

ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

สุทธิณี สุดใจ¹ พย.ม.

มุกดา เดชประพนธ์² ประ.ด., อพ.ย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

ธงชัย พงศ์มพัฒน์³ ว.ว. (โสต ศอ นาสิกวิทยา)

บทคัดย่อ: ผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากที่ต้องทำผ่าตัด ต้องได้รับการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 12 ราย จากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่คลินิกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง โปรแกรมมี 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด 3) ระยะก่อนจำหน่าย และ 4) ระยะหลังจำหน่าย เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการปฏิบัติตนและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือและความคิดเห็นของพยาบาลประจำการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง 2 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 91.67) สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้ในทุกกิจกรรม (ร้อยละ 16.66 ถึงร้อยละ 100) และพยาบาลประจำการ 34 คน พบว่าส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้ (ร้อยละ 88.23) โปรแกรมนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ควรศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกต่อไป

คำสำคัญ: การศึกษาความเป็นไปได้ โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

¹ ผู้เข้าฝึกอบรบหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตรี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; ผู้รับผิดชอบบทความ, Email: mukda.det@mahidol.edu

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Feasibility of Post-operative Recovery Program in Patients with Mouth and Oral Cavity Cancer

Sutthinee Sudchai¹ M.N.S.

Mukda Detprapon² Ph.D. (Nursing Science), Dip.APMSN

Thongchai Bhongmakapat³ Dip. (Otolaryngology)

Abstract: Patients with mouth and oral cavity cancer receiving surgery need both physical and psychological preparation from pre-operative to post-operative phases in order to get effective recovery. This quasi experiment research with one group, pre-test and post-test design aimed to study the feasibility of post-operative recovery program in patients with mouth and oral cavity cancer. A sample of 12 patients with mouth and oral cavity cancer who had operation appointment was purposively recruited from otolaryngology clinic at a super tertiary hospital. The program consisted of 4 phases: 1) pre-operative 2) post-operative 3) pre-discharge and 4) post discharge. Research instruments were: the Post-operative Recovery Program for patients with mouth and oral cavity cancer, patient personal data record forms, program checklist and patient satisfaction questionnaires, and nurses' compliance and satisfaction. Data were analyzed by descriptive statistics. Results revealed that the sample had the reduction of average length of hospital stay for 2 days, and 91.67% of the patients had no post-operative complications. Most of them can follow the program's activities (ranged from 16.66% to 100%). Most of all 34 registered nurses could follow the intervention program (88.23%). The program had feasibility to be used in promoting post-operative recovery in patients with mouth and oral cavity cancer. Research should be done to further study clinical outcomes of the program.

Keyword: feasibility study, post-operative recovery program, patient with mouth and oral cavity cancer

¹ *Diplomate Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Adult and Gerontological Nursing Program, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

² *Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Corresponding author, E-mail: mukda.det@mahidol.edu*

³ *Assistant Professor, Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดมะเร็งที่ปากและในช่องปาก พบมากเป็นอันดับต้น ๆ ของโลกและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก ภายหลังการรักษาสามารถกลับเป็นซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 20^{1, 2} ในประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากรายใหม่ร้อยละ 4.82³ มะเร็งส่วนใหญ่เป็นชนิด squamous cell carcinoma มีสาเหตุหลักมาจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา วิธีการรักษาหลักคือ การผ่าตัด ในระยะลุกลามจะต้องผ่าตัดก่อนมะเร็งออกให้หมด¹ รวมถึงเนื้อเยื่อรอบก้อนมะเร็งประมาณ 2 เซนติเมตร อาจผ่าตัดตกแต่งเนื้อเยื่อหรือต่อมน้ำเหลืองที่ล่าคร่วมด้วย² หลังผ่าตัดอาจทำให้โครงหน้าผิดรูป สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะ มีการบวมของเนื้อเยื่อ อ้าปากได้น้อย ทำให้ทำความสะอาดในช่องปากได้ยากและมีการสะสมของแบคทีเรียในน้ำลายทำให้ติดเชื้อได้ง่าย² โดยเซลล์มะเร็งชนิด squamous cell carcinoma จะแบ่งตัวเพิ่มเป็นสองเท่าภายในระยะเวลา 90 วัน หลังผ่าตัดผู้ป่วยจึงควรมีแผลหายดีและร่างกายแข็งแรงเพียงพอเพื่อให้ได้รับการฉายรังสีภายในระยะเวลา 30-45 วัน เพื่อช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ให้สูงกว่าร้อยละ 50 ถ้าแผลหายช้าจะทำให้ผลการรักษาไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่สามารถรับรังสีรักษาได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้⁴

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สถิติผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ได้รับการทำ flap, graft, reconstruction หรือตัดต่อมน้ำเหลืองที่ล่าคอตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 42 ราย มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.79 วัน นอนโรงพยาบาลนานกว่า 30 วัน

4 ราย (ร้อยละ 9.52) มีแผลทะลุ 2 ราย (ร้อยละ 4.76) และมีแผลแยก 1 ราย (ร้อยละ 2.38)⁶ ทำให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องล่าช้าหรือไม่สามารถรับการรักษาต่อเนื่องได้ ในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse, APN) ที่มีบทบาทในการให้การพยาบาล ให้คำแนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากทั้งระยะก่อนและหลังทำผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องภาวะทุพโภชนาการและการสะสมของแบคทีเรียในช่องปาก ทำให้เกิดการติดเชื้อภายหลังการทำผ่าตัด ดังนั้นเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ⁵ ซึ่งมุ่งเน้นในเรื่องการเตรียมความพร้อมของร่างกายตั้งแต่มองการผ่าตัด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ มีการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพและมีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำผ่าตัด ช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมจึงได้พัฒนาและนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากมาปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลและช่วยส่งเสริมให้แผลหายตามแผนการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและให้สามารถได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาและสามารถนำมาปรับใช้ในบริบทของหน่วยงานได้

โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary care) รับตรวจผู้ป่วยโรคโสต ศอ นาสิกวิทยา และรับส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการ

การรักษาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่มีความซับซ้อน เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ปากและในช่องปาก และแพทย์ด้านโสต ศอ นาสิก วางแผนรับเข้าผ่าตัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสมบูรณ์ของร่างกายและความพร้อมก่อนผ่าตัด มีการส่งปรึกษา ติดตามผลการรักษาและเตรียมความพร้อมในการทำผ่าตัด กรณีมีความเสี่ยงในการทำผ่าตัด จะมีการส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพก่อนผ่าตัด ดังนี้ กรณีมีปัญหาทางด้านอายุรกรรมจะส่งปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดหรือแพทย์เฉพาะสาขา กรณีมีปัญหาด้านจิตใจหรือติดสิ่งเสพติด จะส่งปรึกษาจิตแพทย์ กรณีทำศัลยกรรมตกแต่งจะส่งปรึกษาศัลยแพทย์ตกแต่งและแมกซิโลเฟเชียลเพื่อนัดวันทำผ่าตัดและติดตามการรักษาร่วมกัน กรณีต้องทำเพดานเทียมจะส่งปรึกษาทันตแพทย์ กรณีมีน้ำหนักลดลงมากจะส่งปรึกษาอายุรแพทย์ทางโภชนาการ หากนัดตรวจได้ช้ากว่าวันผ่าตัด แพทย์ด้านโสต ศอ นาสิกจะดูแลให้อาหารทางการแพทย์โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง เป็นผู้ประเมินและติดตามจนถึงวันทำผ่าตัด พยาบาลประจำการจะเป็นผู้ให้คำแนะนำขั้นตอนการมารับการรักษา สิทธิการรักษาพยาบาล การดูแลตนเองก่อนและหลังทำผ่าตัด กรณีที่ทำผ่าตัดหลายชั่วโมงและมีปัญหาซับซ้อนในการดูแลหลังผ่าตัด พยาบาลประจำการจะส่งปรึกษา APN เป็นผู้ให้คำแนะนำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และติดตามจนผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดในโรงพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์โสต ศอ นาสิก แพทย์ศัลยศาสตร์ตกแต่งและแมกซิโลเฟเชียล

พยาบาลประจำการ APN แพทย์แผนกอื่นที่ส่งปรึกษา และร่วมดูแลตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ดูแลเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด พยาบาลประจำการให้คำแนะนำในปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การงดอาหารทางปากอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด บริหารยาและสารน้ำก่อนผ่าตัด แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดแพทย์ให้ยา สารน้ำและอาหาร พยาบาลประจำการดูแลและบริหารยาปฏิชีวนะ ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้ปวด น้ำ และอาหาร ประเมินแผล ท่อและสายระบายต่าง ๆ จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยเรื่องการหายใจ วางแผนจำหน่ายตามแผนการรักษาให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนเวลานัด พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง มีบทบาทในการประเมิน ให้คำแนะนำและติดตามในรายที่มีความซับซ้อนและได้รับการประเมินว่ายังมีปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่องที่บ้าน การปฏิบัติดังได้กล่าวมาข้างต้นเมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วพบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การมีกระบวนการทำงานหลายขั้นตอน มีผู้ปฏิบัติงานร่วมกันหลากหลายสาขาวิชาชีพ และบุคลากรมีการหมุนเวียนปฏิบัติงานทำให้ขาดความต่อเนื่อง การนัดตรวจที่แผนกที่มีการส่งปรึกษามีความล่าช้า ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการประเมินที่ไม่ครบถ้วน เกิดความไม่พร้อมในการทำผ่าตัดตามแผนการรักษา หรือมีแผลหายช้า ทำให้การรักษาต่อเนื่องต้องหยุดชะงักหรือล่าช้าออกไปด้วย

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงและเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกผู้ป่วยมะเร็งโสต ศอ นาสิก จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก โดยการดัดแปลงโปรแกรมการฟื้นฟู

หายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ⁵ ร่วมกับแนวปฏิบัติจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของโปรแกรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด^{2, 7-11} โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากมีการหายของแผลตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และสามารถได้รับการรักษาต่อเนื่องหลังผ่าตัดได้ และเพื่อให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน จึงทำการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมมาใช้ซึ่งการศึกษาความเป็นไปได้นี้เป็นการศึกษาแนวปฏิบัติใหม่ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่หลากหลาย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก สามารถนำข้อมูล ผลลัพธ์ทั้งด้านการนำโปรแกรมมาใช้และผลจากการปฏิบัติตามโปรแกรม มาตอบข้อสงสัย ข้อขัดแย้ง นำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สมบูรณ์และระหว่างการศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของหน่วยงาน การประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม ได้แก่ การยอมรับในโปรแกรม (acceptability) การเข้าร่วมโปรแกรม (recruitment) การปฏิบัติตามโปรแกรม (compliance) และการคงอยู่ของโปรแกรม (retention)¹² ซึ่งเป็นการพัฒนางานวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สามารถนำผลการศึกษามาใช้ในหน่วยงานโดยตรง โดยเป็นการลดขั้นตอนการทำงานวิจัยหรือการพัฒนาโปรแกรมที่ไม่จำเป็นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากที่เข้ารับการผ่าตัดที่ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา โรงพยาบาลรามารัตน

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากที่เข้ารับการผ่าตัดที่ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา โรงพยาบาลรามารัตน

วิธีการดำเนินโครงการ

การศึกษานี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม (one group quasi-experimental research) วัดก่อนและหลังการวิจัย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ที่เข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลรามารัตน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) แพทย์เจ้าของไข้ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กรณีมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใช้แบบคัดกรองความจำและการรู้คิด (The Set test) ของไอแซกและอัครา¹³ ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และมีโทรศัพท์เพื่อใช้ติดต่อให้ข้อมูลได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาของโครงการและลงนามโดยความสมัครใจในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก 3 ท่าน และหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโสต ศอ นาสิก 1 ท่าน นำมาหาค่าความตรงด้านเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง
ประกอบด้วย

1.1 แบบคัดกรองความจำและการรู้คิด (The Set Test) ของไอแซคและอักคาร์¹³ สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป แบบประเมินประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ ชื่อสัตว์ ชื่อผลไม้ และชื่อจังหวัด หมวดละ 10 ข้อ ถ้าสามารถเขียนหรือบอกได้ให้ข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมด 40 คะแนน เมื่อมีคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่าสมรรถภาพทางสมองดี

1.2 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form (NAF) พัฒนาโดยโคมินทร์และคณะ¹⁴ เพื่อคัดกรองภาวะทุพโภชนาการแบบง่าย มีข้อคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รูปร่าง น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงใน 4 สัปดาห์ อาหารที่รับประทานในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปัญหาเรื่องการเคี้ยว การกลืนอาหาร ปัญหาระบบทางเดินอาหารและปัญหาระหว่างการรับประทานอาหาร โดยมีอาการต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และความสามารถในการเข้าถึงอาหาร มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-29 คะแนน คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (normal-mild malnutrition) คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (moderate malnutrition) และ คะแนน > 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะทุพโภชนาการ (severe malnutrition)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ผู้วิจัยดัดแปลงจาก Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program⁵ เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายและให้ได้รับพลังงานให้เพียงพอก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดและการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อลดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื้อหา ประกอบด้วย การประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการ การทำความสะอาดในช่องปาก การบริหารและการออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่² การส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง¹⁵ การฝึกทักษะการหายใจและการหายใจด้วยเครื่อง incentive spirometer^{8,9} การฝึกไอ¹⁰ การบริหารขาและเท้า ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดเป็นเวลา 30 วัน

2.2 คู่มือการให้คำแนะนำหลังผ่าตัดสำหรับพยาบาลประจำการ เรื่อง “การส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากและการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ” จัดทำโดยผู้วิจัย พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย การจัดทำนอนศีรษะสูง การจัดทำนั่งศีรษะสูง การเคลื่อนไหวร่างกาย การส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง การทำความสะอาดในช่องปาก การกระตุ้นการหายใจ การไอ การบริหารขาและเท้า ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .80

2.3 คู่มือสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เรื่อง “การส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก” จัดทำโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย กิจกรรม การงดสูบบุหรี่ การส่งเสริมภาวะโภชนาการและการชั่งน้ำหนัก

การบริหารและการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว ร่างกายหลังผ่าตัด การส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง การทำความสะอาดในช่องปาก การฝึกหายใจ การไอ การบริหารขาและเท้า ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การวินิจฉัยโรค การทำผ่าตัด ค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง body mass index (BMI) ระดับภาวะโภชนาการ (NAF) ประวัติการสูบบุหรี่และสิ่งเสพติด การส่งปรึกษาแพทย์หน่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80

3.2 แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 9 หมวด ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ การฝึกหายใจด้วย incentive spirometer การฝึกไอ การบริหารและการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดในช่องปาก แนะนำการส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองหลังผ่าตัด การฝึกบริหารขาและเท้า ถ้าสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ให้ข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนรวม 9 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่าสามารถปฏิบัติได้ดี ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80

3.3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ระยะเวลาในการทำผ่าตัด ปริมาณการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดและประวัติการได้รับส่วนประกอบของเลือดระหว่างทำผ่าตัด การได้รับยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัด อาการและการได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียนและยาแก้ปวดหลังผ่าตัด วันที่ถอดท่อและ

สายระบาย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90

3.4 แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 10 หมวด ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ การหายใจด้วย incentive spirometer การไอ การบริหารและการออกกำลังกาย การได้รับอาหารหรือสารน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การได้รับอาหารลงสู่กระเพาะอาหารภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การทำความสะอาดในช่องปาก การจัดทำเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง การฝึกบริหารขาและเท้า ถ้าสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ให้ข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนรวม 10 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่าสามารถปฏิบัติได้ดี ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87

3.5 แบบบันทึกข้อมูลหลังจำหน่าย ประกอบด้วย ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ได้ การให้คำแนะนำและแนวทางแก้ไข ได้แก่ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ น้ำหนักลด การทำความสะอาดในช่องปาก การบริหารและการออกกำลังกาย และปัญหาอื่น ๆ ความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

3.6 แบบบันทึกผลลัพธ์ของโปรแกรม ประกอบด้วย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล แผลติดเชื้อ มีรูทะลุที่แผลผ่าตัด แผลแยก ภาวะปอดอักเสบ ภาวะปอดแฟบ ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันที่ขา การงดสูบบุหรี่ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81

3.7 แบบบันทึกความร่วมมือและความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อโปรแกรมฯ จัดทำโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 4 หมวด ประกอบด้วย การช่วยเหลือหรือส่งเสริมความสะดวกในช่องปากช่วงเวลาเย็น การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การช่วยจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา การจัดท่านั่งศีรษะสูงกว่า 45 องศา อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การนั่งห้อยขาข้างเดียว และการเดินไปห้องน้ำ การกระตุ้นให้ฝึกหายใจ และการไอ การบริหารขาและข้อเท้า วันละ 2 ครั้ง ถ้าสามารถปฏิบัติได้ให้ข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนรวม 4 คะแนน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89

3.8 แบบบันทึกความเป็นไปได้ของโปรแกรม จัดทำโดยผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมฯ ที่ศึกษา ได้แก่ 1) การยอมรับในโปรแกรม (acceptability) ประเมินจากความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้แบบบันทึกความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมฯ มีคะแนน 0 ถึง 10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ มากที่สุด คะแนน 10 หมายถึง พึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ มากที่สุด คะแนนยิ่งสูงหมายถึงมีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ มาก คะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ มากที่สุด 2) การเข้าร่วมโปรแกรม (recruitment) ประเมินจากอัตราส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยต่อจำนวนผู้ที่เข้าเกณฑ์การร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด 3) การปฏิบัติตามโปรแกรม (compliance) ประเมินจากการปฏิบัติตามของกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ของพยาบาล

ประจำการตามแบบบันทึกความร่วมมือและความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อโปรแกรมฯ คิดเป็นร้อยละของการปฏิบัติในแต่ละหมวด และ 4) การคงอยู่ของโปรแกรม (retention) ประเมินจากอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และคงอยู่จนสิ้นสุดโปรแกรมฯ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 รายแล้วหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .71

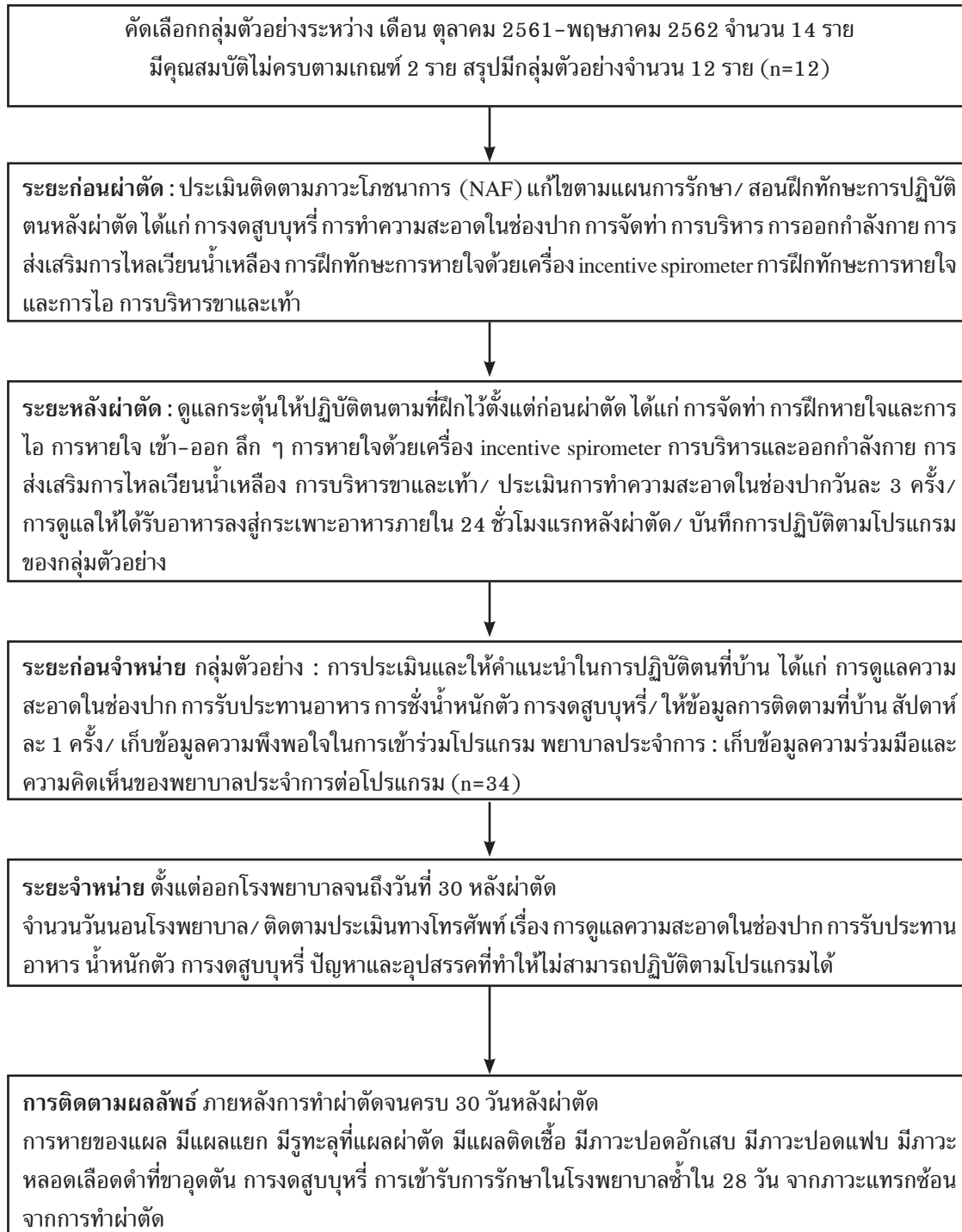
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการทำวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 09-61-15 ว ภายหลังได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจและการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการนำเสนอชื่อ หรือข้อมูลเป็นรายบุคคล

การดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูของแผลผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก มีการประเมิน ให้คำแนะนำและการพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นผ่าตัด หลังผ่าตัด และติดตามหลังผ่าตัดเป็นเวลา 30 วัน รวมทั้งประเมินความคิดเห็นและความช่วยเหลือของพยาบาลประจำการต่อโปรแกรม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1

ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 66.6 และ ร้อยละ 33.34 ตามลำดับ) มีอายุ 29-84 ปี เฉลี่ย 58.92 ปี (SD = 15.67) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 ชนิด (ร้อยละ 16.66) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง 4 ราย (ร้อยละ 33.33) มีจำนวน 4 ราย ที่เป็นโรคมะเร็งที่ผิวหนัง (ร้อยละ 33.33) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ 6 ราย (ร้อยละ 50) เลิกมานานกว่า 1 ปี 4 ราย (ร้อยละ 33.33) เลิกมา 2 เดือน 1 ราย (ร้อยละ 8.33) และยังไม่เลิก 1 ราย (ร้อยละ 8.33) เคี้ยวหมาก 3 ราย (ร้อยละ 25) และเสพยาสูบ 1 ราย (ร้อยละ 8.33) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 รายที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ลิ้น (ร้อยละ 58.33) กลุ่มตัวอย่าง 12 ราย ได้รับการผ่าตัด ดังนี้ wide excision, excision right tongue, excision left tongue, mandibulectomy, excision of bony palate, plastic repair of palate, anterolateral thigh flap, webster advancement flap reconstruction, radical forearm free flap, radical neck dissection, modified radical neck dissection, supraomohyoid

neck dissection and selective neck dissection มีระยะเวลาเฉลี่ยของการผ่าตัด 6.34 ชั่วโมง (SD=3.98) เสียเลือดระหว่างการทำผ่าตัดเฉลี่ย 448.33 มิลลิลิตร (range=50-1300 ml.) ระดับโภชนาการก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 83.2) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ 1 ราย (ร้อยละ 8.4) และ มีภาวะทุพโภชนาการ 1 ราย (ร้อยละ 8.4)

ข้อมูลหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย (ร้อยละ 83.33) ทำผ่าตัดก่อนมะเร็งออกทั้งหมดรวมกับการตกแต่งเนื้อเยื่อหรือการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่ลำคอ กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย (ร้อยละ 16.67) ทำผ่าตัดลิ้นออกครั้งลิ้น มีระยะเวลาการปฏิบัติตามโปรแกรมก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 10.75 วัน (SD=18.9, range=2-68) ได้รับการตรวจระดับอัลบูมินในเลือดครบทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 7 ราย (ร้อยละ 59.33) ก่อนผ่าตัดมีค่าอัลบูมินในเลือดเฉลี่ยก่อนผ่าตัด 36.78 g/L (SD=5.89) หลังผ่าตัดมีค่าอัลบูมินในเลือดเฉลี่ย 32.34 g/L (SD=3.95) หลังผ่าตัดมีภาวะโภชนาการปกติทั้งหมด (ร้อยละ 100)

ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 12 ราย แบ่งเป็นการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดจำนวน 9 หมวด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดจำนวน 10 หมวด รายละเอียดดังแสดง ใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การปฏิบัติตามโปรแกรมก่อนและหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (n=12)

ลำดับที่	รายการ	ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	การงดสูบบุหรี่ มีผู้งดสูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 2 ราย สามารถงดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดและภายใน 30 วันหลังผ่าตัด จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 100)	(2)	(100)	(2)	(100)
2	การฝึกหายใจด้วยเครื่อง incentive spirometer	2	16.66	0	0
3	การฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ	12	100	12	100
4	การฝึกไอ	12	100	10	83.33
5	การรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	12	100	12	100
6	การบริหารและการออกกำลังกาย	12	100	12	100
7	การทำความสะอาดในช่องปาก	12	100	12	100
8	การบริหารขาและเท้า	12	100	12	100
9	การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองหลังผ่าตัด	12	100	12	100
10	การได้รับอาหารลงสู่กระเพาะอาหารภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	-	-	10	83.33

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดได้รับคำแนะนำและสอนสาธิตในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดจากผู้วิจัยและสามารถปฏิบัติแสดงกลับได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100) การฝึกหายใจด้วยเครื่อง incentive spirometer ก่อนผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ 2 ราย ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง “มีก่อนอยู่ ทำยังงัยลมก็รั่วออกมาใช้ไม่ได้หรอก” “เจ็บปากมากแค่ขยับก็เจ็บแล้ว คงเป่าไม่ไหว” “ป้าเจ็บแผล ก่อนที่ปากก็ใหญ่ คาบที่เป่าไม่ไหวหรอก” ภายหลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สามารถปฏิบัติได้หลังผ่าตัดเนื่องจากมีแผลที่ปากและลิ้น แต่สามารถฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ ได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100) หลังผ่าตัดสามารถไอเอาเสมหะออกมาได้ 10 ราย (ร้อยละ 83.33) ในวันแรกหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มีเสมหะจึงสามารถฝึกไอได้ ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง “วันแรกเสลดเยอะ

เหนียวไปหมด เวลาไอก็เจ็บ ถ้าไอตามที่บอกมันก็ออกดี จะได้ไม่ต้องไอบ่อย ๆ” ในกลุ่มตัวอย่างที่ใส่ท่อหายใจจะมีปัญหาไอเอาเสมหะออกมาไม่ได้เมื่อกระตุ้นให้ไออย่างมีประสิทธิภาพ สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้ดีขึ้น และเมื่อนำท่อหายใจออกถ้าไม่มีเสมหะจะมีการไอลดลง “ไม่มีเสมหะแล้วไม่รู้จักไอเอาอะไรออกมา” หรือ “เจ็บมาก ไม่อยากไอ” “เวลาไอจะกระเทือนแผล พอไม่มีเสลดก็ไม่อยากไอแล้ว”

ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสามารถนอนศีรษะสูง 30 องศา ในวันแรกหลังผ่าตัด 10 ราย (ร้อยละ 83.33) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่ปฏิบัติได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด การนอนศีรษะสูง 45 องศา สามารถปฏิบัติได้ในวันแรกหลังผ่าตัด 8 ราย

(ร้อยละ 66.66) วันที่ 5 หลังผ่าตัด 2 ราย (ร้อยละ 16.66) วันที่ 7 หลังผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ 8.34) และ วันที่ 11 หลังผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ 8.34) กลุ่มตัวอย่างสามารถลุกจากเตียงและเดินได้เองในวันที่ 2, 3 และ 5 จำนวน 4, 1 และ 4 ราย (ร้อยละ 33.3, 8.33, 33.33 ตามลำดับ) ที่เหลือได้รับอนุญาตให้เดินได้ในวันที่ 10 และ 23 จำนวน 2 และ 1 ราย ตามลำดับ (ร้อยละ 16.66 และ 8.33) เรื่องการได้รับสารน้ำและอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน มีกลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานเพียงพอในวันที่ 1 หรือ 2 จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 75) ได้รับพลังงานเพียงพอเพิ่มขึ้นในวันที่ 3 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 8.33) และได้รับพลังครบถ้วนในวันที่ 4 ทั้งหมด (ร้อยละ 100) การบริหารยาและเท้าปฏิบัติได้ดีในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ในวันแรกสามารถปฏิบัติได้ 9 ราย (ร้อยละ 75) เมื่อลุกเดินเองได้จึงเลิกปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดได้รับยาปฏิชีวนะตามคำสั่งแพทย์หลังผ่าตัด และได้รับการบริหารยาจากพยาบาลประจำการครบถ้วน (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับคำสั่งแพทย์เรื่องยาแก้ปวดและยาแก้คลื่นไส้อาเจียน พยาบาลประจำการสามารถบริหารยาได้เมื่อมีอาการ มีผู้ป่วยได้ยาแก้ปวด 10 ราย (ร้อยละ 83.33) และได้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน 3 ราย (ร้อยละ 25)

การปฏิบัติตามโปรแกรมของพยาบาลประจำการ จากการสอบถามพยาบาลประจำการ 34 คน พยาบาลประจำการทั้งหมดมีการประเมินผู้ป่วยตามโปรแกรมฯ และให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเพิ่มเติมถ้าผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองไม่ได้ มีพยาบาลประจำการที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ครบทั้ง 4 หมวด 30 ราย (ร้อยละ 88.23) และ

ทั้งหมดสามารถช่วยเหลือให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ด้านการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายสามารถปฏิบัติได้ 32 ราย (ร้อยละ 94.11) มี 2 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากขึ้นปฏิบัติงานในช่วงที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว ในด้านการส่งเสริมความสะอาดในช่องปากช่วงเวลาเย็นสามารถปฏิบัติได้ 31 ราย (ร้อยละ 91.17) มี 3 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากไม่ได้ขึ้นเวรบ่าย ด้านการกระตุ้นการหายใจและการไอ สามารถปฏิบัติได้ 32 ราย (ร้อยละ 94.11) มี 2 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากปฏิบัติงานในเวรตึก ด้านการบริหารยาและเท้าสามารถปฏิบัติได้ 31 ราย (ร้อยละ 91.17) มี 1 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากปฏิบัติงานในเวรตึกอีก 2 ราย ประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีแล้ว

การติดตามที่บ้าน ในสัปดาห์ที่แรกหลังจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 75) สอบถามเรื่องการดูแลแผลและการให้อาหาร ในสัปดาห์ที่ 2 มีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 33.33) สอบถามเรื่องการขอเพิ่มปริมาณอาหารทางสายให้อาหารเนื่องจากรับประทานอาหารไม่อิ่ม และในสัปดาห์ที่ 3 พบว่ามีผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 25) ที่ถอดสายให้อาหารในสัปดาห์ที่ 3 แต่รับประทานอาหารทางปากได้น้อย มีน้ำหนักลด 1-2 กิโลกรัม จึงให้คำแนะนำในการกลืนและรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและมีน้ำหนักขึ้นมาในสัปดาห์ที่ 4

การประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ

การยอมรับในโปรแกรม (acceptability) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยประเมินคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมมากกว่า 8 คะแนน ทั้งหมด (ร้อยละ 100) แพทย์ให้ความร่วมมือในการส่งตรวจค่าอัลบูมินในเลือดก่อนและหลังผ่าตัด การทำความสะอาดในช่องปากและการทำแผล

การเข้าร่วมโปรแกรม (recruitment) มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดบริเวณปากและในช่องปากที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดจำนวน 12 ราย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (ร้อยละ 100)

การปฏิบัติตามโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมก่อนและหลังผ่าตัดตามหมวดต่าง ๆ มากกว่า 7 หมวด ถือว่าปฏิบัติตามโปรแกรมได้ก่อนและหลังผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100) หลังผ่าตัดมีผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 16.66) ไม่สามารถรับประทานอาหารลงสู่กระเพาะอาหารได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเนื่องจากให้นอนหลับต่อเนื่องเพื่อลดการเคลื่อนไหวของแผลและอีก 2 ราย (ร้อยละ 16.66) ที่ไม่มีเสมหะจึงไม่ได้ฝึกไอ

การคงอยู่ของโปรแกรม (retention) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดคงอยู่ในโปรแกรมจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 100

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.31 วัน (SD=6.58) ทั้งหมดมีการหายของแผลภายใน 30 วัน เกือบทั้งหมด 11 ราย ใน 12 ราย ไม่มี褥疮 ไม่มีภาวะปอดอักเสบ ไม่มีภาวะปอดแฟบ ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดมีภาวะโภชนาการปกติ 10 ราย หลังผ่าตัด มีภาวะโภชนาการปกติ 12 ราย ไม่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาอุดตัน ไม่มีการกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ช่องปากสะอาดดีสามารถงดสูบบุหรี่ได้ทั้งหมดไม่มีการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 30 วัน หลังผ่าตัด มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 8.33) มีแผลแยกในวันที่ 7 หลังผ่าตัด เนื่องจากเลือด

มาเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ หลังได้รับการซ่อมแซมแล้วไม่มีแผลแยกอีก

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีค่าอายุเฉลี่ย 59.92 ปี (ช่วงอายุ 29-84 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติในประเทศไทยที่พบมะเร็งที่ปากและในช่องปากในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและมีช่วงอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป³ พบในผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ในเพศชายจำนวน 6 ราย และในเพศหญิงที่เคี้ยวหมากจำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งที่ลิ้น มีการผ่าตัดใหญ่ ทำ flap, graft, reconstruction หรือผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจึงต้องมีการวางแผนการทำผ่าตัด การเตรียมพร้อมของร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด ลดภาวะทุพโภชนาการและติดตามประเมินเนื้อเยื่อที่ปลูกถ่ายเป็นระยะๆ เพื่อให้แผลหายและมีการทำงานของอวัยวะใกล้เคียงปกติ⁷

ส่วนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

เมื่อผู้วิจัยนำเสนอเรื่องการปฏิบัติตามโปรแกรมมาแล้วกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถเข้าใจและยอมรับในการปฏิบัติตามโปรแกรม (acceptability) เนื่องจากประเมินแล้วว่าเป็นโปรแกรมที่สามารถปฏิบัติได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเกิดผลดีต่อการทำผ่าตัด เมื่อปฏิบัติแล้วพบว่า มีความพึงพอใจมากกว่า 8 คะแนน ร้อยละ 100 ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าร่วมโปรแกรม (recruitment) และมีการคงอยู่ในโปรแกรม (retention) จนสิ้นสุดการวิจัย (ร้อยละ 100) เมื่อพิจารณาเป็นรายหมวดพบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมด (ร้อยละ 100) สามารถฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ รับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการ ของร่างกาย สามารถบริหารและออกกำลังกาย สามารถทำความสะอาดในช่องปากได้ทั้งก่อนและ หลังผ่าตัด รับทราบเรื่องการฝึกบริหารขาและเท้า การ ส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองและสามารถปฏิบัติตน ได้ภายหลังการทำผ่าตัด จึงมีความเป็นไปได้ในการนำ ข้อปฏิบัติรายหมวดข้างต้นมาใช้ให้คำแนะนำทั้งก่อน และหลังผ่าตัด โดยมีเรื่องการรับประทานอาหาร การ ทำความสะอาดในช่องปาก และการส่งเสริมการไหล เวียนน้ำเหลืองที่มี APN เป็นผู้ร่วมประเมิน ให้ คำแนะนำและติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ ผ่านมาที่พบว่าการเตรียมตัวและการปฏิบัติตนที่ เหมาะสมก่อนและหลังผ่าตัดช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการทำผ่าตัดได้² การส่งเสริมภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดน้อย ที่สุดคือ 2 วัน ต้องรับประเมินเพื่อให้ได้รับอาหาร เพียงพอทันที เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเสนอแนะ ว่า ผู้ป่วยควรได้รับอาหารเพียงพอก่อนผ่าตัด 3 วัน⁵⁻¹⁶ ในผู้ที่ได้รับอาหารเพียงพออย่างต่อเนื่องจะได้รับการ กระตุ้นให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมการ มีส่วนร่วมของญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 1 ราย มีภาวะทุพโภชนาการต้องใช้เวลาเตรียมตัวก่อนผ่าตัด นานถึง 68 วัน โดยมี APN ประเมินความสามารถใน การรับประทานอาหาร เมื่อสามารถรับประทานอาหาร ชนิดน้ำได้ จึงแจ้งแพทย์โสต ศอ นาสิก จัดหาอาหาร ทางการแพทย์ และประสานงานกับพยาบาลที่ดูแล เรื่องโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการปรับอาหาร มีการประสานงานกับอายุรแพทย์ทางโภชนาการใน การส่งต่อกรณีต้องการการปรึกษาเร่งด่วน จนมีแนว ปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการที่ ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เมื่อได้รับการรักษา

จนมีภาวะโภชนาการดีขึ้นจากระดับ C (มีภาวะทุพ โภชนาการ) เป็นระดับ B (มีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะทุพโภชนาการ) จึงได้รับอนุญาตให้ทำผ่าตัดแต่ ต้องอยู่ในการประเมินและติดตามของอายุรแพทย์ ทางโภชนาการอย่างต่อเนื่องจนมีภาวะโภชนาการ ปกติ มีการวัดระดับอัลบูมินในเลือดในกลุ่มตัวอย่าง บางรายก่อนผ่าตัดพบว่าระดับอัลบูมินในเลือดปกติ แต่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร และการดูดซึมอาหารจากการเป็นมะเร็ง¹⁷ ภายหลัง การผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า ค่าปกติทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด แต่การส่ง เสริมภาวะโภชนาการทั้งก่อนและหลังผ่าตัดตามโปร แกรมฯ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างไม่ เกิดการติดเชื้อซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่าการส่งเสริมด้านโภชนาการช่วยลดการติดเชื้อ หลังผ่าตัดและลดวันนอนโรงพยาบาลได้¹⁸ และควรมี การชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์เพื่อเพิ่มความตระหนักใน เรื่องการรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของ ร่างกาย

การปฏิบัติตนในหมวดการฝึกหายใจด้วย เครื่อง incentive spirometer เพื่อช่วยลดภาวะ แทรกซ้อนเรื่องระบบการหายใจหลังผ่าตัดอาจไม่ เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีก้อนที่ปากและในช่องปาก เพราะไม่สามารถอมปลายท่อหรือป้องกันลมรั่วทาง ปากได้ ส่วนการปฏิบัติตนในหมวดของการไอ กลุ่ม ตัวอย่างสามารถฝึกปฏิบัติได้ในการเตรียมตัวก่อน ผ่าตัด ภายหลังการทำผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 83.33 เนื่องจากในผู้ที่ไม่มีเสมหะแล้วไม่ต้องการไอ เนื่องจากจะกระทบกระเทือนที่แผลผ่าตัด ดังนั้นการ ไอจึงมีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังมีเสมหะหรือใส่ท่อ ทางเดินหายใจและมีเสมหะออกจำนวนมาก ในหมวด ของการงดสูบบุหรี่ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่งดสูบบุหรี่

ได้น้อยกว่า 1 ปี มีการให้คำแนะนำและติดตามผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดื่มน้ำได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จึงมีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมฯ โดยพิจารณาการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลในผู้ที่สูบบุหรี่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสูบบุหรี่ทำให้แผลหายช้าจึงควรงดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัด⁷

นอกจากนี้โปรแกรมฯ ยังมีส่วนช่วยให้พยาบาลประจำการมีแนวทางในการประเมินและให้การพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด จึงเป็นบทบาทและหน้าที่ของ APN ที่จะช่วยประเมินการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และให้การพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นกว่าการดูแลตามปกติและการติดตามทางโทรศัพท์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสสอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ได้ จะได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือได้ทันเวลาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมี APN เป็นผู้ติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ช่วยแก้ปัญหาเบื้องต้นได้ทันเวลา มีการประสานงานและส่งต่อให้แก่มิสมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้และไม่เกิดอาการผิดปกติที่สามารถป้องกันได้¹⁹ ในการบริหารจัดการยาแก้ปวดของพยาบาลประจำการได้ทันเวลาช่วยลดอาการปวดและมีส่วนช่วยในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการลดอาการปวดภายหลังการทำผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ดีและลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด²⁰ และการให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนช่วยลดความไม่สบาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสามารถช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ²¹ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ทำผ่าตัดในช่องปากที่มีข้อห้าม

ในการขยับปากและลิ้น การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนช่วยลดการขยับตัวของแผล ช่วยให้แผลไม่แยกหรือเกิดรูทะลุ ทำให้แผลหายได้ตามเวลาโดยสรุปแล้วโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาปฏิบัติได้ในหมวดของการฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ การรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การบริหารและออกกำลังกาย การทำความสะอาดในช่องปาก การฝึกบริหารขาและเท้า การส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง ส่วนหมวดของการฝึกหายใจด้วยเครื่อง incentive spirometer การไอ และการงดสูบบุหรี่ ควรพิจารณาให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ของพยาบาลประจำการสามารถปฏิบัติได้

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก พบว่าช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้โดยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง 2 วัน จาก 12.79 วัน เหลือ 10.31 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานเกิน 30 วัน มีผู้ป่วยมีแผลแยก 1 ราย หลังผ่าตัดซ่อมแซมแล้วไม่เกิดแผลแยกอีก ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด ไม่มีการเกิดรูทะลุที่แผลผ่าตัด ไม่มีภาวะปอดอักเสบ ไม่มีภาวะปอดแฟบ ไม่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาอุดตัน และไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 83.2 (มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 8.4 และ มีภาวะทุพโภชนาการ

ร้อยละ 8.4) หลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่าง 4 รายที่เป็นภูมิแพ้ทางผิวหนังที่มีความเสี่ยงแผลหายช้ายังมีแผลหายตามแผนการรักษา โดยสรุปแล้วการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เคยมีแผลแยก เกิดรูทะลุที่แผลผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีผู้กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การให้อาหารที่เพียงพอตามโปรแกรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้⁶

สรุปบทเรียนสู่การศึกษาวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้โปรแกรมในการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากมีวิธีปฏิบัติที่สามารถนำมาใช้ได้จริง และมีประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาเกิน 3 ชั่วโมง ควรแนะนำ การออกกำลังกาย วันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ฝึกหายใจให้มีประสิทธิภาพและดื่มน้ำ 2) ผู้ป่วยที่สามารถใช้เครื่อง incentive spirometer ได้ สามารถฝึกหายใจและวัดปริมาตรความจุปอดได้เป็นระยะๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการฝึกหายใจและการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรความจุปอด 3) ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อทางเดินหายใจหลังผ่าตัดควรฝึกการไอที่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัดจะช่วยให้การไอขับเสมหะออกมาได้ดีขึ้น 4) การให้คำแนะนำเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายและการส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องมีแบบแผนภายหลังการทำผ่าตัด ช่วยลดอาการ บวม แดง ของแผลหลังผ่าตัด สามารถขยับตัวและเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างรวดเร็ว ในกรณีถูก

จำกัดการเคลื่อนไหวตามแผนการรักษาสามารถฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนน้ำเหลืองให้ดีขึ้น การขยับมือและยกแขนสูงช่วยลดการบวมบริเวณมือและแขนได้ดีขึ้น 5) การประเมินภาวะโภชนาการและให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารช่วยให้ได้รับอาหารพลังงานและโปรตีนที่เหมาะสม โดยเฉพาะการชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ช่วยเพิ่มความตระหนักเรื่องโภชนาการ สามารถรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 6) การดูแลสุขภาพในช่องปากตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ช่วยทำความสะอาดในช่องปากหลังผ่าตัด เมื่อทำความสะอาดเองได้ให้จัดหาอุปกรณ์และวางอุปกรณ์ไว้ใกล้มือเพื่อให้ทำความสะอาดในช่องปากเอง ควรดูแลให้วันปากในเวลากลางวันเพื่อลดคราบสะสมในช่องปากและรักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก โดยเฉพาะผู้ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ 7) ผู้ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จำกัดกิจกรรมให้อยู่บนเตียงตลอด ควรกระตุ้นให้บริหารขาและเท้าเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด ลดอาการปวดเมื่อยและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันที่ขา 8) การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาช่วยให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีและปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ และการให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนเมื่อมีอาการช่วยลดการขับของปากและลำไส้ ป้องกันไม่ให้แผลแยก และ 9) การติดตามทางโทรศัพท์ช่วยให้สามารถรับทราบปัญหาและแก้ไขได้ทันที

การศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ แสดงถึงบทบาทของ APN ในการดูแลโดยตรง (direct care) และในการจัดการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม (care management) ที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ส่งปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ และติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการทำ

ผ่าตัดจนกระทั่งสามารถทำผ่าตัดได้ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนและหลังการทำผ่าตัด การติดตามหลังผ่าตัดและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนแต่ละราย การให้คำปรึกษา (consultation) สอน (education) ชี้แนะ (coaching) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empower) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนตามโปรแกรมและดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมการหายของแผลได้ มีการให้คำแนะนำการพยาบาลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เป็นที่ปรึกษาและนิเทศงานแก่พยาบาลประจำการและผู้ช่วยพยาบาลในรายที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น มีการประสานงาน (collaboration) กับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ โสต ศอ นาสิก ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ทางโภชนาการ ก่อนผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด พยาบาลประจำการและพยาบาลที่ดูแลเรื่องโภชนาการ เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน โดยมีการประเมินภาวะโภชนาการและแพทย์ส่งตรวจหาระดับอัลบูมินในเลือด ตั้งแต่วันที่กำหนดวันนัดผ่าตัด พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ต้องรับทำการรักษาเร่งด่วนเพื่อลดระยะเวลาการรอตรวจ การแก้ไขภาวะโภชนาการเบื้องต้นและการติดตามอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีแนวทางการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและการส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองภายหลังการทำผ่าตัด โดยผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเอง ญาติสามารถช่วยเหลือในการจัดทำและกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังการผ่าตัด และสามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ ดังนั้น APN จึงมีความสำคัญในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้และการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมและประเมินการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากที่มีจำนวนมากขึ้น โดยการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการพัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง และศึกษาติดตามผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตก่อนและหลังผ่าตัด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. 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(5):307-28.
2. Golusinski P, Pazdrowski J, Szewczyk M, Pienkowski P, Majchrzak E, Schneider A, et al. Multivariate analysis as an advantageous approach for prediction of the adverse outcome in head and neck microvascular reconstructive surgery. *Am J Otolaryngol* 2017;38(2):148-52.
3. Sangrajrang S, Lowhutanon P, Sangaryavanit A, Petryet V. *Hospital-Based Cancer Registry*. Bangkok: Pornsup Printing; 2018. (In Thai)
4. Polesel J, Furlan C, Birri S, Giacommarra V, Vaccher E, Grando G, et al. The impact of time to treatment initiation on survival from head and neck cancer in north-eastern Italy. *Oral Oncol* 2017;67:175-82.

5. Coyle MJ, Main B, Hughes C, Craven R, Alexander R, Porter G, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) for head and neck oncology patients. **Clin Otolaryngol** 2016;41(2):118–26.
6. Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Medical Record; 2561. (In Thai)
7. Divya GM, Zinia N, Balagopal PG, Bipin VT, Elizabeth IM, Nebu GA, et al. Risk Factors for Post-operative complications in primary oral cancer surgery—a prospective study. **Indian Journal of Surgical Oncology** 2018;9(1):28–34.
8. Opaspasu A, Trisarawat P, Kongamnoiysak U, Buranapuntalug S. The immediate effects of costal breathing exercise with sustained maximal inspiration technique and flow incentive spirometer on chest expansion in sedentary young adults. **Thammasat Medical Journal** 2016;16(2):220–9. (In Thai)
9. Tew GA, Ayyash R, Durrand J, Danjoux GR. Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. **Anaesthesia**. 2018;73(6):750–68.
10. Kertbunsri S, Verungkabut T, Therawit P, Kutanon T. Principle and practical points in respiratory care Bangkok: **Beyon Enterprice**; 2558. (In Thai)
11. Chuenjit K, Ua-kit N. The effect of leg exercise combined with eeflexology on femoral venous blood flow velocity in post abdominal surgery patients. **Kuakarun Journal of Nursing** 2017;24(1):163–77. (In Thai)
12. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. **BMJ (Clinical research ed)** 2008;337:a1655.
13. Isaacs B, Kennie AT. The Set Test as an aid to the detection of dementia in old people. **BritJPsychiat** 1973;123:467–70.
14. Komindrg S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. **Asia Pac J Clin Nutr** 2013;22(4):516–21.
15. Olszewski WL. **Physiological Principles of Physiotherapy**. In: Byung–Boong Lee, John Bergan, Stanley G. Rockson, editors. **Lymphedema**. NY: Springer; 2011. p. 221–7.
16. Benton K, Thomson I, Isenring E, Mark Smithers B, Agarwal E. An investigation into the nutritional status of patients receiving an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol versus standard care following oesophagectomy. **Supportive Care in Cancer**. 2018.
17. Gorenc M, Kozjek NR, Strojan P. Malnutrition and cachexia in patients with head and neck cancer treated with (chemo)radiotherapy. **Rep Pract Oncol Radiother** 2015;20(4):249–58.
18. Levett DZ, Grocott MP. Cardiopulmonary exercise testing, prehabilitation, and Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). **Can J Anesth** 2015;62(2):131–42.
19. Salander P, Isaksson J, Granstrom B, Laurell G. Motives that head and neck cancer patients have for contacting a specialist nurse – an empirical study. **J Clin Nurs** 2016;25(21–22):3160–6.
20. Bianchini C, Malago M, Crema L, Aimoni C, Matarazzo T, Bortolazzi S, et al. Post-operative pain management in head and neck cancer patients: predictive factors and efficacy of therapy. **Acta Otorhinolaryngol Ital** 2016;36(2):91–6.
21. Chiu C, Aleshi P, Esserman LJ, Inglis–Arkell C, Yap E, Whitlock EL, et al. Improved analgesia and reduced post-operative nausea and vomiting after implementation of an enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for total mastectomy. **BMC Anesthesiol** 2018;18(1):41.