

ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง และการติดเชื้อแผลผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด

หนึ่งฤทัย แร่น้อย พย.บ.* บุษบา สมใจวงศ์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง และการติดเชื้อแผลผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2566 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 ราย กลุ่มควบคุม จำนวน 25 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพช่องปาก แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปาก และแบบประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.94, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ได้เท่ากับ 0.91, 0.94 และ 0.97 ตามลำดับ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลช่องปาก ประกอบด้วย วิดีทัศน์ และแผ่นพับการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยสถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบค่าคะแนนสุขภาพช่องปาก คะแนนความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test เปรียบเทียบค่าคะแนนสุขภาพช่องปาก คะแนนความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบการติดเชื้อแผลผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปัญหาสุขภาพช่องปากน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีปัญหาสุขภาพช่องปากน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 4) หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ 5) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการติดเชื้อแผลผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การติดเชื้อแผลผ่าตัด ความสามารถในการดูแลตนเอง โปรแกรมการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก สุขภาพช่องปาก

วันที่รับบทความ 9 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 พฤษภาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 1 มิถุนายน 2567

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล bussom@kku.ac.th

Effects of oral care program on oral health, oral self-care agency, and surgical site infection among oral cancer patients undergoing oral surgery

Nuengruethai Raengnoi B.N.S. * Busaba Somjaivong Ph.D.**

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of the oral care program on oral health, oral self-care agency, and surgical site infections among patients with oral cancer who underwent oral surgery at a cancer hospital in the Northeastern region between February – May 2023. Fifty participants were purposely selected into the study. They were divided into the control groups or the experimental group, 25 participants for each group. The research tools included 1) The tools for data collection were the oral health assessment form, oral care agency assessment form, and surgical site infection assessment form. Content validity test by five experts obtained content validity index (CVI) of 0.94, 1.00, and 1.00, respectively. The inter-rater reliability were 0.91, 0.94, and 0.97, respectively. 2) The tools for experiment was an oral self-care program, consisting of videos and pamphlets on oral hygiene self-care. The demographic characteristics were analyzed using descriptive statistics. The oral health scores and self-care agency scores, before and after the experiment, within the experimental and control groups were analyzed using the Wilcoxon matched pairs signed ranks test. Comparisons of oral health scores and oral self-care agency scores, before and after the experiment, between the experimental and the control group were analyzed using the Mann–Whitney U test. The postoperative surgical site infections in the oral cavity between the experimental and the control group were analyzed using the fisher's exact test.

The results of the study found that: 1) After the experiment, the experimental group had lower oral health problems than the control group with a statistical significance ($p < 0.001$). 2) After receiving the program, the experimental group had lower oral health problems than before receiving the program with a statistical significance ($p < 0.001$). 3) After the experiment, the experimental group had higher oral self-care agency than the control group with a statistical significance ($p < 0.001$). 4) After receiving the program, the experimental group had higher oral self-care agency than before receiving the program with a statistical significance ($p < 0.001$). 5) After the experiment, the experimental group who received the program had lower surgical site infections than the control group with a statistical significance ($p < 0.05$).

keywords: surgical site infection; self-care agency; oral care program; patients with oral cancer; oral health

Received 9 March 2024 Revised 14 May 2024 Accepted 1 June 2024

*A student of the Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: bussom@kku.ac.th

บทนำ

มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบได้ ทั้งในเพศหญิงและชาย ในปี ค.ศ. 2022 พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากทั่วโลก จำนวน 389,495 ราย¹ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่จำนวน 4,518 ราย² บริเวณที่พบมะเร็งช่องปากได้บ่อยที่สุด ได้แก่ ลิ้น รองลงมา ได้แก่ ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก เหงือกและฟันปาก ตามลำดับ³ ภายหลังการรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากสามารถกลับเป็นซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 20⁴ การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ตามด้วยการให้รังสีรักษาภายใน 30-45 วันหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง⁵⁻⁶ แต่ภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้ 1) แผลผ่าตัดติดเชื้อพบร้อยละ 10-45⁷ 2) แผลผ่าตัดแยก พบได้ ร้อยละ 39-45⁸ และ 3) แผลผ่าตัดรั่วทะลุตามมาพบ ร้อยละ 8⁹ ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้แผลผ่าตัดหายช้า¹⁰ เกิดความล่าช้าในการรักษา เพิ่มโอกาสกำเริบของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตลดลง ส่งผลต่อระยะเวลาอนโรงพยาบาลนาน สูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเกิดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขตามมา

จากพยาธิสภาพโรคของมะเร็งช่องปากและการผ่าตัดที่ซับซ้อน จะส่งผลต่อระดับความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ที่ลดลง โดยเฉพาะการดูแลและทำความสะอาดช่องปากหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care) ตามแนวคิดทฤษฎีโอเรม¹¹ ที่กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคลที่มีวุฒิภาวะในการเรียนรู้ และเลือกกระทำอย่างมีเจตนาและมีเป้าหมาย เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition) ได้แก่ ความสามารถที่จะรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ พลังความสามารถ 10 ประการสำหรับการดูแลตนเอง (ten power components) และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (capability for self-care operation) เมื่อใดที่ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) มีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อนั้นจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ดังนั้น จึงมีต้องระบบพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือ ได้แก่ ระบบพยาบาลทดแทนทั้งหมด ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลแบบสนับสนุน โดยการช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นการทดแทนทั้งหมด การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม จะขึ้นอยู่กับความพร่องในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันตามพยาธิสภาพของโรค

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการผ่าตัด เช่น ใน 24 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้น การดูแลช่องปากโดยมีระบบพยาบาลทดแทนให้ทั้งหมด จะช่วยป้องกันแผลผ่าตัดในช่องปากปนเปื้อนเชื้อโรคจากสิ่งคัดหลั่งเข้าสู่แผลผ่าตัด สำหรับการชี้แนะ การสนับสนุน และการสอนจะใช้สำหรับการเตรียมผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้วบางส่วน ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้สามารถดูแลช่องปากด้วยตนเอง เพื่อลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรครวมทั้งก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากทีมพยาบาลร่วมกับทันตแพทย์ และได้รับคำแนะนำในการดูแลทำความสะอาดช่องปาก และตรวจช่องปากด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง¹² ควรมีการประเมินช่องปากก่อนและแบ่งประเภทผู้ป่วยในการกำหนดวิธีการทำความสะอาดช่องปาก¹³ โดยผู้ป่วยที่ไม่มีท่อช่วยหายใจให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ ทุก 4-6 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจ ใช้โซริงส์ฉีดน้ำเกลือ ครั้งละ 15-20 มิลลิลิตร ฉีดล้างในช่องปากทุก 2 ชั่วโมง และใช้สายยางดูดน้ำลาย โดยระวังไม่ให้ถูกบริเวณแผลผ่าตัด⁸ ตรวจดูน้ำลายตกค้างในช่องปาก ให้สะอาดทุกครั้ง เพื่อช่วยลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียสะสมในช่องปาก ป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อในช่องปากที่สำคัญ⁸⁻⁹ เมื่อหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแล้ว ให้เริ่มแปรงฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่มขนาดเล็กพร้อมกับยาสีฟันที่มี

ฟลูออไรด์ กรณีผู้ป่วย ที่ไม่มีฟันใช้ไม้ฟันสาลี หากเช็ดไม่ออกใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากตามแผนการรักษาของแพทย์ เช็ดทำความสะอาดคราบที่เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม และเพดานให้ทั่ว¹⁴ นอกจากนี้พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อผู้ป่วยในการทำมาสะอาดช่องปากด้วยตนเอง จัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการทำมาสะอาด เช่น กระจก และสายยางดูดน้ำลายในปาก เป็นต้น

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยดังกล่าว ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ปี พ.ศ. 2561-2563 พบการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 2.45, 5.64 และ 6.89 ตามลำดับ¹⁵ จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 10 ราย ถึงการเตรียมความรู้ก่อนผ่าตัด พบว่า ร้อยละ 50 มีความรู้ในการดูแลความสะอาดไม่เพียงพอ เช่น การดูแลช่องปากด้วยวิธีการแปรงฟัน บ้วนปาก เป็นต้น เนื่องจากมุ่งเน้นการเตรียมด้านร่างกาย ไม่ได้เน้นการดูแลช่องปากภายหลังผ่าตัด สภาพแผลในช่องปากและปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงเหตุผลและความสำคัญของการปฏิบัติในการดูแลช่องปากด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะมีน้ำลายคั่งในช่องปากตลอดเวลา แต่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไร ส่วนใหญ่จะให้ป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะดูแลช่วยเหลือ และจากการสังเกตพฤติกรรมการทำงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า แต่ละหน่วยงานมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลช่องปากที่แตกต่างกัน และยังไม่มีความทางการดูแลช่องปาก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ชัดเจนตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่ศึกษาในการดูแลช่องปากผู้ป่วยมะเร็งที่ให้เคมีบำบัดและฉายรังสี ผู้วิจัยจึงต้องการสร้างเป็นโปรแกรมการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ที่ได้รับการผ่าตัดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁶ เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะเกิดความพร่องในการดูแลช่องปาก เพื่อช่วยให้การดูแลช่องปากเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ ในการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกทักษะปฏิบัติ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยคาดหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น สุขภาพช่องปากดีขึ้น และการติดเชื้อแผลผ่าตัดลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง และการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปาก มีสุขภาพช่องปากแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปาก
2. ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปาก มีความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน
3. ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปาก มีภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัดแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹¹ มาเป็นกรอบแนวคิด จากแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม ได้กล่าวถึงทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (the theory of self-care deficit) ที่อธิบายถึงความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ดังนั้น ระบบพยาบาล (nursing system) เข้ามาช่วยเหลือหรือทดแทนตามความพร้อมหรือข้อจำกัดในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น ๆ โดยคำนึงถึงความสามารถที่จะเรียนรู้ และคุณสมบัติพื้นฐานร่วมกับพลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่ ความเอาใจใส่ตนเอง เหตุผลแรงจูงใจ ทักษะการตัดสินใจกระทำเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย จากกรอบแนวคิดของโอเร็มนี้ ผู้วิจัยได้นำมาสร้างโปรแกรมการดูแลช่องปากให้กับผู้ป่วย โดยพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้ระบบการพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือ โดยในระยะก่อนผ่าตัดใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) จากนั้น มีการสอน (teaching) การชี้แนะและให้แนวทาง (guiding) ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และแผ่นพับการทำทำความสะอาดช่องปาก มีการฝึกทักษะการประเมินช่องปาก ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มดูแลช่องปากตั้งแต่อีก่อนผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ประเมินความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล ว่าต้องการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory system) หรือต้องการการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory system) ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลัง จนกระทั่งจำหน่าย เป็นการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่องปากตนเองต่อเนื่อง จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองและกระตุ้นเสริมแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ชี้แนะแนวทางในกรณีที่มีปัญหาและอุปกรณ์และอุปสรรคในการดูแลช่องปากตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น สุขภาพช่องปากดีขึ้น และการติดเชื้อแผลผ่าตัดลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2566 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดที่แพทย์นัดมา รักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าการวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่มีข้อจำกัดในการใช้มือในการทำทำความสะอาดช่องปาก 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย 5) แพทย์เจ้าของไข้อนุญาต เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค BP<90/60 mmHg, HR>120 bpm หรือได้รับยากกลุ่ม vasopressor 2) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ BP>180/100 mmHg โดยแพทย์พิจารณาว่าอาจเกิดอันตรายจากการที่ผู้ป่วยปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมดูแลช่องปาก 3) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นรวมทั้งการติดเชื้อในช่องปาก 4) ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดมาก่อน เกณฑ์การถอนตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย (withdrawal of participant criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือแพทย์ยกเลิกการผ่าตัด 2) ผู้ป่วย active bleeding และต้องผ่าตัดซ้ำแบบเร่งด่วน 3) ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอยุติการเข้าร่วมวิจัย 4) ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอลี้ภัยกลับบ้านหรือแพทย์ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นก่อนสิ้นสุดกิจกรรมในโปรแกรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกแบบเจาะจง ใช้โปรแกรม *G power analysis version 3.1.9.7 มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องด้วยยังไม่พบงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ศึกษาที่เหมือนกับการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำการศึกษาที่มีตัวแปรที่คล้ายคลึงกันของกาญจนา สาใจ และคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับยาเคมีบำบัด¹⁶ มาคำนวณหาขนาดสถิติพลัง ได้เท่ากับ 0.775 จึงเลือกใช้ขนาดสถิติพลังการประมาณค่าสถิติพลังของ cohen สำหรับขนาดสถิติพลังขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.8 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.05 จำนวนขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 21 ราย ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) อีก 20% ในแต่ละกลุ่ม¹⁶ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 50 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลการเจ็บป่วย และประวัติการดูแลช่องปาก 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาจากแบบประเมินการดูแลช่องปากของกรมอนามัย¹⁷ และแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลช่องปากของกาญจนา สาใจ และคณะ¹⁶ แบบประเมิน ประกอบด้วย คำถาม 7 ข้อ โดยประเมินการปฏิบัติของผู้ป่วย ในการดูแลช่องปาก ทั้ง 7 ข้อ การให้คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติถูกต้องเป็นบางครั้ง และ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติถูกต้องทุกครั้ง โดยมีคะแนนรวมทั้งหมด ตั้งแต่ 0-14 คะแนน แบ่งระดับค่าคะแนน 2 ระดับ ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองน้อย และ 8-14 คะแนน หมายถึง ความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองสูง 3) แบบประเมินสุขภาพช่องปาก (oral assessment tool: OHAT) ฉบับภาษาไทยของสุภาพร พลายนู และคณะ¹⁸ ซึ่งดัดแปลงมาจาก Chalmer et al. (2004) ประกอบด้วย 7 ข้อ ในการประเมินช่องปาก ดังนี้ ริมฝีปาก ลิ้น เหงือกและเนื้อเยื่อช่องปาก น้ำลาย ฟันธรรมชาติ ความสะอาดภายในช่องปาก และอาการเจ็บปวด โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลง โดยตัดการประเมินฟันปลอมออก การให้คะแนน 0 หมายถึง ได้คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์และฝึกการใช้แบบประเมินจากนั้นได้หา inter-rater reliability คะแนนรวม โดย คะแนน 0 คะแนน หมายถึง สุขภาพช่องปากปกติ คะแนน 1 หมายถึง สุขภาพช่องปากเริ่มมีปัญหา และคะแนน 2 หมายถึง สุขภาพช่องปากมีปัญหา โดยคะแนนรวม 0 หมายถึง ช่องปากปกติ คะแนนรวมตั้งแต่ 1-7 หมายถึง เริ่มผิดปกติ คะแนนรวม ตั้งแต่ 8-14 หมายถึง ผิดปกติ และ 4.) แบบประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก เป็นการประเมินอาการและการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัดตาม ICD-10 รหัส T81 (อ้างอิง ICD-10-CM Diagnosis code) ตามรหัสโรคและอาการที่จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก¹⁹ โดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเป็นผู้ประเมินแผลผ่าตัดว่ามีการติดเชื้อแผลผ่าตัดหรือไม่

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลช่องปากที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีโอเรม¹¹ ขั้นตอนของโปรแกรมมี 3 ระยะคือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยประเมินความสามารถในการดูแลช่องปาก และความพร้อมในการดูแลช่องปากของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับ โรคมะเร็งช่องปาก การผ่าตัดขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและการดูแลช่องปากหลังผ่าตัด การตรวจช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย สาธิตการใช้อุปกรณ์และวิธีในการดูแลความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการตรวจช่องปากด้วยตนเอง และผู้วิจัยประเมินความถูกต้องและให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มดูแลช่องปาก ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง ประเมินความต้องการการ

ช่วยเหลือจากพยาบาล ว่าต้องการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด หรือต้องการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน และ 3) ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลังจนกระทั่งจำหน่าย ใช้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยกระตุ้นและเสริมแรงจิตใจ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่องปากตนเองอย่างต่อเนื่อง จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเอง ชี้แนะแนวทางในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลช่องปากตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินสุขภาพช่องปาก แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปาก และแบบประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ด้านโรคมะเร็งช่องปาก 2) ทันตแพทย์ด้านโรคมะเร็งช่องปาก 3) อาจารย์พยาบาลด้านโรคมะเร็ง 4) พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านการดูแลโรคมะเร็ง และ 5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตการประเมินระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยโดยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (inter-rater reliability) ของแบบประเมินสุขภาพช่องปาก ได้ค่าเท่ากับ 0.91 แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และ แบบประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัด ได้ค่าเท่ากับ 1.00

2. โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ประกอบด้วย วิดีทัศน์และแผ่นพับการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ด้านโรคมะเร็งช่องปาก 2) แพทย์ด้านทันตกรรมโรคมะเร็ง 3) อาจารย์พยาบาลด้านโรคมะเร็ง 4) พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านการดูแลโรคมะเร็ง และ 5) อาจารย์ด้านผลิตสื่อเทคโนโลยี จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจเนื้อหาเพื่อนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ HE 652158 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ ได้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์รูปแบบการวิจัย การประเมินผลของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลโดยผ่านการชี้แจงจากผู้วิจัย ตลอดจนขั้นตอนในการทำวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกัน ผู้ช่วยวิจัยสามารถอธิบายย้อนกลับเกี่ยวกับงานวิจัยได้อย่างถูกต้อง และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปากความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง และแบบประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บข้อมูลมากขึ้น การเก็บข้อมูลดำเนินในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบทั้งหมด 25 ราย จากนั้นดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองด้วยวิธีการเดียวกันจนครบทั้งหมด 25 ราย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ในกลุ่มควบคุม ก่อนผ่าตัด 1 วัน (ก่อนทดลอง) ผู้วิจัยประเมินข้อมูลทั่วไป ประเมินสุขภาพช่องปาก ประเมินความสามารถในการดูแลช่องปาก โดยหลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด และในวันที่แพทย์จำหน่าย ผู้ช่วยวิจัยประเมินสุขภาพช่องปาก ประเมินความสามารถในการดูแลช่องปาก และประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดจากบันทึกการตรวจเยี่ยมของแพทย์ (หลังทดลอง)

ในกลุ่มทดลอง ก่อนผ่าตัด 1 วัน (ก่อนทดลอง) ผู้วิจัยประเมินข้อมูลทั่วไป ประเมินสุขภาพช่องปาก ประเมินความสามารถในการดูแลช่องปาก จากนั้นให้โปรแกรมการดูแลช่องปาก (ตามรายละเอียดในโปรแกรมที่กล่าวมาแล้วในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ซึ่งส่วนใหญ่จัดเป็นรายเดี่ยว หรือรายกลุ่มไม่เกิน 2 คน จากนั้นมีการติดตามเยี่ยม หลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรก เพื่อให้การดูแลด้วยระบบพยาบาลทดแทนตามประเภทผู้ป่วย) หลังผ่าตัดวันที่ 3 (เพื่อให้การดูแลด้วยระบบพยาบาลแบบสนับสนุน) และวันที่แพทย์จำหน่าย โดยผู้ช่วยวิจัยประเมินสุขภาพช่องปาก ประเมินความสามารถในการดูแลช่องปาก และประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดจากบันทึกการตรวจเยี่ยมของแพทย์ (หลังทดลอง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปาก คะแนนความสามารถในการดูแลช่องปาก ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test เปรียบเทียบสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการดูแลช่องปากก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ เปรียบเทียบการติดเชื้อแผลผ่าตัดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ fisher's exact test เนื่องจากมีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามสมมติฐานมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปาก มีสุขภาพช่องปากแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีสุขภาพช่องปากดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ระยะเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	Median (IQR)	Mean Ranks	Z	P-value
คะแนนสุขภาพช่องปาก								
ก่อนได้รับโปรแกรม	กลุ่มควบคุม	25	5.56	1.36	5(2)	22.48	1.494	0.135
	กลุ่มทดลอง	25	6.28	1.62	3(2)	28.52		
หลังได้รับโปรแกรม	กลุ่มควบคุม	25	7.20	1.32	7(2)	36.02	5.169	<0.001**
	กลุ่มทดลอง	25	4.40	1.55	5(2)	14.98		

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (ต่อ)

ระยะเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	Median (IQR)	Mean Ranks	Z	P-value
คะแนนความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง								
ก่อนได้รับโปรแกรม	กลุ่มควบคุม	25	2.52	1.29	2(1)	28.06	1.291	0.197
	กลุ่มทดลอง	25	2.24	1.51	1(2)	22.94		
หลังได้รับโปรแกรม	กลุ่มควบคุม	25	3.40	1.47	3(1)	13.00	6.157	0.001*
	กลุ่มทดลอง	25	12.84	1.49	13(2)	38.00		

*P<0.05 **p<0.001, (IQR=interquartile range)

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากมีความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากมีภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการติดเชื้อแผลผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากและคะแนนความสามารถฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

กลุ่มตัวอย่าง	ผลต่างคะแนน สุขภาพช่องปาก	จำนวน	Mean rank	Sum of ranks	Z	P-value
คะแนนสุขภาพช่องปาก						
กลุ่มทดลอง	negative ranks	23	12	276	-4.249	<0.001**
	positive ranks	0	0	0		
	Ties	2				
กลุ่มควบคุม	negative ranks	0	0	0	-4.187	<0.001**
	positive ranks	22	11.50	253.0		
	Ties	3				
คะแนนความสามารถในการดูแล						
ช่องปากด้วยตนเอง						
กลุ่มทดลอง	negative ranks	0	0	0	-4.386	<0.001**
	positive ranks	25	13	325		
	Ties	0				
กลุ่มควบคุม	negative ranks	0	0	0	-4.300	<0.001**
	positive ranks	20	10.50	210.0		
	Ties	5				

**p<0.001

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนร้อยละ ด้วยสถิติ fisher's exact test

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม n (%)	กลุ่มทดลอง n (%)	P-value
ไม่ติดเชื้อ	19 (76.0)	24 (96.0)	0.049*
ติดเชื้อ	6 (24.0)	1 (4.0)	
รวม	25 (100.0)	25 (100.0)	

*p<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปาก มีสุขภาพช่องปากแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลอง มีปัญหาสุขภาพช่องปากน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่า ในระยะก่อนการผ่าตัดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีปัญหาสุขภาพช่องปากอยู่ใน ระดับไม่แตกต่างกัน ($p > 0.001$) เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีรอยโรคแผลในช่องปากร่วมกับมีอาการปวด และบางรายมีเลือดออกซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลความสะอาดช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าแปรงฟัน บางรายใช้วิธีบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าหรืออมเกลือแทนการแปรงฟัน ทำให้มีการสะสมเศษอาหารจากการทำความสะอาดไม่เพียงพอ มีกลิ่นปาก ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อมีภาวะสุขภาพเปราะบาง และความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ เข้ามาช่วยเหลือ โดยพิจารณาว่าผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด ประเมินความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถที่จะรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ พลังความสามารถ 10 ประการ สำหรับการดูแลตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้ระบบพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือ โดยในระยะก่อนผ่าตัดได้ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีการสอน การชี้แนะ และให้แนวทางผ่านสื่อวีดิทัศน์ และแผนผังการทำทำความสะอาดช่องปาก มีการฝึกทักษะ การประเมินช่องปาก ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มดูแลช่องปากตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ประเมินความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลว่าต้องการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด หรือต้องการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ในผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจ พยาบาลใช้ไซริงค์ฉีดล้างภายในช่องปากด้วยน้ำเกลือร่วมกับสายยางดูดน้ำลาย (saliva suction) ทุก 2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีท่อช่วยหายใจ ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 4-6 ชั่วโมง ช่วยให้ช่องปากสะอาดมีความชุ่มชื้น ลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค²⁰ ภายหลังผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน ให้ผู้ป่วยดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยจัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ให้อยู่ใกล้มือ²¹ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลช่องปากและตรวจช่องปากเอง¹²⁻¹³ ผู้ป่วยที่มีฟันเริ่มแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยที่ไม่มีฟันเหลืออยู่ใช้ไม้ฟันสาลีหรือผ้าก๊อซชุบน้ำเกลือเช็ดคราบลิ้น เหงือก เพดาน กระพุ้งแก้ม วันละ 2 ครั้ง และตรวจช่องปากหลังทำความสะอาดด้วยตนเอง โดยใช้กระจกเงาร่วมกับไฟฉาย วันละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ การกระตุ้นส่งเสริมในการทำทำความสะอาดช่องปากและตรวจช่องปากด้วยตนเอง สอดถามปัญหาอุปสรรค และให้เกิดความตระหนักร่วมมือในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยช่องปากที่ดีและรักษาสุขภาพช่องปากได้อย่างต่อเนื่อง¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนภัส เด็กหลี่²² พบว่าพยาบาลให้การเสริมแรงบวก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยลดลงและมีสุขอนามัยช่องปากที่ดี

สำหรับความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลช่องปากแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลช่องปากดีกว่ากลุ่มควบคุม สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ 2 อธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ โดยประยุกต์ทฤษฎีโอเร็ม¹¹ จากแนวคิดความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน การส่งเสริมพลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่ ความสามารถที่จะเรียนรู้ เหตุผล แรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจ กระทำ เป็นต้น และมีระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำความรู้ทักษะที่ได้รับมาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นพฤติกรรมในการดูแลช่องปาก ตลอดจนการกระตุ้นให้ปฏิบัติการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลมาตรฐานที่ได้รับการทำความสะอาดช่องปาก ภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยการใช้ผ้าเกลือหรือน้ำยาบ้วนปาก วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น แต่ผู้ป่วยจะไม่ทราบวิธีการดูแลช่องปาก ว่าต้องเริ่มปฏิบัติอย่างไร เมื่อไหร่ แปรงฟันได้หรือไม่ หากไม่มีฟันจะทำความสะอาดอย่างไร เมื่อมีระบบพยาบาลเข้ามาช่วยให้ผู้ป่วยที่เกิดความพร่องได้รับการดูแลช่องปากที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยกระตุ้นให้การดูแลต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มทดลองมีการดูแลช่องปากดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ การใช้อุปกรณ์ จากการได้รับชมสื่อวีดิทัศน์แผ่นพับความรู้ในการดูแลทำความสะอาดช่องปาก และการฝึกทักษะด้วยการใช้อุปกรณ์จริง ซึ่งการพยาบาลมาตรฐานไม่มี และจากการติดตาม กระตุ้น สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รวมถึงการตรวจช่องปากทุกวัน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปากของตนเองในแต่ละวันโดยเปรียบเทียบจากวันที่ผ่านมา²³ เมื่อได้รับการส่งเสริมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและสามารถเพิ่มประสิทธิภาพให้สามารถดูแลช่องปากด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ หนูไกร เพื่อนพินัย²⁴ พบว่า กลุ่มทดลองที่มีระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มทดลองมีการดูแลช่องปากดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ เปรียบเทียบการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากพบว่า ภายหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการติดเชื้อแผลผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 สามารถอธิบายได้ว่า ในโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในการดูแลช่องปากและส่งเสริมความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และตลอดการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งมีระบบช่วยเหลือผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยระบบพยาบาลทดแทนทั้งหมดหรือทดแทนบางส่วนในผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อป้องกันสิ่งคัดหลั่งปนเปื้อน แผลผ่าตัด และลดการปนเปื้อนอย่างมีนัยสำคัญ การสอนวิธีควบคุมไม่ให้เกิดการคั่งของน้ำลายหรือสิ่งคัดหลั่งในช่องปากจะช่วยลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์²⁵ และเกิดแผลผ่าตัดรั่วทะลุตามมา⁸ ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาอนโรงพยาบาลได้⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สรุปได้ว่าผลของโปรแกรมฯ นี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่องปากตนเอง รักษาสุขภาพช่องปากและป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด อาจนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งควรจะได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมช่องปาก ส่วนพยาบาลต้องทบทวนวิธีการปฏิบัติพยาบาล เพื่อปรับคูละหว่างความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง เช่น ช่วยปฏิบัติ ร่วมมือสนับสนุนชี้แนะ เป็นต้น ร่วมกับประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยก่อนนำไปใช้ตามความเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยปรับ

สมดุลความพร้อม เกิดความมั่นใจสามารถกระทำด้วยตนเองและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ช่วยป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้มือในการทำความสะอาดช่องปากได้ ซึ่งจะมีข้อจำกัดในการใช้โปรแกรมนี้

References

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global cancer observatory: cancer today. Lyon France: International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2024 [cite 2024 Jan 30]; Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>
2. World Health Organization. The globobcan [Internet]. 2024 [cite 2024 Jan 15]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>
3. Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. Surg Oncol Clin N Am 2015;24(3):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(5):307–28.
5. Sudchai S. Feasibility of post-operative recovery program in patients with mouth and oral cavity cancer. TJNMP 2019;6(2):31-47. (in Thai)
6. 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. Chi Otolaryngol 2016;41(2):118-26.
7. Ellis MA, Graboyes EM, Wahlquist AE, Neskey DM, Kaczmar JM, Schopper HK, et al. Primary surgery vs radiotherapy for early-stage oral cavity cancer. Otolaryngol Head Neck Surg 2018;158(4):649–59.
8. Vatanasapt P. Oral Cancer Khon Kaen University. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2021. (in Thai)
9. Nair D, Singhvi H, Mair M, Qayyumi B, Deshmukh A, Pantvaidya G, et al. Outcomes of surgically treated oral cancer patients at a tertiary cancer center in India. Indian Journal of Cancer 2017;54(4):616–20.
10. Thanamornphong C, Kimpee S, Chaiphutta P, Wongkongkham K, Kasetkul P. Correlation between cancer care needs, tongue condition, comorbidity and oral functional status in post-operative tongue cancer and mouth-floor cancer patients. JTNMC 2014;29(1):67-80. (in Thai)
11. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
12. Mizuno H, Mizutani S, Ekuni D, Tabata-Taniguchi A, Maruyama T, Yokoi A, et al. New oral hygiene care regimen reduces postoperative oral bacteria count and number of days

- with elevated fever in ICU patients with esophageal cancer. *J Oral Sci* 2018;60(4):536–43.
13. Huang BS, Wu SC, Lin CY, Fan KH, Chang JTC, 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* 2018;27(2):e12819.
 14. Ngammuk K, Na Ayutthaya S, Phinyopasakul W. Oral care practice guideline in critical ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *VNJ* 2016;18(2):1-11. (in Thai)
 15. Patient register Udon Thani Cancer Hospital. Report statistics [Internet]. 2024 [cite 2020 Oct 2]; Available from: <http://www.udch.go.th/thai>
 16. Sajai K, Kitsripirarn S, Bannassaan B. The effects of a self-management promotion on the oral care behavior and oral mucositis of cancer patients receiving chemotherapy. *SKHJ* 2018;21(2):42-56. (in Thai)
 17. Department of Health Ministry of Public Health. Recommended tooth brushing formula 2-2-2 [internet]. 2024 [cite 2020 Oct 10]. Available from: <https://wongkarnpat.com/viewpat.php?id=962>
 18. Plaibun S, Kongsuwan W, Dumkleang J. The development of clinical nursing practice guidelines for oral health care in dependent patients. *Songklanagarind J Nurs* 2020;40(3):37-47. (in Thai)
 19. World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problem: tenth revision. 2nd ed. Geneva: WHO; 2004.
 20. Shi M, Han Z, Qin L, Su M, Liu Y, Li M, et al. 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(8):300060520944072.
 21. Puangkamyad A, Namjuntra R, Binhosen V. Effects of an oral care program on oral care ability and oral mucositis among cancer patients receiving chemotherapy. *TRC Nurs J* 2012;10(2):57-73. (in Thai)
 22. Deklee N, Jitpanya C. The Effect of oral self-care promoting program combined with virgin coconut oil pulling on oral mucositis in head and neck cancer patients receiving radiotherapy or concurrent chemo-radiotherapy. *Academic Journal of MCU* 2016;20(39):81-95. (in Thai)
 23. Nakhonchai T, Methakanjanasa N. Effects of a self-management program on oral mucositis and nutrition status in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy. *Journal of Nursing Science and Health* 2020;44(1):26-37. (in Thai)
 24. Phueanphimai N. Oral care and mucositis after the supportive-educative nursing program in patients with head and neck cancer. *APHEIT SOCIAL SCIENCE* 2016;5(1):88-100. (in Thai)

25. Sannikorn P. Management of oral cavity cancer. Bangkok: Rajavithi Hospital, Rangsit University; 2019. (in Thai)