

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด

Received: 16 August 2023
 Revised: 27 November 2023
 Accepted: 27 December 2023

หนึ่งฤทัย แร่งน้อย พย.บ.¹ บุษบา สมใจวงศ์ พย.ด.^{2,3}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาวิธีดูแลช่องปากเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปาก โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เน้นการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลช่องปากด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีจำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลช่องปาก แบบประเมินสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการดูแลช่องปาก และการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ($\bar{X}$ = 4.64, SD=1.50) มีความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองได้สูงขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด ($\bar{X}$ = 12.48, S.D.=1.49) การติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากหลังผ่าตัดลดลง มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดร้อยละ 4 และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 60)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โปรแกรมการดูแลช่องปาก สุขภาพช่องปาก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ Corresponding author: Email: bussom@kku.ac.th

Development of an oral care program for oral cancer patients undergoing surgery

Received: 16 August 2023
 Revised: 27 November 2023
 Accepted: 27 December 2023

Nuengruethai Raengnoi B.N.S.¹ Busaba Somjaivong D.N.S.^{2,3}

Abstract

This research and development study aimed to develop an oral care program. A oral self-care program created by the researcher using Orem's framework on educating, practicing skills, and supportive patients to oral self-care. The sample consisted of 25 oral cancer patients undergoing oral surgery at Udon Thani Cancer Hospital. The tools used were oral care program, oral health and oral care agency assessment forms. The data collection from February to May 2023 was analyzed by statistics of frequency, percentage, mean, standard deviation. and content analysis

The results showed that patients who received an oral care program for patients undergoing oral surgery had better oral health ($\bar{X} = 4.64$, $SD=1.50$), had higher oral self-care than before surgery ($\bar{X}=12.48$, $S.D.=1.49$) Postoperative oral surgical wound infection was reduced. There were 4% of patients with surgical site infections and their satisfaction with the oral care program for oral cancer patients undergoing oral surgery was good level (60%).

Keywords: oral cancer patients, oral care program, oral health

¹ Register nurse, Udon Thani Cancer Hospital

² Assistant Prof., Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³ Corresponding author: Email: bussom@kku.ac.th

บทนำ

มะเร็งช่องปาก เป็นมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่พบมากอันดับต้นๆของโลก จากสถิติปี 2020⁽¹⁾ ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น 377,713 ราย อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 52.53 จัดอยู่ในอันดับ 14 ของมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก ในประเทศไทยในปี 2563⁽²⁾ จัดอยู่ในอันดับ 6 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 50 มะเร็งช่องปากที่พบบ่อยที่สุด คือ ลิ้น รองลงมา ได้แก่ ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก เหงือกและฟันปาก ตามลำดับ⁽³⁾ ภายหลังการรักษาสามารถกลับเป็นซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 20⁽⁴⁾ แม้การผ่าตัดจะเป็นการรักษาหลักในมะเร็งช่องปาก โดยการผ่าตัดจะประกอบด้วย ผ่าตัดตัวก้อนมะเร็งออก การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองและการผ่าตัดฟันพุหรือซ่อมแซมหลังเอาก้อนมะเร็งออก การให้รังสีรักษา เป็นการรักษาร่วมหลังการผ่าตัดหรือร่วมกับการให้ยาเคมี ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีผลชิ้นเนื้อเป็น squamous cell carcinoma แพทย์จะนัดมาฉายรังสีภายใน 30-45 วันหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง^(5,6) และการให้เคมีบำบัดเป็นการรักษาร่วม แม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่ารังสีรักษาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้ (NCCN, 2019) แต่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ เนื่องจากเป็นแผลผ่าตัดชนิดปนเปื้อน จึงมีโอกาสติดเชื้อได้ค่อนข้างมาก ร้อยละ 10-45⁽⁷⁾ นอกจากนี้แผลผ่าตัดยังอยู่ในปากที่สัมผัสน้ำลาย และแรงดันจากการกลืนอาหารอยู่เสมอ ทำให้ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียในช่องปากเข้าไปในแผลผ่าตัด พบได้ร้อยละ 39-45⁽⁸⁾ มีโอกาสส่วและทำให้น้ำลายเข้าไปปนเปื้อนในโพรงเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดได้ มีรายงานพบร้อยละ 8⁽⁹⁾ ส่งผลกระทบรุนแรง ทำให้แผลผ่าตัดหายช้า⁽¹⁰⁾ เกิดความล่าช้าในการรักษา เพิ่มโอกาสกำเริบของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตลดลง ทำให้ระยะเวลาอนรักษานในโรงพยาบาลนาน สูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเกิดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขตามมา

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การดูแลความสะอาดช่องปากเป็นวิธีการสำคัญในการป้องกัน และช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก ช่วยให้ช่องปากสะอาด มีความชุ่มชื้น ลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค¹¹ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลความสะอาดช่องปาก และการตรวจช่องปากด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง⁵ แม้ในช่วงระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเพียงพอ จะมีพยาบาลให้การดูแลช่องปาก เพื่อให้การดูแลความสะอาดช่องปาก เป็นการป้องกันแผลผ่าตัดปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์จากสิ่งคัดหลั่งในช่องปากเข้าสู่แผลผ่าตัด⁽⁷⁾ ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากทีมพยาบาลร่วมกับทันตแพทย์ตั้งแต่ออกมาผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด⁽¹¹⁾ ส่งผลให้มีภาวะสุขอนามัยช่องปากดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งช่องปากระยะหลัง 24 ชั่วโมง พยาบาลจะให้การประเมินภาวะเลือดออกภายในช่องปาก ก่อนการทำความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยแต่ละราย แบ่งประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีท่อช่วยหายใจ ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อทุก 4-6 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจช่วยดูแลช่องปาก ด้วยการใช้น้ำซิงค์ชนิดน้ำเกลือปราศจากเชื้อครึ่งละ 15-20 มิลลิลิตร ฉีดล้างในช่องปากทุก 2 ชั่วโมง และใช้สายยางดูดน้ำลาย ช่วยดูดน้ำลายในปาก โดยระวังไม่ให้ถูกบริเวณแผลผ่าตัด⁽¹²⁾ ตรวจดูน้ำลายตกค้างในช่องปากให้สะอาดทุกครั้ง ไม่ควรมีการหมักหมมของเชื้อโรคภายในช่องปาก เป็นการป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อในช่องปากที่สำคัญ⁽⁸⁾ ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแล้ว ให้เริ่มแปรงฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่มขนาดเล็กพร้อมกับยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ กรณีผู้ป่วยที่ไม่มีฟันใช้ไม้ฟันสาลี หากเช็ดไม่ออกใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากตามแผนการรักษาของแพทย์ เช็ดทำความสะอาดคราบที่เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม และเพดานให้ทั่ว⁽¹³⁾

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี⁽¹⁴⁾ พ.ศ.2561-2563 ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดมะเร็งช่องปากจำนวน 366 ราย 145 ราย และ 285 ราย พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจากการติดตามหลังผ่าตัด 14 วัน ดังนี้ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 9 ราย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 10 ราย และปี พ.ศ. 2563 จำนวน 16 ราย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดมีแนวโน้มสูงขึ้นและจากการสัมภาษณ์มีผู้ป่วย 10 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 5 รายไม่ได้รับคำแนะนำ ผู้ป่วย 1 รายได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์ เนื่องจากต้องได้รับการถอนฟันในช่องผ่าตัด ผู้ป่วย 3 ราย ได้รับคำแนะนำการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างการฉายแสง และผู้ป่วย 1 รายได้ศึกษาวิธีการดูแลความสะอาดช่องปากจากสื่อโซเชียล นอกจากนี้มีแนวปฏิบัติเดิมที่ใช้ในการทำทำความสะอาดช่องปากที่หลากหลาย แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลความสะอาดช่องปากที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก และส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบแบบทั่วไป เนื่องจากการผ่าตัดมะเร็งช่องปากจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะภายในช่องปากเนื้อเยื่อโดยรอบบริเวณ

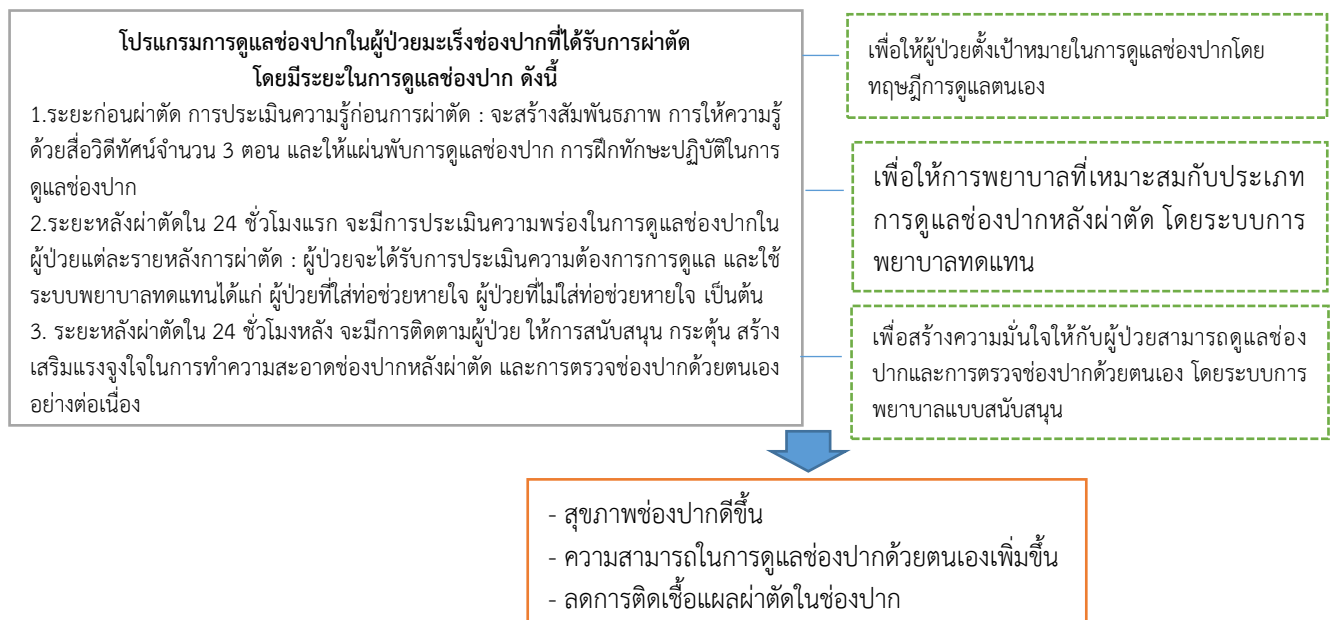
ผ่าตัดบวม จนดันลิ้น มีเลือดและน้ำลายไหลออกตลอดเวลา ทำให้มีการคั่งค้างในช่องปากเป็นสาเหตุการรั่วของแผลผ่าตัดเกิดการติดเชื่อตามมาได้ รวมถึงภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย อาการปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะการดูแลช่องปาก ซึ่งทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อตนเองและเป็นการกระทำอย่างจงใจ มีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคล เมื่อใดที่ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเมื่อนั้นจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และระบบการพยาบาล (nursing system) โดยการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ โดยคาดหวังว่าจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง รักษาสุขภาพช่องปาก ลดการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากและทำให้คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการดูแลช่องปาก ระยะก่อนผ่าตัดเน้นการให้ความรู้โดยให้ดูวิดีโอที่ค้นจากแผ่นพับ การฝึกทักษะปฏิบัติ ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก มีระบบพยาบาลทดแทนในการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลความสะอาดช่องปาก เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ระยะหลัง 24 ชั่วโมงหลัง เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง เน้นการส่งเสริม สนับสนุน สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่อง สรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมจากกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่มีข้อจำกัดในการทำ ความสะอาดช่องปาก 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย 5) แพทย์เจ้าของไข้อนุญาต และเกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค BP < 90/60 mmHg หรือได้รับยา

กระตุ้นความดันโลหิต 2) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง BP > 180/100 mmHg โดยแพทย์พิจารณาว่าอาจเกิดอันตรายจากการที่ผู้ป่วยปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมดูแลช่องปาก 3) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นรวมทั้งการติดเชื้อในช่องปาก 4) ผู้ป่วยมีแรงช่องปากที่ได้รับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดมาก่อน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้โปรแกรม *G power 3.1.9.7 power analysis มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ 0.775 จึงเลือกใช้ขนาดอิทธิพลการประมาณค่าอิทธิพลของ Cohen สำหรับขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.8 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.05 จำนวนขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 21 ราย ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) อีก 20% ในแต่ละกลุ่ม (กาญจนา สาใจ, และคณะ, 2561) ดังนั้นมีกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาบางส่วนจากแบบประเมินการดูแลช่องปากของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) และแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลช่องปากของกาญจนา สาใจและคณะ (2561) เช่น ในการเลือกใช้แปรงสีฟันในการทำสะอาดและการตรวจช่องปากด้วยตนเองวันละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย 7 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งหมด ตั้งแต่ 0 – 14 คะแนน⁽¹⁶⁾ มีความตรงของเนื้อหา(CVI)=1.0 แบ่งระดับค่าคะแนน 2 ระดับ ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองน้อย และ 8-14 คะแนน หมายถึง ความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองสูง 3) แบบประเมินสุขภาพช่องปาก(oral assessment tool [OHAT])⁽¹⁷⁾ ฉบับภาษาไทย ปี2563⁽¹⁸⁾ ซึ่งดัดแปลงมาจากChalmer และคณะ (2004) โดยนำมาใช้บางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก เช่น ในการประเมินความปวด (Pain score) และผู้วิจัยได้ตัดข้อที่ประเมินฟันปลอมออกเนื่องจาก ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไม่มีฟันปลอม

ความตรงของเนื้อหา(CVI)=0.85 ประกอบด้วย 7 หัวข้อ โดยคะแนนรวม 0 คะแนน หมายถึง ช่องปากปกติ คะแนนตั้งแต่ 1 – 7 หมายถึงช่องปากเริ่มผิดปกติ คะแนนตั้งแต่ 8 - 14 หมายถึง ช่องปากผิดปกติ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม 5) การประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก เป็นการประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากตามICD-10 โดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะประเมินแผลผ่าตัดของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องและหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตการประเมินระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยโดยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (inter-rater reliability) แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองได้ค่าเท่ากับ 1 และแบบประเมินประเมินสุขภาพช่องปาก=0.91

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย 1) วิดีทัศน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการค้นคว้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื้อหาแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งช่องปาก การผ่าตัด ขั้นตอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ตอนที่ 2 การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและการดูแลช่องปากหลังผ่าตัด ตอนที่ 3 การตรวจช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย ความตรงของเนื้อหา (CVI) = 0.92 จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 10 รายพบว่าโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองสามารถนำไปใช้ได้จริงมีเนื้อหาที่มีความเหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 652158 เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและสิทธิการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าจะเก็บเป็นความลับและนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมรังสี และหอผู้ป่วยพิเศษ ผู้วิจัยจะประเมินด้วยการใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปากและแบบประเมินสุขภาพช่องปาก จากนั้นให้ความรู้ข้อมูลชนิดที่ทัศน 3 ตอนได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคเมะเร็งช่องปากและการดูแลช่องปากก่อนการผ่าตัด ตอนที่ 2 ความรู้และการดูแลช่องปากหลังผ่าตัด ตอนที่ 3 การตรวจช่องปากด้วยตนเอง และมอบแผ่นพับการดูแลช่องปากให้ผู้ป่วยใช้ทบทวนซ้ำได้

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้วิจัยนำระบบการพยาบาลทดแทนช่วยในการดูแลช่องปาก โดยแบ่งประเภทผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจจะใช้โซริงค์ฉีดล้างช่องปากด้วยน้ำเกลือร่วมกับสายยางดูดน้ำลายทุก 2 ชั่วโมงก่อนทำดูดเสมหะ ผู้ป่วยที่ไม่มีท่อช่วยหายใจใช้โซริงค์ฉีดล้างช่องปากด้วยน้ำเกลือทุก 4-6 ชั่วโมง งดการแปรงฟันใน 24 ชั่วโมงแรก โดยพยาบาลจะประเมินช่องปากก่อนเพื่อให้การดูแลช่องปากที่เหมาะสม เป็นต้น

ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลัง ผู้วิจัยจะนำระบบพยาบาลสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีฟันเริ่มแปรงฟัน ด้วยแปรงสีฟันขนาดเล็ก ขนอ่อนนุ่มร่วมกับยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ผู้ป่วยที่ไม่มีฟันใช้ไม้ฟันสาลีหรือใช้ผ้าก๊อสนุ่มน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากตามแผนการรักษาของแพทย์ เช็ดทำความสะอาดคราบที่เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม และเพดานให้ทั่ววันละ 2 ครั้งเช้าเย็น พร้อมให้คำชี้แนะให้คำปรึกษาเพื่อช่วยส่งเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

ครั้งที่ 4 วันที่แพทย์จำหน่าย ผู้วิจัยจะดูจากบันทึกแผนการรักษาของแพทย์ การวินิจฉัยการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากภายหลังผ่าตัดจนถึงวันจำหน่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยหาค่าการแจกแจง ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา คะแนนสุขภาพช่องปาก และคะแนนความสามารถดูแลช่องปากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยร้อยละ การติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากด้วยสถิติ Fisher's Exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 40- 55 ปี เพศชาย (ร้อยละ 80) เพศหญิง (ร้อยละ 20) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์ (ร้อยละ 65) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 5,000-10,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 40) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60) และไม่มียาประจำ (ร้อยละ 60) การรับบริการทางสุขภาพ ส่วนใหญ่บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 84) มีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 65), ดื่มสุรา (ร้อยละ 55), ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดช่องปากเป็นครั้งแรก

2. การประเมินสุขภาพช่องปาก ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนสุขภาพอยู่ในช่วง 6-8 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 7.50 คะแนน (S.D.=1.29) แสดงว่าสุขภาพช่องปากมีปัญหาในระดับมาก หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสุขภาพมีคะแนนอยู่ในช่วง 3-5 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 4.64 คะแนน (S.D.=1.50) แสดงว่าคะแนนสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมีปัญหาน้อยลง สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คะแนนสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยคำนวณจาก ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

CA oral (n)	Minimum		Maximum		Mean		Std. Deviation	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
25	6	3	8	5	7.50	4.64	1.29	1.50

$p < 0.05$

3. การประเมินสุขภาพช่องปากทั้ง 7 ข้อ ได้แก่ ริมฝีปาก ลิ้น เหงือกและเนื้อเยื่อช่องปาก น้ำลาย ฟันธรรมชาติ ความสะอาดภายในช่องปาก และ อาการเจ็บปวด พบว่า ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ด้านอาการเจ็บปวด 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 รองลงมา ด้านความสะอาดภายในช่องปาก 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.00 และเกี่ยวกับน้ำลายในช่องปาก 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.00 ตามลำดับ

หลังใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลง ด้านอาการเจ็บปวด 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00 รองลงมา ด้านความสะอาดภายในช่องปาก 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 และเกี่ยวกับน้ำลายในช่องปาก 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.00 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินสุขภาพช่องปากในแต่ละหัวข้อ โดยใช้จำนวน ร้อยละ

การประเมินสุขภาพช่องปาก	กลุ่มตัวอย่าง	ปกติ	เริ่มมีปัญหา	มีปัญหา
1) การประเมินสุขภาพริมฝีปาก				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	15(60%)	9(36%)	1(4%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	18(72%)	7(28%)	0(0%)
2) การประเมินสุขภาพลิ้น				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	6(24%)	12(48%)	7(28%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	10(40%)	12(48%)	3(12%)
3) การประเมินสุขภาพเหงือกและเนื้อเยื่อช่องปาก				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	3(12%)	20(80%)	2(8%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	4(16%)	20(80%)	1(4%)
4) การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับน้ำลาย				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	0(0%)	22(88%)	3(12%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	0(0%)	24(96%)	1(4%)
5) การประเมินสุขภาพฟัน				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	9(36%)	11(44%)	5(20%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	12(48%)	9(36%)	4(16%)
6) การประเมินความสะอาดภายในช่องปาก				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	2(8%)	22(88%)	1(4%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	9(36%)	16(64%)	0(0%)
7) การประเมินอาการเจ็บปวด				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	2(8%)	23(92%)	0(0%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	CA oral	21(84%)	4(16%)	0(0%)

3.การประเมินความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองอยู่ในช่วง1-5 คะแนน คะแนนเฉลี่ย2.27 คะแนน (S.D.=1.50) แสดงว่าความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองระดับน้อย หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองอยู่ในช่วง10-14 คะแนน คะแนนเฉลี่ย12.48 คะแนน (S.D.=1.49) แสดงว่าคะแนนความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองระดับสูง สรุปว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองได้สูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนความสามารถในการดูแลช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

CA oral	Minimum		Maximum		Mean		Std. Deviation	
(n)	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	ทดลอง
25	1	10	5	14	2.24	12.84	1.50	1.49

p <0.05

ความสามารถในการดูแลช่องปาก ได้แก่ วิธีการทำความสะอาดช่องปาก ระยะเวลาในการทำความสะอาดช่องปาก อุปกรณ์ในการทำความสะอาด การรับประทานอาหารหลังการแปรงฟัน การบ้วนปากระหว่างวัน การจัดการเมื่อมีน้ำลายในช่องปาก และการตรวจช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการตรวจช่องปาก หลังทำความสะอาดช่องปากตอนเช้า ทุกวันๆ ละ 1 ครั้ง ดังนี้ ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยปฏิบัติ 25 คน คิดเป็นร้อยละ100.00 หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติถูกต้องทุกครั้ง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และการบ้วนปากระหว่างวันด้วยน้ำเกลือทุก 4-6 ชั่วโมง และระหว่างวัน เช่น หลังอาหารเที่ยง ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปากกลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยปฏิบัติ 25 คน คิดเป็นร้อยละ100.00 หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติถูกต้องทุกครั้ง 25 คน คิดเป็นร้อยละ100.00 และการจัดการเมื่อมีน้ำลายในช่องปากให้บ้วนออกหรือกลืนลงลำคอ ไม่ควรอมให้ค้างในปากนาน ก่อนใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยปฏิบัติ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.00 ปฏิบัติถูกต้องเป็นบางครั้ง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.00 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองหลังได้รับโปรแกรมการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสามารถในการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองจำนวน ร้อยละ

ความสามารถในการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง	กลุ่มตัวอย่าง N =25	ความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเอง	
		ความสามารถน้อย	ความสามารถสูง
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	25(50%)	0(0%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	0(0%)	25(50%)

4.การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดี (ร้อยละ 60) และดีมาก (ร้อยละ 40) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถโผล่ชีวิตค้นไวดูทวนซ้ำได้ จึงใช้การศึกษาจากแผ่นพับแทน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง n (%)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ดี	15 (60%)	3.70	0.66
ดีมาก	10 (40%)	3.90	0.70

5.การติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก พบมีผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมไม่มีการติดเชื้อแผลผ่าตัด 24 ราย (ร้อยละ 96) และมีการติดเชื้อแผลผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ4) มีการอักเสบบริเวณแผลผ่าตัด มีไข้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดเนื่องจากอายุมาก 70 ปี มีโรคเบาหวาน ตาราง ความสามารถในการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Fisher's Exact test

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง n (%)	P-value
ไม่ติดเชื้อ	24 (96.0)	0.049*
ติดเชื้อ	1 (4.0)	
รวม	25 (100.0)	

สรุปและอภิปรายผล

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกัน และช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปาก เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด จึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด สรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1.การพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในแต่ละระยะของการผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัดเน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะตลอดจนสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ระยะหลังผ่าตัด24 ชั่วโมงแรก นำระบบการพยาบาลทดแทนและระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลัง นำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน เพื่อให้การดูแลช่องปากที่เหมาะสมตั้งแต่มองผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดและเตรียมพร้อมจำหน่าย

2.มีความเป็นไปได้ของโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปาก พบว่ามีสุขภาพช่องปากดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพช่องปากในระดับน้อยลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในระยะก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพช่องปากผิดปกติมาก เมื่อได้รับการให้ความรู้ ข้อมูล โดยใช้ชีวิตที่ศรัทธาและแผนพับคำแนะนำการดูแลช่องปาก ร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติใช้อุปกรณ์ในการดูแลช่องปาก ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่องปากอย่างถูกต้องต่อเนื่อง เกิดความมั่นใจในการดูแลช่องปาก จากการให้ความรู้ด้วยสื่อที่สามารถเห็นภาพการจำลองสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ การฝึกทักษะปฏิบัติด้วยอุปกรณ์จริง และมีระบบการพยาบาลแบบทดแทน ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง และเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จะเป็นระบบพยาบาลแบบสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาของนงนภัส เต็กหลี่⁽¹⁹⁾ เมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลจะให้การเสริมแรง สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยลดลงและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีภายหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา สาใจ⁽¹⁶⁾ ภาวะสุขภาพอนามัยช่องปากมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการอักเสบของแผลภายในช่องปาก ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกทักษะ การดูแลช่องปาก การเลือกอุปกรณ์ การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และจากการศึกษาของ Sannikorn⁽²⁰⁾ จากการติดตามรอยโรคของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก พบว่าการมีสุขภาพอนามัยช่องปากไม่ดี เนื่องมาจากไม่สามารถดูแลความสะอาดช่องปากได้ดีพอ ดังนั้นการดูแลช่องปากที่ถูกต้องสม่ำเสมอในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดจะช่วยลดปัญหาสุขภาพช่องปากและช่วยให้สุขภาพอนามัยช่องปากดี สอดคล้องกับ Mohamed Rahill⁽²¹⁾ ที่ศึกษาแนวทางการดูแลสุขวิทยาในช่องปากเพื่อให้เกิดสุขอนามัยช่องปากโดยเน้นความสำคัญของการดูแลช่องปากและฟันด้วยการให้ความรู้หรือสุศึกษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ดังนั้นผู้ป่วยที่รับโปรแกรมมีสุขภาพช่องปากลดลงแสดงถึงภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองดีขึ้น เนื่องจากการได้รับการให้ความรู้ ฝึกทักษะปฏิบัติในการดูแลช่องปากตลอดการรักษา และในช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่องปากได้ด้วยตนเอง มีระบบการพยาบาลทดแทนจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎี

การดูแลตนเองของโอเริ่มตามโปรแกรมดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งการรักษาสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้นภายหลังผ่าตัด

ในด้านความสามารถในการดูแลช่องปากที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลช่องปากที่เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะและการติดตามภายหลังผ่าตัด สอดคล้องกับความต้องการในการดูแลในระยะหลังผ่าตัด ต้องใช้ระบบการพยาบาลทดแทน เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น จะใช้ระบบให้การสนับสนุนซึ่งในโปรแกรมจะเป็นระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลังพยาบาลจะให้การสนับสนุน กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลช่องปากด้วยตนเองโดยในผู้ป่วยที่มีฟันต้องเริ่มแปรงฟัน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีฟันใช้ไม้ฟันสาลีหรือผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาด จากการศึกษาของ อัมไพวรรณ พวงกำหยาด⁽²²⁾ เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้กระตุ้นในการทำทำความสะอาดช่องปาก ด้วยการเลือกแปรงที่อ่อนนุ่ม แปรงฟันวันละ 2 ครั้งร่วมกับการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ทุก 2-4 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สาใจ⁽¹⁶⁾ ผู้ที่ไม่มีฟันใช้สาลีหรือผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาด การตรวจช่องปากอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง กนกพรรณ งามมุข⁽¹³⁾ ซึ่งในการดูแลช่องปากควรเริ่มโดยเร็วตามสภาพช่องปาก และประเมินช่องปากทุกวันด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปากของตนเองในแต่ละวัน ผลการศึกษาพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มที่เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติการดูแลช่องปากด้วยตนเอง เนื่องจากโปรแกรมการดูแลช่องปาก ประกอบด้วย วิถีทัศน์ 3 ตอน 1) ความรู้และการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 2) การดูแลช่องปากและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 3) การตรวจช่องปาก ผ่านพบการดูแลความสะอาดช่องปาก การสาธิตใช้อุปกรณ์จริงที่จำเป็นสำหรับการดูแลช่องปาก ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ สายยางดูดน้ำลาย ไชริงค์ขนาด 10 มิลลิเมตร น้ำเกลือ กระจก ไฟฉาย เป็นต้น จากการศึกษาของสุภาพร พลายนบุญ⁽¹⁸⁾ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และอ้าปากได้น้อย ต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลในการดูแลช่องปาก เพื่อขจัดคราบสะสมในช่องปากและยับยั้งการเติบโตของจุลินทรีย์ในช่องปาก⁽²³⁾ ด้วยการใช้ไชริงค์คอยๆฉีดน้ำล้างและใช้สายยางดูดน้ำลายออกตลอดเวลา^(18, 24) ผู้ป่วยจะได้รับระบบพยาบาลแบบทดแทนในช่วงวันที่ 1, วันที่ 3 และเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลช่องปากด้วยตนเอง ทำให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองร่วมกับการเสริมแรงบวกจากพยาบาล ทำให้มีประสิทธิภาพในการดูแลช่องปากด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของทรรศนีย์ นครชัย⁽²⁵⁾ และด้านความพึงพอใจในโปรแกรมของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดี (ร้อยละ 60) และดีมาก (ร้อยละ 40) เนื่องจากผู้ป่วยสามารถโหลดวิถีทัศน์ไว้ดูทวนซ้ำได้ หรือใช้แผ่นพับไว้ทบทวนความรู้ในการดูแลช่องปาก เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการดูแลช่องปากด้วยตนเองดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมไปใช้ในการเตรียมช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพช่องปากมาก่อนการผ่าตัด นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการผ่าตัดช่องปาก อาจเกิดความพร่องในการดูแลช่องปากภายหลังผ่าตัด ทำให้ปัญหาสุขภาพช่องปากมีมากขึ้น ส่งผลต่อแผลผ่าตัดในช่องปากติดเชื้อ แผลแยก ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน อาจรุนแรงจนเกิดการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดได้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ผู้ป่วยควรได้รับเตรียมพร้อมในการดูแลช่องปากและสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ นอกจากนี้สามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีแผลในช่องปากหรือมีปัญหาสุขภาพช่องปากเช่นกัน

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเป็น 2 กลุ่มระหว่างการพยาบาลตามมาตรฐานและการใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The Global Cancer 2020. [Internet]. [สืบค้นวันที่ 2021 March]. เข้าถึงได้จาก: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
2. Thailand-Global Cancer Observatory. The Global Cancer 2020. [Internet]. [สืบค้นวันที่ 2021 March]. เข้าถึงได้จาก: <http://gco.iarc.fr/764-thailand-fact-sheets>
3. Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. Surg Oncol Clin N Am. 2015;24:491-508.

4. Rashid A, Warnakulasuriya S. The use of light-based (optical) detection systems as adjuncts in the detection of oral cancer and oral potentially malignant disorders: a systematic review. *J Oral Pathol Med*. 2015;44:307-28.
5. สุทธิณี สุดใจ. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
6. Coyle MJ, Main B, Hughes C, Craven R, Alexander R, Porter G, Thomas S. Enhanced recovery after surgery (ERAS) for head and neck oncology patients. *Clin Otolaryngol* 2016;41:118-26.
7. Ellis MA, Graboyes EM, Wahlquist AE, Neskey DM, Kaczmar JM, Schopper HK, Sharma AK, Morgan PF, Nguyen SA, Day TA. Primary Surgery vs Radiotherapy for Early Stage Oral Cavity Cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2018;158:649-65.
8. ภัทธฤณี วัฒนศัพท์. มะเร็งช่องปาก. ขอนแก่น: ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
9. Nair D, Singhvi H, Mair M, Qayyumi B, Deshmukh A, Pantvaidya G, Nair S, Chaturvedi P, Laskar SG, Prabhash K, DCruz A. Outcomes of surgically treated oral cancer patients at a tertiary cancer center in India. *Indian J Cancer* 2017;54:616-20.
10. ชัชสุตา ธนอมรพงศ์, สุวิมล กิมปี, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, เกศศิริ วงษ์คงคำ, ภาวิน เกษกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วม กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด. ว. สภาการพยาบาล 2557;29: 67–81.
11. วันทกานต์ ราชวงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
12. Huang BS, Wu SC, Lin CY, Fan KH, Chang JT, Chen SC. The effectiveness of a saline mouth rinse regimen and education programme on radiation-induced oral mucositis and quality of life in oral cavity cancer patients: A randomised controlled trial. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;27:e12819.
13. กนกพรรณ งามมุข, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การดูแลความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารการพยาบาล 2559;12: 1–11.
14. งานเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี . สถิติรายงานประจำปี 2561-2562 [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: งานเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.udch.go.th/thai>
15. Orem, DE, Taylor, SG, Renpenning, KM. *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001
16. กาญจนา สาใจ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, เบญญพร บรรณสาร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ว.โรงพยาบาลสกลนคร 2561;21:42-56.
17. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนะนำการแปรงฟันแบบ 2-2-2 ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/funyoungdee-brushing-2-2-2/>

18. สุภาพร พลายบุญ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, จินตนา คำเกลี้ยง. การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกพา. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ 2560;40: 37–47.
19. นงนภัส เด็กหลี่, ชนกวร จิตปัญญา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการอมกลั้วปากด้วยน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือร่วมกับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก. ว. มฉก.วิชาการ 2559;20: 81–95.
20. Sannilom, P. Management of oral cavity cancer [Document]. Bangkok: Rajavithi Hospital, Rangsit University; 2019.
21. Mohamed R. Evidence-based practice in nursing & Health care: Guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams; 2016.
22. อัมไพวรรณ พวงคำหยาด, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น. ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อความสามารถในการดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด. ว. พยาบาลสภากาชาดไทย 2560;10: 57–73.
23. Winn DM, Lee YC, Hashibe M, Boffetta P; INHANCE consortium. The INHANCE consortium: toward a better understanding of the causes and mechanisms of head and neck cancer. Oral Dis. 2015;21:685-93
24. Shi M, Han Z, Qin L, Su M, Liu Y, Li M, Cheng L, Huang X, Sun Z. Risk factors for surgical site infection after major oral oncological surgery: the experience of a tertiary referral hospital in China. J Int Med Res. 2020;48:300060520944072. doi: 10.1177/0300060520944072.
25. ทรรศนีย์ นครชัย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.