น<sup>1</sup>

โดยไม่สามารถตอบสนองให้ความต้องการของร่างกาย ด้านโภชนาการในขณะเจ็บป่วยมีความสมดุลได้ อาจเกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพจากการรับประทานอาหาร ได้ลดลงหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความ ต้องการในการดำรงชีวิตเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย<sup>1,6,7,9</sup> และนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่สามารถชดเชยได้<sup>1</sup> หากผู้ป่วย แยกตัวออกจากสังคมเพราะรับประทานอาหารปกติ ไม่ได้ จนทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นได้ อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้ เช่นกัน<sup>1,6,13,17</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดทำให้โครงสร้างช่องปากเปลี่ยนไป เกิดปัญหาปวดแผลผ่าตัดในช่องปาก ลักษณะอาหารที่รับประทานเปลี่ยนไป และสุขภาพช่องปากเปลี่ยนแปลง มีผลกระทบต่อรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัดนั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วย ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน โดยความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัย ลำดับต้น ๆ ที่พยาบาลสามารถให้การจัดการบำบัดทางการพยาบาลได้ การทราบอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการรับประทานอาหาร จะช่วยให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมการรักษาสามารถวางแผนในการจัดการความปวด ลักษณะอาหาร และปัญหาสุขภาพช่องปากได้อย่างเฉพาะอาจช่วยส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ แม้ว่าจะมีการศึกษาเรื่องโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งมากมายนานหลายด้าน แต่หากองค์ความรู้ พื้นฐานเฉพาะด้านในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทยยังมีน้อย ทั้งงานวิจัยในและต่างประเทศยังมุ่งเน้นศึกษาใน ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น<sup>4,5,8,9,12</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาศักยภาพที่มีอิทธิพลดังกล่าวข้างต้นต่อการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model)<sup>1</sup> เป็นกรอบแนวคิดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ของตัวแปรสิ่งเร้าที่สนใจศึกษา ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเป็นปัจเจกบุคคลที่เป็นระบบเปิด มีการปรับตัวต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งคุกคามที่เข้ามากระทบชีวิต โดยมีกระบวนการในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเป็นมะเร็งช่องปากที่ต้องได้รับการผ่าตัด ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยหรือปัจเจกบุคคลจะแสดงพฤติกรรมกรรมการปรับตัวขึ้นกับระดับของสิ่งเร้าที่มากหรือนั้น<sup>1,12</sup> สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบผู้ป่วยโดยตรงมีอิทธิพลทำให้เกิดการปรับตัวที่ว่า คือ สิ่งเร้าตรง (focal stimuli)<sup>1,17</sup> ในการศึกษาครั้งนี้คือ ระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปาก สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อสิ่งเร้าตรง และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถือเป็นสิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli)<sup>1,12,17</sup> คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ ซึ่งไม่ได้ทำการศึกษาในงานวิจัยนี้

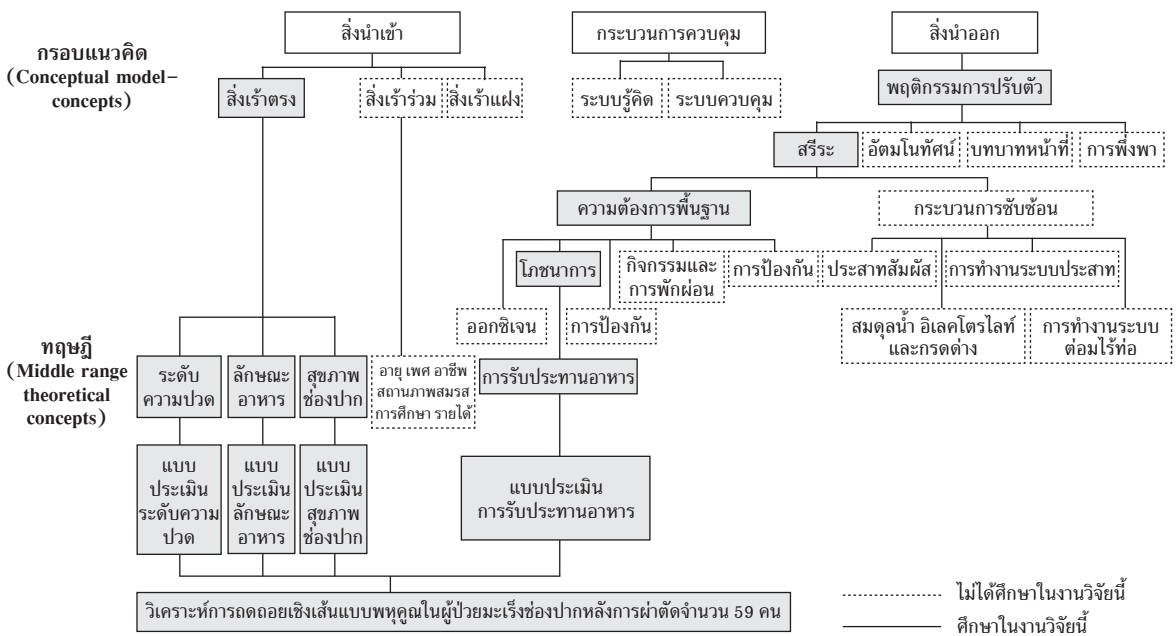
ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจะตอบสนองต่อความปวด ลักษณะอาหาร รวมทั้งสุขภาพช่องปากที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากการผ่าตัดโดยกระบวนการควบคุม (control processes) ในร่างกายผ่านระบบรับรู้คิด (cognator subsystem) และระบบควบคุมสรีระ (regulator subsystem) จากนั้นแสดงออกเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัว (adaptive mode behaviors) 4 ด้าน คือ ด้านสรีระ (physiologic mode) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) และด้านการพึ่งพา (interdependence mode)<sup>1,17,18</sup> โดยในการศึกษาคั้งนี้จะศึกษาเฉพาะพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่แสดงออกทางด้านสรีระ ที่เป็นความต้องการ

พื้นฐานด้านโภชนาการ (nutrition) คือ การรับประทาน อาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเท่านั้น

เมื่อผู้ป่วยมีความปวดที่เกิดจากการผ่าตัด จะรู้สึกไม่สบายช่องปาก กระบวนการการรับประทาน ทำได้ไม่สะดวก เช่น การอ้าปาก และการเคี้ยว เป็นต้น การต้องปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารจากโครงสร้างใน ช่องปากที่ใช้ในกระบวนการการรับประทานหลัง ผ่าตัดเปลี่ยนไป จากเดิมที่รับประทานได้เกือบทุกชนิด ไม่ว่าจะมึ่ลักษณะแข็ง และค่อนข้างเหนียว และสุขภาพ ช่องปากที่ต้องการการทำความสะอาดและการดูแล เฉพาะภายหลังการรับประทานอาหารจากการมีแผล ผ่าตัด ทั้งหมดนี้ทำให้เป็นภาระ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ยากลำบาก ต้องปรับตัวในการรับประทานอาหาร หากต้องรับประทานร่วมกับบุคคลอื่น พฤติกรรมการ รับประทานอาหารกับผู้อื่นหรือในที่สาธารณะจึง เปลี่ยนไป<sup>1,19</sup>

การปรับตัวด้านสรีระในส่วนของด้านโภชนาการ เป็นการปรับตัวโดยเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร หลังการผ่าตัดช่องปาก การปรับตัวของผู้ป่วยจะดี มี ประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับความสามารถใน การเผชิญสิ่งเร้า และความรุนแรงของสิ่งเร้าที่เข้ามา กระทบ<sup>1,17,18</sup> การศึกษาถึงอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงหรือ ตัวแปรต้น จะนำไปวางแผนการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริม การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากให้มีการปรับตัว อย่างมีประสิทธิภาพได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัว หลังผ่าตัดที่รวดเร็ว

ตัวแปรในการศึกษานี้ สามารถเขียนแสดง ความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่ประยุกต์จากทฤษฎี การปรับตัวของรอย เป็นแผนภาพตามโครงสร้าง แนวคิดทฤษฎี และเครื่องมือในการวิจัย (conceptual- theoretical-empirical structure)<sup>12,20</sup> ดังแสดงใน แผนภาพ 1 ข้างล่างนี้



แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีอิทธิพลตามโครงสร้างแนวคิด ทฤษฎี และเครื่องมือวิจัย ประยุกต์ ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปาก ต่อการรับประทานในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

## สมมุติฐานการวิจัย

ระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปากสามารถทำนายการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

## การออกแบบวิจัย

การวิจัยแบบศึกษาอำนาจการทำนาย (Descriptive predictive research design)

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจติดตามการรักษาภายใน 2 เดือนหลังผ่าตัด โดยได้รับหรือไม่ได้รับการฉายรังสีและ/หรือยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คำนวณจากค่า Multiple correlation coefficient (R) ระหว่างคะแนนการรับประทานอาหารซึ่งเป็นตัวแปรตาม (Y) กับตัวแปรอิสระ (k) 3 ตัว<sup>21</sup> เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาในอดีตที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงประมาณค่า R เท่ากับ .5 ( $R^2 = .25$ ) เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = .05 ค่าอิทธิพล (power) = .9 และจำนวนตัวแปรอิสระ (k) = 3 ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 59 ราย

## เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านโรค และการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของโรคที่เป็น ระยะของโรค รูปแบบการผ่าตัด การรักษาร่วมก่อนรับการผ่าตัด (การฉายรังสีและ/ หรือการให้ยาเคมีบำบัด)

2. แบบประเมินระดับความปวด (Pain level) ใช้แบบประเมิน Visual Analog Scale (VAS) แบบประเมินนี้เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีคะแนนรวม 0 ถึง 100 คะแนน โดย 0-4 คะแนน = ไม่ปวด, 5-44 คะแนน = ปวดน้อย, 45-74 คะแนน = ปวดปานกลาง และ 75-100 คะแนน = ปวดมาก การศึกษานี้ใช้แบบประเมินระดับความปวดแบบ Visual Analog Scale (VAS) ที่เป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินความปวดแม็กกิลล์สั้นย่อ (Short-Form McGill Pain Questionnaire) พัฒนาโดย Melzack<sup>22</sup> มาใช้ในการศึกษานี้ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยวัดห่างกัน 10 นาที มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เท่ากับ .98

3. แบบประเมินสุขภาพช่องปาก (Oral Assessment Guide: OAG) พัฒนาโดย Eilers และคณะ<sup>23</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดยวันทกานต์ ราชวงศ์ และคณะ<sup>18</sup> ประกอบด้วยการประเมิน 8 ข้อ คือการออกเสียง การกลืน ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก และฟัน/ฟันปลอม ในแต่ละหมวดจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดตั้งแต่ 8 ถึง

24 คะแนน ถ้าคะแนนรวมตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สุขภาพช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่ดีในการศึกษานี้ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แคปป่า (Kappa coefficient) ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากพบว่าในแต่ละหมวดมีค่าสัมประสิทธิ์แคปป่าเท่ากับ 1, .83, .78, .74, .89, .70, 1 และ .78 ตามลำดับ

4. แบบประเมินลักษณะอาหาร (Food texture) เป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมิน A Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients: PSS-HN คือ ด้าน normalcy of diet พัฒนาโดย List และ คณะ<sup>19</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามย่อย 11 ข้อ ที่ถามถึงลักษณะอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน เช่น อาหารทางสายยาง อาหารเหลว อาหารชิ้น หนืดหรืออาหารปั่น อาหารอ่อน และอาหารปกติทุกชนิด เป็นต้น ระดับคะแนน 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนต่ำสุดหมายถึง ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร และคะแนนสูงสุด หมายถึง ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารปกติได้ทุกชนิดโดยไม่มีข้อจำกัด การให้คะแนนทำโดยการถามผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาหารที่รับประทาน ในการศึกษานี้ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต ได้ค่าสัมประสิทธิ์แคปป่าในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเท่ากับ .83

5. แบบประเมินการรับประทานอาหาร (Eating) เป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมิน A Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients: PSS-HN คือ ด้าน eating in public พัฒนาโดย List และคณะ<sup>19</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามย่อย 5 ข้อที่เกี่ยวกับสถานที่และ/หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารด้วยได้ ระดับคะแนน 0 ถึง 100 คะแนน ระดับคะแนนต่ำสุด แสดงถึง ผู้ป่วยรับประทานอาหารคนเดียวเป็นประจำ และคะแนนสูงสุด แสดงถึงไม่จำกัดสถานที่ในการรับประทานอาหารหรือบุคคล การให้คะแนนทำโดยการสอบถามผู้ป่วย

ในการศึกษานี้ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต ได้ค่าสัมประสิทธิ์แคปป่าในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเท่ากับ .92

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มภายหลังจากได้รับรองโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ และชี้แจงโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินดังกล่าวข้างต้น การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยการสอบถาม สังเกต และเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อราย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธระหว่างตัวแปรโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรระดับความปวด ความรุนแรงความปวด ลักษณะอาหาร สุขภาพช่องปาก และการรับประทานอาหาร และหาอิทธิพลของตัวแปรโดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (multiple linear regression) โดยใช้วิธีใส่ตัวแปรพร้อมกัน (ENTER method)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขรับรองโครงการ Si 651/2013 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2557

และรับรองคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี หมายเลขรับรองโครงการ 56148 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2556 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หมายเลขรับรองโครงการ EC COA 011/2014 ลงวันที่ 25 เมษายน 2557 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยและรักษากรรยาบรรณของนักวิจัย ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนเสร็จสิ้นการวิจัย ในเรื่องไม่มีการระบุชื่อ ไม่ทำให้ได้รับการตรวจรักษาล่าช้าหรือเร็วขึ้น การตรวจรักษาจะเป็นไปตามลำดับปกติของการเข้ารับ การตรวจรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนั้น การให้ความยินยอม เข้าร่วมวิจัยทำทุกรายโดยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับฟัง

การอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรายละเอียดโครงการวิจัย ชักถามสิ่งที่สงสัย และได้รับการอธิบายจนเข้าใจ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 59 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.9 และเพศหญิง ร้อยละ 44.1 อายุเฉลี่ย 58.46 ปี (SD = 14.93) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,022.03 บาท (SD = 1029.05) ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้รับการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 59)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	33	55.9
หญิง	26	44.1
<b>สถานภาพ</b>		
สมรส	39	66.1
หม้าย/หย่า/แยก	16	27.1
โสด	4	6.8
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	33	55.9
มัธยมศึกษา/ปวช.	13	22.0
อนุปริญญา/ปวส.	5	8.5
ปริญญาตรี	3	5.1
ไม่ได้เรียน	5	8.5
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ทำงาน	23	39.0
รับจ้าง	17	28.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	15.2
เกษตรกร	6	10.2
อื่นๆ	4	6.8

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลิ้นมากที่สุด (carcinoma of tongue) ร้อยละ 44.1 รองลงมาคือ มะเร็งเหงือก (carcinoma of gums) และมะเร็งพื้นปาก (carcinoma of floor of mouth) ตามลำดับ และพบมะเร็ง หลังพินกรามซี่สุดท้าย และมะเร็งเยื่อบุกระพุ้งแก้ม ร่วมกับริมฝีปากน้อยที่สุด โดยได้รับการผ่าตัดร่วมกัน หลายแบบคือ การผ่าตัดแบบกว้าง (wide excision: WE)

ร่วมกับการตัดกระดูก (bone resection) การเลาะต่อมน้ำเหลือง (neck resection) และการซ่อมแซมตัดแต่งโครงสร้างใหม่ (reconstruction) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.5 และได้รับการผ่าตัดแบบกว้างร่วมกับการตัดกระดูก และการผ่าตัดตัดกระดูกอย่างเดียว น้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามการวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง และการผ่าตัดจำแนกตามรูปแบบการผ่าตัด (n = 59)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
มะเร็งลิ้น	26	44.1
มะเร็งเหงือก	12	20.3
มะเร็งพื้นปาก	9	15.3
มะเร็งเยื่อบุกระพุ้งแก้ม	5	8.5
มะเร็งริมฝีปาก	3	5.1
มะเร็งเพดานแข็ง	2	3.4
มะเร็งหลังพินกรามซี่สุดท้าย	1	1.7
มะเร็งเยื่อบุกระพุ้งแก้มและริมฝีปาก	1	1.7
<b>ระยะของโรคมะเร็ง</b>		
ระยะที่ 1	6	10.2
ระยะที่ 2	10	16.9
ระยะที่ 3	12	20.3
ระยะที่ 4	31	52.6
<b>การผ่าตัด</b>		
การผ่าตัดแบบกว้าง ร่วมกับการตัดกระดูก (WE with bone resection)	18	30.5
การผ่าตัดแบบกว้าง ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลือง (WE with neck dissection)	11	18.6
การผ่าตัดแบบกว้าง ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลือง และการซ่อมแซมตัดแต่งโครงสร้างใหม่ (WE with neck dissection with reconstruction)	10	16.9
การผ่าตัดแบบกว้าง ร่วมกับการตัดกระดูก และการเลาะต่อมน้ำเหลือง (WE with bone resection with neck dissection)	6	10
การผ่าตัดแบบกว้าง ร่วมกับการตัดกระดูก และการซ่อมแซมตัดแต่งโครงสร้างใหม่ (WE with bone resection with reconstruction)	5	8.5
การผ่าตัดแบบกว้าง ร่วมกับการซ่อมแซมตัดแต่งโครงสร้างใหม่ (WE with reconstruction)	3	5.1



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามการวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง และการผ่าตัดจำแนกตามรูปแบบการผ่าตัด (n = 59) (ต่อ)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การผ่าตัดแบบกว้างอย่างเดียว (WE)	4	6.8
การผ่าตัดแบบกว้าง ร่วมกับการตัดกระดูก (WE with bone resection)	1	1.7
การผ่าตัดตัดกระดูกอย่างเดียว (Bone resection)	1	1.7

ในระยะ 2 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีความปวดเลยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.8 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารอ่อนที่ต้องเคี้ยว รองลงมาเป็นอาหารอ่อนที่ไม่ต้องเคี้ยว และไม่ได้รับประทานทางปากโดยใส่สายให้อาหาร ผู้ป่วยทั้งหมดมีสุขภาพช่องปากไม่ดี โดยมีคะแนนสุขภาพช่องปากเท่ากับ 10 ขึ้นไป นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับประทานเฉพาะที่บ้านและเลือกรับประทานอาหารกับเฉพาะบุคคลเท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามระดับความปวด ลักษณะอาหาร สุขภาพช่องปาก และการรับประทานอาหาร (n = 59)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับความปวด</b>		
ไม่ปวด	30	50.8
ปวดน้อย	23	39.0
ปวดปานกลาง	6	10.2
ปวดมาก	0	0
<b>ลักษณะอาหาร</b>		
ไม่ได้รับประทานทางปาก/ใส่สายให้อาหาร	13	22.0
อาหารเหลว	1	1.7
อาหารข้น นม/อาหารปั่น	3	5.1
อาหารอ่อนไม่ต้องเคี้ยว	15	25.4
อาหารอ่อนต้องเคี้ยว	24	40.7
รับประทานได้ปกติโดยไม่จำกัดชนิดอาหาร	3	5.1
<b>สุขภาพช่องปาก</b>		
สุขภาพช่องปากไม่ดี	59	100
สุขภาพช่องปากปกติ	0	0
<b>การรับประทานอาหาร</b>		
รับประทานคนเดียวเป็นประจำ	4	6.8
รับประทานเฉพาะที่บ้านและเลือกเฉพาะบุคคล	31	52.5
รับประทานเฉพาะบางสถานที่	5	8.5
ไม่จำกัดสถานที่แต่จำกัดชนิดอาหารเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ	18	30.5
รับประทานได้ทุกสถานที่	1	1.7

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความปวด ลักษณะอาหาร สุขภาพช่องปาก และการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (n = 59)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับความปวด	0 - 100	0	70	13.92	18.13
ลักษณะอาหาร	0 - 100	0	100	36.78	22.78
สุขภาพช่องปาก	8 -24	10	18	13.20	2.30
การรับประทานอาหาร	0 - 100	0	100	41.95	26.03

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า ระดับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) กับระดับความปวด แต่ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กันเอง ไม่มากเกินระดับที่ยอมรับได้ ( $r = -.658, p = .000$ )

คือน้อยกว่า .7<sup>21</sup> จึงนำตัวแปรทั้งสามคือ ระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปาก ไปหาความสัมพันธ์ของอำนาจทำนายตัวแปรการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของระดับความปวด ความรุนแรงความปวด ลักษณะอาหาร สุขภาพช่องปาก และการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (n = 59)

ตัวแปร	1	2	3	4
1 ระดับความปวด	-			
2 ลักษณะอาหาร	-.071 <sup>ns</sup>	-		
3 สุขภาพช่องปาก	.126 <sup>ns</sup>	-.658 <sup>**</sup>	-	
4 การรับประทานอาหาร	-.223 <sup>**</sup>	.443 <sup>**</sup>	-.519 <sup>**</sup>	-

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

ตารางที่ 6 ค่าสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณของระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปากต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (n = 59)

ตัวแปร	B	SE	$\beta$	t	p-value
ระดับความปวด	-.233	.162	-.162	-1.439	.156
ลักษณะอาหาร	.208	.170	.182	1.227	.225
สุขภาพช่องปาก	-4.279	1.687	-.379	-2.537	.014
ค่าคงที่ (Constant)	94.037	26.826	-	3.505	.001

R = .559, R<sup>2</sup> = .313, adj R<sup>2</sup> = .276, F Change = 8.354, p = .000

จากตาราง 6 ค่า  $R^2$  ที่สามารถคำนวณได้ หมายถึง ระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปาก สามารถร่วมกันทำนายการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 31.3 ( $R^2 = .313, p = .001$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) เท่ากับ .559 นั่นคือ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัดที่มีความปวด หรือต้องปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารที่รับประทาน หรือมีสุขภาพช่องปาก เปลี่ยนแปลง มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

### อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.46 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผลการศึกษาเป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาในประเทศไทย<sup>12,17,18</sup> ไต้หวัน<sup>13</sup> และสหรัฐอเมริกา<sup>24</sup> โดยผู้ป่วยที่มีระยะโรคก้าวหน้าจะได้รับการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนเนื่องจากการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะใกล้เคียง<sup>12,17</sup> และการผ่าตัดเป็นการรักษาแรกที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก<sup>9</sup>

จากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับต่ำ และพบว่าระดับความปวดไม่มีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก อธิบายโดยระบบควบคุมด้านสรีรวิทยาได้ว่าการผ่าตัดนำก้อนมะเร็งออก เป็นการลดปริมาณ C-reactive protein ควบคุมโดย proinflammatory cytokine ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เมื่อปริมาณ proinflammatory cytokine ลดลงหรือหมดไป ระดับความปวดจะลดลงไปด้วย<sup>25</sup> และการหายของแผลผ่าตัดในช่องปากจะเกิดในช่วงเวลา 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด เมื่อเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บเกิดการฟื้นฟู ความปวดย่อมลดลงตามมา<sup>26</sup> ประกอบกับ

ผู้ป่วยอาจได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ความปวดที่เกิดขึ้นจึงมีไม่มากและไม่ส่งผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pauloski และคณะ<sup>24</sup> ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย พบว่าระดับความปวดไม่มีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เพราะระดับความปวดจะมีแนวโน้มลดลงในระยะ 1-2 เดือนหลังการรักษาตนเอง ผู้ป่วยจึงสามารถเลือกรับประทานอาหารในที่สาธารณะหรือที่ต่าง ๆ ได้ทุกที่ตามความต้องการ

ลักษณะอาหารที่กลุ่มตัวอย่างเลือกรับประทานนั้น มีทั้งอาหารอ่อนที่ต้องเคี้ยวและไม่ต้องเคี้ยว อธิบายเหตุผลในด้านระบบการรู้คิดได้ว่า<sup>1</sup> อาจเป็นจากความจำตามประสบการณ์เดิมของการรับประทานอาหาร การได้เคยลองรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ และความสะดวกในการรับประทาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดรวบยอดในการเลือกรับประทานอาหาร จากนั้นตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่มีลักษณะตามต้องการที่วันนั้น อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าลักษณะอาหารไม่มีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเลือกที่จะปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารเป็นลักษณะที่รับประทานหรือเตรียมได้ง่ายที่สุด เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหาร<sup>6</sup> ทำให้พบเพียงความสัมพันธ์แต่ไม่พบอิทธิพลของลักษณะอาหารกับการรับประทานอาหาร ถึงแม้จะผ่าตัดมานานสองเดือน แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยเลือกที่จะรับประทานอาหารที่บ้านและเฉพาะกับบุคคลที่คุ้นเคยมากที่สุด เหตุผลในระบบควบคุมทางด้านสรีรวิทยาอาจมาจาก โครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในการรับประทานอาหารถูกตัดออกไป ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ความเร็ว

ในการรับประทานอาหารเช้ากว่าปกติ รวมทั้งในด้านอารมณ์และความรู้สึกที่อาจมีความรู้สึกด้านลบต่อภาพลักษณ์ตนเองที่มีโครงสร้างของใบหน้าผิดปกติรูปไปเป็นผลมาจากการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวโดยเลือกที่จะรับประทานอาหารอยู่ที่บ้าน<sup>1,13,14</sup>

ด้านสุขภาพช่องปากพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดหรือร้อยละ 100 มีสุขภาพช่องปากไม่ดี โดยปัญหาสุขภาพช่องปากไม่ได้จำกัดเฉพาะความสะอาดของริมฝีปาก ลิ้น เยื่อช่องปาก เหงือก หรือลักษณะน้ำลายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัญหาด้านการเคี้ยวและการกลืนด้วยเช่นกัน<sup>19,23</sup> จากการศึกษาของซัสสุตาและคณะ<sup>12</sup> พบว่าสภาพลิ้นมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของช่องปาก โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสภาพลิ้นที่ดีจะมีการทำหน้าที่ของช่องปากที่ดีด้วยเช่นกัน จึงเป็นเหตุผลอธิบายการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการรับประทานอาหารที่เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษานี้ โดยพบว่าสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยสามารถอธิบายได้ว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากนอกจากจะส่งผลให้ความอยากอาหารของผู้ป่วยลดลง สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากยังมีกลิ่นปากไม่พึงประสงค์ รวมถึงน้ำลายที่สะสม ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้เต็มที่เพราะมีแผลผ่าตัดในช่องปาก ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย ขาดความมั่นใจ<sup>13</sup> จึงอาจเป็นอีกเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่บ้านของตนเองและกับบุคคลที่คุ้นเคยเท่านั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งเปลี่ยนแปลงได้ เป็นการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญหลังผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตัว ลดการสังสรรค์และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมตามมา<sup>1</sup>

นอกจากนี้ การศึกษาของ Duke และคณะ<sup>15</sup> ที่ศึกษาผลกระทบระยะยาวของสภาพฟันต่อคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงของช่องปากและสภาพฟันที่ส่งผลต่อการเคี้ยวอาหาร ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เหมือนปกติ เพราะฟันเป็นอวัยวะหลักในการบดเคี้ยวอาหาร เมื่อมีความบกพร่องของสภาพฟัน ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเคี้ยวและรับประทานอาหารได้อย่างปกติ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะปรับตัวโดยใส่ฟันปลอม ทำให้สามารถรับประทานอาหารได้ใกล้เคียงกับปกติ จึงสามารถออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านได้ ถือเป็นการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย<sup>1</sup>

โดยสรุปแล้วจากผลการศึกษาอิทธิพลของระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปากต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก มีวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนองค์ความรู้ให้สามารถอธิบายอิทธิพลของตัวแปรที่สนใจศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยได้อย่างดี<sup>1</sup> ตามกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ โดยสิ่งเร้าตรงในการศึกษา คือ ระดับความปวด ลักษณะอาหารและสุขภาพช่องปาก และสิ่งเร้าร่วม คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้โดยสิ่งเร้าจะผ่านเข้ามาในกระบวนการควบคุม ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างระบบรู้คิด และระบบควบคุมสรีระ โดยผู้ป่วยจะมีการปรับตัวด้านสรีระแสดงผ่านทางด้านโภชนาการ ผลลัพธ์จากการปรับตัวสามารถประเมินได้จากการรับประทานอาหารของผู้ป่วยนั่นเอง

## ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

### ด้านการปฏิบัติพยาบาล

ถึงแม้ว่าระดับความปวด ลักษณะอาหาร และสุขภาพช่องปากสามารถร่วมทำนายการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้ แต่หากผู้ป่วยมีสุขภาพ

ช่องปากที่ไม่ดี ก็มีแนวโน้มที่จะเลือกรับประทานอาหารอ่อนหรือเหลวไม่สามารถรับประทานอาหารปกติได้ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้วางแผนสำหรับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพัฒนาเป็นแผนการพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากต่อไป

### ด้านการวิจัย

ปัจจัยด้านความปวด เป็นปัจจัยที่สำคัญที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความปวดไม่มีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย การศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับยาบรรเทาอาการปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ความปวดในระยะต่างๆ และการจัดการความปวด รวมทั้งควรศึกษาเรื่องสุขภาพช่องปากในระยะต่างๆ หลังผ่าตัดโดยเป็นการศึกษาติดตามในระยะยาว

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากกองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช

### เอกสารอ้างอิง

1. Roy C. The Roy adaptation model. 3<sup>rd</sup> ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson; 2009.
2. Lokker ME, Offerman MP, van der Velden LA, de Boer MF, Pruynt JF, Teunissen SC. Symptoms of patients with incurable head and neck cancer: prevalence and impact on daily functioning. *Head Neck* 2013; 35(6): 868-76.
3. Dios PD, Leston JS. Oral cancer pain. *Oral Oncol* 2010; 46(6): 448-51.

4. Oh H, Seo Y, Jeong H, Seo W. The identification of multiple symptom clusters and their effects on functional performance in cancer patients. *J Clin Nurs* 2012; 21(19-20): 2832-42.
5. Ingram SS, Seo PH, Sloane R, Francis T, Clipp EC, Doyle ME, et al. The association between oral health and general health and quality of life in older male cancer patients. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(9): 1504-9.
6. Ottosson S, Laurell G, Olsson C. The experience of food, eating and meals following radiotherapy for head and neck cancer: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2013; 22(7-8): 1034-43.
7. Lazarus CL, Husaini H, Hu K, Culliney B, Li Z, Urken M, et al. Functional outcomes and quality of life after chemoradiotherapy: baseline and 3 and 6 months post-treatment. *Dysphagia* 2014; 29(3): 365-75.
8. Macfarlane TV, Wirth T, Ranasinghe S, Ah-See KW, Renny N, Hurman D. Head and neck cancer pain: systematic review of prevalence and associated factors. *J Oral Maxillofac Res* 2012; 3(1): e1.
9. Argiris A, Karamouzis MV, Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. *Lancet* 2008; 371(9625): 1695-709.
10. Connelly ST, Schmidt BL. Evaluation of pain in patients with oral squamous cell carcinoma. *J Pain* 2004; 5(9): 505-10.
11. List MA, Bilir SP. Functional outcomes in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol* 2004; 14(2): 178-89.
12. Tana-amornpong C, Kimpee S, Chayaput P, Wongkongkam K, Keschool P. Correlation between cancer care needs tongue condition, comorbidity and oral functional status in post-operative tongue cancer and mouth floor cancer patients. *Thai J Nurs Counc* 2014; 29(1): 67-81. (in Thai)

13. Chen SC. Life experiences of Taiwanese oral cancer patients during the postoperative period. *Scand J Caring Sci* 2012; 26(1): 98–103.
14. Semple CJ, Dunwoody L, George Kernohan W, McCaughan E, Sullivan K. Changes and challenges to patients' lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. *J Adv Nurs* 2008; 63(1): 85–93.
15. Duke RL, Campbell BH, Indresano AT, Eaton DJ, Marbella AM, Myers KB, et al. Dental status and quality of life in long-term head and neck cancer survivors. *Laryngoscope* 2005; 115(4): 678–83.
16. Capuano G, Gentile PC, Bianciardi F, Tosti M, Palladino A, Di Palma M. Prevalence and influence of malnutrition on quality of life and performance status in patients with locally advanced head and neck cancer before treatment. *Support Care Cancer* 2010; 18(4): 433–7.
17. Rojanapan K, Chayaput P, Kimpee S, Ieumwananon-thachai N. Influences of staging, neck node metastasis, receiving opioid medication and radiation technique on nutritional status in head and neck cancer patients. *Thai J Nurs Counc* 2013; 28(2): 13–29. (in Thai)
18. Ratchawong W, Chayaput P, Kimpee S, Ieumwananon-thachai N. Impact of a self-management oral care on stomatitis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy or radio-chemotherapy. *Thai J Nurs Counc* 2013; 28(1): 34–48. (in Thai)
19. List MA, Ritter–Sterr C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer* 1990; 66(3): 564–9.
20. Fawcett J, DeSanto–Madeya S. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2013.
21. Munro BH. Statistical methods for health care research. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
22. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain* 1987; 30(2): 191–7.
23. Eilers J, Berger AM, Petersen MC. Development, testing, and application of the Oral Assessment Guide. *Oncol Nurs Forum* 1988; 15(3): 325–30.
24. Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, Lundy D, Bernstein M, McBreen C, et al. Relation of mucous membrane alterations to oral intake during the first year after treatment for head and neck cancer. *Head Neck* 2011; 33(6): 774–9.
25. Khandavilli SD, Ceallaigh PO, Lloyd CJ, Whitaker R. Serum C-reactive protein as a prognostic indicator in patients with oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2009; 45(10): 912–4.
26. Cooper JS, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Campbell BH, Saxman SB, et al. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2004; 350(19): 1937–44.

## Influence of Degrees of Pain, Type of Food and Oral Health on Post-Operative Oral Cancer Patients' Consumption of Food

Usa Khemthong M.N.S. \*

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

Wallada Chanruangvanich D.N.S.\*\*\*

Sueb Wong Chuthapisith M.D., M.Sc., Ph.D., F.R.C.S\*\*\*\*

**Abstract: Objective:** To examine the predictive power of the degree of pain, type of food, and oral health as a combined influence on postoperative oral cancer patients' consumption of food.

**Design:** Predictive research.

**Implementation:** This study was conducted based on Roy's theory of adjustment. The subjects were 59 postoperative oral cancer patients receiving follow-up treatment at 3 tertiary hospitals in Bangkok. Three instruments were used for data collection: (1) a pain assessment form; (2) a food and consumption assessment form (developed from the 'Functional Assessment Form for Head and Neck Cancer Patients'), and (3) an oral health assessment form. The data were processed using multiple linear regression analysis with variables simultaneously entered.

**Results:** The study showed that the degree of pain, type of food, and oral health formed a combined predictive factor for the postoperative oral cancer patients' consumption of food, with a variation level of 55.9 ( $R^2 = .313$ ,  $p = .001$ ). In addition, the cancer patients with a change in their postoperative oral health conditions were likely to adjust their food consumption behaviour.

**Recommendations:** Caregiving efficiency is a necessary factor in promoting oral health improvement and food consumption in postoperative oral cancer patients.

*Thai Journal of Nursing Council 2015; 30(2) 60-74*

**Keywords:** consumption of food; type of food; oral cancer; oral health; pain

---

\*Registered nurse, Surgical and Orthopedic Nursing division, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University. E-mail: usakhemthong@gmail.com

\*\*Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University. E-mail: prangtip.cha@mahidol.ac.th

\*\*\*Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

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