

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการผิวน้ำอึกเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีวรรณกรรมและงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 มะเร็งศีรษะและคอ
- 2.2 ผลกระทบของรังสีรักษาต่อผิวน้ำ
- 2.3 การดูแลผิวน้ำอึกเสบจากรังสีรักษา
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
- 2.5 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

2.1 มะเร็งศีรษะและคอ

2.1.1 ความหมายของมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง โรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่สารพันธุกรรม (Deoxyribonucleic Acid : DNA) ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัว เพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็ว และมากกว่าปกติจนกว่าร่างกายควบคุมไม่ได้ บริเวณมะเร็งในช่องปาก (Oral cavity) คอหอยส่วนบน (Oropharynx) โพรงหลังจมูก (Nasopharynx) ส่วนใต้คอหอย (Hypopharynx) และกล่องเสียง (Larynx) (พรชัย โอเจริญรัตน์. 2547) ซึ่งมะเร็งศีรษะและคอเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดจากกลุ่มเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ สูญเสียการควบคุมการเจริญเติบโต และสูญเสียการทำหน้าที่ตามปกติ (นารี คล้ายชื่น. 2548) นอกจากนี้ มะเร็งศีรษะและคอ เป็นมะเร็งส่วนบนของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร สาเหตุที่เรียกรวมกันเพราะส่วนใหญ่ร้อยละ 90 - 95 เป็นเยื่อบุชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) พบมากในผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไปและร้อยละ 50 พบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี โดยพบว่ามะเร็งศีรษะและคอ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยกเว้นมะเร็งของต่อมไทรอยด์ ที่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Otto. 2001)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่ามะเร็งศีรษะและคอเป็นความผิดปกติของรหัสพันธุกรรมดีเอ็นเอหรือยีนของเซลล์ที่ทำให้เกิดการสร้างที่ผิดปกติโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ทำให้เกิดเป็นก้อนโตผิดปกติและกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆในร่างกาย โดยส่วนใหญ่เป็นเซลล์ชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) โดยเริ่มตั้งแต่ส่วนบนของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารได้แก่

ช่องปาก (Oral cavity) คอหอยส่วนบน (Oropharynx) โพร่งหลังจมูก (Nasopharynx) ส่วนใต้คอหอย (Hypopharynx) และกล่องเสียง (Larynx)

2.1.2 สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งศีรษะและคอ

สาเหตุของการเกิดมะเร็งศีรษะและคอยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีโอกาสเกิดสูงในผู้ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ในปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเพศหญิง ผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่ไม่มีประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่ สามารถจำแนกสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอได้ดังนี้ (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ. 2555)

1) สุราและบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ดื่มสุรามากกว่าวันละ 4 แก้ว หรือสูบบุหรี่มากกว่า 11 มวนต่อวัน ตั้งแต่อายุน้อยและติดต่อกันเป็นเวลานาน สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งในระบบทางเดินหายใจและหลอดอาหารส่วนต้น เนื่องจากสุราอาจทำให้เยื่อทางเดินอาหารระคายเคืองจนกลายเป็นมะเร็ง ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดมะเร็งได้ทั้งสูบลมและสูบบุหรี่ทั่วไปหรือบุหรี่ม้วนกรอง หลังเลิกบุหรี่แล้วยังมีโอกาสเกิดมะเร็งศีรษะและคอได้ การติดตามผลการรักษาพบว่า ผู้ที่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่มีพยากรณ์โรคดีกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ที่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ (Goldstein et al. 2010) นอกจากนี้ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีบุหรี่จะได้รับควันพิษ และมีการระคายเคืองในระบบทางเดินหายใจไม่ต่างจากผู้สูบบุหรี่ ทำให้มีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งศีรษะและคอเพิ่มขึ้นได้ (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ. 2555)

2) Human papilloma virus (HPV) ทำให้เนื้อเยื่อในช่องปากเปลี่ยนแปลง เกิดเป็นรอยโรคในช่องปาก ซึ่งอาจกลายเป็นมะเร็งได้ มีการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากตรวจพบการติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) จำนวนมากและมีแนวโน้มทำให้เกิดเป็นมะเร็งศีรษะและคอเพิ่มขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในกลุ่มรักร่วมเพศ การมีเพศสัมพันธ์แบบ Oral sex การเปลี่ยนคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย และผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) คือหูดหงอนไก่บริเวณอวัยวะเพศ จะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งในช่องปากเพิ่มขึ้น (Kim et al. 2010)

3) Epstein-Barr virus (EBV) หรือที่เรียกว่า human herpes virus 4 เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูก โดยพบว่ามะเร็งหลังโพรงจมูกตรวจพบการติดเชื้อ Epstein-Barr virus (EBV) เกือบร้อยละ 90 ซึ่งการติดเชื้ออาจเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก แต่ไม่แสดงอาการและไม่เกิดมะเร็งหลังการรับเชื้อทันทีในวัยเด็ก (กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ และคณะ. 2553)

4) อาหาร การบริโภคผักและผลไม้สดลดทำให้การเกิดมะเร็งเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผักและผลไม้มีส่วนประกอบของ carotenoid ช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากได้ ภาวะการขาดวิตามินเอ เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ การเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก

การรับประทานอาหารที่มี Nitrosamine ได้แก่ อาหารหมักดอง อาหารย่าง ปลาเค็ม และสมุนไพวจีน เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูก (ธเนศ พงศ์ธีรรัตน์. 2555)

5) อาชีพที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสารก่อมะเร็ง การใช้สารเคมีและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปในการเพิ่มผลผลิต ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น อาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ได้แก่ อาชีพเกษตรกรรมที่ต้องสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ช่างไม้ที่ทำงานในโรงงานต้องสัมผัสฝุ่นและเศษไม้ และกลุ่มช่างโลหะที่สัมผัสสารก่อมะเร็งพวกโครเมียม นิกเกิล และเรเดียมเป็นประจำ (กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ และคณะ. 2553) หรือสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่างกายต่าง ๆ ที่กระทบต่อมนุษย์โดยตรงหรือโดยอ้อม ทั้งทางกายภาพ เคมี และชีวภาพ (ธเนศ พงศ์ธีรรัตน์. 2555)

จะเห็นได้ว่าสาเหตุให้เกิดมะเร็งศีรษะและคอมีทั้งสาเหตุและปัจจัยจากภายในร่างกาย เช่น พันธุกรรมและปัจจัยจากภายนอกที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของบุคคลที่ส่งผลให้เป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งศีรษะและคอ

2.1.3 ระยะของมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอมีตำแหน่งปฐมภูมิหลายตำแหน่ง ตำแหน่งที่พบบ่อยและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาค่อนข้างมากได้แก่ มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งที่ลิ้นและในช่องปาก และมะเร็งกล่องเสียง ซึ่งในที่นี่ขอกล่าวเฉพาะการแบ่งระยะโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญในข้างต้น โดยใช้เกณฑ์ ของ American Joint Committee Cancer (AJCC) การแบ่งระยะมะเร็งศีรษะและคอแบ่งจากขนาดของก้อนมะเร็ง การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่ และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ กรณี ดังนี้ (Rules. 2010)

T (Primary tumor) หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็ง

Tx หมายถึง ยังไม่สามารถตรวจหามะเร็งในตำแหน่งปฐมภูมิได้ในขณะนั้น

T0 หมายถึง ตรวจไม่พบก้อนมะเร็ง

Tis หมายถึง เซลล์มะเร็งเยื่อบุผิวระยะเริ่มต้น

N (Regional lymph node) หมายถึง การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่

Nx หมายถึง ไม่สามารถประเมินการกระจายของมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองในขณะนั้น

N0 หมายถึง ไม่มีการกระจายของมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองในขณะนั้น

M (Distant metastasis) หมายถึง มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

Mo หมายถึง ไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

M1 หมายถึง มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

2.1.4 ตำแหน่งของมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอเป็นกลุ่มของโรคมะเร็งที่เกิดในบริเวณต่อไปนี้ (สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์. 2541)

- 1) ช่องปาก (Oral cavity) ครอบคลุมบริเวณริมฝีปาก (Lips) พื้นปาก (Floor of mouth) ลิ้น (Tongue) เยื่อบุกระพุ้งแก้ม (Buccal mucosa) เหงือก (Gums) เพดานแข็ง (Hard palate) และต่อมน้ำลาย (Parotid glands)
- 2) โพรงอากาศด้านข้างจมูกและช่องจมูก (Paranasal sinus and nasal cavity)
- 3) คอหอย (Pharynx) ประกอบด้วย โพรงหลังจมูก (Nasopharynx) ออโรฟาริงซ์ (Oropharynx) ได้แก่ ฐานของลิ้น (Base of tongue) ทอลซิล (Tonsilla region) เพดานอ่อน (Soft palate) และผนังด้านหลังคอ (Pharyngeal walls)
- 4) คอหอยส่วนล่าง (Hypopharynx)
- 5) กล่องเสียง (Larynx) ประกอบด้วย เนื้อเยื่อสายเสียง (Supraglottic) สายเสียง (Vocal cord) และใต้สายเสียง (Subglottic)
- 6) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ
- 7) ต่อมน้ำไทรอยด์
- 8) ขากรรไกรล่างและขากรรไกรบน (Mandible and maxilla)

2.1.5 อาการและอาการแสดงของมะเร็งศีรษะและคอ

อาการและอาการแสดงผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักไม่ปรากฏอาการ ต่อมาเมื่อเป็นมากขึ้นมักมีอาการทั่วไป ซึ่งเป็นอาการที่พบร่วมกันในมะเร็งทุกชนิด (จักรพงษ์ จักกาบาตร์ และชวลิต เลิศบุษยานุกุล. 2554) โดยอาการและอาการแสดงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่แสดงจะแตกต่างกันตามตำแหน่งของโรคและระยะของโรค ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ อาการทั่วไป และอาการเฉพาะที่ดังนี้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2551)

- 1) อาการทั่วไป ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ส่วนใหญ่จะพบได้ขณะที่ได้รับรังสีเนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ในทางกลับกันร่างกายต้องการพลังงานที่เพิ่มขึ้นเพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายและขับเซลล์ที่ตายออก อาการอ่อนเพลียนี้อาจเกิดจาก อารมณ์เครียด กังวล จากผลข้างเคียงของการรักษา ยาบางชนิดหรือจากอาการซีด หรือเกิดอาการเลือดจางเนื่องจากไขกระดูกทำงานน้อยลง (พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2551) โดยเฉพาะในรายที่มีการเสียเลือดและน้ำเหลืองมาเป็นเวลานานจากรอยโรคและความไม่สมดุลของระบบชีวเคมีจะทำให้ระดับฮีโมโกลบินและอัลบูมินในเลือดลดลง มีเกลือโซเดียมคั่งในเซลล์ได้ นอกจากนี้ การขาดสารอาหารหรือได้รับอาหารไม่เพียงพอและการดูดซึมสารอาหารผิดปกติจะส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันด้านทานลดลงเกิดการติดเชื้อง่าย และการลุกลามของเซลล์มะเร็งจะกระทบ

ความสมดุลของระบบต่างๆภายในร่างกาย เช่น กระบวนการเผาผลาญสารอาหารต่างๆ ในร่างกาย เนื่องจากเซลล์มะเร็งจะดูดซึ่มออกซิเจนและสารอาหารได้ดีกว่าเซลล์ปกติ ทำให้ระบบไกลโคเจนต่ำ บางครั้งการเผาผลาญในเซลล์มะเร็งจะเป็นแบบไม่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิดกรดแลคติก ส่งผลให้เกิดอาการเมื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเกิดความเจ็บปวดได้ (วรชัย รัตนธรรธร. 2541)

2) อาการเฉพาะที่ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีลักษณะอาการแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของโรค (ประยุทธ์ วิจารณ์ประดิษฐ์. 2544) ดังนี้

(1) มะเร็งหลังโพรงจมูก อาการนำที่พบบ่อยคือ หูอื้อ ฟังไม่ชัด คัดแน่นจมูก ปวด และมีก้อนที่คอโต

(2) มะเร็งช่องปากจะพบบริเวณ 2 ใน 3 ส่วนหน้าของลิ้นและพื้นปาก มักมาพบแพทย์ด้วยแผลเรื้อรังในระยะแรก ๆ ไม่มีอาการปวดแต่ถ้ามะเร็งลุกลามลึกลงไปในส่วนนั้น ๆ หรือลุกลามไปตามเส้นประสาทหรือกระดูก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเฉพาะที่มากขึ้น ร้อยละ 30 - 40 จะมีต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งอาการนำที่พบได้บ่อยคือ มีแผลเรื้อรังในปาก เหงือก ลิ้นและทอนซิลเป็น ๆ หาย ๆ หรือมีเลือดออกจากแผล มีก้อนโตในช่องปาก เจ็บคอ ปวด (Carr. 2011)

(3) มะเร็งช่องคอ ประกอบด้วยมะเร็งส่วนโคนลิ้น ทอนซิล เพดานอ่อน และผนังหลอดคอด้านหลัง อาการที่พบบ่อย คือ อาการเจ็บคอ กลืนเจ็บและปวดหู โดยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการกลืนลำบาก เสียงแหบ พูดไม่ชัด กลืนปากเหม็น หายใจหอบ

(4) มะเร็งลิ้น ส่วนใหญ่พบบริเวณด้านหน้าหรือด้านใต้ของลิ้น เซลล์โคนลิ้นส่วนมากเป็นชนิดสแควมัสเซลล์ ชนิดพัดิฟเฟอเรนทิเอท (Poor differentiate) จึงมีการแพร่กระจายค่อนข้างรวดเร็ว โดยมักลุกลามไปบริเวณข้างเคียง (สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์. 2541)

(5) มะเร็งสายเสียง อาการที่สำคัญที่พบได้บ่อย คือ เสียงแหบ เมื่อโรคลุกลามมากขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บคอ เจ็บในหูหรือบริเวณไทรอยด์

(6) มะเร็งส่วนเหนือสายเสียง (Supraglottic) ระยะแรกมีอาการกลืนเจ็บ รู้สึกเหมือนมีก้อนในคอ เมื่อมะเร็งลุกลามจะมีอาการเสียงแหบ เจ็บในหู ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต หายใจมีกลิ่นเหม็น กลืนลำบากหรือกลืนลำบาก

(7) มะเร็งส่วนใต้คอหอย (Hypopharynx) มักมีอาการกลืนเจ็บ ปวดหู เมื่อมะเร็งลุกลามมากจะมีอาการกลืนลำบาก เสียงแหบ กลืนปากเหม็น และต่อมน้ำเหลืองโต

(8) มะเร็งของต่อมน้ำลายพาโรติค (Parotid gland) มักมีอาการบวมหรือมีก้อนที่ตำแหน่งของต่อมน้ำลาย อาจปวดที่ก้อนหรือบริเวณใบหน้า กดเจ็บ อ้าปากไม่ขึ้นและอาจพบต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ส่วนมะเร็งของต่อมน้ำลาย ใต้ขากรรไกรล่างมักไม่มีอาการเจ็บ

2.1.6 การรักษามะเร็งศีรษะและคอด้วยการใช้รังสีรักษา

การรักษามะเร็งศีรษะและคอในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการตรวจและการรักษามากขึ้น เพื่อสามารถตรวจหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการรักษาสามารถทำได้หลายวิธี คือ การผ่าตัด เคมีบำบัด ฮอริโมนบำบัด การรักษาระดับยีนส์ และรังสีรักษา การรักษามะเร็งศีรษะและคอขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรค และระยะของโรค (Staging) ซึ่งประกอบไปด้วยขนาดของก้อนเนื้องอก การกระจายของเนื้องอกไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงและกระจายออกไปยังบริเวณอื่น ๆ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อยู่ในระยะต้น ๆ มักมีอาการไม่ชัดเจนและเมื่อตรวจร่างกายอาจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกติเล็กน้อยจนอาจจะวินิจฉัยไม่ได้ ดังนั้นประวัติของผู้ป่วยมีความสำคัญในการวินิจฉัยร่วมกับอาการของผู้ป่วยที่ทำให้มาพบแพทย์

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาทำให้ระยะปลอดโรคที่ 5 ปี เพิ่มมากขึ้น การรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการฉายรังสีเพียงอย่างเดียวได้ผลดีเฉพาะรายที่เป็นมะเร็งระยะแรก (T1 และ T2) และไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่น (Lambert et al. 2011) มะเร็งหลังโพรงจมูกไม่นิยมผ่าตัด แต่รักษาโดยการให้รังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ส่วนมะเร็งที่ลิ้น มะเร็งในช่องปาก และมะเร็งกล่องเสียง นิยมรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา และให้ยาเคมีบำบัด ในบางกรณี (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ. 2555)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า รังสีรักษามีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ นอกจากการรักษา ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีการอื่นแล้ว รังสีรักษายังเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในบางชนิด เช่น มะเร็งหลังโพรงจมูก เป็นต้น ดังนั้น รังสีรักษาจึงมีความสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งปัจจุบันรังสีรักษามีการพัฒนาเทคโนโลยีในการรักษาที่ดีและเหมาะสมเพื่อลดผลข้างเคียงของผู้ป่วย โดยการรักษาด้วยรังสี เป็นวิธีการหนึ่งของการรักษาโรคมะเร็งโดยใช้หลักไอออไนเซชัน (Ionization) ซึ่งเป็นรังสีประเภทเดียวกับรังสีเอกซเรย์ (x-ray) แต่รังสีที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งมีพลังงานสูงกว่ารังสีเอกซ์ที่ใช้ในการตรวจโรคมากเป็นหลาย ๆ เท่า และใช้จำนวน/ขนาด/ปริมาณรังสีในการรักษาสูงกว่าที่ใช้ในการตรวจโรคมาก ซึ่งปริมาณรังสีที่ใช้ในการรักษามีผลทำให้เซลล์มะเร็งแตกสลาย ในขณะที่เดียวกันรังสีก็จะทำลายเซลล์ปกติที่เป็นทางผ่านด้วย (พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2552) การนำรังสีมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งจะทำให้เกิดผลต่อเนื้อเยื่อในร่างกายคือ เมื่อรังสีผ่านเข้าเนื้อเยื่อ รังสีจะทำปฏิกิริยากับออกซิเจนซึ่งมีอยู่ในเนื้อเยื่อหรือเซลล์ ทำให้แตกตัวเป็นประจุ (Ionization) เกิดเป็นอนุมูลอิสระ (Free radical) ซึ่งทำให้เกิดการทำลาย DNA (DNA damage) ถ้าการทำลาย DNA มีความรุนแรงมาก เซลล์ไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ เซลล์จะตาย หรือไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปได้ เป็นการทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งเซลล์ไม่ให้มีการเจริญเติบโตต่อไป ในขณะที่เซลล์เนื้อเยื่อปกติมักจะสามารถในการซ่อมแซมตัวเองดีกว่าเซลล์มะเร็ง ทำให้

สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ โดยทั่วไป การให้รังสีรักษาโดยการฉายรังสีจากภายนอก มักจะให้ปริมาณรังสีทีละน้อยต่อวันติดต่อกัน จนได้ปริมาณรังสีรวมตามที่ต้องการ เพื่อให้เซลล์เนื้อเยื่อปกติได้มีเวลาในการซ่อมแซมตัวเองและเพื่อลดผลข้างเคียงในระยะยาวจากรังสี (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ. 2555) แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการพัฒนาทางเทคโนโลยีด้านรังสีรักษาเพื่อลดอาการแทรกซ้อนของการรักษา แต่ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนจากการรักษาดังนี้

1) ปริมาณรังสี (Radiation dose) มีหน่วยเป็นเกรย์ (Gray; Gy) การฉายรังสีปกติที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายขาด จะฉายรังสีวันละ 180 - 200 เซนติเกรย์ (cGy) ต่อครั้ง หนึ่งครั้งต่อวัน ติดต่อกันสัปดาห์ละ 5 วัน หยุด 2 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งเรียกว่า Conventional fraction ในการฉายรังสี โดยทั่วไปใช้ปริมาณรังสีประมาณ 5,000 - 7,000 เซนติเกรย์ (cGy) แบ่งฉายรังสี 25 - 35 ครั้งใช้เวลาประมาณ 5 - 7 สัปดาห์ การแบ่งฉายรังสีปริมาณน้อยต่อวันต่อเนื่องกัน นอกจากจะช่วยลดการเกิดผลข้างเคียงระยะยาวแล้ว ยังช่วยเพิ่มผลของรังสีในการทำลายมะเร็งด้วย แต่ถ้าใช้เวลาในการฉายรังสีนานเกินไป เช่น ต้องพักการฉายรังสีหรือฉายรังสีไม่ต่อเนื่องกัน เซลล์มะเร็งจะมีการแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้น เกิด Tumor repopulation ซึ่งเป็นผลเสียต่อการรักษา การใช้รังสีรักษาในการรักษาโรคมะเร็งนั้น บทบาทของรังสีเป็นการรักษาโรคมะเร็งเฉพาะที่ (Loco-regional treatment) เพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่แตกต่างจากยาเคมีบำบัดหรือการรักษาอื่น ๆ โดยการพยายามให้รังสีไปยังตำแหน่งหรือบริเวณก้อนมะเร็งที่ต้องการให้ได้ปริมาณรังสีมากที่สุดที่สามารถควบคุมโรคได้ และลดปริมาณรังสีต่อเนื้อเยื่อปกติข้างเคียงให้น้อยที่สุด โดยใช้เทคนิคทางรังสีต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายการรักษาและลดความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาน้อยที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

2) เป้าหมายการรักษาโรคมะเร็ง เนื่องจากเป้าหมายของการรักษามีผลต่อการได้รับปริมาณรังสีและระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยเป้าหมายของการรักษาด้วยรังสีรักษามี 2 แบบคือ (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ. 2555)

แบบที่ 1 การรักษาเพื่อหวังผลให้หายขาด (Curative หรือ Radiation treatment) จะให้ปริมาณรังสีสูงใช้เวลาในการรักษานาน เพื่อให้ผลสูงสุดในการฆ่าเซลล์มะเร็งและลดความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงระยะยาวจากรังสี

แบบที่ 2 การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative treatment) ใช้ในกรณีที่โรคเป็นมาแล้ว มีการแพร่กระจาย หรือผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่ดี ไม่สามารถทนต่อการรักษาเพื่อหวังผลให้หายขาดได้

3) เทคนิคของการฉายรังสี เนื่องจากการฉายรังสีเป็นการฉายจากภายนอก (External beam radiotherapy หรือ Teletherapy หรือการฉายรังสี) โดยการใช้เครื่องฉายรังสีโคบอลต์ 60 ซึ่งให้รังสีแกมมาพลังงานเฉลี่ย 1.25 เมกกะโวลต์ หรือเครื่องเร่งอนุภาค (Linear accelerator; LINAC) ซึ่งให้รังสีเอกซ์ พลังงาน 4 - 18 เมกกะโวลต์ โดยรังสีที่ใช้ในการฉายจะมีพลังงานสูงกว่ารังสี

ที่ใช้ในทางวินิจฉัยมาก ดังนั้นเทคนิคหรือวิธีการฉายจึงมีความสำคัญต่ออาการแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งเทคนิคการฉายรังสีในปัจจุบันประกอบด้วย การฉายรังสีจากภายนอก เช่น การฉายรังสี 2 มิติ (Conventional 2-dimensional radiotherapy), การฉายรังสี 3 มิติ (3-Dimensional treatment planning, 3-Dimensional conformal radiotherapy; 3DCRT) การฉายรังสีปรับความเข้ม (Intensity modulated radiotherapy; IMRT) การฉายรังสีร่วมพิกัต (Stereotactic radiosurgery, Stereotactic radiotherapy) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการฉายรังสีระยะใกล้ ได้แก่ การใส่แร่หรือฝังแร่ (Brachytherapy) คือการนำเอาสารกัมมันตรังสีใส่เข้าไปภายในก้อนมะเร็งหรือในตัวผู้ป่วยชิดติดกับก้อนมะเร็ง ซึ่งในปัจจุบันนี้ปัจจุบันแร่ที่ใช้สำหรับ Brachytherapy มีดังนี้ High-dose-rate (HDR) brachytherapy ได้แก่ Iridium-192 (Ir-192) และ Cobalt-60 (Co-60) จะปล่อยพลังงานรังสีปริมาณสูง ใช้เวลาในการรักษาสั้น ประมาณ 10-30 นาทีต่อการใส่แร่ 1 ครั้ง ส่วน Medium-dose-rate (MDR) brachytherapy ได้แก่ Cesium-137 (Cs-137) ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 6-12 ชั่วโมงต่อการใส่แร่ 1 ครั้ง และ Low-dose-rate (LDR) brachytherapy ได้แก่ Iridium-192 (Ir-192), Radium-22 ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เพราะมีปัญหาในการป้องกันอันตรายจากรังสี ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 48 - 72 ชั่วโมง ต่อการใส่แร่ 1 ครั้ง ซึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ส่วนใหญ่ใช้การรักษาโดยการฉายจากภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันนี้จะเห็นได้ว่าการรักษาด้วยการฉายรังสี มีการพัฒนาเทคนิคที่ใช้ในการรักษา ทั้งการรักษาด้วยรังสีจากภายนอกที่ให้พลังงานสูง มีเทคนิคที่ทันสมัยในการกำหนดพิกัตการรักษา เพื่อลดผลข้างเคียงจากการฉายรังสี แต่ผลของรังสีรักษายังมีผลต่อการเกิดผิวหนังอักเสบ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ต้องรับรังสีรักษา ผู้ป่วยต้องได้รับการฉายรังสี ผ่านผิวหนังที่มีความบอบบางบริเวณศีรษะและคอ ทำให้ผิวหนังบริเวณดังกล่าวเกิดการอักเสบได้ ดังนั้นเป็นการยากที่จะหลีกเลี่ยงผลกระทบจากรังสีรักษาต่อผิวหนังในตำแหน่งที่ต้องฉายรังสี

2.2 ผลกระทบของรังสีรักษาต่อผิวหนัง

ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย มีน้ำหนักเฉลี่ยประมาณ 4 กิโลกรัม มีพื้นที่ผิวประมาณ 1.5 – 1.8 ตารางเมตร มีความหนาและบางไม่เท่ากันในแต่ละบริเวณ เฉลี่ยประมาณ 0.5 – 0.6 มิลลิเมตร การได้รับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งผลข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเกือบร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา เกิดอาการผิวหนังอักเสบ ในระดับที่รุนแรง ถึงรุนแรงมาก (Salvo et al. 2010) โดยสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นหรือน้อยลง ดังต่อไปนี้

2.2.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังต่อรังสีรักษา

1) ปัจจัยจากรังสีรักษา (Radiotherapy fraction) ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ (Total radiotherapy dose) หากผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีโดยรวมในปริมาณสูง แล้วโอกาสที่จะเกิด

ผลข้างเคียงจากการรังสีในปริมาณที่จะสูงขึ้นจะตามมา บริเวณที่ได้รับรังสี (Area of treatment) ในบางตำแหน่งที่ทำการฉายรังสี อาจจะมีอวัยวะปกติที่ตอบสนองไวต่อรังสี ทำให้โอกาสที่จะเกิดอาการข้างเคียงสูงได้ตามมา ระยะเวลาที่ได้รับรังสี (Overall treatment time) หากผู้ป่วยได้รับระยะเวลาการฉายรังสีค่อนข้างนาน จะมีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงสูงตามมา (Salvo. 2010)

2) ปัจจัยด้านอื่น ๆ (Salvo. 2010) ประกอบด้วย

อายุ (Age) ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ จะมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้น้อยกว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุและวัยเด็ก

ประวัติการเจ็บป่วย (Underlying disease) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว

การได้รับรังสีในตำแหน่งเดิมที่เคยฉายรังสี (Previous irradiation area) หากบริเวณที่ทำการฉายรังสีเคยเป็นบริเวณที่ได้รับรังสีมาก่อนผู้ป่วยจะได้รับผลข้างเคียงมากขึ้น

การได้รับการรักษาพร้อม (Combine with other treatments) ผู้ป่วยบางรายอาจต้องได้รับการรักษาอื่นร่วมด้วย เช่น การได้รับยาเคมีบำบัด, ยารักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) และการเกิดอาการข้างเคียงจะมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาพร้อม

บุหรี่ (Tobacco use) เนื่องจากบุหรี่ยังมีผลต่อการนำออกซิเจนสู่นเนื้อเยื่อและนิโคตินมีผลต่อการทำงานของแมโครฟาต (Macrophage)

ภาวะโภชนาการ (Nutritional status) โรคมะเร็งมีผลต่อภาวะโภชนาการ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการดีจะส่งผลกระทบต่ออาการของแผลดี

จากที่กล่าวมาพบว่ารังสีรักษาแม้จะไปทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ขณะเดียวกันก็มีผลต่อเซลล์เนื้อเยื่อปกติ ทำให้เกิดผลกระทบทั้งในระยะเริ่มรับการรักษาและหลังการรักษาทางรังสี ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ต้องได้รับการฉายรังสีบริเวณใบหน้าและลำคอในปริมาณรังสีที่สูง ทำให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผิวหนังในบริเวณดังกล่าวเกิดการเปลี่ยนแปลงมาก ซึ่งผิวหนังในบริเวณดังกล่าวเป็นตำแหน่งที่เด่นชัดและมีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นดังกล่าวยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ปวด บวม แดง ร้อน และอาจเกิดเนื้อตายและพังผืดได้ในระยะยาวหลังการรักษา ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลผิวหนัง จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสี เนื่องจากการฉายรังสีจากภายนอกทิศทางของรังสีต้องผ่านผิวหนังเพื่อเข้าสู่เป้าหมายของการรักษาตามที่แพทย์กำหนดไว้ ดังนั้นผิวหนังจึงเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญที่ต้องคำนึงในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีจากภายนอก เนื่องจากผิวหนังเป็นอวัยวะที่สำคัญในการปกคลุมร่างกาย

ทั้งนี้การรักษาด้วยการฉายรังสีแม้จะให้ผลดี แต่ก็ทำให้เกิดผลกระทบต่อเนื้อเยื่อข้างเคียง (อรพรรณ สุวรรณภพ. 2552) โดยเฉพาะผิวหนังเป็นอวัยวะที่รังสีจะต้องฉายผ่านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นผิวหนังจึงเป็นบริเวณที่ได้รับรังสีค่อนข้างสูงมีผลให้ผิวหนังที่ได้รับรังสีเกิดการอักเสบ และมีการหลั่งสารไซโตไคน์ (Cytokine-mediated) เกิดปฏิกิริยาภูมิไว (Hypersensitivity) ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีแดง มีอาการปวด และอาจดำเนินต่อไปเป็นผิวหนังที่แห้งและลอกออกขึ้นกับปริมาณของรังสีที่ได้รับ การหายสู่ภาวะปกติมักใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์หลังการฉายรังสีครบ ส่วนผลต่อเส้นผมและขน ภาวะขนและผมร่วงเกิดขึ้นได้ แม้จะได้รับรังสีปริมาณน้อย ๆ จึงพบได้ทั้งตำแหน่งที่รังสีผ่านเข้าออก โดยทั่วไป ผิวหนังบริเวณที่เป็นมะเร็งมักจะได้รับปริมาณรังสีสูงเพียงพอที่จะทำให้เกิดแผลหรือขนร่วงถาวร จะเห็นได้ว่าผลกระทบของรังสีรักษาในระยะแรกนั้นประกอบไปด้วย การอักเสบของเนื้อเยื่อต่างๆในบริเวณที่ได้รับรังสี ตั้งแต่ผิวหนัง เยื่อช่องปาก การเปลี่ยนแปลงของการรับรสชาติอาหาร จากการทำงานของต่อมรับรสที่ถูกทำลาย ส่งผลต่อความอยากอาหารทำให้รับประทานอาหารได้น้อย จากอาการที่กล่าวมาทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ นอกจากนี้ผลกระทบจากรังสีรักษาในระยะหลังการฉายรังสีต่อผิวหนัง ยังมีผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังจากที่เริ่มฉายรังสีไปแล้วประมาณ 6 เดือน โดยอาการที่พบได้แก่ การตายของเนื้อเยื่อ (Soft tissue necrosis) การเกิดภาวะขาดเลือดในชั้นใต้เยื่อ นำไปสู่การผ่อและเหี่ยวแห้งของชั้นเยื่อ ทำให้เกิดเป็นแผลได้ง่าย ซึ่งมักหายได้ยากเนื่องจากขาดเลือดมาเลี้ยงและมีโอกาสเกิดแผลเนื้อตายจากการฉายรังสี (Radionecrosis) ได้สูง (ปรมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ และคณะ. 2552)

ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ต้องรับการฉายรังสี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้อง เรียนรู้ และมีความเข้าใจในการดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา โดยผู้ป่วยต้องทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในตำแหน่งที่ฉายรังสี และสามารถประเมินอาการผิวหนังอักเสบที่เกิดขึ้นตามระดับความรุนแรงของการอักเสบของผิวหนัง และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องตามแนวทางการดูแลผิวหนังอักเสบจากรังสีรักษา

2.3 การดูแลผิวหนังอักเสบจากรังสีรักษา

การฉายรังสีส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เกิดจากรังสี (Ionizing radiation) ไปทำลายเซลล์ปกติที่ไม่ใช่เซลล์ของมะเร็ง ซึ่งต้องฉายรังสีผ่านผิวหนังของผู้ป่วยเสมอ ผิวหนังจึงเป็นบริเวณที่ได้รับรังสีค่อนข้างสูง ทำให้เกิดการอักเสบของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาอาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังโดยใช้แบบประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง อันเกิดจากปฏิกิริยาของรังสีต่อผิวหนัง ในระหว่างที่ได้รับการฉายรังสี ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินอาการผิวหนังอักเสบ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของ สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์ (2532) มาประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ยังใช้การสังเกตประกอบการประเมินเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนของผิวหนัง

ตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนดให้ตรงตามกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ
- คะแนน 1 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- คะแนน 2 หมายถึง มีอาการปานกลาง
- คะแนน 3 หมายถึง มีอาการรุนแรง

จากที่ได้กล่าวมา พบว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษานั้น ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบได้มากกว่าร้อยละ 85 (Salvo. 2010) ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลป้องกันการเกิดผิวหนังอักเสบ หรือถ้าเกิดแล้วควรได้รับการดูแล เพื่อลดความรุนแรงของอาการ และคงไว้ซึ่งการดูแลผิวหนังที่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนการเริ่มรักษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดอาการผิวหนังอักเสบและการดูแลผิวหนังแก่ผู้ป่วยก่อนการรักษา รวมทั้งยังสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระหว่างการรักษา โดยแบ่งตามระยะของการรักษาด้วยการฉายรังสี ทั้งการดูแลผิวหนังก่อนการรักษา การดูแลผิวหนังขณะได้รับการรักษาด้วยรังสี โดยผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองภายใต้การแนะนำจากพยาบาลในระยะแรก หลังจากนั้นพยาบาลอาจมีบทบาทคอยสนับสนุน ให้ความรู้ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผิวหนังเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผิวหนังในระหว่างการรักษา ฉะนั้นการดูแลผิวหนังอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันและลดผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นกับผิวหนังได้ โดยวิธีการดูแลแบ่งตามระดับของการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้ตามแบบประเมินอาการผิวหนังอักเสบในแต่ละสัปดาห์ แล้วนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ซึ่งแนวทางการดูแลผิวหนังในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อลดผลข้างเคียงจากการรักษา และเป็นการเฝ้าระวังระดับความรุนแรงจากอาการผิวหนังอักเสบที่จะเกิดขึ้นในแต่ละระยะของการฉายรังสี โดยแนวทางการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี มีการแบ่งระยะของการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลชี้แนะ สนับสนุน ส่งเสริมแนวทางในการดูแลตนเอง ในแต่ละระยะของการรักษา โดยแบ่งระยะการดูแลออกเป็น ระยะก่อนการรักษาเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ขณะรับการรักษาเป็นการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ และสามารถรับการรักษาตามการวางแผนของแพทย์ ซึ่งการดูแลตนเองในขณะรับการรักษา จะมีการดูแลตนเองโดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่รับรังสีรักษา และการดูแลตนเองเฉพาะด้านผิวหนังตามการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 การดูแลผิวหนังก่อนการรักษา

การดูแลผิวหนังเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการรักษา พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลชี้แนะผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้การรักษามีความสอดคล้องและให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการรักษา (Maurene. 2011) ดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา จากแพทย์รังสีรักษา ก่อนการรักษา

2) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนการฉายรังสี เช่น เสื้อผ้าที่เหมาะสมไม่คับแน่น เนื้อผ้าไม่แข็ง มีความอ่อนนุ่มทำจากเส้นใยธรรมชาติ การวางแผนการดำเนินชีวิตในระหว่างการรักษา โดยเฉพาะการทอ้งเทียวที่ต้งถูกแสงแดด เมื่อเริ่มการรักษาควรงดการถูกแสงแดดจัด

3) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักรังสีการแพทย์ ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมในระหว่างการรักษาด้วยรังสีของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอ

4) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับแผนการรักษาทางรังสี เช่น วันที่ เวลา ที่ต้งมารับการฉายรังสี วันที่หยุดพักประจำสัปดาห์ วันที่ต้งรับการเจาะเลือด และวันที่ต้งพบแพทย์ประจำสัปดาห์ เพื่อผู้ป่วยจะต้งเตรียมความพร้อมและวางแผนในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

2.3.2 การดูแลผิวหนังขณะรับการรักษา

การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับการรักษาด้วยการฉายรังสี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้ตามแผนการรักษาที่วางไว้ และเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ครอบคลุม จึงแบ่งการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลเฉพาะที่ผิวหนังตามระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังอีกสบบ โดยผู้ป่วยและญาติต้งมีความรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง (Maurene. 2011)

1) การดูแลตนเองโดยทั่วไปขณะรับรังสีรักษา

1.1) ด้านอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ วิตามินสูง โปรตีนสูงอย่างง่าย เช่น เนื้อปลา นม ไข่ ตับสัตว์ ถั่วต่าง ๆ ผัก ผลไม้ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

1.2) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 – 3,000 ซีซี น้ำช่วยให้ร่างกายชุ่มชื้น และระบายความร้อนออกจากร่างกาย

1.3) รักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เพราะผู้ป่วยที่รับรังสีรักษา จะอ่อนเพลียง่ายและภูมิต้านทานต่ำ ถ้าร่างกายสกปรกจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

1.4) การขยับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ถ้ามีอาการท้องผูกหรือท้องเสียให้แจ้งแพทย์ หรือพยาบาลให้รับทราบ

1.5) การนอนหลับพักผ่อน ควรนอนอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง ถ้านอนไม่หลับ ให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลให้รับทราบ

1.6) การออกกำลังกายได้ตามสภาพของร่างกาย และทำอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น

1.7) ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ ปวดตามร่างกายหรือมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนลำบาก ผิวหนังอักเสบ ให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลรับทราบเพื่อหาทางช่วยเหลือ

1.8) ควรทำจิตใจให้สบาย หางานอดิเรกทำ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ และพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อผ่อนคลาย

1.9) ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC (Complete Blood Count) สัปดาห์ละครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพขณะรับการรักษา

2) การดูแลเฉพาะที่ผิวหนังตามระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวนหนังอักเสบ

การดูแลเฉพาะที่ผิวหนังตามระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวนหนังที่ได้จากการได้รับรังสีรักษา ซึ่งเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของผิวนหนังอักเสบมีคะแนนระหว่าง 0 – 3 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนน 1 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย คะแนน 2 หมายถึง มีอาการปานกลาง และคะแนน 3 หมายถึง มีอาการรุนแรง ตามแบบประเมินอาการผิวนหนังอักเสบ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สุจิตตรา ชัยกิตติศิลป์ (2532) และแบ่งการดูแลตามระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวนหนัง โดยแบ่งเป็นการดูแลในส่วนการทำความสะอาดผิวนหนัง การบำรุงรักษาผิวนหนัง และลดการระคายเคืองผิวนหนังบริเวณที่รักษา (Maurene. 2011) ดังนี้

2.1) วิธีการดูแลผิวนหนังตามระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวนหนังที่ได้รับรังสีรักษาที่ระดับคะแนนเท่ากับ 0 – 1

2.1.1) การทำความสะอาดผิวนหนัง

1. แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำตามปกติทุกวันด้วยน้ำอุ่นพอดี และใช้สบู่อ่อน ๆ เช่น สบู่เด็ก ใช้มือฟอกเบาๆ เพื่อเป็นการดูแลทำความสะอาดผิวนหนังตามปกติ

2. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นจัด แขนงตัวในน้ำอุ่นจัด หรือเย็นจัดและการลงเล่นน้ำในสระว่ายน้ำ

3. แนะนำให้ผู้ป่วยสระผมด้วยน้ำอุ่นพอดี ไม่ใช้น้ำยาสระผมที่เป็นสารเคมีสามารถใช้น้ำยาสระผมเด็กได้

4. แนะนำให้ผู้ป่วยซับน้ำให้แห้งด้วยผ้าขนหนูขนนุ่ม ห้ามเช็ด หรือขัด ผิวนหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา

2.1.2) การบำรุงรักษาผิวหนัง

1. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ครีมบำรุงผิวสำหรับเด็ก หรือครีมที่ไม่มีผลต่อผิวหนัง บริเวณที่ฉายรังสีตามแพทย์สั่ง ในระหว่างการรักษา เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง ตั้งแต่ครั้งแรกที่รับการฉายรังสี (Maurene. 2011) โดยปฏิบัติดังนี้

1.1 ถ้าฉายรังสีในตอนเช้าให้ทาผิวหนังครั้งแรกก่อนการฉายรังสี และครั้งที่สองก่อนนอน

1.2 ถ้าฉายรังสีในช่วงบ่ายให้ทาผิวหนังครั้งแรกในตอนเช้าก่อนการฉายรังสีและครั้งที่สองก่อนนอน

1.3 ถ้าเป็นวันที่หยุดฉายรังสีประจำสัปดาห์ซึ่งผู้ป่วยจะหยุดสัปดาห์ละ 2 วันให้ทาผิวหนังครั้งแรกในตอนเช้าและครั้งที่สองก่อนนอน

1.4 แนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าการฉายรังสีไม่ต้องล้างครีมบำรุงผิวออก

2. แนะนำให้ผู้ป่วย ทามใช้ลูกกลิ้งดับกลิ่น น้ำหอม สเปรย์ แป้งฝุ่น หรือเครื่องสำอางบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา เนื่องจากจะมีผลข้างเคียงต่อผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา (Maurene. 2011) เพื่อลดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา

2.1.3) การลดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณที่รักษา

1. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าที่คับแน่น หรือพอดิตัว ควรใส่เสื้อผ้าที่หลวมและสามารถระบายอากาศได้ดี เพื่อลดการเสียดสีและการระคายเคืองผิว

2. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการประคบร้อนหรือเย็นบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อป้องกันการทำลายผิวหนังจากอุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไป

3. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดแรง ๆ โดยเฉพาะในช่วงเวลา 10.00 น. - 15.00 น

4. แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังเทพกาวที่ทำเครื่องหมายในการฉายรังสี ถ้ามีอาการแพ้ให้รีบแจ้งแพทย์ พยาบาล นักรังสีรักษา ทราบทันที

5. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสแอลกอฮอล์ น้ำหอม และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ Alpha Hydroxy Acids (AHA)

6. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการแกะหรือเกาผิวหนังบริเวณที่รับได้รับรังสีรักษาถ้ามีอาการคันสามารถลูบเบา ๆ เพื่อบรรเทาอาการ

7. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้าแทนมีดโกนและงดการใช้ยาโกนหนวดที่ทำให้เกิดการระคายเคือง

8. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ครีมทาผิวตามแพทย์สั่งได้

9. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการประคบผิวหนังด้วยความร้อนจัดหรือเย็นจัด

2.2) วิธีการดูแลผิวหนังตามระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษาที่ระดับคะแนน เท่ากับ 2

2.2.1) การทำความสะอาดผิวหนัง

1. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยอาบน้ำตามปกติทุกวันด้วยน้ำอุ่นพอดีและใช้สบู่อ่อน ที่ไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองควรใช้มือตักน้ำราดบริเวณฉายรังสี เพื่อเป็นการดูแลทำความสะอาดผิวหนังตามปกติ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นจัด แช่ตัวในน้ำอุ่นจัด หรือ เย็นจัด และการลงเล่นน้ำในสระว่ายน้ำ

3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยซับน้ำให้แห้งด้วยผ้าขนหนูที่ขนนุ่ม ห้ามเช็ด หรือ ขัดถู ผิวหนัง บริเวณที่รับรังสีรักษา

4. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยสระผมด้วยน้ำอุ่นและใช้น้ำยาสระผมที่อ่อน เพื่อลดการระคายเคืองผิวหนัง

5. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำความสะอาดผิวหนัง บริเวณที่ฉายรังสีด้วยน้ำเกลือ (Normal saline) ที่อุณหภูมิห้องหรือ อุ่นพอดี

6. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยใช้น้ำเกลือ (Normal saline) ทาที่ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีได้มากกว่า 4 ครั้ง

7. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยใช้ครีม หรือยาฆ่าเชื้อได้ตามแพทย์สั่ง

8. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยประเมินอาการผิวหนังอักเสบ ถ้ามีอาการใช้ปวด บวม อักเสบที่ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ถ้ามีให้แจ้งแพทย์ หรือพยาบาล

2.2.2) การบำรุงรักษาผิวหนัง

1. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยใช้ครีมทาผิวตามแพทย์สั่งในระหว่างการรักษา เพิ่มความชุ่มชื้น และลดอาการคันรวมถึงอาการไม่สุขสบายของผิวหนัง โดยแพทย์จะเป็นผู้สั่งครีมทาผิว ในวันที่มารับการฉายรังสีและพบแพทย์ประจำสัปดาห์ โดยทาผิวหนังตามแผนการรักษาของแพทย์

2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยห้ามใช้ลูกกลิ้งดับกลิ่น น้ำหอม สเปรย์ แป้งฝุ่น หรือเครื่องสำอางบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา เนื่องจากจะมีผลข้างเคียงต่อผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อลดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา

2.2.3) การลดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณที่รักษา

1. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าที่คับแน่น หรือพอดีตัว ควรใส่เสื้อผ้าที่หลวมและสามารถระบายอากาศได้ดี เพื่อลดการเสียดสีและการระคายเคืองผิว และเพิ่มการถ่ายเท อากาศให้กับผิวหนัง

2. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการประคบร้อนหรือเย็นบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อป้องกันการทำลายผิวหนัง จากอุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไป

3. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดแรง ๆ โดยเฉพาะในช่วงเวลา 10.00 น. - 15.00 น.

4. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการแกะหรือเกา ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา

5. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เครื่องโกนหนวดเคราไฟฟ้า แทนมีดโกนและงดการใช้ยาโกนหนวดที่ทำให้เกิดการระคายเคือง

6. แนะนำ ผู้ป่วยควรให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเปิดโล่ง

7. แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังเทพกาวที่ทำเครื่องหมายในการฉายรังสี ถ้ามีอาการแพ้ให้รีบแจ้งแพทย์ พยาบาล นักรังสีรักษาทราบทันที

2.3) วิธีการดูแลผิวหนังตามระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษาที่ระดับคะแนน เท่ากับระดับคะแนน 3

2.3.1) ความสะอาดของผิวหนัง

1. แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำตามปกติทุกวันด้วยน้ำอุ่นพอดีและใช้สบู่อ่อนนยกวุ้นผิวหนังที่เป็นแผลไม่ให้ถูน้ำ เพื่อเป็นการดูแลความสะอาดผิวหนังตามปกติ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจะต้องซับน้ำให้แห้งเพื่อป้องกันความชื้นที่บริเวณผิวหนัง

2. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นจัด แขนงตัวในน้ำอุ่นจัด หรือ เย็นจัดและการลงเล่นน้ำในสระว่ายน้ำ

3. แนะนำให้ผู้ป่วยซับน้ำให้แห้งด้วยผ้าขนหนูที่ขนนุ่ม ห้ามเช็ด หรือ ขัดถู ผิวหนังใกล้บริเวณที่ได้รับรังสีรักษา

4. แนะนำให้ผู้ป่วยสระผมด้วยน้ำอุ่นและใช้น้ำยาสระผมอ่อน ลดการระคายเคืองผิวหนัง

2.3.2) การทำความสะอาดแผล

1. แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่เป็นแผลตกสะเก็ดด้วย Normal saline solution ทุกวันที่ผู้ป่วยมารับการฉายรังสี โดยพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านสอนวิธีการทำความสะอาดแผลให้กับผู้ป่วย ในวันที่ผู้ป่วยหยุดฉายรังสี ให้ทำแผลวันละครั้ง

2. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำยา Betadine solution ทำความสะอาดแผล

3. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำเกลือ (Normal saline) ทาที่ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีได้มากกว่า 4 ครั้งต่อวัน

4. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ครีมหรือยาฆ่าเชื้อได้ตามคำสั่งแพทย์

5. แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินอาการผิวหนังอักเสบ ถ้ามีอาการไข้ ปวดบวม อักเสบผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีให้แจ้ง แพทย์ หรือพยาบาลทราบ

6. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีไม่ให้ถูกน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2.3.3) การบำรุงรักษาผิวหนัง

1. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ครีมทาแผล ตามแพทย์สั่งในระหว่างการรักษา เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและลดอาการคัน รวมถึงอาการไม่สบายของผิวหนัง โดยแพทย์จะเป็นผู้สั่งครีมทาผิว ในวันที่มารับการฉายรังสีและพบแพทย์ประจำสัปดาห์ โดยทาผิวหนังตามแผนการรักษาของแพทย์

2. แนะนำให้ผู้ป่วยห้ามใช้ลูกกลิ้งดับกลิ่น น้ำหอม สเปรย์ แป้งฝุ่น หรือเครื่องสำอางบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา เนื่องจากจะมีผลข้างเคียงต่อผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา และเพื่อลดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา

2.3.4) การลดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณที่รักษา

1. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าที่คับแน่น หรือพอดีตัว ควรใส่เสื้อผ้าที่หลวม และสามารถระบายอากาศได้ดี เพื่อลดการเสียดสีและการระคายเคืองผิว และเพิ่มการถ่ายเทอากาศให้กับผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณแผล

2. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการประคบร้อนหรือเย็นบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อป้องกันการทำลายผิวหนังจากอุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไป

3. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดแรง ๆ โดยเฉพาะในช่วงเวลา 10.00 น. - 15.00 น.

4. แนะนำผู้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการแกะหรือเกาผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา ถ้ามีอาการคันสามารถลูบเบาๆ เพื่อบรรเทาอาการและระมัดระวังการติดเชื้อ

5. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้าแทนมีดโกนและงดการใช้ยาโกนหนวดที่ทำให้เกิดการระคายเคือง

2.4) ภายหลังการรักษา

ภายหลังการรักษาด้วยการฉายรังสีครบตามแผนการรักษาที่วางไว้ แนะนำให้ผู้ป่วยคงปฏิบัติตามการปฏิบัติตัวตามการปฏิบัติเดิมต่อไปประมาณ 3 สัปดาห์ เนื่องจากผลของรังสีต่อผิวหนังจะคงมีอยู่แต่จะค่อย ๆ ฟื้นฟูหลังจากหยุดการฉายรังสี

จากแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีภาวะแทรกซ้อนของอาการผิวหนังอักเสบเกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังผู้ป่วยในระดับความรุนแรงที่เปลี่ยนแปลงตามการรักษา ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการผิวหนังอักเสบจึงมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยต้องมีการดูแลป้องกัน ตั้งแต่ก่อนการรักษา และในระหว่างการรักษา ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ตามการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดขึ้นตลอดจนเมื่อการรักษาครบก็สามารถดูแลตนเองต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางการดูแลตนเองนี้จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองได้ดีเพื่อบรรเทาอาการ และลดระดับความรุนแรงของผิวหนังได้ โดยการดูแลตนเองที่จำเป็นนั้นผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่ตนเองมีอยู่ และบทบาทพยาบาลเป็นบุคคลที่คอยช่วยเหลือ ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง และการมีส่วนร่วมสนับสนุน ให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ซึ่งในบริบทของพยาบาลเองเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการนำทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วนตามปัญหาและการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วย

2.4 แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem. 2001)

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กันคือทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล. 2543)

2.4.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายการดูแลตนเอง ในลักษณะของการปรับหน้าที่เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ในการดูแลตนเองบางส่วนหรือการดูแลตนเองทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยอธิบายว่าบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่และพัฒนาตนเองตลอดจนป้องกัน ควบคุมกำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และการพัฒนาตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีความตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) โดยกิจกรรมที่จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองนั้นเรียกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โอเร็ม

(Orem. 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเอง (Self-care : SC) เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อการดูแลตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ซึ่งการดูแลตนเองแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่าการที่บุคคลสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และเห็นว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมกับสภาวะการณั้ นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณั้ ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำจะต้องมีเป้าหมาย และที่สำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น ๆ บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครที่ช่วยได้บ้าง

ดังนั้นการกระทำของบุคคลตามแนวคิดการดูแลตนเอง แม้จะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลการปฏิบัติต้องทำเป็นนิสัย โดยพยาบาลต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายและตัดสินใจ ที่จะดูแลตนเองตามความต้องการ สร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ รวมถึงการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกได้ เมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระ

2.4.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) เป็นภาวะที่บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงบางส่วน ปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ หรือไม่สมารถจะใช้ได้เลยในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งอาจเป็นผลกระทบมาจากด้านสุขภาพ โอเร็ม (2001) กล่าวว่า ความพร้อมในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต ดังนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นเกณฑ์ในการกำหนดการให้การพยาบาล ซึ่ง

พยาบาลจะต้องมีหน้าที่ในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยญาติได้พัฒนาความสามารถที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลมีความต้องการการดูแลที่จำเป็นทั้งหมด 3 ด้าน (Orem, 2001) คือ

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการรักษาไว้ ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลได้แก่ การคงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศอย่างเพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายอย่างปกติ การรักษาความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน การรักษาความสมดุลระหว่างการให้เวลากับตนเองและการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ สวัสดิภาพ และการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองให้ถึงที่สูงสุด

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของแต่ละช่วงชีวิต หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับพัฒนาการชีวิตของแต่ละบุคคล และการดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบต่อพัฒนาการ

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation self care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วย การปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การรับรู้ และความสนใจของพยาบาลที่มีผลต่อร่างกาย การปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้ความสนใจต่อความเจ็บป่วยและผลของการรักษา การยอมรับ การเรียนรู้ และปรับตัวต่อการมีชีวิตร่วมอยู่กับความเจ็บป่วย โดยสามารถผสมผสานการดูแลตนเองทั้งหมดเข้าด้วยกัน

ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวต้องอาศัยความรู้และการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเพราะแต่ละด้านของการดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวไปเมื่อทำได้สักระยะหนึ่ง การที่จะปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความพยายาม หรือไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระอีกต่อไป โดยพยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล จึงจะทำให้บุคคลปฏิบัติการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Goal oriented) โดยที่การพยาบาลต้องแน่ใจว่าผู้มารับบริการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเหมาะสมที่จะให้เขาพิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี เพื่อบรรเทาอาการผิวหนังอักเสบ จึงมีความสำคัญ เพราะการดูแลตนเองได้ดี มีผลทำให้ลดอาการและยังสามารถลดอาการอื่นๆ บางอย่างลงได้ เพราะอาการข้างเคียงเหล่านั้น อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข การที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น โอเร็ม (Orem, 2001) และว่ามนุษย์มีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองให้บรรลุถึงความต้องการในการดูแลตนเอง ตลอดจนควบคุมกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ ประกอบด้วย ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

- 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้ง ความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล
- 2) หน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัสทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส
- 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 5) นิสัยประจำตัว
- 6) ความตั้งใจ
- 7) ความเข้าใจในตนเอง
- 8) ความหวังในตนเอง
- 9) การยอมรับตนเอง
- 10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Power component enabling capabilities for self-care) โอเร็ม (Orem, 2001) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ในลักษณะของ

ตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำที่จิตใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป ได้แก่

1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น ในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้สมบูรณ์และต่อเนื่อง

4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10) ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งรักษาไว้ซึ่งบทบาทความรับผิดชอบและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care orations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยระยะต่างๆของการปฏิบัติ 3 ระยะดังนี้

1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเองความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2) การปรับเปลี่ยน (Transitive) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถและควรจะทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3) การลงมือปฏิบัติ (Productive) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการคาดการณ์ สามารถประเมินความรู้สึกถึงอาการ ผิวหนังอักเสบ ประเมินอาการผิวหนังอักเสบ สามารถบอกได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด เกิดเมื่อไร รุนแรงมากน้อยเพียงใด และสามารถปฏิบัติตนเองอย่างไร ในการดูแลและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น สามารถวิเคราะห์ผลของการดูแลตนเองได้เมื่อเกิดอาการดังกล่าว

ส่วนการปรับเปลี่ยนนั้น สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นความสามารถในการคิดและตัดสินใจเลือกการดูแลและปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยสามารถปรึกษาศูนย์การดูแลสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสมเพื่อสามารถแก้ไขภาวะต่าง ๆ จากรังสีรักษาได้ด้วยตนเอง สำหรับการลงมือปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญของคุณคน เมื่อคุณคนมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นแล้ว จะเป็นพื้นฐานนำไปสู่พลังความสามารถที่จะทำให้เกิดการดูแลตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมดูแลตนเอง บุคคลนั้นจะสามารถปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.4.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) เป็นระบบที่เกิดจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้ตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้รับการตอบสนอง และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้รับการดูแล หรือได้รับการพัฒนา โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ระบบการพยาบาลที่พยาบาลกระทำด้วยความตั้งใจ โดยใช้ความรู้ความสามารถที่เรียนรู้และฝึกฝนมาโดยเฉพาะ การปฏิบัติต้องผ่านสัมพันธภาพและการตกลงร่วมกันกับพยาบาลหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองหรือบุคคลที่อยู่ใต้การดูแลได้รับการปกป้องและพัฒนาจนสามารถดูแลตนเองได้

สรุปความสัมพันธ์ของทั้ง 3 ทฤษฎีที่จะนำมาสู่การออกแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการผิวหนังอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในครั้งนี้ โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และสามารถจัดการกับอาการผิวหนังอักเสบได้ตามต้องการ สามารถเรียนรู้และตัดสินใจรวมทั้งมีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อดูแลตนเองให้ดีที่สุด ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลใช้วิธีสนับสนุนและให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง สร้างสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมพัฒนาการและการสอน ทั้งนี้การใช้วิธีการต่าง ๆ นั้นต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจึงจะทำให้ระบบการพยาบาลที่ใช้มีประสิทธิภาพ

ดังนั้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จึงมีความสำคัญมากในการนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เนื่องจากการฉายรังสีต้องใช้เวลาการรักษา ประมาณ 5 – 7 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาการรักษาของผู้ป่วยหลายสัปดาห์พยาบาลมีเวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และสามารถดำเนินการพยาบาลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) เป็นระบบการพยาบาลระบบหนึ่งที่เกิดขึ้น เพื่อแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ระบบนี้ใช้สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะเรียนรู้ และกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย และกระทำการดูแลตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้สอน สนับสนุนและจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเลือกที่จะกำหนดพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ (Orem, 2001) โดยวิธีการช่วยเหลือมี 5 วิธี คือ การปฏิบัติแทนหรือกระทำให้ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม

1) การปฏิบัติแทนหรือกระทำให้นั้นทำโดยผู้ให้การช่วยเหลือใช้ความสามารถทั้งร่างกายและจิตใจให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้รับการช่วยเหลือมีสติหรือรู้สึกตัวดีต้องเป็นผู้อนุญาตให้ผู้ช่วยเหลือกระทำกิจกรรมให้ได้ แต่ถ้าผู้รับการช่วยเหลือไม่รู้สึกรู้สีกตัวดีต้องเป็นผู้อนุญาตให้ผู้ช่วยเหลือกระทำกิจกรรมให้ได้ แต่ถ้าผู้รับการช่วยเหลือไม่รู้สึกรู้สีกตัว การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ทดแทนให้ต้องปฏิบัติโดยเคารพสิทธิของผู้รับการช่วยเหลือไม่ โดยมีการตัดสินใจและวางแผนอย่างรอบคอบ ในการทดลองครั้งนี้ ไม่ได้มีการปฏิบัติทดแทนหรือกระทำให้ เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เพียงแต่ขาดความรู้และทักษะ

2) การให้ความรู้ วิธีนี้เหมาะสำหรับที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในการดูแลตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจตัดสินใจด้วยตนเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการวางแผนร่วมกันและเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย (Orem, 2001)

3) การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถตัดสินใจเลือกการดูแลตนเองได้หรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ภายใต้คำแนะนำและการดูแลของการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปรับความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ซึ่งพยาบาลมักใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

4) การสนับสนุน เป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากโรค สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อการพัฒนาตนเอง หรือกระทบน้อยที่สุด เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมและกระทำการดูแลตนเองได้ในสภาวะการณ์ต่าง ๆ การสนับสนุนอาจเป็นกิริยาท่าทางของพยาบาล การสัมผัส หรือการช่วยเหลือทางร่างกาย คำพูดที่ให้กำลังใจ การแสดง การช่วยเหลือทางกาย คำพูดที่ให้กำลังใจ การแสดงการช่วยเหลือทางกาย บางคนอาจต้องการการช่วยเหลือทั้งร่างกายและอารมณ์ (Orem. 2001) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเริ่มที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แหล่งสนับสนุนยังรวมถึงแหล่งของวัตถุสิ่งของที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง นอกจากการสนับสนุนจากพยาบาลแล้ว ยังมีบุคคลในครอบครัว และอาจเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่จะช่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกันขณะผู้ป่วยกลับมารับการบริการจากสถานพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล. 2543)

5) การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเอง ส่งเสริมการเห็นคุณค่า ในการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยครอบครัว หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย เป็นรายบุคคลสัปดาห์ละครั้ง และทุกครั้งที่พบจะจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้คำแนะนำและสนับสนุนการใช้วิธีการช่วยเหลืออื่น ๆ ร่วมด้วย

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ต้องรับการรักษาด้วยการฉายรังสี มีระยะเวลาการรักษาหลายเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องรับการรักษาพร้อมกับการได้รับยาเคมีบำบัด ที่ส่งผลต่ออาการแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการนำกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem. 2001) คือ การใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) ซึ่งระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นส่วนหนึ่งของระบบการพยาบาล (Nursing System : NS) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาจึงมีความสำคัญ

2.5.1 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติ และเรียนรู้ ที่จะกระทำดูแลตนเองได้เมื่อได้รับความช่วยเหลือ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การชี้แนะ การส่งเสริมสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยพยาบาลคอยกระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง ซึ่งนอกจากผู้ป่วยแล้วยังต้องรวมไปถึงครอบครัวและบุคคลสำคัญของผู้ป่วยด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล. 2543) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดของโอเร็ม (Orem) ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยผิวหนังอักเสบจากรังสีรักษาในโรคมะเร็งศีรษะและคอ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem) โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การชี้แนะ การส่งเสริมสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม

1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมพยาบาลที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก ค้นหาสถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำมาประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา การดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษา การดูแลผิวหนังอย่างเหมาะสม การจัดการกับอาการของตนเองเมื่อเกิดอาการผิวหนังอักเสบ เพื่อช่วยเหลือและแนะนำผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ตลอดจนการส่งเสริมความสามารถและความพยายามในการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสร้างสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะว่าการที่บุคคลจะดำเนินกิจกรรมด้วยกันได้ ดินนั้น สัมพันธภาพระหว่างบุคคลต้องดีด้วย ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีนั้น พยาบาลจะต้องเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยวางแผนที่จะรับการฉายรังสี และมีการสานสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ทำให้มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ดีตามมา

2) การให้ข้อมูลเป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพัฒนาความรู้ (Orem. 2001) เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ให้ต้องคำนึงถึงหลักสำคัญในการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหลักสำคัญในการสอนประกอบด้วย สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ โดยพยาบาลต้องซักถาม รับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งต้องคำนึงถึงความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วยด้วย เพราะถ้าผู้ป่วยอาการอ่อนเพลีย วิตกกังวล หรือซึมเศร้าจะทำให้เกิดข้อจำกัดในการเรียนรู้ โดยเนื้อหาที่สอนต้องเสริมจากความรู้เดิมที่ผู้ป่วยมีและเนื้อหาที่สอนต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับ เนื่องจากคนมีความแตกต่างกัน จะต้องควบคุมสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้โดยพยาบาลกับผู้ป่วยต้องมีการวางแผนร่วมกันในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการเรียนรู้ได้มากขึ้น

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา การศึกษาของบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533) ได้ศึกษาผลของการใช้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ทั้งในช่วงกลางระหว่างรับรังสีรักษา และในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา แต่ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา พบว่า กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจริง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ ยิ่งไปกว่านั้น ผ่องพรรณ กาวิวงศ์ (2533) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน

และให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ในช่วงรับการรักษาและก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์สุดท้ายของการศึกษา นอกจากนี้วันทนี ดวงแก้ว (2554) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในกลุ่มทดลองมีอาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

จากการศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์และส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จึงมีความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งในระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นั้น สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งคือ การค้นหาปัญหา หรือความพร่องของผู้ป่วยก่อนการนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษานั้น การดูแลตนเอง ผู้ป่วยยังคงมีความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปในการดำเนินชีวิตปกติ และการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยคือในระหว่างการรักษาด้วยรังสี

2.5.2 ความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาต่ออาการผิวหนังอักเสบ

ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจากผลข้างเคียงอาการผิวหนังอักเสบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา โดยผู้ป่วยต้องดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปให้มีความสอดคล้องกับการเจ็บป่วย เพื่อรักษาโครงสร้างหน้าที่และฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด คือกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองโดยวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งบุคคลจะต้องทราบการดูแล เพื่อตัดสินความพร่องในการดูแลตนเองและการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจึงมีความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปและความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดจากโรคและการรักษาเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น

- 1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่

1.1) การรับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายโดยรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนพวกเนื้อสัตว์ นม ไข่ ปลา ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาอาการข้างเคียงที่เกิดอีกอย่างคือการเปลี่ยนแปลงของ ต่อมน้ำลายทำให้มีความไวต่อการรับรสอาหารน้อยลง รับรสขมมากขึ้นเกิดความรู้สึกขมเมื่อ รับประทานอาหารเช้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน จึงควรรับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้อ จำพวก อาหารอ่อนย่อยง่าย โดยรับประทานอาหารทีละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง งดอาหารที่มีรสหวานจัดและ อาหารมัน หรืออาจจะเป็นเครื่องดื่มที่มีประโยชน์และสามารถจัดหาได้ง่าย เช่น นมสด โอวัลติน นมถั่วเหลือง หากมีน้ำหนักตัวลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียนมาก รับประทานอาหารได้น้อยหรือน้ำหนักตัวลดลงมาก ควรรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลต่อไป

1.2) การดูแลตนเองให้ได้รับน้ำที่เพียงพอโดยดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตร/วัน (Otto. 2001) ระหว่างการฉายรังสี เพื่อให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆได้รับความชุ่มชื้น โดยวางแผนแบ่ง ปริมาณน้ำดื่มและตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มให้ครบตลอดช่วงวัน ในแต่ละวันไว้ชัดเจน

1.3) คงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลอื่นและการมีเวลาเป็นส่วนตัว

1.4) การพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6 - 8 ชั่วโมง เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย

2) ความต้องการการดูแลตนเองเนื่องจากความเปราะบางทางด้านสุขภาพ ได้แก่

2.1) แสวงหาความรู้และข้อมูลในเรื่องของชนิด จุดประสงค์ ขั้นตอนและอาการข้างเคียงของการรักษา เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นขอรับการตรวจประเมินและความช่วยเหลือ สนใจ ชักถามข้อมูลจากแพทย์ พยาบาลหรือการหาความรู้โดยการอ่านคู่มือการดูแลตนเองที่ได้รับ

2.2) ปรับความสมดุลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษา ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อลดอาการเย็บช่องปากอักเสบ การดูแลผิวหนัง บริเวณที่ฉายรังสีที่ได้รับการขีดเส้นทำเครื่องหมาย การดูแลทำความสะอาดผิวหนัง งดการระคายเคืองต่อผิวหนัง

2.3) ปรับอัตมโนทัศน์ โดยยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งหาวิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ยอมรับการพึ่งพาผู้อื่นและตระหนักถึงควมมีคุณค่าในตนเอง

2.4) ดูแลตนเองเพื่อลดและบรรเทาอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีที่มีต่อไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาวอ่อนแอและลดจำนวนลง เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย หลีกเลี้ยงเข้าไปใกล้บุคคลที่มีการติดเชื้อ บางรายอาจมีเลือดออกง่ายได้จากเกล็ดเลือดต่ำ (Otto. 2001)

3) หาวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหา เช่นการพูดคุยกับคนที่ไว้ใจหรือสมาชิกในครอบครัว อาจใช้วิธีการฝึกสมาธิหรือวิธีการอื่น ๆ ที่ได้ผล

จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยการฉายรังสี แม้จะให้ผลดีในการรักษาโดยการทำลายเซลล์มะเร็ง แต่การรักษาที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ โดยทางร่างกาย รังสีทำให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์รอบ ๆ บริเวณที่รับรังสี เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุต่าง ๆ และผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังซึ่งเป็นอวัยวะที่ต้องสัมผัสรังสีโดยตรง เกิดอาการผิวหนังอักเสบ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหากไม่ทำการป้องกัน หรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการทบทวนแนวทางในการดูแลเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผิวหนังจากการฉายรังสี รวมทั้งการศึกษาที่เน้นการทดสอบประสิทธิภาพของครีมหรือยาที่ใช้ในการป้องกันและบรรเทาอาการผิวหนังอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ดังนี้

ซีเวน และคณะ (Sven et al. 2010) ศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ทำงานในหน่วยรังสีรักษาโดยแจกแบบสอบถามแนวทางการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการให้คำแนะนำเรื่องการใช้แป้งฝุ่นลดลง มีการแนะนำการใช้ครีม และโลชั่นมากขึ้น ส่วนการดูแลผิวหนังเมื่อมีอาการแดง (Advice when erythema in present) พบว่าคำแนะนำเรื่องการอาบน้ำและทำความสะอาดผิวหนังมีมากขึ้น การดูแลผิวหนังเมื่อผิวหนังแห้งเกิดหลุดลอกออกเป็นสะเก็ด (Advice when dry desquamation in present) การอาบน้ำและทำความสะอาดผิวหนังยังมีให้คำแนะนำส่วนการใช้ครีมหรือโลชั่นมีการใช้ที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น การใช้วานหางจระเข้ น้ำมันอัลมอลด์ และเมื่อมีอาการผิวหนังแตกเป็นแผลเปื่อย (Advice when moist desquamation in present) ยังคงแนะนำเรื่องการอาบน้ำและใช้สบู่อ่อน ๆ รวมทั้งการใช้แป้งและน้ำมันอัลมอลด์ และการใช้ครีมหรือโลชั่นมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีการพัฒนาการดูแล โดยพยาบาลแนะนำผู้ป่วยให้สามารถอาบน้ำได้ ทางครีมหรือโลชั่นที่แพทย์อนุญาตได้

นอกจากนี้ ซอลโวและคณะ (Salvo et al. 2010) ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับอาการผิวหนังจากรังสีรักษา ทั้งการทายาที่ผิว การรับประทานยา และการฉีดได้ผิวหนัง โดย ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอาการผิวหนังอักเสบ ซึ่งพบว่าการทาครีมสเตียรอยด์ (Corticosteroid) สามารถลดอาการรุนแรงของผิวหนังอักเสบได้ และมูเร็น (Maurene. 2011) รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและดูแลผลข้างเคียงของผิวหนังจากรังสีรักษา พบว่ามีความหลากหลายในการใช้ทา หรือการรับประทานเพื่อป้องกันผิวหนังอักเสบ นอกจากนี้การทำความสะอาดผิวโดยการอาบน้ำอุ่นและใช้สบู่อ่อนเป็นประจำเป็นการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยได้ และโลออนสามารถใช้ได้ถ้าไม่อยู่ในบริเวณที่ฉายรังสี ส่วนเทคนิคที่ฉายรังสี IMRT มีส่วนในการเกิดผิวหนังอักเสบลดลง

สำหรับประเทศไทย สุดธิดา สันติไชยกุล (2539) ศึกษาประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ซีผึ้งพีเอช 5 ยูเซอร์รินในการป้องกันผลของรังสีรักษาต่อผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่พบความแตกต่างของรังสีรักษาต่อ

ผิวหนังเมื่อได้รับรังสีปริมาณ 1,000 เซนติเกรย์ แต่เมื่อได้รับรังสีปริมาณ 2,000-3,000 เซนติเกรย์ ผลของรังสีรักษาต่อผิวหนังในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ ยังมีการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาอาการผิวหนังอักเสบ พบว่ามีการใช้ยาในการรักษาผิวหนังอักเสบ ในรูปแบบยาทามากกว่ายาชนิดรับประทาน โดยมีหลักการใช้อย่างนี้ (จิรัชมา อุดมชัยสกุล. 2555)

1) การใช้ยาทาภายนอกให้ยึดหลัก “เปียกต่อเปียกและแห้งต่อแห้ง” นั่นคือถ้าแผลรอยผื่นหรือแผลเปื่อยต้องใช้อย่างทาในรูปแบบที่เป็นน้ำหรือโลชั่น แต่ถ้าเป็นผื่นแผลแห้ง ควรใช้รูปแบบครีมหรือซีมีง เพราะสามารถซึมผ่านผิวหนังที่อยู่ส่วนล่างไปได้ และยังช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้น

2) เลือกรูปแบบของยาให้เหมาะสมกับสภาพผิว ดังนี้

- รูปแบบครีม เหมาะสมกับสภาพผิวหนังทั่วไป หรือในร่ม
- รูปแบบที่เป็นซีมีง รูปแบบนี้จะมีคุณสมบัติเป็นฟิล์มบาง ๆ ปกคลุมผิวหนังบริเวณที่ทำช่วยรักษา ความชุ่มชื้น ของผิวหนังพร้อมกับทำให้ยาติดผิวหนังได้นาน เป็นผลให้ความแรงของยามากขึ้นกว่าชนิดเดียวกันในรูปแบบครีม และแบบซีมีงเหมาะสำหรับผิวหนังที่แห้งหนา รอยโรคเรื้อรังหรือเป็นสะเก็ด

- รูปแบบที่เป็นน้ำ หรือโลชั่น เหมาะสมสำหรับบริเวณที่มีผมหงอกหรือขน เพราะสามารถซึมผ่านขนหรือผมไปยังจุดออกฤทธิ์ได้ดีกว่ารูปแบบครีม เจลหรือซีมีง

- รูปแบบที่เป็นเจล รูปแบบนี้มักมีส่วนผสมแอลกอฮอล์ผสมอยู่จึงไม่ควรใช้กับแผลเปิด ข้อดีของเจล คือ เมื่อทาแล้วจะซึมผ่านผิวหนังจนหมด ไม่เหลือเนื้อยาไว้ผิวส่วนบน จึงไม่เหนียว สามารถใช้ได้ทั้งผิวทั่วไปและผิวที่มีขนปกคลุม

3) คำนี้ถึงความสามารถของผิวในการดูดซึมยาเข้าสู่แผลหรือผิวหนังที่อยู่ลึกลงไปเนื่องจากผิวหนังแต่ละตำแหน่งมีความหนาบางแตกต่างกันไปในแต่ละบริเวณ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูดซึมยา ผิวหนังที่บางจะดูดซึมยาได้ดีกว่าผิวหนังที่หนา

4) กรณีผิวหนังที่ทามีสิ่งกีดขวางการดูดซึม เช่น มีหนอง เศษเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว ขุยหรือสะเก็ด ก่อนการทายาต้องกำจัดสิ่งกีดขวางออกไปก่อน

5) สิ่งที่ต้องทราบคือ การรักษาโรคผิวหนังต้องการเวลาพอสมควร

การรักษาโรคทางผิวหนังประกอบด้วย

1) สเตียรอยด์ มีการนำมาใช้ในทางการแพทย์หลายรูปแบบ เช่น เป็นยาเม็ด ยาฉีด ยาทาภายนอก ในรูปครีม เจล ซีมีง (จิรัชมา อุดมชัยสกุล. 2555)

กลไกการออกฤทธิ์ของยาสเตียรอยด์

1.1) ลดการแบ่งตัวของเซลล์ ลดการหนาตัวของผิวหนัง โดยเฉพาะยาสเตียรอยด์ที่มีความแรงมาก

1.2) ลดการอักเสบของผิวหนัง ทำให้หลอดเลือดฝอยหดตัว ทำให้ลดอาการบวมของผิวหนัง

1.3) ยับยั้งการแตกตัวของมาสต์เซลล์ เป็นการป้องกันสารที่ทำให้เกิดการแพ้ไม่ให้ออกมาจากมาสต์เซลล์

1.4) กดปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันโรคให้ลดลง โดยห้ามไม่ให้เซลล์เม็ดเลือดขาวมากินสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกาย

ประเภทของยาสเตียรอยด์

สเตียรอยด์ชนิดทาแบ่ง ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความแรงในการออกฤทธิ์ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ชนิดอ่อน ได้แก่ Hydrocortisone, Dexamethasone, Prednisolone, Methyprenisolone, Triamcinolone 0.02% ใช้ในกรณีอาการแพ้ไม่รุนแรง หรือผิวหนังบริเวณที่อ่อนบางเช่น ใบหน้า รักแร้ ข้อพับ ผิวเด็กอ่อน

กลุ่มที่ 2 ชนิดแรงปานกลาง ได้แก่ Triamcinolone 0.1%, Betamethasone valerate, Fluocinolone, Clobetasone, Prenicarbate ใช้กับผิวหนังทั่วไปของร่างกาย

กลุ่มที่ 3 ชนิดแรงจนถึงแรงมาก ได้แก่ Betamethasone dipropionate, Clobetasol, Amcinonide, Desoxymetasone ใช้กับผื่นบริเวณที่ไม่กว้างมาก ผิวหนังบริเวณที่มีความหนา ยาซึมเข้ายาก เช่น บริเวณเท้า หลังมือ หลังเท้า ข้อศอก ข้อเข่า

สเตียรอยด์ มีคุณสมบัติต้านการอักเสบ ดังนั้นการใช้ยาให้ได้ประสิทธิผลจึงต้องเลือกใช้ภาวะที่ผิวหนังที่มีการแบ่งตัวมากกว่าปกติ ผิวหนังอักเสบ และความผิดปกติของผิวหนังที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งยาสเตียรอยด์ จะช่วยบรรเทาอาการคันและปวดแสบปวดร้อนได้ ยาสเตียรอยด์ชนิดทาภายนอกสามารถรักษาโรคผิวหนังได้หลายชนิด ยาแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันตามความแรงของตัวยา การรักษาโรคผิวหนังให้ได้ผลขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การใช้รูปแบบยาสเตียรอยด์ที่เหมาะสมกับโรคหรือผิวหนังบริเวณที่เป็น ความแรงของยา ความถี่ในการใช้ยา ระยะเวลาของการรักษาและการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา โรคผิวหนังที่มีข้อมูลการศึกษาที่สนับสนุนการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดทาภายนอกได้แก่ Psoriasis, Vitiligo, Eczema, Atopic dermatitis, Phimosis, Acute radiation dermatitis และ Lichen sclerosis

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ของโอมิดวาริ (Omidvari. 2007) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยาเบตามิดาโซนซึ่งเป็นครีมสเตียรอยด์ ในกลุ่มควบคุมกับการใช้ เพทโทรลาทัม ผลการศึกษาพบว่าการใช้ยาเบตามิดาโซนช่วยลดการเกิดผิวหนังอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีในสัปดาห์ที่ 3 ที่ระดับเกรด 1

2) กลุ่มไมโซซาสเตียรอยด์ ประกอบด้วย

ว่านหางจระเข้ ซึ่งว่านหางจระเข้ จัดเป็นพืชสมุนไพร ที่มีสารสำคัญและการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา โดยว่านและเมือกจากใบ มีสารไกลโคโปรตีน (Glycoprotein) อะลอคตินเอ (Aloctin A) และอะลอคตินบี (Aloctin B) ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ลดอาการอักเสบ ช่วยสมานแผล รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แผลเรื้อรัง แผลไหม้เกรียมจากแสงแดดและการฉายรังสี และแผลในกระเพาะอาหาร (สำนักวิจัยเศรษฐกิจการเกษตร สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. 2550) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับว่านหางจระเข้เปรียบเทียบกับการใช้ครีมพบว่าการใช้ครีมช่วยลดอาการผิวหนังแห้งและอาการปวดได้ดีกว่า (Maurene. 2011)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น การให้ความรู้เพื่อบรรเทาอาการผิวหนังอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากการรับรังสีรักษา โดยรังสีจะทำปฏิกิริยากับออกซิเจนซึ่งมีอยู่ในเนื้อเยื่อหรือเซลล์ ทำให้แตกตัวเป็นประจุ (Ionization) เกิดเป็นอนุมูลอิสระ (Free radical) ซึ่งทำให้เกิดการทำลาย DNA (DNA damage) ถ้าการทำลาย DNA มีความรุนแรงมาก เซลล์ไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ เซลล์ก็จะตาย หรือไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปได้ เป็นการทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งเซลล์ไม่ให้เจริญเติบโตต่อไป ในขณะที่เซลล์เนื้อเยื่อปกติมักจะมีความสามารถในการซ่อมแซมตัวเองดีกว่าเซลล์มะเร็ง ทำให้สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ผิวหนังเป็นอวัยวะส่วนแรกสัมผัสกับรังสี ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายที่ได้รับการฉายรังสีจะพบผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผิวหนังได้แต่ระดับความรุนแรงแตกต่างกัน การศึกษาพบว่ารังสีมีผลโดยตรงต่อโครงสร้างของดีเอ็นเอในกลุ่มเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเช่น กลุ่มเซลล์ในชั้นเบซอล (Basal layer) ของชั้นหนังกำพร้าที่มีการแบ่งตัวอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลา การสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์ที่แก่หลุดลอกตามอายุไข เซลล์ที่มีการผลิตเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วหรือระยะเวลาในวงจรชีวิตแต่ละครั้งสั้นจะมีความไวต่อรังสีและการเกิดความเสียหายได้เร็ว แม้จะเป็นกลุ่มเซลล์ชนิดเดียวกัน แต่ถ้าเซลล์อยู่ในระยะต่าง ๆ กันของวงจรเซลล์ก็มีความเสียหายต่างกันด้วย การฉายรังสีแต่ละครั้ง รังสีสามารถทำลายเซลล์ในระยะที่เซลล์ทำการแบ่งตัว (M-phase) พบว่ามีการตายของเซลล์จะไม่เกิดขึ้นทันทีหลังที่เซลล์ได้รับรังสี การตายจะเกิดขึ้นเมื่อเซลล์พยายามแบ่งตัว แต่ร่างกายมีปฏิกิริยาป้องกันโดยกระตุ้นให้เกิดกระบวนการซ่อมแซมความเสียหายในกลุ่มเซลล์ในชั้นเบซอล (Basal layer) ดังนั้นกลุ่มเซลล์ที่ไม่ถูกทำลายจะแบ่งตัวชดเชยเซลล์ชั้นบนที่สูญเสียไป กระบวนการซ่อมแซมนี้จะเกิดขึ้นได้ดีถ้าผิวหนังบริเวณนั้นมีความชุ่มชื้น แต่ถ้าเซลล์นั้นได้รับความเสียหายมากประกอบกับสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อกลุ่มเซลล์รอบนอก ทำให้ผิวหนังชั้นบนสุดหลุดลอก แดงเป็นแผล มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญมีอาการไม่สบาย ระคายเคืองคัน และปวด ถ้าผู้ป่วยมีการดูแลที่ไม่ถูกต้องอาจส่งผลให้ผิวหนังเกิดการติดเชื้อได้ ซึ่งถ้าหยุดฉายรังสีอาการเหล่านี้จะค่อย ๆ ดีขึ้น

ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษามีความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นและจำเป็นต้องดูแลและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง เนื่องจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลายอย่างจากการรักษา อาการผิวหนังอักเสบ เป็นอีกอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลต่อการรักษา ซึ่งอาจต้องหยุดการรักษาไปก่อน ทำให้เกิดการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยที่รับรังสีรักษาดังกล่าว ดังนั้นผู้ป่วยในกลุ่มนี้ซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเองได้แต่อาจขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลสามารถเข้าไปมีส่วนเพิ่มเติมในส่วนนี้ โดยวิธีการจัดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจึงจัดระบบการพยาบาลและให้ความรู้ โดยพยาบาลได้ซักถามความคิดเห็นหรือปัญหาต่าง ๆ ก่อนที่จะให้การดูแลรักษา เช่น ปัญหาการดูแลผิวหนัง หรืออาการผิวหนังอักเสบ การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา การบรรเทาอาการและความไม่สบายจากการได้รับรังสีรักษา ซึ่งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการรักษา จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง การที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพโดยการปรับรูปแบบของการพยาบาลและให้ความรู้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตั้งแต่การรับรู้ ทำความเข้าใจกับภาวะสุขภาพของตน วางแผนเพื่อดูแลตนเอง สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด เพื่อให้สามารถได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ผลลัพธ์ที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขณะที่รับการรักษา (Dodd, 2000)

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ประกอบด้วยความช่วยเหลือ 4 วิธีคือ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยใช้กับผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ยังขาดการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่ยังมีความต้องการการได้รับข้อมูล การชี้แนะ การสนับสนุนตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

1. การให้ความรู้

- ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี และการดูแลตนเองในระหว่างรับรังสีรักษาโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยตัดสินใจในการนำความรู้ที่มีอยู่มาวางแผนการดูแลตนเองโดยพยาบาลเป็นผู้คอยประเมินความรู้ความสามารถโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย
- ให้ความรู้เสริมและวางแผนการช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

2. การชี้แนะ

- ในกรณีที่ผู้ป่วยสงสัยทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ถูกต้องจะสอนสาธิตซ้ำจนเกิดความมั่นใจเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

3. การสนับสนุน

- ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยบอกให้ทราบถึงผลดีของการดูแลผิวหนังด้วยตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาผิวหนังอักเสบ
- ให้กำลังใจและกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม

- จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย
- ส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ในการดูแลตนเองและดูแลผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ

ระดับความรุนแรง
ของอาการผิวหนัง
อักเสบในผู้ป่วย
มะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับรังสีรักษา