



การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ที่ได้รับเคมีบำบัด

The Development of Oral Self-care Protocols in Leukemic
Patients Receiving Chemotherapy

นันทิพย์ แสงจันทร์

Namtip Sangchan

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2537

(1)

เลขที่ RK 60.75 463 2537
Bib Key 591081

0.2

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง
 เม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้เขียน นางสาวนันทิพย์ แสงจันทร์

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์)
กรรมการ

(รองศาสตราจารย์อรรักญา ชาวลิต)
กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ น.พ.อานภาพ เลขะกุล)

.....ประธานกรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์)
กรรมการ

(รองศาสตราจารย์อรรักญา ชาวลิต)
กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ น.พ.อานภาพ เลขะกุล)
กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤกุล ตะบูนพงศ์)
กรรมการ
 (ทันตแพทย์กรัสนัย หวังรังสีมากุล)

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่ง
 ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....
 (ดร.ไพรัตน์ สงวนไทร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง เม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
ผู้เขียน	นางสาวน้ำทิพย์ แสงจันทร์
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2536

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง
ศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วย
สามารถดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

วิธีการศึกษา ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย เป็นหญิง
6 ราย ชาย 4 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการ สังเกต สัมภาษณ์แบบเจาะลึก บันทึก
ภาคสนาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธี จัดหมวดหมู่และแยกประเภทข้อมูล เปรียบเทียบข้อ
แตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท และสร้างข้อสรุปประมวลเป็นหลักการ

ผลการวิจัยได้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปาก 2 รูปแบบคือ รูปแบบการดูแล
สุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน และรูปแบบการดูแลสุขภาพ
ของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่มีอาการแทรกซ้อน

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยคือ 1) ความอ่อนเพลีย 2) ภาวะ
ทางอารมณ์ 3) ความเกรงใจ 4) ความเชื่อว่าอาการแทรกซ้อนในช่องปากอาจจะไม่เกิดขึ้น
กับตนเอง 5) อุปกรณ์ไม่เพียงพอ 6) เคลื่อนไหวไม่สะดวก จากการให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือด
เสียดาค่า

แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ คือ

1) การอำนวยความสะดวกให้ 2) การทำให้ทดแทนบางส่วน 3) สอนวิธีการเคลื่อนไหว
ในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด 4) การสร้างความหวัง 5) การสร้างแรงจูงใจ 6) การช่วยให้
ผู้ป่วยใช้ชีวิตพิเศษกับความเครียดที่เหมาะสม 7) การช่วยเหลือจากญาติ 8) จัดอุปกรณ์ที่
ใช้ให้เพียงพอ 9) จัดระบบบริการที่สนับสนุนการดูแลตนเอง

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า สิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปาก
ได้ดีขึ้น คือลักษณะของพยาบาลที่เข้าใจผู้ป่วยอย่างถ่องแท้ มีความอดทนที่จะคอยช่วยเหลือ
ประคับประคองให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองต่อไปได้ และพบว่าการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ได้ผลในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

Thesis Title The Development of Oral Self-care Protocols in
 Leukemic Patients Receiving Chemotherapy

Author Miss Namtip Sangchan

Major Program Adult Nursing

Academic Year 1993

Abstract

The purposes of this study were to develop oral self-care protocols, explore the factors that affect patients self-care ability, and search for strategies to encourage patients compliance with the oral self-care protocols.

Action research provided the methodological framework for study. The subjects were 10 adult patients with leukemia (6 women and 4 men) who were receiving chemotherapy. Data was collected by participant observation, in-depth interview and field notes record. Data was analysed by coding and classification, constant comparisons and drawing conclusion.

After data analysis two oral self-care protocols were developed, one for cases with no oral complications and the other for cases with oral complications.

Several factors were found to influence self-care ability. These included weakness, state of mind, deference, the belief that oral complication would not occur, inadequate tools for oral care

and difficulty of movement caused by continuous intravenous infusion of chemotherapy.

Recommended strategies to encourage patients are being facilitator, giving partial helping, teaching movement method during chemotherapy infusion, support in hoping for survival, motivation, encouraging patients to use appropriate coping strategies, help from persons in their family, supply of sufficient tools for oral care and improvement in the self-care service system.

This study demonstrated that an important factor in encouraging patients is a nurse who thoroughly understands the patients' need and has the patience to support them. Another factor is action research, which is a powerful method in enhancing self-care ability.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหลายฝ่าย ซึ่งผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณต่อความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ อภรณ์ เขื้อประไพศิลป์ รองศาสตราจารย์ อรัญญา เขาวลิต และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อาณาภพ เลษะกุล อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ช่วยเหลือและให้แนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์ กรัสไนย หวังรังสิมากุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ นฤมล ตะบูนหงส์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

และงานวิจัยนี้จะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัย ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงของ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งได้ช่วยอำนวยความสะดวก ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโททุกท่าน อาจารย์เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย พ่อและแม่ ซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนให้กำลังใจและคอยห่วงใยตลอดมา

นักิพย์ แสงจันทร์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(11)
รายการแผนภูมิ	(12)
บทที่	
1. บทนำ	
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิด	4
นิยามศัพท์	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
อาการแทรกซ้อนในช่องปากจากผลของเคมีบำบัด	6
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปาก	11
การดูแลสุขภาพของช่องปากในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด	12
การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง	21
3. วิธีการวิจัย	
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	30
	(8)

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือในการวิจัย	32
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	33
การวางแผน	33
การปฏิบัติและการสังเกต	40
การสะท้อนการปฏิบัติ	40
การปรับปรุงแผน	41
การวิเคราะห์ข้อมูล	41
4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	43
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองตามวงจรการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ	46
วงจรที่ 1	46
วงจรที่ 2	59
วงจรที่ 3	68
ผลที่ได้จากการศึกษาทั้ง 3 วงจร	74
5. สรุปและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	79
ความคิดเห็นต่อการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะ	85
บรรณานุกรม	87

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.	100
ภาคผนวก ข.	103
ภาคผนวก ค.	104
ภาคผนวก ง.	105
ภาคผนวก จ.	112
ประวัติผู้เขียน	113

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ โรคในช่องปากก่อนได้รับ เคมีบำบัด การดูแลสุขภาพของช่องปากตามปกติ ลักษณะในช่องปาก ก่อนได้รับเคมีบำบัด	44
2. แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ชนิดของเคมีบำบัด ที่ได้รับ และครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด	45

รายการแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1. แสดงขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปาก ด้วยตนเอง ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	34
2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากวงจรที่ 1.	47
3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากวงจรที่ 2.	60
4. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากวงจรที่ 3.	69

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ สำหรับประชากรไทย จะเห็นได้จากสถิติ 5 ปีที่ผ่านมา อันดับการตายด้วยโรคมะเร็งจัดเป็นอันดับ 3 ของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี คือในปี พ.ศ. 2529 มีอัตราการตายเป็น 16.9 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มเป็น 22.9 ในปี พ.ศ. 2533 (กองสถิติสาธารณสุข, 2535 : 81)

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคมะเร็งชนิดหนึ่งที่มีความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน มีผลให้คุณภาพชีวิตเลวลง และอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ดังเช่นในปี พ.ศ. 3533 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวรายใหม่เพิ่มขึ้น 1826 ราย โดยมีอัตราส่วนชายต่อหญิง 1:1.1 (Vatanasapt, et al., 1993 : 72)

การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่นิยมในปัจจุบันคือการให้เคมีบำบัด ซึ่งพบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด จะเกิดอาการแทรกซ้อนหลายประการได้แก่ ทำให้ผมร่วง เลือดออกง่าย คิดเชื่อได้ง่าย ซีด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน และเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากเป็นต้น สำหรับอาการแทรกซ้อนในช่องปาก ได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากร้อยละ 23-80 (Nieweg, et al., 1992) ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูง อาการแทรกซ้อนในช่องปากที่พบได้บ่อยคือ อาการเยื่อช่องปากอักเสบ การติดเชื้อ การมีเลือดออกในเยื่อช่องปาก และอาการน้ำลายแห้ง (Debiase & Komives, 1983 : 208-201)

ผลของอาการแทรกซ้อนในช่องปาก อย่างใดอย่างหนึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด รับประทานอาหารไม่ได้ ลดคุณภาพชีวิต และนำไปสู่ปัญหาต่างๆที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยเกิดความหือถอยต่อการรักษาและขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการที่เยื่อหูช่องปากสูญเสียความแข็งแรง จึงเปิดโอกาสให้เกิดการติดเชื้อเกิดขึ้น ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้การติดเชื้อที่เกิดขึ้นอาจแพร่กระจายเข้าไปในกระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Kenny, 1990 : 346)

การป้องกันและลดความรุนแรง ของอาการแทรกซ้อนในช่องปากที่สำคัญคือ การดูแลสุขภาพของช่องปากอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด แม้ว่า การดูแลสุขภาพของช่องปากจะไม่สามารถป้องกันการทำลายเฉพาะที่ จากผลของเคมีบำบัด ในการยับยั้งการสร้างเซลล์ทดแทนของเยื่อหูช่องปากได้ แต่ช่วยลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ ช่วยไม่ให้เนื้อเยื่อถูกทำลายมากขึ้นจากการติดเชื้อนั้น รวมทั้งช่วยป้องกันการติดเชื้อลุกลามเข้าไปในกระแสเลือด ลดความไม่สบายในช่องปาก เพิ่มความอยากอาหาร ป้องกันฟันผุ ผลที่ตามมาคือทำให้ภาวะโภชนาการดีขึ้น และเพิ่มความสำเร็จของการรักษามะเร็ง (Daeffler, 1981 : 30)

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปากในระยะแรก คือตั้งแต่ พ.ศ.2504-2521 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของ น้ำยา อุปกรณ์ชนิดต่างๆ และระยะเวลาที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของช่องปาก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่นผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรม และผู้สูงอายุ (Daeffler, 1980a : 350 ; Beck, 1979 : 187) ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพของช่องปากอย่างสม่ำเสมอ จะให้ผลดีกับสุขภาพในช่องปาก มากกว่าการเลือกใช้ น้ำยาหรืออุปกรณ์ชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงอย่างเดียว และในระยะนี้พบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็ง

ในระยะต่อมา เบค (Beck, 1979 : 185-199) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในลักษณะที่เป็นแบบแผน เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จะมีอาการแทรกซ้อนในช่องปากเกิดขึ้นหลายชนิด การดูแลสุขภาพของช่องปากควรจะประกอบด้วย การดูแลหลายอย่างร่วมกัน โดยแบบแผนการดูแลสุขภาพของช่องปากที่สร้างขึ้นประกอบด้วย การตรวจช่องปาก การแปรงฟัน การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง จากนั้น ประเมินประสิทธิภาพของแบบแผนที่กำหนดขึ้น โดยวัดการเปลี่ยนแปลงลักษณะในช่องปาก และการรับรู้ความสบายภายในช่องปากของผู้ป่วย งานวิจัยที่มีการศึกษาในลักษณะที่เป็นแบบแผน

เช่นเดียวกันนี้ ได้แก่ บุญเพียร (2524), ดัจจาค (Dudjak, 1987) และเคนนี่ (Kenny, 1990) โดยมีการเลือกใช้ชนิดของน้ำยาบ้วนปาก สารที่ให้ความชุ่มชื้น และอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดต่างๆกันไป

เมื่อศึกษางานวิจัยดังกล่าวพบว่า นักวิจัยส่วนใหญ่จะสร้างแบบแผนการดูแลสุขภาพ ของช่องปากเพื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย แล้ววัดการเปลี่ยนแปลงของลักษณะในช่องปาก และ ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการทางสถิติ ผลการศึกษาส่วนใหญ่ ยังไม่สนับสนุนสมมติฐานเนื่องจากมีข้อจำกัดในการวิจัยหลายประการ เช่นไม่สามารถ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันได้ (homogeneity) เครื่องมือขาดความเที่ยง ตรง และไม่สามารถควบคุมตัวแปรอื่นที่มีผลต่อการวิจัยได้ อย่างไรก็ตามแม้ผลการศึกษาที่ ผ่านมาไม่อาจสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากที่สร้างขึ้น ทำให้ลักษณะในช่องปาก ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองดีขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่พบว่าพฤติกรรมการคิด เชื้อลดลง จากที่เคยมีการรายงานไว้ ทั้งนี้ก็วิจัยได้อธิบายถึงปัจจัยบางประการ ที่มีผลต่อการลด ุบัติการของการคิด เชื้อนี้ ปัจจัยหนึ่งที่ถูกกล่าวถึง คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของ ช่องปากด้วยตนเองตามแบบแผนที่กำหนดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้น ในศาสตร์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยสามารถ ดูแลตนเองตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมอาการของโรคไม่ให้เป็นรุนแรงขึ้น และลดจำนวนครั้งของการอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการทำวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาล ที่ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองให้มากขึ้น แต่ในปัจจุบันยังไม่ม้งานวิจัย เกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่อง ปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด และหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วย ดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งคาดว่าจะได้รูปแบบการดูแล สุขภาพของช่องปากด้วยตนเองที่เหมาะสม และแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ อย่างสม่ำเสมอ อันจะนำผลให้สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนใน ช่องปาก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองที่เหมาะสมมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยคืออะไร
3. แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ดีขึ้นคืออะไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยไม่ใช้กรอบแนวคิดใดๆในการควบคุมการวิจัย แต่จะใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem) และแนวคิดอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลคือ แนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และทฤษฎีการเรียนรู้ เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ดังจะได้กล่าวรายละเอียดในบทเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิยามศัพท์

สุขภาพในช่องปาก หมายถึง ความสมบูรณ์ของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของช่องปาก ซึ่งหมายถึงบริเวณตั้งแต่ ริมฝีปาก เหงือก ฟัน เยื่อบุข้างแก้ม เพดานปาก ลิ้น จนถึงบริเวณคอหอย (pharynx)

รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง หมายถึง กลุ่มพฤติกรรมสำหรับให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของอาการแทรกซ้อน

ในช่องปาก ซึ่งประกอบด้วย การประเินช่องปาก การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การบ้วนปาก การรักษาความชุ่มชื้นของช่องปาก การลดความเจ็บปวด และการเลือกรับประทานอาหารที่ลด การระคายเคือง ซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการรวบรวมจาก เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
2. ได้แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอ
3. ช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ศึกษาในขอบเขตต่อไปนี้

- อาการแทรกซ้อนในช่องปากจากผลของเคมีบำบัด
- ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปาก
- การดูแลสุขภาพของช่องปากในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด
- การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

อาการแทรกซ้อนในช่องปากจากผลของเคมีบำบัด

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวด้วยเคมีบำบัด ยาจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ที่แบ่งตัวเร็ว โดยขัดขวางการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) และการแบ่งตัวของเซลล์ (Bragers & Yasko, 1984 : 17) ดังนั้นไม่เฉพาะแต่เซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่เซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็ว จะได้รับผลกระทบจากเคมีบำบัดด้วย เซลล์เยื่อช่องปากเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วชนิดหนึ่ง จึงได้รับผลกระทบจากเคมีบำบัด และเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากขึ้น ซึ่งอาการแทรกซ้อนในช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่สำคัญมี 4 ประการ (Debiase & Komives, 1983 : 208-210) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. อาการอักเสบและการเกิดแผลของเยื่อช่องปาก

เซลล์ชั้นแรกของเยื่อช่องปากเป็น อีพิทีเลียมเซลล์ (epithelium cell) ซึ่งปกคลุมตั้งแต่รอยต่อของริมฝีปากจนถึงคอหอย (pharynx) โดยจะมีท่อไหลมาเปิดที่บริเวณเยื่อนี้ ทำให้ชุ่มชื้น เซลล์เหล่านี้จะลอกหลุดไปได้โดยง่ายเมื่อมีการกระทบกระเทือน เช่นในระหว่าง

การกิน และจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเท่ากับจำนวนที่เสียไป เพื่อคงความสมบูรณ์ไว้ (Dudjak, 1987 : 132; Holmes, 1991 : 344)

เคมีบำบัดจะมีผลต่อเซลล์ของเยื่อช่องปากคือ บัคขวางการเจริญเติบโตของเซลล์ และบัคขวางการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์ที่หลุดลอกไป ประมาณ 7 วันหลังได้รับเคมีบำบัด เซลล์จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง คือเยื่อจะเหี่ยวและบางลง เมื่อมีการทบกระเพื่อน เล็กๆน้อยๆจะทำให้เซลล์หลุดลอกไป และเกิดการอักเสบในขั้นแรก เมื่อมีการลอกหลุดมากขึ้น จะกลายเป็นแผล ในระยะแรกจะตรวจพบเยื่อที่มีสีแดงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะไวต่อความรู้สึกร้อน เย็น หรืออาหารรสจัด เมื่อมีแผลเกิดขึ้นจะพบแผลมีลักษณะกว้างตื้น รอบๆบวมแดง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บ การทำความสะอาดในช่องปากไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ อาการเยื่อช่องปากอักเสบนี้ จะปรากฏให้เห็นในวันที่ 7-14 หลังได้รับเคมีบำบัด และจะคงอยู่ 2-3 สัปดาห์ (Brager & Yasko, 1984 : 275; Debiase & Komives, 1983 : 208-209; Richardson, 1987 : 39)

2. การติดเชื้อในช่องปาก

การเกิดแผลในเยื่อช่องปาก จะทำให้เป็นทางเข้าของเชื้อโรคได้ง่าย ประกอบกับผลโดยอ้อมของเคมีบำบัดบางชนิด ที่มีฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูก จึงมีการสร้างเม็ดเลือดขาวน้อยลง ทำให้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อลดลง นอกจากนี้เคมีบำบัดยังลดความสามารถ ในการเคลื่อนที่ (migration) ของเม็ดเลือดขาวออกจากหลอดเลือดฝอย ไปสู่บริเวณที่มีการติดเชื้อ จึงสูญเสียหน้าที่ในการกลืนกินเชื้อโรค (phagocytosis) (Lavelle, 1976 : 551) ด้วยเหตุนี้เยื่อช่องปากจึงมีการติดเชื้อได้ง่าย แม้กระทั่งเชื้อจุลินทรีย์ที่มีอยู่ตามปกติในช่องปาก ก็สามารถเป็นต้นเหตุของการติดเชื้อได้

ไดเรเซน และคณะ (Dreizen, et al., 1982 : 133) ได้ศึกษาการติดเชื้อในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 1,000 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในช่องปากร้อยละ 32.9 เชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้แก่ เชื้อรา ร้อยละ 58.1 เชื้อแบคทีเรียร้อยละ 33.1 ซึ่งเป็นกลุ่มทรงแท่งกรัมลบ (gram negative bacilli) ร้อยละ 23.4 เป็นกลุ่มทรงแท่งกรัมบวก (gram positive bacilli)

ร้อยละ 9.7 เชื้อไวรัสร้อยละ 15.1 ลักษณะของการติดเชื้อแต่ละชนิดมีดังนี้

2.1 การติดเชื้อรา (candidiasis) ลักษณะของการเกิดเชื้อราในช่องปากมีหลายแบบ ได้แก่ สิวโดเมมเบรน (pseudomembrane) ซึ่งเป็นแผ่นคราบขาวที่เช็ดออกได้ ไฮเปอร์เพลเซียเรื้อรัง (chronic hyperplasia) ซึ่งเป็นแผ่นคราบขาวที่ไม่สามารถเช็ดออกได้ หรือเป็นแบบที่มีการอักเสบของมุมปาก (angular cheilitis) บริเวณของช่องปากที่มักเกิดเชื้อราได้แก่ ด้านบนของลิ้น เยื่อข้างแก้ม เหงือก เยื่อบริเวณคอหอย (pharynx) และร่องกลางริมฝีปาก หรืออาจพบการติดเชื้อในส่วน อื่นๆ ของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดหลอดอาหารอักเสบหรือท้องเสีย ในผู้ป่วยที่ภาวะนิวโทรปีด้า (neutropenia) อาจนำไปสู่การติดเชื้อทั่วร่างกายได้ (วรรณิตี, 2534 : 58) การติดเชื้อราในกลุ่มนี้จะไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวด แต่จะพบว่าบริเวณที่ติดเชื้อรา จะมีสีขาวครีมเหมือนนมหรือเหมือนนมขุ่น ติดอยู่เป็นจุดกลมๆ หรืออยู่ติดกันจนดูเป็นแผ่นแทรกเข้าไปในได้ชั้นเยื่อ เยื่อ ถ้าปล่อยไว้นานจะขยายใหญ่ขึ้น เมื่อขูดออกจะเจ็บ เป็นแผลสีชมพูเลือดออก

2.2 การติดเชื้อแบคทีเรีย (bacterial infection) เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในช่องปาก มีทั้งชนิดกรัมลบและกรัมบวก ชนิดกรัมลบได้แก่ สิวโดโมแนส (*Pseudomonas*) เคล็บซิลลา (*Klebsilla*) เอสเชอริเชีย โคลิ (*Escherichia coli*) โปรเทียส (*Proteus*) และเซอราเทีย (*Serratia*) จากพวกกรัมบวกได้แก่ สแตฟฟีโลคอคคัส อีพิเดอร์มิดีส (*Staphylococcus epidermidis*) สเตรปโตคอคคัส ฟีคาลิส (*Streptococcus faecalis*) และสเตรปโตคอคคัส ไพโอจีเนส (*Streptococcus pyogenes*) (Drizen, et al., 1982 : 137)

ลักษณะแผลในช่องปาก ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่มทรงแท่งกรัมลบ ยกเว้น สิวโดโมแนส โดยทั่วไปจะมีลักษณะคล้ายๆ กันคือ มีสีขาวครีมเป็นมันวาวไม่มีหนอง ขอบแผลสูง บริเวณรอบฐานของแผลแดง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวด ส่วนลักษณะแผลที่เกิดจากเชื้อสิวโดโมแนส จะมีลักษณะเฉพาะคือ ขอบแผลสูง บริเวณแผลแห้งไม่มีหนอง เริ่มแรกตรงกลางแผลจะเป็นสีเหลือง ต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีดำตรงกลางเนื่องจากเกิดเนื้อตาย และมีสีแดงอยู่รอบๆ แผล ผู้ป่วยมักจะไม่ปวดยกเว้นแผลลึกมาก (Drizen, et al., 1975 : 78) สำหรับลักษณะแผลที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มกรัมบวกทุกตัว มีลักษณะแห้งคล้ายคราบฟัน (plaque)

และคล้ายหูด (verrucous) มีตั้งแต่สีขาวถึงสีน้ำตาล

2.3 การติดเชื้อไวรัส (viral infection) เชื้อไวรัสที่พบบ่อยคือ เริม (herpes simplex) ลักษณะเป็นตุ่มใสอยู่รวมกันเป็นวง ที่ริมฝีปากและผิวหนังรอบๆปาก เริมแรกจะมีอาการ คัน เจ็บ ปวดเสบบปวดร้อน แล้วตามด้วยมีตุ่มใสเกิดขึ้น ตุ่มใสนี้จะแตกออกกลายเป็นแผลมีเนื้อตายและแห้งตกสะเก็ดในที่สุด ถ้าไม่มีการติดเชื้อซ้ำจะหายได้เองภายใน 1 สัปดาห์ (Drizen, et al., 1982 : 145)

3. การมีเลือดออก

การมีเลือดออกเกิดได้จากสาเหตุหลายประการคือ จากการที่ระดับเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) จากผลของเคมีบำบัดที่มีผลลดการทำงานของไขกระดูก จึงรบกวนการสร้างและการเจริญเติบโตของเมกะคาริโอไซท์ (megakaryocytes) ตามปกติจำนวนเกล็ดเลือดในร่างกายมีค่าระหว่าง 150,000 - 350,000 เซลล์/มม³ เมื่อเกล็ดเลือดลดต่ำลงน้อยกว่า 50,000 เซลล์/มม³ จะเสี่ยงต่อการมีเลือดออก และจะมีเลือดออกเองเมื่อเกล็ดเลือดลดต่ำเหลือน้อยกว่า 20,000 เซลล์/มม³ (Tenenbaum, 1989 : 137)

หรือเกิดจากปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดลดลงเช่น วิตามิน เค (vitamin k) จากการที่ตีบผลัดน้อยลง หรือเกิดจากการที่สารเร่งการจับลิ่มเลือด (thromboplastic substances) ลดลง ในระหว่างที่มีการทำลายเซลล์อย่างรวดเร็ว เมื่อมีการกระทบกระเทือนเยื่อๆโดยตรง จะทำให้เกิดเลือดออกได้ ลักษณะการมีเลือดออกอาจจะพบจุดเลือดออก (petechiae) จ้ำเลือด (ecchymoses) หรือมีเลือดซึมออกเป็นระยะๆ โดยออกจากจุดจุดหนึ่งๆในช่องปาก ที่ได้รับการกระทบกระเทือน เช่นบริเวณริมฝีปาก ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม และเพดานปาก (Drizen, et al., 1975 : 75; Holmes, 1991 : 349) การควบคุมอาการเลือดออกทำได้โดยให้เกล็ดเลือดทดแทน จนกระทั่งไขกระดูกสามารถสร้างเม็ดเลือดได้เหมือนเดิม

4. อาการน้ำลายแห้ง

ปกติน้ำลายสร้างจากต่อมน้ำลายที่บริเวณใกล้หู (parotid gland) ต่อมน้ำลายใต้ลิ้น (sublingual gland) และต่อมน้ำลายใต้กระดูกขากรรไกร (submandibular gland)

ในอัตรา 1-1.5 ลิตรต่อวัน น้ำลายที่สร้างขึ้นจากทั้ง 3 แหล่ง มี 2 ชนิด คือน้ำลายชนิดใส (serous fluid) ซึ่งประกอบด้วยสารที่ทำหน้าที่ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ (bacteriocidal) คือสารไทโอไซยาเนต (thiocyanate) เอนไซม์ที่ทำหน้าที่ย่อยสลายโปรตีน คือไลโซไซม์ (lysozyme) แอนติบอดี (antibody) คือ IgA และเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ในการย่อยสลายแป้ง คืออะไมเลส (amylase) อีกชนิดหนึ่งคือน้ำลายชนิดข้น (mucous) จะทำหน้าที่ในการหล่อลื่นเยื่อช่องปาก ดังนั้นน้ำลายจึงมีบทบาทสำคัญ ในการคงความสมบูรณ์ของเยื่อช่องปาก โดยช่วยชะล้างเศษอาหาร ทำลายเชื้อจุลินทรีย์ ช่วยย่อยอาหาร ช่วยป้องกันการเสียดสีระคายเคืองหรือเคี้ยวอาหาร (Holmes, 1991 : 344-345) เคนมีบำบัดจะมีผลให้เซลล์ของต่อมน้ำลายเสื่อมสภาพไป ทำให้ปริมาณและคุณภาพของน้ำลายลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกแห้งในปาก เคี้ยวกลืนอาหารไม่สะดวก ถ้ามีอาการน้ำลายแห้งอยู่นาน จะทำให้ฟันผุ และติดเชื้อในช่องปากได้ง่าย (Carl, 1983 : 167; Holmes, 1991 : 347)

การศึกษาลงของน้ำลายในการต่อต้านเชื้อจุลินทรีย์เช่น วาลิน (Wahlin, 1991 : 689) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนน้ำลาย กับจำนวนเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มทรงแท่งกรัมลบ คือ เอนเทอโรแบคทีเรีย (*Enterobacteria*) และสเตรปโตคอคคัส (*Streptococcus*) กับจำนวนของเชื้อรา ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีจำนวนน้ำลายลดลงในวันที่ 1-3 หลังให้เคมีบำบัด และพบว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนน้ำลายน้อยกว่า 1 ซีซี ต่อวันที่จะมีจำนวนเชื้อราในปากเพิ่มขึ้น แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนน้ำลายที่ลดลงกับจำนวนเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มทรงแท่งกรัมลบ

สำหรับประสิทธิภาพของน้ำลายในการป้องกันฟันผุ พบว่าน้ำลายจะช่วยเจือจางกรดแลคติก ที่เกิดจากการย่อยสลายน้ำตาลโดยแบคทีเรียที่มีอยู่ตามปกติในช่องปาก และชะล้างน้ำตาลที่อยู่รอบๆ ฟันออกไป (Edgar, 1991 : 96) เมื่อจำนวนน้ำลายน้อยลงจะลดคุณสมบัติในการทำความสะอาดและหล่อลื่น นอกจากนี้ความเป็นกรดต่าง (pH) ของน้ำลายจะลดลง ทำให้น้ำลายมีสภาพเป็นกรดมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะสลายเคลือบฟัน โดยเฉพาะบริเวณข้างเหงือก ซึ่งมักจะมีน้ำลายสะสมอยู่ (Bersani & Carl, 1983 : 533) ทำให้ฟันผุได้ง่าย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปาก

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีโอกาสที่จะเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากได้
ไม่เท่ากัน ปัจจัยที่มีผลต่อความถี่และความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนในช่องปาก ได้แก่
(Stephen, 1993 : 2387-2392; Holmes, 1991 : 349)

- ชนิดของโรคมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต (hematologic malignancies) เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งของต่อมไทมัสเหลือง จะเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากมากกว่ามะเร็งชนิดเป็นก้อน (solid tumors) 2-3 เท่า เนื่องจากมะเร็งในกลุ่มแรกมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของไขกระดูก
- อายุ ในผู้ป่วยเด็กจะเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากได้มากกว่าผู้ใหญ่ 3 เท่า คือพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 1-20 ปี เกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากร้อยละ 90 ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากร้อยละ 18 ทั้งนี้เนื่องจากการงอกใหม่ของเซลล์เยื่อช่องปากในผู้ป่วยผู้ใหญ่ลดลง
- สุขภาพในช่องปากก่อนและระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่มีโรคของเหงือกและฟันอยู่ก่อน มีโอกาสติดเชื้อได้มากเมื่ออยู่ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ผู้ป่วยที่มีฟันปลอม หรือฟันผุที่มีรอยแตกคม จะเสี่ยงต่อการเกิดแผลในเยื่อช่องปากได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคเหงือกและฟัน และดูแลสุขภาพในช่องปากเป็นอย่างดีมาก่อน จะช่วยลดจำนวนปัญหาที่อาจเกิดขึ้น
- การมีเลือดออก นอกจากปัจจัยภายในเส้นเลือดแล้ว ยังมีปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดเลือดออกได้ ได้แก่ การสะสมของแผ่นคราบฟัน โรคของเหงือกและฟันก่อนได้รับเคมีบำบัด เยื่อช่องปากแห้งจากการได้รับออกซิเจน หรือจากจำนวนน้ำลายลดน้อยลง
- ขนาดและชนิดของเคมีบำบัด การให้โดยแบ่งผสมกับสารน้ำหยดให้ทางหลอดเลือดดำติดต่อกัน จะทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยาต่อเยื่อช่องปาก น้อยกว่าการให้ในครั้งเดียว (bolus dose) และชนิดของเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ได้แก่ ซัยตาราบินไฮโดรคลอไรด์ (cytarabine hydrochloride) เมอแคปโตพิวรีน (mercaptopurine) เม็ธอเทร็กเซต (methotrexate) และด็อกซิโซรูบิซิน (doxorubicin) เป็นต้น

จะเห็นว่าเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากได้หลายประการ ซึ่งทำให้

ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย รับประทานอาหารไม่ได้เนื่องจากเจ็บปวด หรืออาจเป็นต้นเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ดังนั้นจึงควรดูแลสุขภาพในช่องปากตั้งแต่เริ่มการรักษา เพื่อช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนในช่องปากเหล่านั้น

การดูแลสุขภาพของช่องปากในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด

จากการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพของช่องปาก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ควรประกอบด้วย การประเมินช่องปาก การแปรงฟัน การขูดหินปูน การขูดคราบด้วยน้ำยาชนิดต่างๆ และการลดความไม่สบายจากการเจ็บแผลและอาการปากแห้ง ดังต่อไปนี้

1. การประเมินช่องปาก

การประเมินช่องปาก มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของช่องปาก ซึ่งเกิดขึ้นจากผลของเคมีบำบัด โดยมีผู้พัฒนาเครื่องมือขึ้น เพื่อใช้ในการประเมินช่องปาก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ได้แก่

1.1 เครื่องมือประเมินช่องปากของ เบค (Beck oral guides) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการประเมินลักษณะในช่องปาก (oral exam guide) สิ่งที่ประเมินได้แก่ริมฝีปาก เยื่อหู เหงือก ฟัน ฟันปลอม ลิ้น น้ำลาย เสียง และความสามารถในการกลืน ส่วนที่สองเป็นการประเมินสภาพทางกายภาพ (physical condition) สิ่งที่ประเมินได้แก่ความสามารถในการกลืน การรับประทานอาหาร ลักษณะการหายใจ และความสามารถในการดูแลตนเอง และส่วนที่เป็นการประเมินการรับรู้ความรู้สึกของช่องปาก (oral perception guide) สิ่งที่ประเมินได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกบริเวณริมฝีปาก ลิ้น เหงือก น้ำลายฟันปลอม การรับรส และการรับประทานอาหาร จากการได้มีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้พบว่า เครื่องมือขาดความเที่ยงตรง กล่าวคือระดับคะแนนของแต่ละรายการที่ประเมิน บอกความแตกต่างกันได้ยาก และรายการที่ประเมินมากเกินไป (Dudjak, 1987 : 139; Eilers, et al., 1988 : 325)

1.2 เครื่องมือประเมินช่องปากของบรียาและมาติรา (Bruya and Madeira guide)

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การประเมินภาวะสุขภาพ (physical status) และ สุขภาพในช่องปาก (oral cavity) (Bruya & Madiera, 1975 : 1350) แต่เครื่องมือ ขาดการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Rothenberger, 1988 : 396)

1.3 เครื่องมือประเมินช่องปากของไอเลอร์สและคณะ แห่งมหาวิทยาลัยศูนย์การแพทย์ เนบราสกา (University of Nebraska Medical Center) ไอเลอร์และคณะได้พัฒนา เครื่องมือให้มีลักษณะ 3 ประการคือ ข้อความที่เข้าใจชัดเจน มีการแปลผลคงที่เมื่อมีผู้ใช้หลายคน มีความตรงในการตัดสินความผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่องปาก ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาหรือ เคมีบำบัด และสะดวกในการใช้ (Eilers, et al., 1988 : 326) การสร้างเครื่องมือนี้ ทำโดยกำหนดส่วนของช่องปากที่ควรประเมินว่าควรมีส่วนใดบ้าง จากนั้นนำไปสำรวจความ คิดเห็นจากพยาบาลประจำการ ผลสรุปว่ามีผู้เห็นด้วยร้อยละ 70-100 ใน 8 ส่วนคือ เสียง ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก และฟัน ในส่วนของการกลืน ได้รับการอธิบายว่า มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมีบริเวณ ออโรฟาริงซ์ (oropharynx) จึงควรประเมินด้วย การ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ทำโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านปัญหาในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 4 ท่าน และหาความคงที่ภายนอก โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.912

เครื่องมือนี้ได้ทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต มะเร็งรังไข่ และมะเร็งเต้านม ซึ่งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายรังสี และการปลูกถ่ายไขกระดูก จำนวน 20 ราย ผลสรุปว่าเครื่องมือนี้สามารถแยกให้เห็นปริมาณการเปลี่ยนแปลงของลักษณะในช่องปากได้ โดยที่คะแนนจะสูงขึ้นเมื่อเยื่อบุมีลักษณะเลวลง และคะแนนจะค่อยๆลดลงเมื่อลักษณะในช่องปากดีขึ้น ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา พบว่ากราฟของคะแนนเพิ่มสูงขึ้นและไม่ลดลงมาเป็นปกติ ไอเลอร์สและคณะได้สรุปว่าเครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆได้

เคนนี่ (Kenny, 1990 : 345) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลสุขภาพในช่องปาก ตามแบบแผนที่สร้างขึ้น 2 แบบแผน ในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตที่ได้รับเคมีบำบัด โดยให้ เครื่องมือของไอเลอร์สและคณะประเมินการเปลี่ยนแปลงลักษณะในช่องปาก ภายหลังได้รับการ ดูแลตามแบบแผน เขาสรุปว่าเครื่องมือนี้เข้าใจง่ายใช้เวลาเพียง 3-4 นาทีในการประเมิน

การใช้เครื่องมือประเมินลักษณะในช่องปาก นอกจากจะช่วยให้ประเมินช่องปากได้

ครอบคลุมทุกส่วนแล้ว ยังใช้ในการประเมินผลการดูแลสุขภาพในช่องปากได้อีกด้วย

2. การแปรงฟัน

การแปรงฟันเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพในช่องปาก เนื่องจากการแปรงฟันจะช่วยกำจัดเศษอาหาร และคราบจุลินทรีย์ออกจากผิวฟัน จึงช่วยป้องกันฟันผุและป้องกันการติดเชื้อ สำหรับการแปรงฟันในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ควรคำนึงถึงชนิดของแปรงสีฟันและยาสีฟันที่จะใช้ เทคนิคและระยะเวลาของการแปรงฟันดังนี้

2.1 ลักษณะของแปรงสีฟันที่จะใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง โดยทั่วไปทางการแพทย์และทันตกรรมจะสรุปตรงกันว่า ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และ ยังไม่มีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก ควรใช้แปรงขนาดเล็กและมีขนแปรงอ่อนนุ่มแปรงฟัน เพื่อลดการระคายเคือง (Holmes, 1991 : 352) สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากเช่น มีเลือดออกหรือ มีแผล อาจให้การดูแลช่องปากโดยการใช้อุปกรณ์อื่นๆแทน เช่น ฟองน้ำ (foamstick) หรือใช้ก๊อชพันนิ้วมือทำความสะอาดในช่องปาก การใช้ฟองน้ำมีประโยชน์ในการทำทำความสะอาดฟันและเยื่อที่อ่อนนุ่ม ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการแปรงฟันได้ เพราะไม่ระคายเคือง ทำให้รู้สึกสบายขึ้น ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนที่เหงือกและเยื่อ สามารถนำไปใช้ได้ จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง แต่ไม่มีประสิทธิภาพในการกำจัดเศษอาหารแข็งๆ บริเวณร่องเหงือกและฟัน (Daeffler, 1981 : 31; Holmes, 1991 : 353) การใช้อุปกรณ์นิ้วมือทำความสะอาดช่องปาก เป็นวิธีหนึ่งที่พยาบาลทั่วไปนิยมใช้ ประโยชน์และข้อด้อยเช่น เกี่ยวกับการใช้ฟองน้ำ สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีรายงานถึงการใช้อุปกรณ์ในการฉีดล้าง (irrigation) ในช่องปาก และใช้เครื่องช่วยดูดน้ำยาออก การฉีดล้างในช่องปากด้วยน้ำหรือน้ำยาที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดเศษอาหารที่ใหญ่ๆ แต่ไม่มีรายงานสนับสนุนว่าสามารถช่วยลดการสะสมของคราบฟันได้ (Galbraith, 1991 : 235; Holmes, 1991 : 353)

2.2 ยาสีฟัน จากการศึกษายังไม่มียี่ห้อสรุป เกี่ยวกับชนิดของยาสีฟันที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แต่มีรายงานเกี่ยวกับการใช้ฟลูออไรด์ ในการป้องกันฟันผุในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยที่ฟลูออไรด์จะรวมเข้ากับเนื้อฟัน ทำให้ฟันแข็งแรง

ลดการสลายตัวในภาวะกรด (Holmes, 1991 : 355) ดังนั้นการใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของ ฟลูออไรด์ น่าจะมีผลในการป้องกันฟันผุในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กอลเบรทและคณะ (Galbraith, et al., 1991 : 234) แนะนำว่าควรแปรงฟันพร้อมทั้งใช้ยาสีฟันในระยะ ก่อนจะมีอาการอักเสบ และเคฟเฟลอร์ (Daeffler, 1981 : 31) แนะนำว่าไม่ควรใช้ ยาสีฟันที่มีรสเผ็ด ในผู้ป่วยที่มีอาการปากอักเสบเพราะจะทำให้รู้สึกเสาร้อนในปากได้

2.3 เทคนิคการแปรงฟัน การแปรงฟันที่ถูกต้องจะช่วยขจัดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็น ต้นเหตุสำคัญของโรคปริทันต์ การแปรงฟันนั้นมีหลายวิธี แต่วิธีที่เหมาะสมคือวิธีบาสต์ดัดแปลง (modified bass technique) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ (ปราณี, 2534 : 178-179)

วางแปรงเฉียง 45 องศากับตัวฟัน จากฟันซี่สุดท้าย กดขนแปรงงาให้เข้าในร่อง เหงือกและฟัน ขยับแปรงไปมาสั้นๆประมาณ 10 ครั้ง เพื่อเน้นการแปรงบริเวณคอฟันที่อยู่ติด ขอบเหงือก แล้วบิดขนแปรงงาให้มาทางด้านบดเคี้ยวของฟัน ทำเช่นนี้ซ้ำๆกันแห่งละ 8-10 ครั้ง แปรงทีละซี่ครบทุกซี่ เริ่มจากซี่ในสุดเลื่อนออกมาจนถึงด้านหน้า แปรงทั้งด้านติดแก้มและด้าน ติดเพดาน ส่วนด้านบนของฟันหน้าทั้งด้านสว่างและด้านบน ตั้งหัวแปรงตรงขอบเหงือกแล้วบิด แปรงขึ้นลงทางด้านก้นฟัน และแปรงด้านบดเคี้ยว โดยวางแปรงด้านหน้าตัดของฟัน กดขน แปรงเบาๆ แปรงเข้าออกทั้งด้านบนและด้านสว่าง

2.4 ระยะเวลาของการแปรงฟัน แลงก์ และคณะ (Lang, et al., 1973 อ้างตาม บุญเพียร, 2524 : 47) ได้ศึกษาการแปรงฟันในระยะเวลาต่าง ๆ กัน ที่มีต่อ สุขภาพเหงือก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มให้แปรงฟันทุก 12, 48, 72 และ 96 ชั่วโมงตามลำดับ จากนั้นประเมินสภาพในช่องปาก การสะสมของแผ่นคราบฟัน และ การเกิดเหงือกอักเสบ พบว่าถ้าระยะเวลาการทำความสะอาดของช่องปากห่างกันเกิน 48 ชั่วโมง จะทำให้เกิดอาการเหงือกอักเสบ กริฟฟูและคณะ (Greifzu, et al., 1990 : 44) แนะนำว่า ควรแนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ แต่ในกรณีผู้ป่วยมีเกล็ดเลือด ต่ำกว่าระดับ 50,000 เซลล์/มม³ ควรงดการแปรงฟันเพราะจะทำให้เลือดออกได้ ควร ใช้สาลีพันปลายไม้หรือฟ้ายกข้อพันนิ้วมือทำความสะอาดแทน

2.5 การทำความสะอาดลิ้น บริเวณผิวด้านบนของลิ้นมีลักษณะหยาบ เนื่องจากมี ตุ่มรับรส (papillae) อยู่จำนวนมาก จึงเป็นแหล่งตกค้างของเศษอาหาร และมีการสะสม

ของเชื้อจุลินทรีย์ ราล์ฟ (Ralph, 1988 : 224) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพของช่องปากในคนปกติว่า นอกจากการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการบ้วนปากแล้ว ควรจะมีการแปรงหรือเช็ดถูบริเวณด้านบนของลิ้น เพื่อกำจัดเศษอาหารและลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์

3. การบ้วนปากกลั้วคอด้วยน้ำยาบ้วนปาก

การบ้วนปากและกลั้วคอด้วยน้ำยาบ้วนปาก เป็นอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญมาก สำหรับการดูแลสุขภาพในช่องปาก มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาความสะอาด บำรุงกันการติดเชื้อ และเพิ่มความชุ่มชื้น จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการรายงานถึงน้ำยาหลายชนิดดังต่อไปนี้

3.1 ไฮโดรเจน เพอร์ออกไซด์ (hydrogen peroxide) เป็นน้ำยาฆ่าเชื้อที่สามารถแตกตัวให้ออกซิเจนและน้ำ เมื่อถูกกับเอนไซม์ (enzyme) ที่อยู่ในเลือดและเนื้อเยื่อ การปล่อยออกซิเจนมีผลในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ และการเกิดฟองของมันจะช่วยขจัดคราบฟันในการใช้จะต้องผสมกับน้ำ 1 ส่วนหรือมากกว่า แล้วใช้ทันทีเพราะสลายตัวได้เร็ว ข้อเสียของน้ำยานี้คือเกิดการเกิดฟอง อาจมีอันตรายสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอได้ เช่นทำให้สำลัก ควรใช้เครื่องช่วยดูดออก น้ำยานี้ไม่ควรใช้กับแผลที่มีการงอกดี เพราะจะทำให้แผลเนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่ เดฟเฟลอร์ (Daeffler, 1986 : 429) ปฏิเสธที่จะใช้น้ำยานี้ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาการปากอักเสบ เพราะทำให้เกิดร่องที่ลิ้น และลิ้นจะเป็นสีขาว ทำให้เป็นแหล่งเชื้อรา โดยสรุปไฮโดรเจน เพอร์ออกไซด์ ไม่ใช้ทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีปากอักเสบ แต่อย่างไรก็ตามอาจมีประโยชน์ในการกำจัด เนื้อตาย สะเก็ด (crust) หรือเศษอาหาร

3.2 โซเดียมไบคาร์บอเนต (sodium bicarbonate) มีประสิทธิภาพในการกำจัดเมือก (mucous) และสะเก็ดของเยื่อ (crust) แต่รสชาดไม่ดีและมีฤทธิ์ระคายเคืองเยื่อ ถ้ามีขนาดเข้มข้นเกินไป เดฟเฟลอร์ (Daeffler, 1980 : 431) แนะนำให้ใช้น้ำยานี้เมื่อมีเมือกหนาขนาด 1 ซ่อนชา ต่อน้ำอุ่น 500 ซีซี กอลเบรทและคณะ (Galbraith, et al., 1991 : 235) กล่าวว่าผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการปากอักเสบเล็กน้อย ระดับที่เอชานช่องปาก จะมีการเปลี่ยนแปลงไปนทางที่เป็นกรด จึงแนะนำให้ใช้ 2% โซเดียมไบคาร์บอเนต

เพื่อลดความเป็นกรด โดยใช้อมบ้วนปากทุก 4 ชั่วโมง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้น้ำยา ไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์และโซเดียมไบคาร์บอเนต ได้แก่ การศึกษาของดัดแจค (Dudjak, 1987 : 131) ซึ่งเปรียบเทียบ ผลการดูแลสุขภาพ ในช่องปาก 2 แบบแผน ต่อลักษณะทางกายภาพในช่องปาก (physical condition of mouth) และการรับรู้ความรู้สึกสบายในช่องปาก ในผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 14 ราย โดยผู้ป่วย 7 รายแรกได้รับการดูแลตามแบบแผน A ซึ่งใช้ไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ครึ่งแก้ว อีก 7 รายได้รับการดูแลด้วยแบบแผน B ซึ่งใช้โซดาบิ้งขมมิง 2 ซ่อนหาผสมน้ำอุ่น 1,000 ซีซี การดูแลอื่น ๆ เหมือนกันได้แก่ ใช้แปรงขนอ่อนแปรงฟันตามแนวขวาง กลั้วคอด้วยน้ำยาที่เตรียมไว้ 1 นาที ใช้ไหมขัดฟัน อมฟลูออไรด์วันละ 5 นาที ทาครีมฟันด้วยวาสลีนถ้ารู้สึกแห้งมาก การดูแลแต่ละแบบแผนทำทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าลักษณะในช่องปากของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลงทั้งสองกลุ่ม กลุ่มที่ใช้ไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์รู้สึกสบายกว่ากลุ่มที่ใช้โซเดียมไบคาร์บอเนต

3.3 คลอเฮกซิดีน (chlorhexidine) เป็นน้ำยาที่มีฤทธิ์ต่อต้านเชื้อจุลินทรีย์ ผลการวิจัยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527-2532 แสดงให้เห็นว่าน้ำยาคลอเฮกซิดีน มีประสิทธิภาพในการลดเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ลดความรุนแรงของอาการปากอักเสบ ในผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไขกระดูก และช่วยลดการสะสมของแผ่นคราบฟันได้ (Crosby, 1989 : 41 ; Galbraith, 1991 : 234) เช่น

การศึกษาของแมคกอร์และคณะ (McGaw, et al., 1985 : 275) ได้ศึกษาผล การใช้น้ำยาคลอเฮกซิดีน เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนในช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับเคมีบำบัด ในระยะชักนำให้โรคสงบ (remission-induction) จำนวน 14 ราย กลุ่มทดลองให้บ้วนปากด้วยน้ำยา 0.1% คลอเฮกซิดีน จำนวน 10 ซีซี นานครั้งละ 2 นาที วันละ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมให้บ้วนปากด้วยน้ำยาหลอก (placebo) และทำการประเมิน ระดับคะแนนของคราบฟัน (Dental plaque score) คะแนนของอาการเหงือกอักเสบ (gingivitis score) คะแนนของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis score) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของคราบฟันและอาการเหงือกอักเสบ ของกลุ่มทดลองต่ำกว่า กลุ่มควบคุม สำหรับคะแนนเฉลี่ยของเยื่อช่องปากอักเสบใน 2 สัปดาห์แรกไม่แตกต่างกัน แต่

ในสัปดาห์ที่ 3-4 คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าจำนวนเชื้อราในช่องปากลดลง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า น้ำยาคลอเฮกซิดีนไม่สามารถป้องกันการเกิด แต่ช่วยลดระยะเวลาการเกิดและความรุนแรง ของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ จากผลของเคมีบำบัดได้

การศึกษาของเพิร์สสันและคณะ (Persson, et al., 1991 : 184) เกี่ยวกับผลการบ้วนปากด้วยคลอเฮกซิดีน ต่อจำนวนของสเตรปโตคอคคัส มิวแทน (*Streptococcus mutans*) แลคโตแบซิลลัส (*Lactobacillus*) แคนดิดา อัลบิแคน (*Candida albicans*) และสภาพของเหงือกและฟัน ในกลุ่มผู้สูงอายุ 42 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้บ้วนปากด้วยน้ำยาคลอเฮกซิดีน 0.12 % วันละครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 บ้วนปากด้วยน้ำยาเดียวกันสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าจำนวนเชื้อสเตรปโตคอคคัส มิวแทน แลคโตแบซิลลัส และแคนดิดาอัลบิแคน มีจำนวนลดลงทั้งสองกลุ่ม สภาพของเหงือกและฟันมีการปรับปรุงดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม

น้ำยาคลอเฮกซิดีนไม่ดูดซึมทางระบบทางเดินอาหาร ไม่มีรายงานของการเกิดพิษต่อร่างกาย นอกจากผลเฉพาะที่ คือทำให้เยื่อช่องปากและฟันเกิดสีน้ำตาลเมื่อใช้ไปนานๆ และการรับรสเปลี่ยนแปลง (Epstein, et al., 1989 : 401)

3.4 น้ำเกลือ (sodium chloride solution 0.9%) เป็นตัวทำความสะอาด ช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ (granulation) จึงส่งเสริมการหายของแผล เป็นสารละลายไอโซโทนิก (isotonic) ไม่ระคายเคือง มีผลยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียได้เล็กน้อย (Maurer, 1977 : 680) ราคาถูกและใช้ได้สะดวก น้ำเกลือเป็นน้ำยาทำความสะอาด ที่ถูกแนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆที่ได้รับเคมีบำบัด และใช้ในการรักษาแบบประคับประคองภาวะเหงือกอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีที่ศีรษะและคอ ขนาดที่ใช้คือเกลือ 1 ช้อนชา (9 กรัม) ผสมน้ำ 1,000 ซีซี แต่น้ำเกลือไม่มีประสิทธิภาพในการขจัดเมือก เศษอาหาร หรือคราบหินที่แข็งๆ (Daeffler, 1980b : 431) การวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของน้ำเกลือ ในการทำความสะอาดในช่องปากได้แก่ การศึกษาของบุญเพ็ชร (2524) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการดูแลช่องปากแบบธรรมดา และการดูแลช่องปากเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันและควบคุม การเกิดอาการแทรกซ้อนภายในช่องปาก

เนื่องจากผลของเคมีบำบัด ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 10 ราย ตัวอย่าง
 ทุกรายจะถูกศึกษาทั้งระยะควบคุมและระยะทดลอง โดยใช้แผนการทดลองแบบสลับ ในระยะ
 ควบคุม ตัวอย่างจะได้รับการดูแลช่องปากแบบธรรมดา ได้แก่การให้ตัวอย่างบ้วนปากกลั้วคอ
 ด้วยน้ำเกลือธรรมดาวันละ 2 ครั้ง เวลา 9.00 น. และ 18.00 น. ส่วนในระยะทดลองตัว
 อย่างจะได้รับการดูแลช่องปากเป็นพิเศษ ซึ่งประกอบด้วยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี การบ้วนปาก
 กลั้วคอด้วยน้ำเกลือธรรมดาทุก 4 ชั่วโมง ทาครีมสีปากด้วยกลีเซอรีนเบอแรกซ์ แล้วประเมิน
 ช่องปากในวันที่ 10 ส่วนที่ประเมินได้แก่ ริมฝีปาก ฟัน เหงือก เยื่อบุกระพุ้งแก้ม ผลการ
 ศึกษาสรุปว่าการดูแลช่องปากเป็นพิเศษ จะมีผลทำให้ลักษณะริมฝีปาก ฟัน และเหงือก ดีกว่า
 การดูแลช่องปากแบบธรรมดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ แต่แตกต่างกันเฉพาะ
 วันที่ 1, 3 และ 8 ส่วนลักษณะเยื่อบุกระพุ้งแก้มและลิ้นไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม
 พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อในช่องปากลดลง ทั้งนี้เนื่องจากน้ำเกลือมีผลในการเปลี่ยนแปลง
 เมตาบอลิซึม (metabolism) ของคราบฟัน กาจจัดสารที่เป็นพิษ เช่นไลโปโพลีแซคคาไรด์
 (lipopolysaccharides) บนผิวฟัน ดังนั้นน้ำเกลือจึงช่วยป้องกันการติดเชื้อได้ระดับหนึ่ง
 (Ciancio, 1990 : 24)

เดฟเฟอร์ (Daeffler, 1981 : 30) ได้กล่าวถึงน้ำยาในอุดมคติว่า ควรจะมี
 คุณสมบัติในการต่อต้านเชื้อจุลินทรีย์ได้ ช่วยลดสภาพความเป็นกรด ไม่ระคายเคืองเยื่อเมือก
 ทำให้เยื่อเมือกชุ่มชื้น สามารถจัดคราบฟันและเศษอาหารได้ และรสชาติดี แต่ความจริงแล้ว
 สารที่กล่าวถึงข้างต้น มักจะเข้าเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งไม่เข้าทั้งหมด ดังนั้นการเลือกใช้น้ำยาบ้วน
 ปาก จึงควรเลือกตามสภาพในช่องปากหรือตามวัตถุประสงค์ที่จะใช้

4 การบรรเทาความไม่สบายจากอาการน้ำลายแห้งและอาการเจ็บแผลในปาก

การดูแลสุขภาพในช่องปาก ในส่วนที่เกี่ยวกับการลดความไม่สบาย ได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

4.1 การบรรเทาความไม่สบายจากอาการน้ำลายแห้ง (xerotomia) อาจใช้น้ำลาย
 เทียม (artificial saliva) เช่น sero-lube 5-10 หยด หยดในปากทุก 2 ชั่วโมง
 (Ostechga, 1980 : 50) หรือให้เคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย
 (Wright, et al., 1985 : 45) ในการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปากแห้ง อาจใช้สาร

ต่างๆ เหล่านี้ เช่น วาสลิน กัสเซอรีน และควายเยลลี่ (KY jelly) และใช้ควายเยลลี่ หรือกัสเซอรีน สำหรับทาเคลือบเยื่อภายในช่องปาก เพื่อเคลือบผิวหนังชั้นบน ป้องกันการระคายเคืองจากภายนอก แต่การใช้กัสเซอรีนควรใช้ในขนาดเจือจาง 20% ซึ่งจะมีฤทธิ์เป็นตัวเพิ่มความชุ่มชื้น แต่ถ้าความเข้มข้นสูงถึง 40% หรือเป็นกัสเซอรีนบริสุทธิ์ จะทำให้เยื่อแห้งได้ แต่สารเหล่านี้จะทำให้ชุ่มชื้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ (Daeffler, 1980b : 429) ดังนั้นการช่วยยาก็ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ คืออย่างน้อยวันละ 3 ลิตร จะทำให้เยื่อชุ่มชื้นได้มากกว่า (Crosby, 1989 : 40)

4.2 การบรรเทาอาการเจ็บแผลในเยื่อช่องปาก แผลในช่องปากจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บได้มากแม้จะยังไม่มีการติดเชื้อ ตามปกติแพทย์จะสั่งยาบรรเทาอาการเจ็บปวดบางชนิดไว้ เช่น 2%ไซโลเคนวิสคัส (xylocaine viscous) ซึ่งยานี้จะมีประสิทธิภาพเพียง 2-3 นาที จึงควรให้ผู้ป่วยอมชิ้นปากก่อนรับประทานอาหาร 15-20 นาที เพื่อบรรเทาอาการเจ็บเมื่อกลืนอาหาร ขนาดที่ใช้คือ ครั้งละ 15 ซีซี ไม่เกิน 8 ครั้งใน 24 ชั่วโมง หรือไม่เกินทุก 3 ชั่วโมง เพราะแม้ว่าจะมีการดูดซึมไปทั่วร่างกายได้น้อยมาก แต่ก็อาจมีผลกระบวนประสาทส่วนกลาง หรือทำให้หัวใจเต้นเร็วได้ (Daeffler, 1980b : 431) หรือทำด้วยยาออร่าเบส (orabase) ทุก 2-3 ชั่วโมง ยกเว้นในกรณีที่มีการติดเชื้อ (Stephen, 1993 : 2390) อาการเจ็บแผลอาจบรรเทาได้ ถ้ารับประทานอาหารที่เหมาะสม คือผู้ป่วยที่มีเยื่อช่องปากอักเสบควรรับประทานอาหารอ่อน หรืออาหารเหลว หลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อน อาหารรสจัด เครื่องเทศ น้ำผลไม้ที่เป็นกรด อาหารเย็นๆ จะเหมาะสมที่สุด เพราะความเย็นจะช่วยลดอาการเจ็บปวดได้ (Daeffler, 1981 : 32)

ความถี่ของการดูแลสุขภาพในช่องปาก เดวัลท์ (Dewalth, 1975 : 104) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของช่องปากในสูงอายุ จำนวน 11 ราย โดยเปรียบเทียบลักษณะเยื่อภายในช่องปากภายหลังการดูแลช่องปากทุก 2, 3 และ 4 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพของช่องปากทุก 4 ชั่วโมง จะมีผลดีที่สุดในการเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เนื้อเยื่อภายในช่องปาก และเคฟเฟลอร์ (Daeffler, 1981 : 36) แนะนำว่าในกรณีที่มีอาการของเยื่อช่องปากอักเสบขนาดเล็กน้อย การดูแลสุขภาพของช่องปากควรทำทุก 4 ชั่วโมงขณะตื่น แต่ถ้ามีอาการเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงขึ้น ควรทำทุก 2 ชั่วโมง

นอกจากการดูแลที่จำเป็นทั้ง 4 ประการ ความสม่ำเสมอในการดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญ อีกประการหนึ่ง งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปาก อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดผลดีกับสุขภาพในช่องปากมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง สามารถใช้ทฤษฎีทาง การพยาบาลเช่น ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) หรือแนวคิดอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และทฤษฎีการเรียนรู้ ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

โอเร็มให้ความหมายของการดูแลตนเอง (self-care) ว่าหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรม ที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งเมื่อทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง การทำหน้าที่ และพัฒนาการดำเนิน ไปถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล (Orem, 1985 อ้างตามสมจิต, 2534 :8)

และโอเร็มได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของ ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ระบบการพยาบาล (nursing system) ไว้ดังนี้ (สมจิต, 2534 : 1-37)

1.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง โอเร็มเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการ ดูแลตนเอง โดยบุคคลที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขเติบโต จะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธี การที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อพัฒนาการของตนเอง

1.2 ความพร่องในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองอาจถูก กระทบได้ จากภาวะสุขภาพและองค์ประกอบภายในภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลใช้ความสามารถ ของตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามรถจะใช้ได้เลย หรือปริมาณและคุณภาพของความ

สามารถในการดูแลตนเอง ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง) ทำให้บุคคลต้องการการพยาบาล

1.3 ระบบการพยาบาล การพยาบาลทำเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล หรือเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้รับการตอบสนอง ซึ่งระบบการพยาบาลที่ใช้มี 3 ระบบคือ ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

กระบวนการพยาบาลที่นำมาใช้ในคลินิกานแนวคิดของโอ เร็มมีขึ้นตอนดังต่อไปนี้ (สมจิต, 2534 : 49)

ขั้นที่ 1 กำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งในที่นี้หมายถึงกิจกรรมการดูแลสุขภาพสุขภาพของช่องปาก ที่ควรกระทำในระยะที่ให้เคมีบำบัด สื่อสารให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญและประโยชน์ เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาและตัดสินใจกระทำ

ขั้นที่ 2 ตัดสินว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าไม่ได้ปฏิบัติตัดสินข้อจำกัดของการกระทำว่าเนื่องจาก ข้อจำกัดในเรื่องการใช้ทักษะกระบวนการคิดและการตัดสินใจ จากการขาดพลังงานและความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว หรือมีข้อจำกัดในเรื่องการจัดกระทำ

ขั้นที่ 3 วิจัยถึงความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงข้อจำกัดในการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

ขั้นที่ 4 เลือกวิธีการช่วยเหลือ โดยพิจารณาความจำเป็นว่าควรเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง หรือไม่จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต หรือการดูแลตนเองนั้นต้องใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน ดังนั้นพยาบาลจะเป็นผู้สนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดให้ผู้ป่วยแทน ซึ่งวิธีการช่วยเหลือมีด้วยกัน 5 วิธีคือ

4.1 การกระทำให้ (doing for) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถทางร่างกายและสติปัญญา หรือวิธีการดูแลตนเองนั้นต้องใช้เทคนิคเฉพาะ แต่ในกรณีที่มีบางส่วนที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลตนเอง และพยาบาลทำให้ทดแทนบางส่วน

4.2 การชี้แนะและให้แนวทาง (guiding) ใช้เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ภายใต้อาณัติได้ พยาบาลจะให้ข้อมูลที่จำเป็น ผู้รับบริการเป็นผู้รับ คิด และเลือกใช้ข้อมูล ต่างๆในการดูแลตนเอง

4.3 การสนับสนุน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามและริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลตนเอง แม้จะอยู่ในภาวะเครียดหรือความทุกข์ ซึ่งอาจเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย เช่นช่วยย้ให้ผู้ป่วยหัดเดิน หรือเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจเช่น เข้าใจ รับฟัง ให้กำลังใจ

4.4 การสอน ใช้เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้และ ทักษะบางประการ

4.5 การจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลตนเอง ได้แก่การเป็นผู้จัดหาหรือ ปรับสภาพแวดล้อมที่จำเป็น หรือติดต่อกับบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย

การศึกษาที่แสดงถึงผลการใช้ระบบการพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็ม ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเช่น การศึกษาของสมจิต และคณะ (2534 : 19) ซึ่งศึกษา ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วย มะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และมะเร็งปากมดลูก จำนวน 142 ราย กลุ่มทดลองได้รับความรู้และได้รับการสนับสนุนให้ดูแลตนเองในเรื่องของ ประโยชน์ของรังสีรักษา วิธีการเตรียมตัว การใช้ระบบบริการของหน่วยรังสี สิ่งที่ต้องประสบ ขณะรับรังสี การดูแลตนเองในขณะที่เกิดอาการแทรกซ้อน การมาพบแพทย์ตามนัด และการฟื้นฟู สภาพ และวัดคะแนนคุณภาพชีวิตและคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน 4 ช่วงคือ ก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา เมื่อสิ้นสุดรังสีรักษา และเมื่อมาตรวจตามนัด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแล ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษา และเมื่อมาตรวจตามนัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ สมจิต และ พิบูล (2534 : 1) ซึ่งศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพ ของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตามคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบ ทฤษฎีซึ่งประยุกต์มาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีของคิง ต่อการฟื้นฟูสภาพ

ภายหลังผ่าตัดและความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
 นี้วเนไต จำนวน 40 ราย โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย ผู้ป่วย
 ในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตามคู่มือที่สร้างขึ้น ร่วมกับการ
 พยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ จากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า
 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดดีกว่า และมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่
 ได้รับ สูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม กล่าวคือ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดในวันที่ 1, 2
 และ 3 หลังผ่าตัดต่ำกว่า จำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในวันที่ 1, 2 และ 3 น้อยกว่า
 จำนวนครั้งของการลุกเดินในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดมากกว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อน
 หลังผ่าตัดน้อยกว่า จำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่า ดังนั้นผลการศึกษานี้
 จึงสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มในการนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2. การสนับสนุนทางสังคม (social support)

สมจิต (2534 : 133) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึง การที่
 บุคคลได้รับความช่วยเหลือประคับประคอง จากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมทั้งครอบครัวด้วย
 คอพบ์ และเซฟเพอ (Cobb & Schaefer อ้างตาม วรณวิมล, 2534 : 28) ได้แบ่งการ
 สนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ประการคือ

2.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ซึ่งได้แก่การได้รับความรัก
 ความเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจ

2.2 การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า ซึ่งได้แก่ ได้รับการทักทาย การเคารพ
 การยอมรับต่อการแสดงออก การให้เกียรติและให้โอกาส

2.3 การได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม คือความรู้สึกเป็นเจ้าของ
 และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

2.4 การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร อาจเป็นข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ
 ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

2.5 การได้รับการช่วยเหลือด้าน สิ่งของ แรงงาน และบริการ

แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย กล่าวคือ ต่อภาวะสุขภาพทำให้บุคคลมีความมั่นคงทางอารมณ์ เนื่องจากได้รับความรักและการเอาใจใส่ ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกันทำงานดีขึ้น อันจะส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง ผลต่อพฤติกรรมอนามัย จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี (Cohen & Will, 1985 : 310-313)

การนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง สามารถทำได้ 2 ทางคือ (จรรยาวัตร, 2531 :102)

- 1 ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอให้เพียงพอ
- 2 ใช้เพื่อการสนับสนุนโดยตรง ด้วยการให้ความช่วยเหลือ อาจเป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้ การพยาบาล และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

ในการนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ ควรพิจารณาถึงความต้องการและชนิดของแรงสนับสนุนที่บุคคลนั้นพึงอยู่ ดังเช่น วอทแมน (Wortman, 1984 : 2364) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเอง เช่น การศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1989 : 21-27) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 112 ราย ซึ่งวัดด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรียม และใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค (Norbeck) ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีที่สุด

นอกจากนี้ จิรภา (2533 : 164-165) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย ซึ่งวัดด้วยแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์ส และคณะ (Evers, et al.) และใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัวของแบรนด์ (Brand) และ ไวเบอร์ก (Weiberg) เพื่อวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกัน

3. ความหวัง (hope)

สโตนแลนด์ (Stotland cited by Raleigh, 1992 : 443) ได้ให้ความหมายของความหวังว่า เป็นสภาวะทางด้านจิตใจที่คิดว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และรู้สึกถึงความเป็นไปได้ ความรู้สึกสิ้นหวังเป็นภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ ชีวิตของเขาไร้ความหมาย ไม่มีอนาคต หมกหมุ่นทางที่จะช่วยตนเอง ก่อให้เกิดความกังวล ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง การมีความหวังทำให้ผู้ป่วยอดทนต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น มีกำลังใจ พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา รู้สึกว่าปัญหาที่มีอยู่สามารถแก้ไขได้ มีความรู้สึกที่ดีต่ออนาคต บรรารณาก็จะมีชีวิตอยู่ เกิดแรงจูงใจที่จะติดตามการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมนสุขภาพ กล้าที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น (สายพิณ, 2532 : 78)

การใช้ความหวังในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เริ่มจากการประเมินความรู้สึกสิ้นหวังของผู้ป่วย โดยประเมินจาก คำพูดของผู้ป่วยที่แสดงถึงความรู้สึกสิ้นหวัง จากพฤติกรรม เช่นไม่สนใจดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แยกตัวเอง พยายามที่จะฆ่าตัวตาย เป็นต้น หรือประเมินจากการแสดงออกทางด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล สูง ซึมเศร้า เสียใจ เมื่อรวบรวมข้อมูลจากทั้งสามส่วนได้แล้ว ให้การวินิจฉัยว่าความรู้สึกสิ้นหวังเนื่องจากสาเหตุใด และทำการเสริมสร้างความหวังตามสภาพปัญหา

วิธีการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ (Hickey, 1986 : 135-137)

3.1 ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย และเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์ที่ได้รับ

3.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายสังคม โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว

3.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยศรัทธาในศาสนา และได้ปฏิบัติกิจทางศาสนาตามศรัทธา ช่วยเหลือที่พึ่งทางใจ อันจะนำมาซึ่งความหวังได้

3.4 การสร้างเสริมอารมณ์ขัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพอารมณ์ที่ดี และมีทัศนคติในทางบวกต่อตนเองและความเจ็บป่วย

3.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริง ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้สำเร็จ เพื่อเป็นการให้กำลังใจ

การศึกษาถึงสิ่งที่ช่วยสร้างความหวังในผู้ป่วย เช่นการศึกษาของ เฮิร์ธ (Herth, 1986 : 1254) ซึ่งศึกษาถึงสิ่งที่ช่วยทำให้เกิดความหวังในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคปอด และผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 30 ราย ซึ่งอยู่ในระยะสุดท้าย (terminally-ill) ในสถานดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวัง (hospice home care) ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยยังมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ ได้แก่ การได้มีโอกาสสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวและบุคลากรที่ให้การดูแล การตั้งเป้าหมายในระยะสั้น และพยายามทำให้สำเร็จ เช่น การลดความเจ็บปวดในแต่ละวัน การนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์และการปฏิบัติกิจทางศาสนา การได้หัวเราะและทำในสิ่งที่สนุกสนาน การนึกถึงเหตุการณ์ที่มีความสุขในอดีต การได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นอย่างมีคุณค่าในความเป็นมนุษย์

การศึกษาที่แสดงถึงผลของการเสริมสร้างความหวังต่อการดูแลตนเอง เช่นการศึกษาของ บิวเลอร์ (Buehler, 1975 อ้างตาม สายพิณ, 2532 : 75) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะร้าวที่ได้รับรังสีรักษา จะหวังชีวิตและไม่แน่ใจในอนาคต แต่เมื่อได้รับความเข้าใจในการรักษาจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยจะมีความหวังในการรักษา มีระดับความอดทนต่ออาการข้างเคียงดีขึ้น รับรู้ว่าการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ และดูแลตนเองตามคำแนะนำมากขึ้น

4. ทฤษฎีการเรียนรู้

การเรียนรู้หมายถึงกระบวนการที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม ไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์ หรือได้รับการฝึกฝน (กมลรัตน์, 2528 : 126) ซึ่งทฤษฎีการเรียนรู้แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆคือ กลุ่มทฤษฎีการต่อเนื่อง (associative theories) และกลุ่มทฤษฎีการใช้ความเข้าใจ (cognitive theories) (สมบุญ, 2518 : 266-271)

4.1 กลุ่มทฤษฎีการต่อเนื่อง มีความเชื่อว่าเมื่อบุคคลประสบกับสิ่งเร้า บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง กระบวนการเรียนรู้คือการสร้างสถานการณ์เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนนำเอาปฏิกิริยาตอบสนองออกมาใช้บ่อยๆ ผลที่เกิดขึ้นคือผลของการเรียนรู้

4.2 กลุ่มทฤษฎีการใช้ความเข้าใจ เชื่อว่าเมื่อบุคคลประสบสิ่งเร้า จะไม่แสดงปฏิกิริยา

ออกมาทันที แต่จะต้องผ่านกระบวนการคิด เมื่อนำมาใช้ในกระบวนการเรียนการสอน บทบาทของผู้สอนคือการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ด้วยการพัฒนาความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง

การนำเอากลุ่มแนวคิดทั้งสองมาประยุกต์ คือก่อนจะให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติจะต้องทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งเสียก่อน และการให้ฝึกปฏิบัติบ่อยๆ จะทำให้เกิดทักษะในเรื่องที่เข้าใจคืออยู่แล้ว (สมบุรณ์, 2518 : 316)

นอกจากนี้ในทฤษฎีของ ธอร์นไดค์ (Thorndike) ซึ่งเป็นทฤษฎีในกลุ่มการต่อเนื่อง ได้กล่าวถึงกฎแห่งความพร้อม (law of readiness) ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นที่สุดเมื่อผู้เรียนมีความพร้อม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (กมลรัตน์, 2528 : 220)

การส่งเสริมให้ผู้ช่วยดูแลตนเอง เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างหนึ่ง เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ช่วยจากที่ไม่ดูแลตนเองมาเป็นดูแลตนเอง ดังนั้นในการสอนผู้ช่วย ต้องอธิบายให้ผู้ช่วยเข้าใจถึงเหตุผลในการดูแลตนเองอย่างแจ่มแจ้ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรียม ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย

(deliberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย การพิจารณาและตัดสินใจ และการลงมือกระทำ การที่บุคคลจะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำเหมาะสมกับสภาวะการณั้ๆ ดังนั้นการส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง จะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำนั้น โดยให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อให้บุคคลพิจารณาและตัดสินใจทำการดูแลตนเอง (สมจิต, 2534 : 10-11)

ในกระบวนการสอนควรให้ผู้ช่วยได้มีโอกาสสัมผัสฝึกหัดการกระทำต่างๆ ในการดูแลตนเอง จะทำให้การเรียนรู้เพิ่มขึ้น (สมจิต, 2534 : 34)

ความพร้อมของผู้ช่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้เช่น ผู้ช่วยอ่อนแอเสีย มีใช้สูงคลื่นไส้อาเจียน อยู่ในภาวะเครียดหรือสิ้นหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ควรรอให้ผู้ช่วยผ่านพ้นสภาวะเช่นนี้ไปก่อน ถ้าจำเป็นต้องสอนต้องสอนให้แจ่มชัด เฉพาะเจาะจงใช้เวลาสั้นๆ (สมจิต, 2534 : 33)

การศึกษาที่แสดงถึงการช่วยให้ผู้ช่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเอง

มีผลทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้นได้แก่ การศึกษาของ ดอดด์ (Dodd, 1983 : 63-67) ได้ทดสอบประสิทธิผลของการให้การพยาบาล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดและการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 48 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม แล้วสุ่มให้แต่ละกลุ่มได้รับข้อมูลแตกต่างกัน กลุ่มที่ 1 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของเคมีบำบัดอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง กลุ่มที่ 3 ได้รับข้อมูลทั้งหมดทั้งที่กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ได้รับ กลุ่มที่ 4 ไม่ได้รับข้อมูลพิเศษใดๆ แต่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้ง 4 กลุ่มได้รับการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง และวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระยะ 4-9 สัปดาห์ต่อมา ด้วยแบบวัดที่ดอดด์สร้างขึ้นเองตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม และเลวิน (levin) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการได้รับข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า เคมีบำบัดทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากที่สำคัญ 4 ประการคือ อาการเยื่อช่องปากอักเสบ การติดเชื้อชนิดต่างๆ การมีเลือดออกในช่องปาก และอาการน้ำลายแห้ง การดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยวิธีที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันน้ำให้มีการทำลายของเยื่อช่องปากมากขึ้น ป้องกันฟันผุ บรรเทาความไม่สบาย และช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ซึ่งการดูแลสุขภาพของช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดควรประกอบด้วย การประเมินช่องปากเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น การแปรงฟันอย่างถูกวิธีเพื่อกำจัดเศษอาหารและคราบหิน การบ้วนปากด้วยน้ำยาที่เหมาะสมเพื่อทำความสะอาดช่องปากและป้องกันการติดเชื้อ และการบรรเทาความไม่สบายจากการเจ็บแผลในปากหรือจากอาการน้ำลายแห้ง โดยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ทาครีมสีปากด้วยสารที่ทำให้ความชุ่มชื้น เลือกรับประทานอาหารที่ไม่ระคายเคือง อมกลืนด้วยยาชาก่อนรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตามควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เช่น ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม แรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และทฤษฎีการเรียนรู้ เป็นต้น

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบบที่จะกล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการวิจัย การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล เรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการนำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ มาใช้ในการพัฒนากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหารูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ สามารถนำผลไปใช้และเผยแพร่ได้ (อาภรณ์, 2534 : 4) ซึ่งลักษณะงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีด้วยกัน 3 ระดับคือ (Holter & Schwart, 1993 : 1067)

1. Technical collaborative approach

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะทดสอบกิจกรรมเฉพาะอย่าง โดยมีกรอบทฤษฎีเป็นพื้นฐาน เพื่อให้ทราบว่ากิจกรรมที่ต้องการพัฒนาที่ประยุกต์ขึ้น สามารถใช้ปฏิบัติได้หรือไม่ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดรูปแบบที่ต้องการพัฒนาและกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานสนใจ และตกลงเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมนั้น

2. Mutual collaboration approach

เป็นการที่ผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงาน ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน เพื่อทำความเข้าใจในลักษณะของปัญหาและสาเหตุของปัญหา พร้อมกับเริ่มวางแผนเพื่อทำการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน

3. Enhancement approach

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับนี้ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อส่งเสริมให้

ผู้ปฏิบัติงานเผชิญกับปัญหาอย่างใกล้ชิด ทำความเข้าใจสาเหตุของปัญหา และทฤษฎีที่สามารถอธิบายหรือแก้ปัญหานั้นได้ และเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานวินิจฉัยปัญหาจากการประมวลความคิดด้วยตัวของพวกเขาเอง โดยผู้วิจัยตั้งคำถามเพื่อสะท้อนกิจกรรมที่ผู้ปฏิบัติงานได้ปฏิบัติอยู่ และชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่และหลักการที่ควรปฏิบัติ จากการอภิปรายร่วมกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดปัญหาและข้อโต้แย้งด้วยตนเอง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นการริเริ่มโดยผู้ปฏิบัติงาน มีผลทำให้เกิดการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานเพื่อแก้ปัญหของผู้ปฏิบัติงาน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในการศึกษาระดับมหาบัณฑิต ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาที่ศึกษา จึงทำการศึกษาเพียงระดับ technical collaborative approach คือเป็นการกระตุ้นให้ผู้ช่วยสนใจ และตกลงเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของปากที่พัฒนาขึ้นร่วมกัน

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เคมมิสและแมคแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1981 อ้างตาม อภรณ์, 2534 : 5) ได้เสนอแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research spiral) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆคือ การวางแผน (planning) การปฏิบัติและสังเกต (acting & observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) และการปรับปรุงแผน (re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงาน ที่เป็นที่ยอมรับ วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่างๆตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การใช้ข้อมูลจากเอกสาร และการประชุมกลุ่ม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้อาศัยวิธีการอื่นๆร่วมด้วยเช่น การจดบันทึกภาคสนาม การถ่ายรูป การบันทึกเทป การบันทึกวีดีโอทัศน์ เป็นต้น การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (triangulation techniques) เพื่อเป็นการยืนยันด้วยข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อทดสอบความเป็นจริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้นๆ จากข้อมูลที่เป็นตัวอักษร คำบรรยาย หรือรูปภาพ ฯลฯ นำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูลและแยกประเภท (coding and classification techniques) เพื่อนำมาสรุปประมวลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี (proposition) (อภรณ์, 2534 : 6-7)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนก อายุรกรรมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2535 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2535

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 10 ราย โดยเลือกจากแผนกอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง ซึ่งลักษณะของหอผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยสามฤดูรวม รับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ป่วยด้วยโรค ทางอายุรกรรม การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัด อายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป
 2. เข้าใจภาษาไทย สื่อภาษาโดยการพูดได้
 3. ระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้ปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันได้ ในกรณีผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระยะแรก แต่ต่อมาผู้ป่วยมีปัญหา สุขภาพ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จะทำการศึกษาต่อไปโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติให้ทดแทน
- ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยแต่ละราย เฉลี่ยรายละ 3-4 สัปดาห์ โดย สิ้นสุดการศึกษาในแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลและสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ตาม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้อย่างอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และอาการแทรกซ้อนในช่องปากหายเป็นปกติ รวมระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาใช้เวลา 6 เดือน

เครื่องมือในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน โรคในช่องปากก่อนการ รักษาด้วยเคมีบำบัด การดูแลสุขภาพของช่องปากตามปกติ การวินิจฉัยโรค ครั้งที่ของการ

- ได้รับเคมีบำบัดในการรักษาครั้งนี้ และชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ (ภาคผนวก ก)
2. แบบบันทึกข้อมูลด้านร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย อุณหภูมิของร่างกาย จำนวนสารน้ำเข้าออก ต่อวัน จำนวนเม็ดเลือดขาวเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือด คะแนนประเมินในช่องปาก ลักษณะอาการแทรกซ้อนในช่องปากและการรักษาที่ได้รับ (ภาคผนวก ข)
3. เครื่องมือประเมินช่องปาก เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยไอเลอร์สและคณะ (Eilers et al., 1988 : 326) ประกอบด้วยส่วนที่ประเมิน 8 รายการ ได้แก่ เสียง การกลืน ลิ้น ริมฝีปาก น้ำลาย เยื่อหู เหงือก ฟันและบริเวณที่ใส่ฟันปลอม ในแต่ละรายการมีการให้คะแนน เป็น 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 3 คะแนน 1 หมายถึงมีลักษณะปกติ คะแนน 2 หมายถึงมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึงมีความผิดปกติจากเคมีบำบัด วิธีการให้คะแนนโดยนำคะแนนที่ประเมินได้ในแต่ละรายการมารวมกัน คะแนนรวม 8 หมายถึงลักษณะในช่องปากปกติ คะแนนรวม 24 หมายถึงทุกส่วนของช่องปาก มีอาการแทรกซ้อนจากผลของเคมีบำบัด (Zerbe, et al., 1992 : 200) เครื่องมือนี้นำมาใช้เพื่อช่วยในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของช่องปากให้ครอบคลุมทุกส่วน และใช้เพื่อประเมินผลการดูแลสุขภาพในช่องปากด้วยตนเองของผู้ป่วย (ภาคผนวก ค)
4. รูปภาพแสดงการติดเชื้อในช่องปาก และแสดงวิธีการตรวจในช่องปาก นำมาใช้ประกอบการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย (ภาคผนวก ง)

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองนี้ ทำตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสรุปได้ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

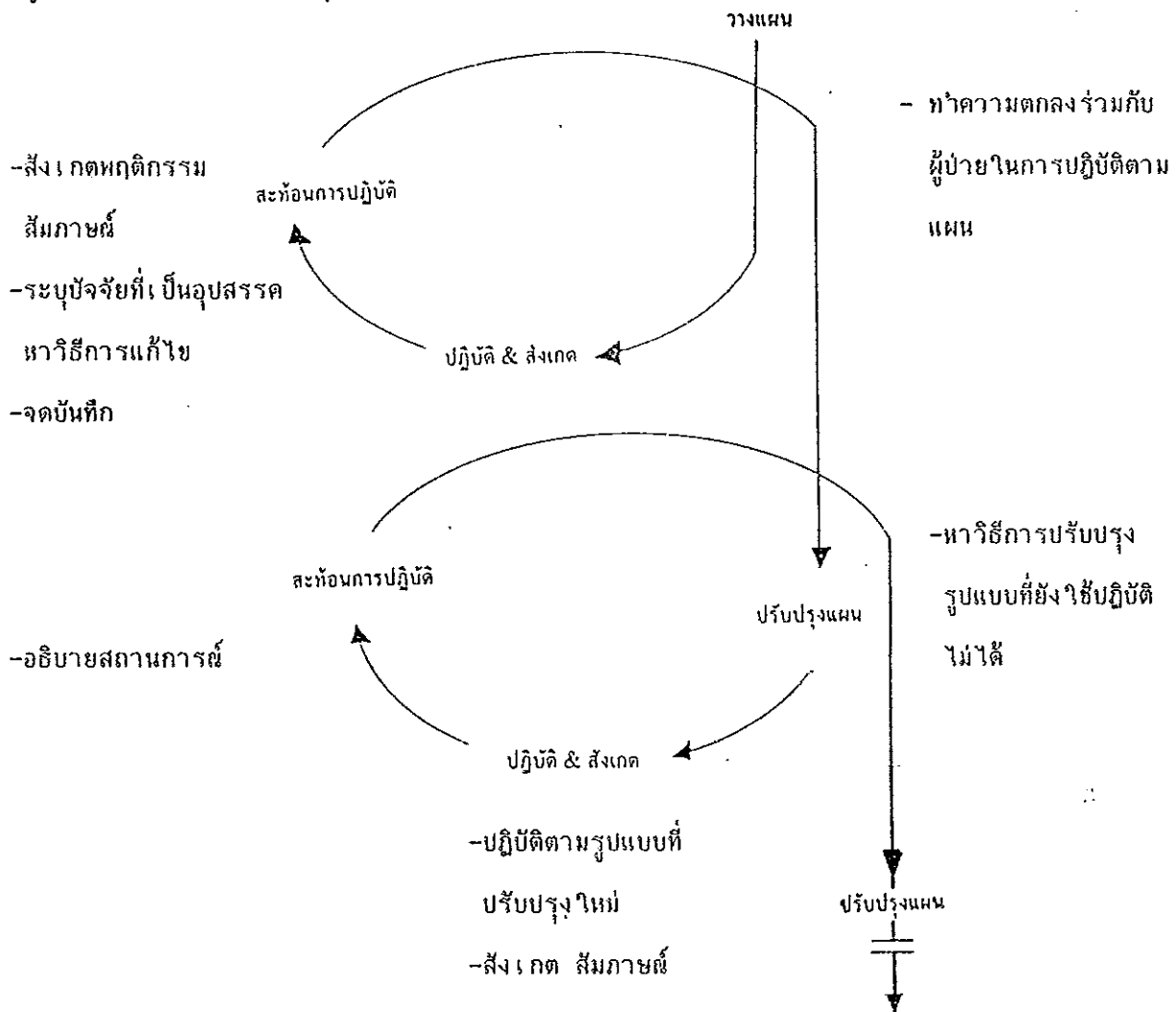
1. การวางแผน

1.1 เริ่มจากการสำรวจแนวคิดเบื้องต้น (reconnaissance) เป็นการวิเคราะห์กิจกรรมที่ต้องการพัฒนา ระบุปัญหาและข้อโต้แย้งต่างๆ เช่นขัดแย้งระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ จากนั้นทำการรวบรวมหลักการปฏิบัติจากทฤษฎี เพื่อนำมาวางแผนงานขั้นต้น จากการศึกษาการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ในแผนก

แผนภูมิ 1. แสดง ขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพของ ช่องปากด้วยตนเองตามขั้นตอนของ
 วจารการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

อธิบายเกี่ยวกับ

- ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค
- ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริม
- วิธีการส่งเสริมที่เหมาะสม
- รูปแบบที่ได้และที่ต้องปรับปรุง
- สำรวจแนวคิดเบื้องต้น เพื่อระบุปัญหา
- รวบรวมหลักการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง



- รูปแบบการดูแลสุขภาพของ ช่องปากด้วยตนเอง
- แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

อายุรกรรมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทำให้พบสิ่งที่เป็นปัญหา 3 ประการคือ

1.1.1 การดูแลสุขภาพของช่องปากที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ ยังไม่ครอบคลุมปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากผลของเคมีบำบัด และหลักการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่

1.1.1.1 ขาดการดูแลเรื่องการกำจัดเศษอาหารในระยะที่แปร่งฟันไม่ได้ เช่นเมื่อมีแผลทำให้รู้สึกเจ็บ ผู้ป่วยจะหยุดแปร่งฟันและบ้วนปากเพียงอย่างเดียว ทำให้ยังคงมีเศษอาหารค้างตามซอกฟัน ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อขึ้น ในเรื่องนี้จึงควรมีวิธีการอื่นในการกำจัดเศษอาหาร ในระยะที่แปร่งฟันไม่ได้

1.1.1.2 การเลือกอาหารที่เหมาะสม พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแผล ผู้ป่วยมักจะไม่ค่อยรับประทานอาหาร ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียลงไปอีก ผู้ป่วยควรมีการเตรียมชนิดของอาหารที่จะช่วยลดอาการเจ็บปวดไว้รับประทาน เพื่อช่วยทำให้ได้รับสารอาหารมากขึ้น

1.1.1.3 ไม่สามารถค้นพบปัญหาของช่องปากได้ด้วยตนเอง เนื่องจากในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจช่องปากจากแพทย์และพยาบาล ทำให้ไม่สามารถค้นพบปัญหาได้ด้วยตนเอง เช่นผู้ป่วยบางรายที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัดครบแล้ว 2-3 วัน พบว่าผู้ป่วยกลับมาพบในสภาพที่มีแผล หรือการติดเชื้อในช่องปากมากแล้ว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตรวจช่องปากด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาในช่องปากตั้งแต่ยังมีอาการไม่มาก

1.1.2 การดูแลสุขภาพของช่องปากบางอย่างยังไม่เหมาะสมได้แก่

1.1.2.1 การใช้ยาบ้วนปากพิเศษ (special mouthwash) ซึ่งมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (alcohol) ทำให้รู้สึกแสบร้อนในปาก พบว่ามีผู้ป่วยบางรายหยุดบ้วนปากไปเนื่องจากทนไม่ได้ และไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

1.1.2.2 การแปร่งฟัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแปร่งฟันเฉพาะเวลาเช้าและเย็น ซึ่งการแปร่งฟันที่ให้ประโยชน์มากกว่าคือการแปร่งฟันหลังอาหารทุกครั้ง

1.1.2.3 การคงความชุ่มชื้นของริมฝีปาก มักจะดูแลเมื่อมีแผลแห้งแตกแล้วทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บและไม่สบาย ซึ่งควรจะดูแลเพื่อเป็นการป้องกันตั้งแต่เริ่มแรก

1.1.3 ผู้ป่วยยังดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ แม้จะได้รับ

ข้อมูลต่างๆจากเจ้าหน้าที่แล้ว จนเป็นเหตุให้มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงกว่าที่ควรจะเป็น

จากสภาพปัญหาเช่นนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ควรจะได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากที่ปฏิบัติอยู่ ให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมที่จะเป็นแนวทางให้ผู้ช่วยนำแบบปฏิบัติได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีการส่งเสริม ให้ผู้ช่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ โดยจากการรวบรวมหลักการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน และระยะที่มีอาการแทรกซ้อน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ยังมีน้ำยาและอุปกรณ์ชนิดอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของช่องปาก มากกว่าที่ได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แต่ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากในการวิจัยครั้งนี้ ได้เลือกชนิดของน้ำยาและอุปกรณ์ที่มีใช้อยู่ในสภาพการปฏิบัติงานจริง และในแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกันในบางกิจกรรมดังนี้

รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน	รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่มีอาการแทรกซ้อน
<p>1. ตรวจช่องปากวันละครั้ง โดยใช้กระจกส่องดูส่วนต่างๆ เมื่อพบความผิดปกติ รายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ</p> <p>2. แปรงฟันอย่างถูกวิธี หลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ถ้ามีฟันปลอมถอดล้างทุกครั้ง</p> <p>ซีกถามระดับเกลือเม็ดเลือดจากเจ้าหน้าที่</p> <p>ถ้าต่ำกว่า 50,000 เซลล์/มม³ ใช้กอกซบูบน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาดฟัน</p> <p>แทนการแปรงฟัน</p>	<p>1. ตรวจช่องปากวันละครั้ง โดยใช้กระจกส่องดูส่วนต่างๆ เมื่อพบความผิดปกติ รายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ</p> <p>2. ใช้กอกซบูบน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาดฟัน หลังอาหารทุกมื้อ ถ้ามีฟันปลอมและรู้สึกเจ็บมากถอดแช่ในน้ำสะอาด</p>

รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน	รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะเวลาที่มีอาการแทรกซ้อน
<p>3. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 4 ชั่วโมง กำหนดเวลาด้วยตนเอง เช่น 6-10-14-18-22 ยกเว้นเวลาหลับ</p> <p>4. ทาครีมสีปากด้วยกีสี่เซอริบเบอร์แรกซ์ ถ้ารู้สึกแห้ง</p> <p>5. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด โดยแบ่งดื่มเวรเช้า 1,500 ซีซี เวรบ่าย 1,000 ซีซี เวรคืน 500 ซีซี</p> <p>6. เลือกรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด</p> <p>7. ชักถามสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปากจากเจ้าหน้าที่</p>	<p>3. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 2-4 ชั่วโมง ตามความรุนแรงของแผลในปาก กำหนดเวลาด้วยตนเอง</p> <p>4. ทาครีมสีปากด้วยกีสี่เซอริบเบอร์แรกซ์ ถ้ารู้สึกแห้ง</p> <p>5. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด โดยแบ่งดื่มเช่นเดียวกัน</p> <p>6. เลือกรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด</p> <p>7. กลั้วปากด้วยน้ำยาไฮโดรเจนเพอออกไซด์ 15 ซีซี ก่อนรับประทานอาหาร 15-20 นาที เมื่อรู้สึกเจ็บแผลในปาก</p> <p>8. ชักถามสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปากจากเจ้าหน้าที่</p>

1.2 การตกลงร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากที่กำหนดขึ้นร่วมกัน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับชนิด และสาเหตุของการเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปาก กิจกรรมการดูแลสุขภาพของช่องปากที่ควรปฏิบัติ ในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด และประโยชน์ของการดูแลในแต่ละข้อ และขอความร่วมมือกับผู้ป่วยในการทดลอง

ปฏิบัติเพื่อหาวิธีการปรับปรุงต่อไป ซึ่งรายละเอียดของการให้ข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

1.2.1 การให้ข้อมูล อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของโรค ว่าเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของไขกระดูก ซึ่งไขกระดูกจะทำหน้าที่ในการสร้างเม็ดเลือดชนิดต่างๆ ได้แก่ เม็ดเลือดแดงซึ่งทำหน้าที่ในการนำอาหารไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย เม็ดเลือดขาวซึ่งทำหน้าที่ในการต่อสู้กับเชื้อโรค และเกล็ดเลือดซึ่งช่วยให้เลือดแข็งตัวเมื่อมีเลือดออก เมื่อไขกระดูกทำหน้าที่ผิดปกติ โดยจะสร้างเม็ดเลือดขาวออกมาจำนวนมาก แต่เป็นชนิดตัวอ่อน จึงต่อสู้กับเชื้อโรคไม่ได้ ทำให้ติดเชื้อง่าย จะเห็นได้จากการเป็นไขบ่อยๆ นอกจากนี้จะสร้างเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดน้อยลง ทำให้มีอาการซีด อ่อนเพลีย และมีเลือดออกได้ง่าย หรือเลือดหยุดยาก วิธีการรักษาแพทย์จะให้ยาที่เรียกว่าเคมีบำบัด ซึ่งจะทำลายเม็ดเลือดที่ผิดปกติ และทำให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดที่ปกติออกมาแทน ในปลายสัปดาห์ที่ 1 หลังให้ยา เม็ดเลือดชนิดต่างๆในร่างกายจะลดลง ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากขึ้นคือ อาจเกิดแผลในช่องปาก มีการติดเชื้อ มีเลือดออก น้ำลายแห้งลง แต่อาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อถึงสัปดาห์ที่ 3-4 เมื่อเม็ดเลือดชนิดต่างๆถูกสร้างขึ้นมาใหม่แล้ว ซึ่งในระหว่างที่ให้เคมีบำบัดนี้จำเป็นต้องดูแลสุขภาพของช่องปากเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดติดเชื้อลุกลามเข้าไปในกระแสเลือดได้ ซึ่งสิ่งที่ควรทำในการดูแลสุขภาพของช่องปากได้แก่ การตรวจช่องปากโดยใช้กระจกส่องดูวันละครั้ง เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ และรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เพื่อจะได้แก้ไขตั้งแต่ยังมีอาการไม่มาก การแปรงฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อกำจัดเศษอาหารตามซอกฟัน ซึ่งถ้าทิ้งไว้จะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ ทำให้เกิดฟันผุหรือเกิดการติดเชื้อในช่องปากขึ้น ให้อวยชัยถามผลการตรวจเลือดจากเจ้าหน้าที่ ถ้าทราบว่าเกล็ดเลือดลดต่ำกว่า 50,000 เซลล์/มม³ ควรหยุดแปรงฟัน เพราะจะทำให้เลือดออกได้ ควรเปลี่ยนมาใช้ยาสีฟันที่อ่อนโยน โดยที่จะมีการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ควรบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 4 ชั่วโมง เพื่อทำความสะอาดภายในช่องปาก ทาครีมฝีปากด้วยกลีเซอรีนบอแรกซ์ เพื่อป้องกันไม่ให้ริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล ต้มน้ำให้ได้น้ำหนัก 3,000 ซีซี เพื่อทำให้เยื่อช่องปากชุ่มชื้น และยังช่วยป้องกันการเกิดนิ่วในไตอีกด้วย ควรเลือกรับประทานอาหาร รสไม่จัด เพื่อป้องกันการ

ระคายเคืองเยื่อช่องปาก เมื่อมีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก เช่น มีแผล มีการติดเชื้อ หรือมีเลือดออก ให้นำช็อกชเช็ดทำความสะอาดฟันแทน เพื่อไม่ให้รู้สึกเจ็บปวด ถ้ามีฟันปลอมและ รู้สึกเจ็บมากควรถอดแช่ในสะอาดทิ้งไว้ ควรเลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่มหรืออาหาร ที่เย็น เช่น ไอศกรีม ฝรั่ง นมแช่เย็น จะช่วยลดอาการเจ็บแผลในปากได้ และจะมียาชา จัดไว้ให้เพื่อใช้ชกั้วปากก่อนรับประทานอาหาร 15-20 นาที จะช่วยบรรเทาอาการเจ็บแผล ช่วยรับประทานอาหารได้ ในระหว่างนี้ถ้ามีสิ่งส่งสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปาก ให้นำชกั้วถามจากเจ้าหน้าที่ (ดูภาคผนวก จ)

1.2.2 การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าในระหว่างที่ผู้ป่วยดูแล สุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ขอให้ผู้ป่วยเล่าถึงสิ่งที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพของช่องปาก ด้วยตนเองได้ หรือสิ่งที่ยากให้ปฏิบัติได้ดี โดยขออนุญาตบันทึกคำบอกเล่าของผู้ป่วยด้วยการจด บันทึก หรือด้วยเทปบันทึกเสียงในบางครั้ง ข้อมูลที่ได้นี้จะเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลใดๆ ต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมงานวิจัย หรือออกจากงานวิจัยในช่วงเวลาใดก็ได้ โดย จะไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับประการใด

เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม รูปแบบในระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน ต่อเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากแล้ว จึงให้ ปฏิบัติตามรูปแบบในระยะที่มีอาการแทรกซ้อนแล้วเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยได้สาธิตวิธีการตรวจ ช่องปาก โดยให้ผู้ผู้ป่วยแสดงวิธีการตรวจ และรูปแสดงอาการแทรกซ้อนชนิดต่างๆประกอบ เพื่อให้ผู้ผู้ป่วยบอกความผิดปกติได้จากรูปภาพที่เห็น อธิบายวิธีการแปรงฟันที่ถูกรื้อ ให้ผู้ป่วย ทดลองปฏิบัติกิจกรรมข้างต้น สำหรับกิจกรรมที่เหลือไม่ต้องทดลองปฏิบัติ เพียงแต่ทบทวนให้ เข้าใจตรงกัน และผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแลสุขภาพของช่องปาก ไว้ให้ผู้ผู้ป่วยที่ ข้างเตียง หรือม้านั่งนี้แจ้งให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่ามาพบผู้ป่วยทุกวันเพื่อพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และ จะคอยให้การช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้

การพิจารณาว่าในช่องปากมีอาการแทรกซ้อนหรือไม่ โดยสังเกตลักษณะในช่องปาก ซึ่งหมายถึง ตั้งแต่บริเวณริมฝีปากจนถึงคอหอย (pharynx) มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือ หลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ มีอาการอักเสบบวมแดงขึ้น มีแผล มีการติดเชื้อชนิดต่างๆ มีเลือด ออก น้ำลายเหนียวแห้งและริมฝีปากแห้งแตก

2. การปฏิบัติและสังเกต

เป็นการนำแผนไปทดลองปฏิบัติและเฝ้าสังเกตเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลาที่มีการปฏิบัติ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ระบุปัจจัยที่สนับสนุน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ และหาแนวทางในการแก้ปัญหา

ในการศึกษาครั้งนี้การปฏิบัติและสังเกตได้แก่

ในระหว่างที่ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากในแต่ละวัน ผู้วิจัยทำการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย และลักษณะในช่องปากของผู้ป่วย โดยใช้เวลาสัปดาห์ละ 5-6 วัน ข้อมูลที่รวบรวมจากการสังเกตได้แก่ ผู้ป่วยปฏิบัติตามกลุ่มพฤติกรรมได้หรือไม่ ลักษณะของอาการแทรกซ้อนในช่องปากที่เกิดขึ้น คะแนนจากการประเมินช่องปาก รวมทั้งข้อมูลที่ต้องรวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยซึ่งได้แก่ อุณหภูมิ จำนวนสารน้ำเข้าออกในแต่ละวัน จำนวนเม็ดเลือดชนิดต่างๆ แผนการรักษาของแพทย์

เมื่อพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามกลุ่มพฤติกรรมไม่ได้ จะพูดคุยกับผู้ป่วยถึงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้สม่ำเสมอ จะสัมภาษณ์ถึงสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์และระบุปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของผู้ป่วย หาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้

3. การสะท้อนการปฏิบัติ

เป็นการอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสร้างข้อสรุป โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นตอนทดลองปฏิบัติ นำมาวิเคราะห์ร่วมกัน พิจารณาถึงผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ทบทวนถึงสิ่งที่ทำได้สำเร็จ และไปถึงสิ่งที่ต้องทำต่อไป หรือเป็นการสรุปในขั้นตอนสุดท้าย เพื่อหารูปแบบหรือหลักการ ที่ใช้เป็นหลักในการปฏิบัติได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสะท้อนการปฏิบัติโดย อธิบายการดูแลสุขภาพของช่องปากของผู้ป่วย ว่ามีอะไรบ้างที่ผู้ป่วยทำได้ อะไรบ้างที่ทำไม่ได้ อธิบายได้ด้วยเหตุผลอะไร วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และแนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมที่ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามดีขึ้น และอธิบายได้ด้วยเหตุผลอะไร สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปาก ที่ได้จากการนำแผนไปทดลองปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องหาวิธีการปรับปรุงต่อไป

4. การปรับปรุงแผน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแผนโดย อภิปรายร่วมกับผู้ป่วยถึงวิธีการแก้ไขรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากที่ยังปฏิบัติไม่ได้ เพื่อขอความเห็นจากผู้ป่วยแล้วนำไปปฏิบัติอีกจนกว่าจะได้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ซึ่งเหมาะสมที่จะใช้ปฏิบัติได้

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทำการเสนอผลการศึกษาที่ได้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำเป็น 2 ระยะคือ การวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละวันและการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละวัน จะใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทำการวิเคราะห์ทุกขั้นตอนของวงจรการวิจัย และกระทำทุกวันที่รวบรวมข้อมูลได้ วิธีการวิเคราะห์ทำดังต่อไปนี้

1.1 อธิบายสถานการณ์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.2 ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อให้แน่ใจว่าได้ข้อมูลถูกต้อง (สุภางค์, 2533

: 128)

1.3 จัดหมวดหมู่ข้อมูล และแยกประเภทข้อมูล ตามหัวข้อ (theme) ที่เหมาะสม

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย กระทำเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยนำข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่ได้จัดหมวดหมู่ไว้มารวมกันและทำการวิเคราะห์ วิธีวิเคราะห์ข้อมูลทำดังต่อไปนี้

2.1 เปรียบเทียบข้อแตกต่าง หรือคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท (สุภางค์, 2533 : 136) โดยวิเคราะห์วิจารณ์กับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อหาหลักการ และกระบวนการในการดูแลสุขภาพในช่องปากด้วยตนเอง

2.2 สรุปเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด และแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

โดยสรุป วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ได้แก่ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และการจดบันทึก สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล เปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท และการสร้างข้อสรุปและประมวลเป็นหลักการขั้นต้นสุดท้าย

จากขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยเห็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันอย่างถ่องแท้ อันนำมาสู่ความไว้วางใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง และร่วมมือกันแก้ปัญหา พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผลของการวิจัยครั้งนี้

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

งานบทนี้เป็นการนำเสนอผลการวิจัย โดยข้อมูลที่จะนำเสนอแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการในแต่ละวงจร ตามลำดับดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยมีจำนวน 11 ราย แต่ออกจากการวิจัยในระหว่างที่ศึกษา 1 ราย เนื่องจากเสียชีวิต จึงเหลือผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยจนครบระยะเวลาที่ศึกษา 10 ราย โดยเป็นหญิง 6 ราย ชาย 4 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่โรคในช่องปากก่อนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด คือมีผู้ป่วย 7 รายที่มีฟันผุ เจลลี่ 1-2 ซี่ต่อราย โดยที่ยังไม่ได้รับการรักษา การดูแลสุขภาพของช่องปากตามปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 7 ราย รายงานว่าดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองโดยแปรงฟันวันละ 2 ครั้งเมื่อตื่นนอนในตอนเช้าและหลังอาหารเย็น จากการประเมินสภาพในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยเครื่องมือประเมินลักษณะในช่องปาก พบว่าลักษณะในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ 7 ราย ไม่มีอาการแสดงของโรคเหงือก นอกจากมีฟันผุและมีเศษอาหารอยู่ตามฟันที่ผุ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1. จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ โรคในช่องปากก่อนได้รับเคมีบำบัด การดูแลสุขภาพของช่องปากตามปกติ และลักษณะในช่องปากก่อนได้รับเคมีบำบัด

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน
เพศ	
หญิง	6
ชาย	4
โรคในช่องปากก่อนได้รับเคมีบำบัด	
ฟันผุ 1-2 ซี่ (ยังไม่ได้รับการรักษา)	7
ฟันผุ (ได้รับการรักษาแล้ว)	2
เหงือกและฟันปกติ	1
การดูแลสุขภาพของช่องปากตามปกติ	
แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง	7
แปรงฟันวันละ 2 ครั้งและใช้ไหมขัดฟัน	
หลังอาหาร	1
แปรงฟันวันละ 2 ครั้งและใช้น้ำยาบ้วนปาก	1
แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง	1
ลักษณะในช่องปากก่อนได้รับเคมีบำบัด	
ลักษณะในช่องปากปกติ	
(คะแนนประเมินช่องปาก 8 คะแนน)	3
มีฟันผุและมีเศษอาหารตามฟันที่ผุ	
(คะแนนประเมินช่องปาก 9 คะแนน)	7

2. กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 ราย เป็นมะเร็งเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยที่ส่วนใหญ่คือ 8 ราย เป็นชนิด ลิมโฟบลาสติค (acute lymphoblastic leukemia : ALL) ที่เหลืออีก 2 ราย เป็นชนิด มัยอีโกลบลาสติค (acute myeloblastic leukemia : AML) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือจำนวน 8 ราย ได้รับการรักษาด้วยยา ซัยโตซีน อะราบิโนไซด์ (cytosine arabinoside) ร่วมกับ อะเดรียมัยซิน (adriamycin) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือจำนวน 6 ราย เป็นผู้ป่วยที่เพิ่งจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ และครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน
การวินิจฉัยโรค	
ALL	8
AML	2
ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ	
cytosine arabinoside + adriamycin	8
cytosine arabinoside + 6-mercaptopurine	2
ครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด	
ครั้งที่ 1 (ผู้ป่วยรายใหม่)	6
ครั้งที่ 2 (ผู้ป่วยเก่า)	4

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ในการศึกษาคั้งนี้ได้นำรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ที่ได้รวบรวมขึ้น ไปทดลองปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วย 3 วงจรคือ

วงจรที่ 1

การศึกษาในวงจรที่ 1 เป็นการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อนในช่องปากไปทดลองปฏิบัติ ซึ่งใช้เวลาในการศึกษา 2-7 วัน ต่อผู้ป่วย 1 ราย ผลการศึกษาสรุปได้ดังแผนภูมิ 2

1. ขั้ววางแผน

ผู้วิจัยทำความตกลงร่วมกับผู้ป่วยทั้ง 10 รายคือ วัฒนา มณฑา วนบุญ บังอร อารีสุดา สุทัศน์ สมพงษ์ สุวิทย์ และสมยศ (นามสมมติ) เรียงตามลำดับเวลาการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากไปทดลองปฏิบัติ โดยเริ่มจากรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน เนื่องจากสภาพในช่องปากของผู้ป่วยปกติ (คะแนนประเมินช่องปาก 8-9 คะแนน) ผลการตรวจนับเม็ดเลือดก่อนให้เคมีบำบัดพบว่า ระดับเกล็ดเลือดมีค่าระหว่าง 29,000-460,000 เซลล์/มม³ ระดับเม็ดเลือดขาวมีค่าระหว่าง 10,000 - 54,000 เซลล์/มม³

2. ขั้วปฏิบัติและสังเกต

จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 10 ราย พบว่าผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองไม่เพียงพอตั้งแต่ 2-3 วันแรก เนื่องจากอุปสรรคหลายประการ และรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากบางกิจกรรมยังไม่สามารถปฏิบัติได้

2.1 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

2.1.1 อ่อนเพลีย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เดินไปห้องน้ำด้วยตนเองไม่ไหว แต่ยังช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันที่ย่างเคียงได้ พฤติกรรมและคำบอกเล่าของผู้ป่วย ที่แสดงถึงปัญหานี้ เช่น

วัฒนา จะนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ เมื่อซักถามถึงการดูแลสุขภาพในช่องปาก มักจะบอกว่า

แผนภูมิ 2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากวงจรที่ 1

สะท้อนการปฏิบัติ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

- อ่อนเพลีย - เคลื่อนไหวไม่สะดวก
- อาการเปลี่ยนแปลง
- ความเกรงใจ
- ความเชื่อ
- วิธีการส่งเสริม
- อ่านยความสะดวก
- การช่วยเหลือจากญาติ
- สร้างความหวังกำลังใจ
- ใช้วิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- จัดระบบบริการให้เพียงพอ
- การสอนวิธีเคลื่อนไหว
- รูปแบบที่ได้

สะท้อนการปฏิบัติ

- เตรียมอุปกรณ์ให้ผู้ป่วย
- สังเกต สัมผัส จดบันทึก
- หาวิธีการแก้ปัญหา

ปฏิบัติ & สังเกต

วางแผน

ผู้ป่วยปฏิบัติตามรูปแบบใน

ระยะที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ก การตรวจช่องปากและ
รายงานผล

ข แปรงฟันอย่างถูกวิธี
หลังอาหาร

ค ชักถามระดับเกล็ดเลือด
ใช้กอสเมื่อลดลง

ง บ้วนปากทุก 4 ชม.

จ หากลิ เซอรินบอแรกซ์

ฉ ดื่มน้ำวันละ 3,000 ซีซี

ช รับประทานอาหารอ่อน

ซ การชักถามปัญหา

วางแผน

- ก การตรวจช่องปาก
- ข การแปรงและเช็ดฟันที่ลิ้น
- ง การบ้วนปากทุก 2-4 ชม.
- จ หากลิ เซอรินบอแรกซ์
- รูปแบบที่ต้องปรับปรุง
- ค การชักถามระดับเกล็ดเลือด
- ฉ การดื่มน้ำ ช การรับประทานอาหารอ่อน
- ซ เพิ่มความสามารถในการรายงานผลการตรวจและการชักถามปัญหา

- "ยังไม่ได้ทำอะไรเลย เพลียไม่มีแรงตื่นแล้วก็หลับต่อ กินน้ำเข้าไปมากาก็จะอ้วก"
- มณฑา มีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยรายอื่น เมื่อลุกนั่งนานๆจะอาเจียน มณฑามักจะบอกว่า "ทำไม่ได้ตอนนี้กำลังจะอ้วก"
- ภายหลังที่มณฑาอาการดีขึ้น ได้เล่าถึงประสบการณ์การได้รับเคมีบำบัดในวันแรกว่า "บอกไม่ถูกมันเจ็บในอก ร้อนวูบวาบตามตัว หงุดหงิด ลุกนั่งก็จะอ้วก กลืนแข็งที่พยายามใช้ก็เห็น รถเข้ามาถึงตรงนั้น (ห่างจากเตียง 2 เมตร) ก็เห็นแล้ว กินส้มเข้าไปก็แสบท้อง เจ็บตั้งแต่ในคอไปถึงในท้อง คอมันแคบลง ข้อแต่ละข้อ เหมือนไม่ต่อกัน "
- บุญญ เล่าว่า "เพลียไปห้องน้ำไม่ไหว ทำอะไรก็ต้องการให้แฟนคอยช่วยเหลือ กินอะไรเข้าไปก็อ้วกออกหมด"
- บึงอร เล่าว่า "เวลาให้ยาอยู่กินน้ำเข้าไปมากก็จะอ้วก ข้างก็เห็นกินไม่ได้ วันนี้ยังไม่ได้ทำอะไรเลย เมื่อเข้าไปเป็นลมในห้องน้ำ อยากทานแต่ร่างกายไม่อำนวย "
- อารี มักจะพบว่าผู้ป่วยนอนเอนเวลากลางวัน จึงไม่ค่อยได้ดูแลสุขภาพของช่องปาก โดยให้เหตุผลว่าว่างนอน เนื่องจากกลางคืนอาเจียนมาก กว่าจะนอนหลับก็หลังเวลา 03.00 น.ไปแล้ว
- หรือสุทัศน์ สมพงษ์ และสุวิทย์ก็เช่นเดียวกัน โดยเล่าว่าอาเจียนบ่อยรู้สึกเหนื่อย นอกจากสมยศเท่านั้น ที่สามารถลุกเดินไปห้องน้ำด้วยตนเองได้
- วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนเพลียเหล่านี้คือ การสนับสนุนด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองที่ข้างเตียง โดยให้น้ำและภาชนะรองรับน้ำ มาไว้ใกล้ผู้ป่วย ส่วนอุปกรณ์อื่นาจัดไว้ที่ข้างเตียงอยู่แล้ว และจากการประเมินแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีบุคคลในครอบครัวคอยมาให้การดูแล ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้บุคคลเหล่านั้น เข้ามามีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำถึงวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย และทดลองทำให้อู แนะนำให้คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเวลา นอกจากในรายของวีณา สุคา และสมพงษ์ ที่มีญาติมาเยี่ยมเพียงบางวัน ส่วนใหญ่จะปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง ผู้วิจัยจึงทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้วิจัยหรือญาติของผู้ป่วยไม่อยู่ แนะนำให้

ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยแทน จากวิธีการดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยดูแล
สุขภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น

2.1.2 ขาดความรู้เรื่องการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง ในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด
เนื่องจากการให้เคมีบำบัดจะทำให้โดยผสมกับสารน้ำ หยดให้ทางหลอดเลือดดำช้าๆ ภายใน
12-24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันไม่ให้สารเคมี
รั่วออกนอกหลอดเลือด ซึ่งจะทำให้เกิดรอยไหม้ดำ (burn) ผู้ป่วยจะพยายามวางแขนนิ่งๆ และ
บอกว่าทำอะไรไม่สะดวกเพราะให้ยาอยู่

ดังเช่นกรณีของสมพงษ์ จากการได้รับเคมีบำบัดในครั้งก่อน มีปัญหาสารเคมีรั่วออก
นอกหลอดเลือด ทำให้เกิดเนื้อตาย (necrosis) เป็นบริเวณกว้างและปวดมาก ปัจจุบัน
อาการอักเสบหายแล้วแต่ยังเป็นสีดำอยู่ การให้เคมีบำบัดในครั้งนี้นำผู้ป่วยกังวลมาก กลัวว่าสาร
เคมีจะรั่วออกนอกหลอดเลือดอีก สมพงษ์บอกว่าหลอดเลือดดำที่จะให้สารน้ำของตนเองหายาก
มาก (ผู้ป่วยให้ดูแขนและขาทั้งสองข้างเพื่อยืนยัน) ในครั้งนี้พยาบาลใช้ความพยายาม 4-5 ครั้ง
จึงให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้สำเร็จ ผู้ป่วยจึงระมัดระวังแขนขาที่ให้เคมีบำบัดเป็นพิเศษ
โดยจะนอนนิ่งๆไม่ทำอะไร

การช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีนี้ คือการสนับสนุนด้านร่างกาย และการสอนเกี่ยวกับการ
การเคลื่อนไหวในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด โดยที่ผู้วิจัยคอยยืนอยู่ใกล้ๆผู้ป่วย คอยส่งอุปกรณ์ที่ต้อง
ใช้ในการบ้วนปากหรือแปรงฟันให้ ผู้ป่วยใช้แขนขาที่วางอยู่ในการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วย
ตนเอง โดยระมัดระวังแขนขาที่ให้เคมีบำบัดอยู่ไม่ให้หับงอ สมพงษ์กล่าวว่าถ้ามีผู้คอยให้การ
ช่วยเหลือ เช่นนี้ ก็จะสามารถดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ และอธิบายถึงการให้
เคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ เข็มที่ใช้เป็นพลาสติก ซึ่งจะไม่แทงทะลุออกนอกหลอดเลือด
ถ้าเคลื่อนไหวแบบธรรมดา และเคลื่อนไหวแขนให้ผู้ป่วยดู สอนผู้ป่วยถึงวิธีการเคลื่อนไหวว่า
ควรลุกนั่งในตำแหน่งที่สายน้ำเกลือไม่ดึงเกินไป จนดึงรั้ง เข็มให้หลุดออกไป และระวังไม่พับ
แขนจน เข็มหักงอ สำหรับผู้ป่วยรายอื่นมาให้คำแนะนำ เช่นเดียวกัน

2.1.3 สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ขาดความสามารถใน
การใช้กระบวนการคิดและตัดสินใจที่จะทำการดูแลตนเอง สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่พบได้แก่
อาการซึมเศร้า เครียด และสิ้นหวัง

2.1.3.1 อาการซึมเศร้า เช่นกรณีของวีณาซึ่งก่อนจะให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยพูดคุยด้วยสีหน้าท่าทางปกติ หลังจากเริ่มให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยพูดคุยน้อยลง นอนซึม จะดูแลสภาพของช่องปากเฉพาะที่ผู้วิจัยอยู่ด้วย เมื่อพูดคุยถึงสาเหตุที่ทำให้ปฏิบัติไม่ได้ วีณาจะไม่ตอบและขอตัวนอน ผู้วิจัยพยายามซักถามในวันต่อมา วีณาเล่าว่าขณะที่ให้ยาอยู่ยากนอนเฉยๆ ไม่อยากทำอะไร รู้สึกเบื่อ คอยว่าเมื่อไหร่ยาจะหมดจะได้กลับบ้าน พยาบาลเวรป่วยผู้หนึ่งเล่าว่าวีณาไม่ยอมรับประทานยาโคลิสติน (colistin) และพูดว่า "กินไปก็ไม่หายไม่รู้ว่าจะกินไปทำไม" จากประวัติการรักษาพบว่า วีณาได้รับการรักษามาประมาณปีครึ่งและต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ วีณาเริ่มพบความจริงที่ว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จากสภาพร่างกายที่อ่อนแอเสียลง ความเบื่อหน่ายต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งสภาพอารมณ์เช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ที่จะดูแลสภาพของช่องปากด้วยตนเอง

วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีนี้ คือการสนับสนุนด้านจิตใจ ด้วยการบอกกับผู้ป่วยว่า อีกไม่กี่วันยาที่จะหมดแล้ว ถ้าผู้ป่วยดูแลสภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้อาการแทรกซ้อนในช่องปากที่อาจจะเกิดขึ้น จะไม่รุนแรงเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน และจะได้กลับบ้านเร็วขึ้น ผู้วิจัยตกลงกับผู้ป่วยว่าต้องการทำในเวลาใดบ้าง จากนั้นคอยมาอำนวยความสะดวกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเวลา ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นนี้ 2-3 วัน พบว่าวีณาจะเตรียมตัวดูแลสภาพของช่องปากเมื่อเห็นผู้วิจัย เข้าไปพบตามเวลา จากการสัมภาษณ์ถึงสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น วีณาเล่าว่าแต่ก่อนไม่อยากทำ แต่เนื่องจากผู้วิจัยคอยมาเตือน และอยากกลับบ้านเร็วๆ จะเห็นว่าการให้กำลังใจการสร้างแรงจูงใจ และพฤติกรรมของพยาบาลที่คอยเอาใจใส่ ให้การสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองมากขึ้น

หรือกรณีของสุทัศน์ ที่พบว่าผู้ป่วยไม่ได้ดูแลสภาพของช่องปากอย่างสม่ำเสมอ แสดงสีหน้าไม่สบายใจ นอนก่ายหน้าผาก ไม่ค่อยพูด พี่สาวของผู้ป่วยที่คอยดูแลอยู่เล่าว่าผู้ป่วยพบว่าเมื่อเริ่มให้ยาอีกครั้งรู้สึกเพลียเหมือนจะเป็นไข้ ไม่แน่ใจว่าจะมีโรคภัยหรือไม่ รู้สึกเป็นห่วงลูกที่บ้าน จากสภาพร่างกายที่อ่อนแอเสียลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการของตนเอง ทำให้ซึมเศร้าและวิตกกังวล

วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในรายนี้ คือการสนับสนุนด้านจิตใจ โดยบอกให้ผู้ป่วยทราบถึง

ผลการตรวจไขกระดูกหลัง จากทำให้เคมีบำบัดครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดี หลังจากการทำให้เคมีบำบัดในครั้งนี้อาจจะให้ผลดีเช่นเดียวกัน จากการประเมินแหล่งประโยชน์ พบว่าผู้ป่วยมีที่ส้วมมาคอยดูแล จึงได้ขอให้ที่ส้วมของผู้ป่วยคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพในช่องปากได้ที่ข้างเตียง คอยให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเวลา จากการสร้างความหวังและให้กำลังใจโดยเล่าถึงผลสำเร็จของการรักษา และการช่วยเหลือจากญาติ ทำให้ผู้ที่สนใจเป็นผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ

2.1.3.2 ความรู้สึกสิ้นหวัง เช่นกรณีของอารีที่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เนื่องจากคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง อารีไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง นอกจากเวลาที่ผู้วิจัยอยู่ด้วย หลังจากนั้นจะไม่ปฏิบัติตามไป จากการสัมภาษณ์อารีและมารดา พบว่าผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวังดังคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า

"ไม่รู้จะทำไปทำไม หนูไม่อยากรักษาแล้ว มันทรมาณ อยากกลับบ้าน เมื่อไหร่เขาจะมาเอาซากี้" (ผู้ป่วยหมายถึงยมนา)

มารดาของอารีเล่าว่า อารีคิดว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งเหมือนผู้ป่วยที่อยู่เตียงใกล้ๆ เพราะมีอาการเหมือนกัน และมีอาการผรุ้งเหมือนกัน อารีมักจะถามมารดาของเธอว่าแพทย์บอกว่า เป็นโรคมะเร็งหรือไม่ อารีมีแผนการที่จะแต่งงานในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้า เธอรู้สึกกลัวตาย และท้อแท้ กับผู้วิจัยเธอมักจะร้องไห้อยู่เป็นเพื่อนอย่างถึง เธอไปไหน

การช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีนี้ ใช้การสนับสนุนด้านจิตใจ คือการสร้าง ความหวัง และให้กำลังใจกับผู้ป่วย ด้วยการหลีกเลี่ยงการใช้คำว่ามะเร็งและใช้คำว่าโรคเลือดแทน ซึ่งสอดคล้องกับแพทย์เจ้าของไข้ที่บอกผู้ป่วยว่าเป็นโรคเลือด และเล่าถึงผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันที่สามารถรักษาจนโรคสงบ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เพียงแต่คอยมาตรวจตามนัด สำหรับผู้ป่วยอายุยังน้อยน่าจะรักษาให้โรคสงบได้ ขอให้อดทนเผชิญกับโรคต่อไปอย่าท้อถอย และพยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุด เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ จากการสร้างความหวัง และให้กำลังใจ พยายามให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการมีชีวิตอยู่ ทำให้อารีดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น ดังเช่นคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า

"แต่ก่อนเข็มนา มันก็เกียจไม่อยากทำ เคี้ยวไม่กลัวติดเข็มนา กลัวพิน้ำด้วย (หมายถึงผู้วิจัย) เวลาหนูรู้สึกท้อแท้หนูนึกถึงคำที่พี่สอน ให้ต่อสู้อย่าท้อถอย

หญิงถึงพ่อแม่ที่เขาคดเคี้ยวมาคอยเฝ้าหนู หนูส่งสารพ่อแม่หนู เลยพยายามทน"

2.1.3.3 ความเครียด เช่นกรณีของมณฑาซึ่งมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก เมื่อลูกนั่งจะทำให้อาเจียนมากขึ้น แม่แพทย์จะเพิ่มยาแก้อาเจียนเป็น 2 เท่าก็ยัง ไม่ทุเลา มณฑาดูหงุดหงิดและเครียดมากขึ้นทุกวัน ดังเช่นคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า

"วิหยาแค่3วันยังเป็นอย่างนี้ ถ้าให้อีก4วันไม่ต้องให้ออกซิเจนหรือ

จะกลับบ้านแล้วไม่อยากทราบาน จะตายก็ตายไปเลย "

มณฑาก็แสดงอารมณ์เสียดสีที่คอยมาเฝ้า ถ้าทำอะไรไม่ถูกใจ หรือบางครั้งไม่ให้ความร่วมมือ กับแพทย์ในการตรวจ เช่นแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยรายนี้ทำอะไรไม่พอใจแพทย์หรือเบลา ขอดตรวจก็ปฏิเสธ ผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเวลา และเสนอความช่วยเหลือที่จะช่วย ทำให้ และสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย แต่ผู้ป่วยปฏิเสธโดยบอกว่าจะทำเองเมื่อไม่อาเจียนหรือยาหมดแล้ว

วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในรายนี้ ใช้การสนับสนุนด้านจิตใจ คือการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ โดยบอกให้ทราบว่าเมื่อยาหมดแล้ว อาการต่างๆจะดีขึ้น ให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียด โดยคอยให้การช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพของ ช่องปากเท่าที่ผู้ป่วยต้องการจะทำ และพยายามสร้างแรงจูงใจด้วยการพูดชักจูงให้ผู้ป่วยเห็น ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น จากการดูแลสุขภาพของช่องปากไม่สม่ำเสมอ โดยในวันที่ 4-5 เริ่มมี ผ่าขาวที่ลิ้น ผู้วิจัยได้ให้มณฑาถูกระจก และอธิบายว่าผ่าขาวที่ลิ้นอาจกลายเป็นเชื้อราหรือเป็น แผลได้ ด้วยวิธีนี้ทำให้มณฑายอมรับการช่วยเหลือจากผู้วิจัยมากขึ้น แต่บางครั้งก็ยังคงต่อ รองที่จะขอทานในช่วงบ่าย ในวันที่ 7 ของการให้เคมีบำบัด อาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วย ลดลง ผู้ป่วยลูกนั่งได้นานขึ้น แต่ตรวจพบว่าเริ่มมีแผลที่เหงือกและมีเลือดออก มณฑาเริ่มดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองบางกิจกรรม จะเห็นได้ว่าการช่วยให้ผู้ป่วยใช้วิธีเผชิญกับความ เครียดที่เหมาะสม ให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยในการปรับตัว รอเวลาที่ผู้ป่วยพร้อม และสร้างแรงจูงใจ ให้ความรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง มากขึ้น แม้จะไม่ครบทุกพฤติกรรมตามที่ได้กำหนดไว้ ดังเช่นคำพูดของผู้ป่วยที่แสดงถึงการ ปรับตัวที่ว่า

" ถ้าเป็นไข้ธรรมดาที่ได้กลับแล้ว นี่เป็นโรคเลือดไม่กลับแล้ว แต่ก่อน

ไม่กลับ พอเห็นเลือดเห็นแผลแล้วตกใจ บ้วนปากซัก 2-3 วันก็คงหาย "

2.1.4 ความเกรงใจ ดังเช่นกรณีของสุตาซึ่งมีอาการอ่อนเพลีย ไปห้องน้ำ ด้วยตนเองไม่ไหว แต่สุตาก็พยายามที่จะดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองที่ข้างเตียง จากการสังเกตพบว่าสุตาจะดูแลสุขภาพของช่องปากเฉพาะเวลาเช้ากับเย็น โดยให้เหตุผลว่าการ บ้วนปากหรือแปรงฟันต้องใช้น้ำมาก ทำให้กระโถนเต็ม ซึ่งจะมีพนักงานทำความสะอาด เปลี่ยนกระโถนเฉพาะเวลา เช้าและเย็นเท่านั้น รู้สึกเกรงใจที่ต้องขอน้ำ หรือขอให้พนักงานมา เปลี่ยนกระโถนให้บ่อยๆ

วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องนี้ ใช้การจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลตนเอง คือ การจัดระบบบริการให้เพียงพอ แสดงความเต็มใจในการช่วยเหลือ โดยบอกผู้ป่วยให้ทราบว่า ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือได้ไม่ต้องเกรงใจ จัดหาน้ำมาให้ผู้ป่วยที่ข้างเตียงให้มากพอ และขอความร่วมมือจากพนักงานทำความสะอาด ให้ช่วยเปลี่ยนกระโถนให้บ่อยขึ้น

2.1.5 ความเชื่อว่าอาการแทรกซ้อนจะไม่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่นกรณีของ สุวิทย์ที่พบว่าผู้ป่วยไม่ได้ดูแลสุขภาพของช่องปากอย่างสม่ำเสมอ แต่บอกว่าได้ปฏิบัติแล้ว ผู้วิจัย ตรวจสอบว่าในช่องปากของผู้ป่วยยังไม่สะอาด ภรรยาของสุวิทย์เล่าว่าสุวิทย์เพียงแต่บ้วนปาก ไม่ได้แปรงฟัน

วิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากในกรณีนี้ ใช้การสร้างแรงจูงใจ โดยพยายามพูดให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของช่องปาก ย้ำกับผู้ป่วยว่าอาจ เกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากดังที่เห็นในรูป และให้สุวิทย์ดูแผลในช่องปากของผู้ป่วยรายหนึ่ง ด้วยวิธีการดังกล่าว ไม่อาจจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มมีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก คือเกิดเชื้อราและมีเลือดออก สุวิทย์เล่าว่า ไม่คิดว่าอาการแทรกซ้อนในช่องปากจะเกิดขึ้นกับตนเอง เพราะปกติเป็นคนแข็งแรง จะออกกำลังกายเป็นประจำ เพิ่งจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และถามว่าการ ติดเชื้อในช่องปากจะต้องเกิดขึ้นกับทุกคนหรือ จากนั้นสุวิทย์เริ่มดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองตามกลุ่มพฤติกรรมมากขึ้น จะเห็นว่าผู้วิจัยไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของ ช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอได้ ตั้งแต่เริ่มแรก จนกระทั่งผู้ป่วยตระหนักด้วยตนเอง

2.2 ปัญหาจากการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

ผู้ป่วยทั้งหมดเริ่มปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปาก ระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน ซึ่งประกอบด้วย การตรวจช่องปากและรายงานความผิดปกติ การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 4 ชั่วโมง การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี การรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด และการซักถามสิ่งที่ยังสงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง จากการทดลองปฏิบัติพบว่ายังมีกิจกรรมที่ยังไม่เหมาะสมที่จะเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง ได้แก่

2.2.1 การตรวจช่องปากด้วยตนเองและการรายงานผลความผิดปกติ

สำหรับวิธีการตรวจผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ แต่ใน เรื่องการรายงานผลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวว่ามิแพทย์ตรวจให้ทุกวันแล้ว แพทย์คงทราบแล้วจึงไม่ต้องบอก และผู้ป่วยบางรายรอรายงานผลเฉพาะกับผู้วิจัย เพราะเห็นว่าเจ้าหน้าที่อื่นทำงานยุ่ง ที่เป็นดังนี้เพราะลักษณะผู้ป่วยคนไทย ที่มักจะมอบความไว้วางใจในตัวแพทย์ผู้ทำการรักษา และจากการที่ผู้วิจัยมีเวลาให้กับผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่อื่นฯ และสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปากโดยเฉพาะ ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดังกล่าว

2.2.2 การซักถามระดับเกล็ดเลือด และเปลี่ยนจากการแปรงฟันมาใช้

กอกซ์เซ็ดทำความสะอาดฟันแทน เพื่อทราบวาระดับเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์/มม³ พบว่าผู้ป่วยเพียง 2 รายเท่านั้น ที่สามารถซักถามผลการตรวจนับเม็ดเลือด จากเจ้าหน้าที่และเปลี่ยนมาใช้กอกซ์เซ็ดฟันและลิ้นได้เหมาะสม คือ บังอรและสมยศ จากการสัมภาษณ์ถึงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทำได้ดีใน เรื่องนี้ ผู้ป่วยเล่าว่าแต่ก่อนก็ไม่ทราบ หลังจากมารับการรักษาได้ประมาณ 2 ปี จะได้รับการสอน เรื่องจำนวนเม็ดเลือดชนิดต่างๆจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยบ่อยๆ ปัจจุบันทั้งบังอรและสมยศสามารถอ่านผลการตรวจนับเม็ดเลือดจากใบรายงานผลได้ และสนใจที่จะซักถามทุกครั้งที่มีการเจาะเลือดส่งตรวจ ทำให้ผู้ป่วยปรับวิธีการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆให้เหตุผลว่าจำไม่ได้

2.2.3 การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ต่อวัน โดยแบ่งดื่มน้ำให้มาก

ในตอนเช้าและลดลงในตอนกลางคืน พบว่าผู้ป่วยดื่มน้ำได้ 500-1,000 ซีซี ต่อวัน เนื่องจากมีปัญหาคื่นไส้อาเจียนมาก แม้จะได้พยายามใช้เครื่องดื่มอื่นๆเช่นน้ำหวานเย็นฯ ซึ่งผู้ป่วยราย

งานว่า ทำให้รู้สึกคลื่นไส้บ่อยลงกว่าดื่มไว้อาหารธรรมดา แต่จำนวนที่ดื่มได้ก็ยังไม่เกิน 1,000 ซีซี

2.2.4 การรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ทำให้รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ แต่เมื่ออาการทุเลาลงผู้ป่วยจะเลือกรับประทานอาหารธรรมดา ที่ทางโรงพยาบาลหรือญาติจัดมาให้ เพราะจะรับประทานได้มากกว่าที่จะรับประทานอาหารอ่อนเช่นข้าวต้ม และไม่ทำให้รู้สึกกระหายเคืองหรือเจ็บในปาก

3. ชั้นสะท้อนการปฏิบัติ

ในการสะท้อนการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ การอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง แนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสม รูปแบบที่ได้จากการทดลองปฏิบัติ และรูปแบบที่ยังต้องมีการปรับปรุงต่อไป

3.1 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

อาการอ่อนเพลีย เนื่องจากเคมีบำบัดมีผลกดการทำงานของไขกระดูก (myelosuppressive) ทำให้การสร้างเม็ดเลือดชนิดต่างๆลดลง โดยเฉพาะเม็ดเลือดแดง ซึ่งทำหน้าที่ในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆทั่วร่างกาย และมักมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ สาเหตุทั้งสองประการนี้ ทำให้ระดับพลังงานในร่างกายลดลง โอเริ่มได้จัดพลังงานเป็นหนึ่งในสิบของความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นเมื่อระดับพลังงานในร่างกายลดลง ทำให้ไม่สามารถที่จะดูแลสุขภาพของช่องปากได้เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรดส์และคณะ (Rhodes, et al., 1988 : 186) ที่พบว่าอาการแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองมากที่สุด คืออาการเหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย (tiredness and weakness)

การขาดความรู้ เรื่องการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง ในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่ง เป็นผู้ป่วยรายาหมยั้งไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพียงพอ และบางรายมีประสบการณ์ที่เจ็บปวดเนื่องจากมีสารเคมีรั่วออกนอกเส้นเลือด ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด

สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ปฏิกริยาทางด้านอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น ซึมเศร้า เครียด หรือ ลี้หนีง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยประเมินว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายที่เป็นแล้วต้องเสียชีวิต จึงมักรับรู้ว่าการกำลังเผชิญกับความทุกข์และความตาย แม้ว่าผู้ป่วยบางราย

จะไม่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง แต่อาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ ทำให้อาการของผู้ป่วย
 อุดรุดหนักลงในระยะหนึ่ง จะก่อให้เกิดความทุกข์กับผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับ
 การศึกษาของบุคคลอื่นๆ เช่น แฟรง-สตรอมเบิร์ก (Frank-Stromborg cited by
 Munkres, et al., 1992 : 1201) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งร้อยละ
 16 จะมีอารมณ์ โกรธขมแค้นและสิ้นหวัง ฟีเรนซ์และคณะ (Nerenz, et al., 1982 :
 1020) พบว่าอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดได้แก่ ความอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาเจียน
 และความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการขมแค้นของผู้ป่วย ซึ่งสภาพอารมณ์ของผู้
 ผู้ป่วยเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการดูแลตนเอง และขาดแรงจูงใจ
 ในการดูแลตนเอง ซึ่งโอเริ่มจัดความสามารถในการใช้เหตุผลและแรงจูงใจ เป็นหนึ่งในสิบ
 ของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยขาดความสามารถทั้งสองประการนี้ ทำให้
 ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ไม่เพียงพอ

ความเกรงใจ โอเริ่มได้จัดนิสัยประจำตัวเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของ
 บุคคล ที่จะใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งวัฒนธรรมไทยปลูกฝังให้รู้จักการเกรงใจผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วย
 ขาดความสามารถ ที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ
 อังสุมา (2534 : 76) ที่พบว่าความต้องการการควบคุมตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมี
 บำบัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการได้มีส่วนควบคุมตนเอง ซึ่งสาเหตุหนึ่งคือจากนิสัยของคนไทยที่
 มักมีความเกรงใจ ไม่กล้าซักถาม ด้วยเกรงว่าจะเป็นการรบกวนการทำงานของเจ้าหน้าที่
 จึงไม่กล้าเรียกร้องสิทธิที่ควรได้รับ นอกเหนือจากทางโรงพยาบาลจัดให้

ความเชื่อที่ว่าอาการแทรกซ้อนในช่องปากจะไม่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็น
 ความสำคัญของการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองและ เลือกว่าจะไม่ปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ
 การศึกษาบุคคลอื่นๆ ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง
 เช่นการศึกษาของ กรรณิกา (2535) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยความดัน
 โลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง โดยเฉพาะความเชื่อในเรื่องการรับรู้ถึง
 ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ
 ดูแลตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเชื่อว่าความผิดปกติของสุขภาพถูกต้อง ความเจ็บป่วยที่เกิด
 ขึ้นเป็นอันตรายและคุกคามต่อชีวิต การปฏิบัติตามแผนการรักษา จะช่วยลดความจากอันตรายนั้น

ช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น จะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา และปฏิบัติตามกิจกรรม การดูแลตนเองมากขึ้น (Becker cited by Hussey & Gilliland, 1989: 606) แต่ เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อในทางตรงกันข้าม ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของ ช่องปากด้วยตนเอง

3.2 แนวทางการส่งเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น ได้แก่

การสนับสนุนด้านร่างกาย คือการช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลสุขภาพของ ช่องปากด้วยตนเองได้ที่ข้างเตียง

การสนับสนุนด้านจิตใจ เช่นการให้ความหวังและกำลังใจ การช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิต เผชิญปัญหาที่เหมาะสม ในการสร้างความหวังที่ทั้งการสร้างความหวังในเรื่องการมีชีวิตอยู่ โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำว่ามะเร็ง เสาถึงผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จในการรักษา สามารถควบคุม ารค่าใช้จ่าย หรือบอกถึงผลสำเร็จของการรักษาที่ผ่านมา และความหวังในระยะสั้น เช่นการจะได้ออกกลับบ้าน การช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ (สายพิณ, 2532 : 78) และสนใจดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บิวฮีเลอ (Buehler อ้างตาม สายพิณ, 2532 : 75) ที่พบว่าการสร้างความหวังในเรื่องการมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีระดับความอดทนต่ออาการข้างเคียงมากขึ้น มีกำลังใจ ที่จะดูแลตนเองมากขึ้น ในการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียด โดยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขหรือควบคุมได้ เมื่ออธิบายด้วยทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัส (Lazarus อ้างตาม สมจิต, 2534 : 108) ผู้ป่วยประเมินว่าอาการแทรกซ้อนที่ เกิดขึ้นเป็นความเครียด เนื่องจากรู้สึกถูกคุกคาม (threat) ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายและ การสูญเสียในอนาคต การช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสมคือ การจัดการ กับอารมณ์ (emotional focused coping) โดยมีการประเมินใหม่ (reappraisal) ให้ รู้สึกว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีหนทางแก้ไข ช่วยลดความกลัวและวิตกกังวล และทำให้ความสามารถในการใช้เหตุผลในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

การสอนและให้ความรู้เรื่องการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ทำให้ ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากในกระบวนการเรียนรู้ คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมา

ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง ต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกี่ยวกับสิ่งที่จะกระทำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่มการทำความเข้าใจ (cognitive theories)

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ทั้งที่เป็นการช่วยเหลือด้านร่างกายหรือการทำให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากได้ดีขึ้น ซึ่งตามแนวคิดของ คอบและเซฟเฟอร์ จัดเป็นการทำให้แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และบริการ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทดแทน ซึ่งใกล้เคียงกับความเห็นของ วอทแมน ที่เห็นว่าแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

การจัดระบบบริการที่เพียงพอเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง เช่นการจัดให้มีพนักงานทำความสะอาดเปลี่ยนกระโถนให้บ่อยๆ บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถขอความช่วยเหลือได้ เพื่อลดความเกรงใจ ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากได้ดีขึ้น

3.3 รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อนที่ได้จากการทดลองปฏิบัติได้แก่

การตรวจช่องปากด้วยตนเอง แต่ยังคงมีการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการรายงานผลให้มากขึ้น

การแปรงฟันอย่างถูกวิธีหลังอาหารทุกมื้อ ยกเว้นเนื้อที่ไม่ได้รับประทานอาหาร ผู้ป่วยเห็นว่าควรบ้วนปากอย่างเดียวกับพอ

การใช้ผ้าขาวที่ลิ้นด้วยกอลชูปกสี เซอรินบอแรกซ์ หรือน้ำเกลือวันละครั้ง งานข้อนี้เป็นกิจกรรมที่เพิ่มเติมหลังจากที่พบว่าในวันที่ 2-3 จะพบผ้าขาวที่ลิ้น (coating) เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และวิธีการดั่งกล่าวช่วยลดการเกิดเชื้อราที่ลิ้น

การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 2-4 ชั่วโมง ซึ่งเดิมกำหนดไว้ทุก 4 ชั่วโมง แต่จากการทดลองปฏิบัติ พบว่ามีผู้ป่วย 2 ราย ที่เห็นว่าการบ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง จะทำให้รู้สึกสบายมากกว่า

การทาเกลือ เซอรินบอแรกซ์ที่ริมฝีปาก

3.4 รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากที่ยังต้องมีการปรับปรุงได้แก่

การซักถามระดับเกล็ดเลือดจากเจ้าหน้าที่ ถ้าต่ำกว่า 50,000 เซลล์/มม³ ให้เบสียาไปใช้กอบขูดน้ำเกลือทำความสะอาดพื้นแทนการแปรงฟัน พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติในเรื่องนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีการศึกษาดี มีประสบการณ์ในการรักษามานาน และได้รับความรู้เรื่องเม็ดเลือดชนิดต่างๆจนจำได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ย่อมมีศักยภาพในการทำความเข้าใจ และการจดจำไปใช้ได้น้อยกว่า จึงน่าจะมีทางเลือกอื่นเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยปฏิบัติ เช่นให้ผู้ป่วยตัดสินใจใช้กอบเช็ดทำความสะอาดพื้นแทนการแปรงฟัน เมื่อทราบจากเจ้าหน้าที่ว่าระดับเกล็ดเลือดต่ำ หรือตรวจพบจุดเลือดออกในช่องปาก

การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี พบว่าการดื่มน้ำมากๆจนอึด ในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด จะทำให้อาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น เนื่องจากเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวมากขึ้น ในเรื่องนี้จึงควรมีการปรับปรุงโดยดื่มน้ำเท่าที่ทำได้ โดยแบ่งดื่มทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง ใช้เครื่องดื่มอื่นที่เป็นดื่มแทนน้ำบ้าง เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง จึงพยายามดื่มน้ำให้มากขึ้น

การรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าในระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก ควรรับประทานอาหารธรรมดา กิจกรรมในข้อนี้จึงงดไป

โดยสรุป จากการปฏิบัติและสังเกตในวงจรที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจะอยู่ในภาวะอ่อนเพลีย ซึมเศร้า เครียด และสิ้นหวัง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง การช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งจากพยาบาลและญาติ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้มากขึ้น

วงจรที่ 2

การศึกษาในวงจรที่ 2 เป็นการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปาก ที่ปรับปรุงจากวงจรที่ 1 มาทดลองปฏิบัติ และเริ่มนำเอารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระยะที่มีอาการแทรกซ้อนมาทดลองปฏิบัติ ซึ่งใช้เวลาในการศึกษาประมาณ 7-10 วัน ผลการศึกษาสรุปได้ดังแผนภูมิ 3

1. ชั้นปรับปรุงแผน

ผู้วิจัยได้ทบทวนกับผู้ป่วยให้ทราบถึงกิจกรรมที่มีการปรับปรุง และบทบาทของผู้ป่วยที่มี

แผนภูมิ 3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากวงจรที่ 2

สะท้อนการปฏิบัติ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

- อาการอ่อน เพลีย
- อุปกรณ์ไม่เพียงพอ

วิธีการส่งเสริม

- การทำให้ทดแทนบางส่วน
- การช่วยเหลือจากญาติ
- จัดอุปกรณ์ให้เพียงพอ

รูปแบบที่ได้

- ค ใช้กอส เช็ดฟันเมื่อทราบ
- ว่าเกล็ดเลือดดำหรือ
- สังเกตพบจุดเลือดออก

ด ตัมน้ำเท่าที่ทำได้

ปฏิบัติ & สังเกต

- สังเกต สัมผัส
- หาวิธีการช่วยเหลือ
- เริ่มใช้รูปแบบในระยะที่มี
- ภาวะแทรกซ้อน ก-ช

ปรับปรุงแผน

รูปแบบและวิธีการที่ปรับปรุง

- ค ผู้วิจัยติดตามระดับเกล็ด
- เลือด ผู้ป่วยสังเกตจุด
- เลือดออก

ง ใช้เครื่องตีมอื่นมาแทน

- และตีมเท่าที่ทำได้
- ช เพิ่มความสามารถในการ
- รายงานผลและการซักถาม
- โดยซักถามผลการตรวจ
- และใช้คำถามนำ

รูปแบบในระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| ก) การตรวจช่องปาก | จ) ใช้ยาไซโลเคน วิสดีส |
| ข) เช็ดฟันและลิ้นด้วยกอส | ฉ) ใช้ลิปกลอสทาริมฝีปาก |
| ค) ตัมน้ำเท่าที่ทำได้ | ช) บ้วนปากทุก 1-2 ชม. |
| ง) รับประทานอาหาร | ช) อมยาตามแผนการรักษา |
| อ่อนและเย็น | ของแพทย์ |

รูปแบบในระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องปรับปรุง

- ข) เช็ดฟันและลิ้นด้วยกอส กลับมาแปรงฟันเมื่อเกล็ดเลือดสูงขึ้น
- ช) การซักถามปัญหา

การเปลี่ยนแปลงซึ่งได้แก่

1.1 การซักถามระดับเกล็ดเลือด ปรับปรุงแผนเป็นผู้วิจยทำการติดตามระดับเกล็ดเลือด และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ โดยเสนอให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการเปลี่ยนมาใช้กอสทาความสะอาดฟันและลิ้น เมื่อทราบจากเจ้าหน้าที่ว่าเกล็ดเลือดต่ำ หรือจากการสังเกตพบว่ามีจุดเลือดออก หรือจากการซักถามระดับเกล็ดเลือดจากเจ้าหน้าที่ (ในบางราย)

1.2 การดื่มไข่ ในขณะที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนพยายามดื่มเท่าที่ทำได้ โดยหาเครื่องดื่มเย็นๆ เช่นน้ำหวานหรือผลไม้ดื่มแทนไข่ เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน และควรดื่มทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง เมื่ออาการคลื่นไส้อาเจียนทุเลา จึงพยายามดื่มให้มากขึ้น

และในวงจรนี้ผู้วิจยหาวิธีพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการรายงานผลการตรวจช่องปากกับเจ้าหน้าที่ให้มากขึ้น โดยการซักถามผลการตรวจในแต่ละวัน และย้ำให้ผู้ป่วยรายงานความผิดปกติเช่น มีจุดสีขาวของเชื้อรา มีเลือดออก หรือมีแผล กับเจ้าหน้าที่ทันทีที่ตรวจพบ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มากขึ้น โดยใช้เวลาคูคุยกับผู้ป่วยให้มากขึ้น และใช้คำถามนำว่ามีสิ่งใดที่สงสัยและต้องการจะซักถามบ้าง

2. ชั้นปฏิบัติและการสังเกต

ผู้ป่วยปฏิบัติเพิ่มเติมตามกลุ่มกิจกรรมที่ปรับปรุง ผู้วิจยส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ตามวิธีการส่งเสริมที่เหมาะสมที่ได้จากการศึกษาในวงจรที่ 1 จากการทดลองปฏิบัติ พบว่ากิจกรรมที่ปรับปรุงเหมาะสมที่จะใช้ปฏิบัติได้ โดยที่ผู้ป่วย 2 ราย ตรวจพบจุดเลือดออก และตัดสินใจขอขจากเจ้าหน้าที่เพื่อทำความสะอาดฟัน และผู้ป่วยส่วนใหญ่เปลี่ยนมาใช้กอสทาความสะอาดฟัน เมื่อทราบจากเจ้าหน้าที่ว่าเกล็ดเลือดต่ำ

เมื่อเริ่มสัปดาห์ที่ 2 นี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก ลักษณะของอาการแทรกซ้อนในช่องปากที่พบได้แก่

วีณา มีเลือดออกตามไรฟัน, มีแผลสีเหลืองครีมที่เยื่อข้างแก้มทั้งสองข้าง และมีเนื้อตายสีดาบางแห่ง, แผ่นสีขาวของเชื้อราที่ลิ้น, มุมปากแห้งแตก (คะแนนประเมินช่องปาก 18 คะแนน)

มณฑา มีเลือดออกตามไรฟัน, มีแผลสีเหลืองครีมที่เยื่อข้างแก้มทั้งสองข้าง. และมีเนื้อตายสีดาบางแห่ง, เหงือกอักเสบเป็นแผล, มีแผ่นสีขาวของเชื้อราที่ลิ้น, น้ำลายเหนียว

(คะแนนประเมินช่องปาก 19 คะแนน)

ใบบุญ มีจุดเลือดออกใต้ลิ้น, จุดสีขาวของเชื้อราข้างต่อมทอนซิล (คะแนนประเมินช่องปาก 12 คะแนน)

สุดา มีจุดสีขาวของเชื้อราที่เพดานเล็กน้อย, ริมฝีปากแห้ง (คะแนนประเมินช่องปาก 12 คะแนน)

บังอร มีฝ้าเลือดที่ลิ้น 2 แห่ง, คอแดง, แผ่นคราบสีขาวของเชื้อราที่ลิ้นและเยื่อหูข้างแก้ม (คะแนนประเมินช่องปาก 14 คะแนน)

อารี คราบสีขาวของเชื้อราที่ลิ้นและเยื่อหูข้างแก้ม, มีเลือดออกตามไรฟัน(คะแนนประเมินช่องปาก 14 คะแนน)

สุทัศน์ มีแผลสีเหลืองครีมเป็นวงขนาด 0.5 เซนติเมตร รอบๆแผลแดง (คะแนนประเมินช่องปาก 11)

สมพงษ์ ไม่มีอาการแทรกซ้อน (คะแนนประเมินช่องปาก 9 คะแนน)

สุวิทย์ มีเลือดออกตามไรฟัน, และมีแผ่นคราบสีขาวของเชื้อราที่ลิ้น (คะแนนช่องปาก 14 คะแนน)

สมยศ มีแผลสีเหลืองครีมเป็นวงขนาด 0.5 เซนติเมตร รอบๆแผลแดง (คะแนนประเมินช่องปาก 11 คะแนน)

ระยะนี้ระดับเม็ดเลือดชนิดต่างๆของผู้ป่วยลดลงได้แก่ ระดับเกล็ดเลือดมีค่าระหว่าง 11,000 - 21,000 เซลล์/มม³ และในระยะนี้ได้เสนอให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากในระยะที่มีอาการแทรกซ้อนเพิ่มเติม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆคือ

- การตรวจช่องปากด้วยกระจกวันละครั้ง
- ใช้กอลซูปน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาดฟันและภายในช่องปากทั้งหมด หลังอาหารทุกมื้อ ถ้ามีฟันปลอมถอดแช่ในน้ำสะอาด
- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 2-4 ชั่วโมง
- ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี
- เลือกรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด
- กลั้วปากด้วยน้ำยาโซโลเคนวีลคัส 15 ซีซี ก่อนรับประทานอาหาร 15-20 นาที

- ซักถามสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับกำรดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากคล้ายคลึงกัน คือ ได้รับเกล็ดเลือดทดแทน ให้ยาทรานซามีน (transamine) อมเพื่อช่วยให้เลือดหยุด ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย และยารักษาเชื้อรา อมกลั้วคอด้วยยาไฮโลเคนนิสคัส เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดแผลในช่องปาก สำหรับยาที่ให้เพื่อรักษาเชื้อรา มีทั้งชนิดทาห้อมคือ แคนเนสเตน (canesten) ชนิดรับประทานคือ คีโตโคนาโซล (ketoconazole) และที่เป็นชนิดฉีดคือแอมโฟเทอริซิน บี (amphotericin B) นอกจากนี้ในผู้ป่วยชายทั้ง 4 ราย แพทย์ได้ให้ยา ซูคราลเฟต (sucralfate) 1 กรัม บดรวมกับวิตามินซี 0.5 กรัม ผสมกับน้ำ 50 ซีซี อมกลั้วปาก 2 นาทีแล้วกลืนหลังอาหารทุกมื้อ ยาใช้เป็นยารักษาแผลในกระเพาะอาหาร ถูกนำมาใช้เพื่อป้องกันอาการเยื่อช่องปากอักเสบจากผลของเคมีบำบัด ลักษณะของยาเมื่อบดเป็นผงละลายน้ำ ยามักจะรวมกันเป็นก้อนเหนียวและติดกับเยื่อในปาก

จากการสังเกตและสัมภาษณ์ พบว่ายังคงมีปัจจัยบางประการที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย และรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากบางประการ ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

2.1 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

2.1.1 อ่อนเพลียมาก

ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วย 5 รายมีอาการทรุดหนักลง เนื่องจากการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ วิชาซึ่งหลังจากให้เคมีบำบัดครบ 7 วัน ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน แต่หลังจากกลับบ้านได้ 2 วัน วิชากลับมาด้วยอาการ หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้สูง ปวดท้อง และมีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก บังอรมีไข้สูง ความดันโลหิตลดต่ำลง มีอาการหายใจเร็วขึ้น นิ้วมือซีบ (hyperventilation syndrome) ใบบูลและอาร์มีไข้สูงร่วมกับมีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก และวิชาซึ่งมีไข้สูงถึง 39-40 องศาเซลเซียส มีอาการหนาวสั่นตลอดเวลา

การช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลง คือการทำให้ทดแทนบางส่วน ทั้งที่เป็นการช่วยเหลือโดยตรงจากผู้วิจัยหรือพยาบาล และการสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย วิธีการทำให้ทดแทนบางส่วนโดยช่วยพยุงผู้ป่วยให้ลุกนั่ง เตรียมชามรูปโตมาวางไว้ใกล้ข้างเตียงให้ขวนปาก ให้ผู้ป่วยถือกระจกเพื่อตรวจ

ช่องปากไปพร้อมกัน ส่งกองขาให้ผู้ป่วยเช็ดฟันเองทั้งด้านนอกและด้านใน สำหรับแผลที่บริเวณ เยื่อบุข้างแก้ม ใช้ไม้พันสาลีหรือกอลชุบน้ำเกลือเช็ดขาให้ผู้ป่วย แต่ถ้า เป็นแผ่นของ เชื้อราใช้กอล ชุบกลีเซอรินบอแรกซ์เช็ด จะทำให้แผ่นของเชื้อราหลุดออกง่ายขึ้น ใช้กอลชุบน้ำเกลือเช็ด ริมฝีปากที่แห้งแตกให้ผู้ป่วยจนสะอาด ชุบให้แห้ง และทากลีเซอรินบอแรกซ์ไว้ ในรายที่ต้องอม ยาแคนเนสเทน ให้อมยา 15-20 นาทีจนยาละลายหมด แล้วกลืนก่อนที่จะทำความสะอาดใน ช่องปาก ต่อจากนั้นจัดน้ำเกลือให้ผู้ป่วยช้วนปากทุก 2 ชั่วโมง จัดน้ำให้ผู้ป่วยดื่มเท่าทำได้ จัดยาไซโลเคนวีลคัสให้ผู้ป่วยอมเมื่อต้องการ ให้คำแนะนำแก่ญาติในการจัดเตรียมอาหารอ่อน รสไม่จัด หรืออาหารที่มีรสเย็นเช่นไอศกรีมไว้ให้ผู้ป่วย

2.1.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของช่องปากไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย เล่าว่า ผู้ป่วยสนใจดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยมักจะขอกอลและไม้พัน สาลีทุกเช้า สำหรับผู้ป่วยบอกว่าการกอลและไม้พันสาลีที่เตรียมไว้ให้ น้อยเกินไปไม่พอใช้

การช่วยเหลือในเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ ให้จัดเบิกกอลและ ไม้พันสาลี ที่ทำไว้เป็นห่อและผ่านการฆ่าเชื้อแล้วมาไว้เพิ่มเติม และจัดให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

2.2 ปัญหาจากการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

2.2.1 การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังดื่มน้ำ ได้น้อย โดยที่บางรายยังคงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และบางรายมีอาการเจ็บในคอ กลืน ไม่ลง จึงเสนอให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเท่าที่ทำได้โดยใช้เครื่องดื่มน้ำ แต่สำหรับผู้ป่วยบางรายต้อง การนำอุ่นเพราะช่วยละลายเสมหะ และการดื่มน้ำเย็นทำให้รู้สึกเหมือนจะเป็นไข้ ซึ่งในระยะนี้ ผู้ป่วยจะได้รับน้ำส่วนหนึ่งจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ วันละประมาณ 1,000 ซีซี

2.2.2 การใช้กลีเซอรินบอแรกซ์ พบว่าคงความชุ่มชื้นได้ไม่นานเช่น กรณี ของมดตาและวีณา ที่ผู้ป่วยมีริมฝีปากแห้งแตก มุมปากแตกเป็นแผล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีไข้สูง ตลอดทั้งวัน ประกอบกับดื่มน้ำได้น้อย ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บมาก และเมื่อทากลีเซอรินบอแรกซ์ จะหลุดออกไปเมื่อดื่มน้ำหรือช้วนปากบ่อยๆ ผู้วิจัยได้นำลิปกลอสมาเสนอให้ผู้ป่วยใช้ โดยเลือก ชนิดที่สีขาวใส ไม่มีการแต่งกลิ่นและสี (อาจจะใช้วาสลีนธรรมดาก็ได้) พบว่าคงความชุ่มชื้นได้ นานกว่า สำหรับผู้ป่วยอื่นๆที่ทดลองใช้ลิปกลอส เทียบกับการใช้กลีเซอรินบอแรกซ์ ผู้ป่วยแสดง ความเห็นว่าการใช้ลิปกลอสสะดวกกว่า เพราะไม่ต้องใช้ไม้พันสาลีชุบน้ำยาทา

2.2.3 การชักถามสิ่งที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยวางแผนจะพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในระยะนี้ แต่พบว่าสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยยังไม่พร้อมในขณะนี้

3. การสะท้อนการปฏิบัติ

ในการสะท้อนการปฏิบัติในวงจรนี้ เป็นการอธิบายถึงอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากที่ได้ และรูปแบบที่ยังต้องปรับปรุงต่อไป

3.1 อาการแทรกซ้อนในช่องปาก พบว่าในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก เมื่อพิจารณาอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พบว่าอาการแทรกซ้อนส่วนใหญ่ เป็นอาการที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้คือ อาการเลือดออก ปากอักเสบ มีแผล ซึ่งการดูแลสุขภาพในช่องปากนี้ ผลที่คาดหวังคือป้องกันการติดเชื้อ ลดความรุนแรงของปัญหา และบรรเทาความไม่สบาย แต่จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 70 มีการติดเชื้อเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายประการคือ

3.1.1 ระดับเม็ดเลือดขาวที่ต่ำเกินไป จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าสัมบูรณ์ของนิวโทรฟิล (absolute neutrophil count : ANC) กับอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์กันดังนี้ (Brant, 1990 : 90)

ANC (เซลล์/มม ³)	อัตราเสี่ยง
1,000 - 1,500	เล็กน้อย
500 - 1,000	ปานกลาง
< 500	รุนแรง

สำหรับผู้ป่วยที่ศึกษาี้ ระดับเม็ดเลือดขาวอยู่ระหว่าง 400-800 เซลล์/มม³ ซึ่งเมื่อคำนวณค่าสัมบูรณ์ของนิวโทรฟิล โดยคำนวณจากสูตร

ค่าสัมบูรณ์ของนิวโทรฟิล = $\frac{\text{จำนวนร้อยละของนิวโทรฟิล} \times \text{จำนวนเม็ดเลือดขาว}}{100}$

100

พบว่าระดับค่าสัมบูรณ์ของนิวโทรฟิลของผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีค่าอยู่ระหว่าง 200-400 เซลล์/มม³ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อสูงมาก

3.1.2 การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ จะทำให้สมดุลของเชื้อจุลินทรีย์

ที่มีอยู่ตามปกติในช่องปากเปลี่ยนแปลง และเชื้อราที่มีบทบาทเด่นขึ้น จนทำให้เกิดการติดเชื้อกับตัวเอง เช่นกรณีของบั้งอร์ที่ได้รับยาปฏิชีวนะถึง 3 ชนิดพร้อมกัน เพื่อรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนการเกิดการติดเชื้อในช่องปาก

3.1.3 การไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ได้อย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มการศึกษา หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่คงอยู่ เช่นกรณีของวีณาที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากอ่อนเพลียมาก ผู้ป่วยจึงกลับมาใหม่ด้วยการมีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก

3.1.4 การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีฟันผุ และการใช้ก๊อชทำความสะอาดฟันไม่ สามารถกำจัดเศษอาหารที่ติดอยู่ตามฟันที่ผุได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อในช่องปากมากขึ้น

3.1.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อีกมีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก เป็นผู้ป่วยรายแรกที่เพิ่งจะได้รับการรักษาเป็นครั้งแรก และได้รับเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากได้มาก คือ ซัยโตซีน อะราบิโนไซด์ ร่วมกับ อะเดรียมัยซิน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนในช่องปากน้อยกว่า พบว่าเป็นผู้ป่วยเก่าที่ได้รับการรักษาจนโรคสงบแล้ว และในการศึกษานี้เป็นการศึกษาได้รับเคมีบำบัดในครั้งที่สอง

3.2 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ในระยะนี้มีลักษณะเช่นเดียวกันกับในวงจรที่ 1 คือ อาการอ่อนเพลีย จากการที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกาย และบางรายมีอาการถ่ายเหลว ทำให้ระดับพลังงานในร่างกายลดลง ทำให้ขาดความสามารถที่จะริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.3 แนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลง วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยคือการทำให้ทดแทนบางส่วน ซึ่งในระยะที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสุขภาพนี้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ยังไม่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา แต่เป็นการช่วยเหลือเพื่อชดเชยข้อจำกัด ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพของช่องปากทดแทน จนกว่าระดับพลังงานของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้

3.4 รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากในระยะที่มีอาการแทรกซ้อน ที่สามารถใช้ปฏิบัติได้ ได้แก่

การตรวจช่องปากด้วยกระจกวันละครั้ง แต่ในระยะนี้เป็นการตรวจดูการเปลี่ยนแปลง

ของอาการแทรกซ้อนในช่องปาก เพื่อประเมินผลการดูแลตนเองร่วมกับพยาบาล ไม่ต้องรายงานผล

การใช้กอกซูปน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาดฟันและลิ้น และภายในเยื่อช่องปาก นอกจากนั้นรายที่มีแผล ผู้ป่วยแสดงความเห็นว่าการใช้กอกซูปน้ำเกลือทำให้รู้สึกเจ็บ ควรใช้ไม้พันสำลี เช็ดแทน

บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 1-2 ชั่วโมง ซึ่งเดิมให้บ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง จากการทดลองปฏิบัติ พบว่าผู้ป่วยซึ่งมีคะแนนประเมินช่องปากระหว่าง 12-14 คะแนน แสดงความเห็นว่า การบ้วนปากทุก 2 ชั่วโมงเพียงพอที่จะทำให้รู้สึกสบาย แต่ผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมินช่องปากระหว่าง 18-19 คะแนน ซึ่งมีอาการแทรกซ้อนในช่องปากรุนแรงกว่า เห็นว่าต้องบ้วนปากทุก 1 ชั่วโมง จึงจะเพียงพอที่จะทำให้รู้สึกสบาย และช่วยลดอาการบวมปาก

รับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด ผู้ป่วยแสดงความเห็นว่า การรับประทานอาหารที่มีรสเย็น เช่น ไอศกรีม วุ้นแช่เย็น เยลลี่แช่เย็น จะช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และบรรเทาความเจ็บปวดได้

ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี นอกจากระยะที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน พยายามดื่มเท่าที่ทำได้ เมื่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลงควรดื่มให้มากขึ้น

กลั้วปากด้วยน้ำยาโซลเคนวิสคัส 15 ซีซี ก่อนรับประทานอาหาร 15-20 นาที สำหรับผู้ป่วยบางรายกล่าวว่าต้องการใช้น้ำวันละ 1-2 ครั้ง เพื่อบรรเทาอาการเจ็บแผลในปากแม้จะไม่ได้รับประทานอาหาร

ทาริมฝีปากด้วยลิปกอสหรือวาสลีน ถ้ามีแผลใช้ไม้พันสำลี หรือกอกซูปน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาด ซักให้แห้งแล้วทาด้วยลิปกอสหรือวาสลีน

อมยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยาแคนเนสเทน หรือยาซูคราลเฟต โดยจัดให้ สลับกับการบ้วนปากอย่างเหมาะสม

3.5 รูปแบบที่ยังต้องมีการปรับปรุงต่อไป

3.5.1 การกลับมาแปร่งฟัน เช่น เดิมเมื่อแผลในช่องปากหายแล้วและระดับเกล็ดเลือดสูงขึ้นเหมือนเดิม จากการศึกษาพบผู้ป่วย 1 รายคือสุดำ กลับมาแปร่งฟันเหมือนเดิมในต้นสัปดาห์ที่ 3 โดยไม่พบเหตุผลว่าแผลในช่องปากหายแล้วไม่รู้สึกเจ็บอีกต่อไป และรับประทาน

อาหารได้มากขึ้น การใช้กอลไม่สามารถกำจัดเศษอาหารออกจากร่องฟันได้หมด ดังนั้นจึงควร
ปรับปรุงแผน ให้มีแนวทางให้ผู้ป่วยใช้ เป็นกรณีในการตัดสินใจกลับแปรงฟัน ได้อย่างเหมาะสม

3.5.2 การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการแสวงหาข้อมูล ยังไม่
สามารถทำได้ในวงจรที่ 1 และ 2 นี้ จึงต้องพัฒนาต่อไปในวงจรที่ 3

ในสัปดาห์ที่ 2 นี้พบว่า ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วย
ตนเองมากขึ้น เนื่องจากมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการแสวงหา
ทางเสือกอื่นที่คิดว่าจะได้ผลดีกว่า ในการแก้ไขปัญหามช่องปากของตนเอง เช่น สูดาคีนายา
ยาจีนชื่อ "ยาผงเป่าคอแต่ชื่อสัง" ซึ่งมีลักษณะเป็นผงสีเทาอมเขียว นามมาใช้เพื่อรักษาแผลใน
ปาก หรือมดทาก็เช่นเดียวกันได้นายาชื่อว่า "ลักชินเอี" ลักษณะเป็นเป็นเม็ดสีดำขนาดเล็ก
เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 มิลลิเมตร มาใช้เพื่อรักษาแผลในปาก โดยที่ผู้ป่วยเล่าว่าเมื่ออม
ยาเข้าไปจะรู้สึกชา แผลที่เคยมีจะค่อยๆหายไป ใน 2-3 วัน จากการที่ได้ฉายาทั้งสองชนิด
นี้ไปวิเคราะห์โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่ายาทั้ง 2 ชนิดนี้ไม่มีส่วนผสมของเดกซา-
เมธาโซน (dexamethasone) เพรดนิโซโลน (prednisolone) หรือบอแรกซ์ (borax)

จากการปฏิบัติและสังเกตในวงจรที่ 2 นี้พบว่า ระดับเม็ดเลือดชนิดต่างๆในร่างกาย
ของผู้ป่วยลดลง และเริ่มมีอาการแทรกซ้อนในช่องปาก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีอาการทุดหนัก
ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น หรือยอมรับการช่วยเหลือจาก
ผู้อื่นมากขึ้น คือการตระหนักว่าอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นอันตรายต่อตนเองและทำให้ไม่
สุขสบาย สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากดำเนินต่อไปได้ คือการทำให้ทดแทนบาง
ส่วน พยาบาลต้องมีความอดทน ช่วยประคับประคองให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

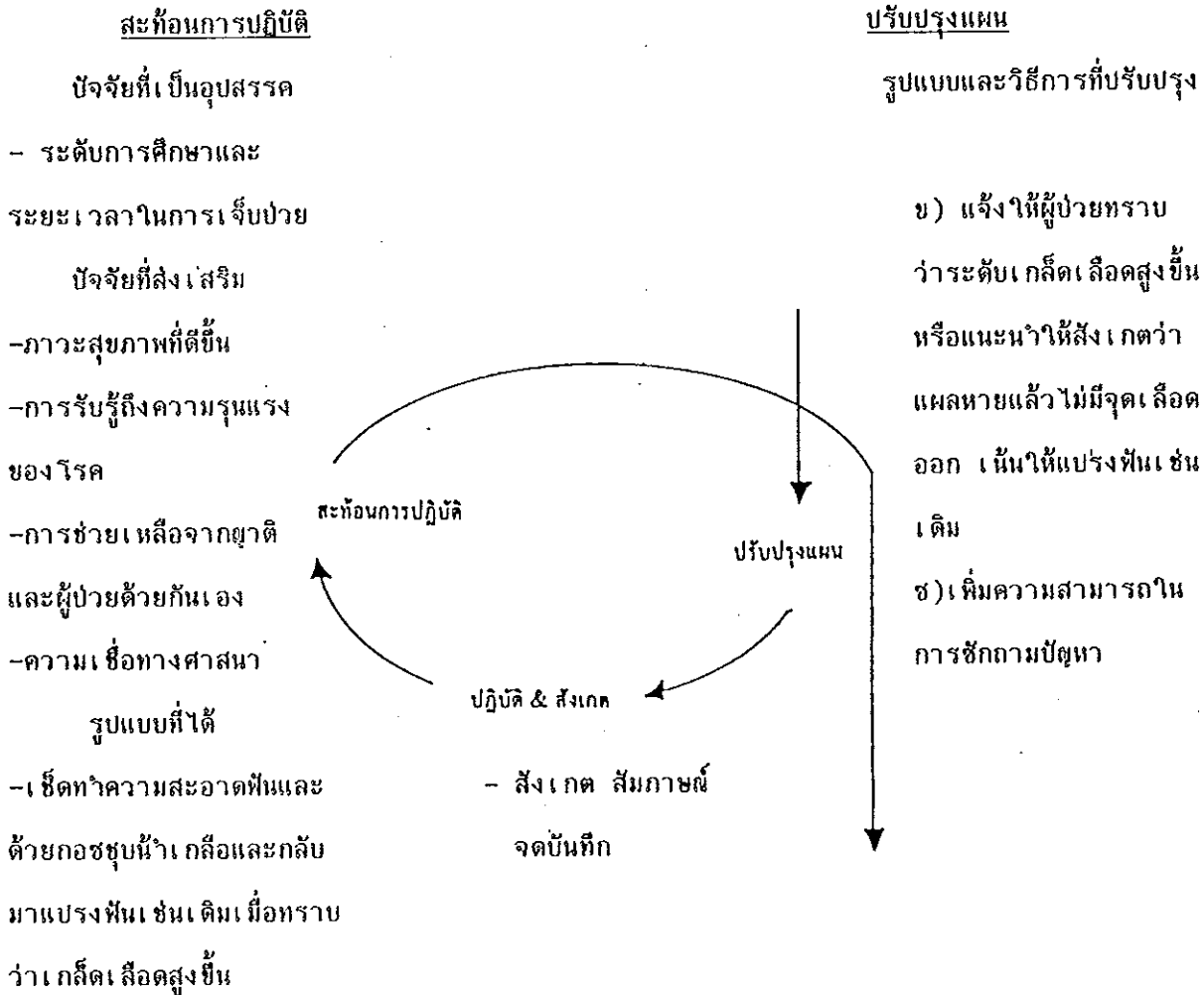
วงจรที่ 3

การศึกษาในวงจรที่ 3 นี้ เป็นการนำรูปแบบที่ปรับปรุงจากวงจรที่ 2 มาปฏิบัติอีก
และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติบางกิจกรรม ในวงจรนี้ใช้เวลาในการศึกษา
ประมาณ 1 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาสรุปได้ดังแผนภูมิ 4

1. ชั้นปรับปรุงแผน

ผู้วิจัยได้พบทวนกับผู้ป่วยถึงกิจกรรมที่ได้มีการปรับปรุง และสิ่งที่ควรปฏิบัติเพิ่มเติมคือ

แผนภูมิ 4. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากวงจรที่ 3



1 รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

2 แนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสม

- การอำนวยความสะดวก
- การทำให้ทดแทนบางส่วน
- การสอน - การช่วยเหลือจากญาติ
- การช่วยให้ปรับตัวด้วยวิธีที่เหมาะสม
- สร้างความหวัง - สร้างแรงจูงใจ
- การจัดอุปกรณ์และระบบบริการให้เพียงพอ

1.1 เช็ดทำความสะอาดฟันและลิ้นด้วยกอลซูปน้ำเกลือ ถ้ามีแผลใช้ไม้ฟันสาลีชุบน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาดเยื่อในช่องปาก และกลับมาแปรงฟันเหมือนเดิม เมื่อทราบจากเจ้าหน้าที่ว่าเกล็ดเลือดสูงขึ้น หรือสังเกตจากแผลหายแล้ว หรือตรวจไม่พบจุดเลือดออก

1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง โดยการใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยให้มากขึ้นและใช้คำถามนำ

2. ขึ้นปฏิบัติการและสังเกต

2.1 รูปแบบที่ปรับปรุงสามารถใช้งานได้คือ ผู้ป่วยตัดสินใจกลับมาแปรงฟันเหมือนเดิมในเวลาที่เหมาะสม เมื่อทราบจากผู้วิจัยว่าเกล็ดเลือดสูงขึ้น และมีผู้ป่วย 2 รายคือ บังอร และสุวิทย์ ที่คอยซักถามระดับเม็ดเลือดจากเจ้าหน้าที่ และเปลี่ยนมาแปรงฟันเมื่อทราบว่าจำนวนเกล็ดเลือดอยู่ในระดับ 50,000 เซลล์/มม³

2.2 รูปแบบที่ยังไม่สามารถใช้งานได้ คือ เรื่องการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาข้อมูลพบว่าประสบผลสำเร็จเพียงรายเดียวคือกรณีของสุดา ซึ่งจากการใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่าสุดาแจ่มใสขึ้น การคิดเข้านช่องปากหายหมดแล้ว สุดาเล่าว่าแพทย์แจ้งให้ทราบว่าฉายรังสีทำให้เจ็บคอต่อไป และซักถามว่าจะต้องเตรียมตัวอย่างไร ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี และแนะนำให้ดูแลสุขภาพในช่องปากเช่นเดิม เพราะจะเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปากได้ เช่นเดียวกัน จะเห็นว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้นได้แก่ การที่ผู้ป่วยแจ่มใสขึ้น นอกจากไม่ประสบผลจากการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของพยาบาลที่ใช้เวลากับผู้ป่วยเป็นแรงเสริมอีกทางหนึ่ง ดังเช่น คำบอกเล่าของผู้ป่วยที่ว่า

"แต่ก่อนไม่ได้คิดจะถาม เพราะบางทีกลัวว่าจะพูดอะไรไม่ถูก ถามอะไรไม่ถูก ตอนนี้ชินแล้ว พยาบาลคนอื่นก็ไม่ได้ถาม เขาทำงานยุ่ง เช่นเวลาชอกช หรือสาลี เขาไม่ได้เอามาให้เลยแล้วก็ลืม"

สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้น ที่ไม่ประสบผลสำเร็จ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสวงหาข้อมูล จะเห็นว่าเกิดจากลักษณะนิสัยของคนไทย ที่มักจะไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นหรือซักถาม แต่มักจะเชื่อถือบุคลากรในทีมสุขภาพมากกว่า ดังเช่นคำพูดของผู้ป่วยหลายคนที่กำลังว่า

วีณา "ไม่รู้จะถามอะไร"

มณฑา "ไม่อยากรู้อะไร แล้วแต่หมอจะบอก"

ใบบุญ "จะต้องทำอะไรบ้าง ก็แล้วแต่หมอเขา"

สมพงษ์และสุทัศน์แสดงความคิดเห็นคล้ายกันว่า การที่จะต้องทำอะไรบ้างน่าจะเป็นหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ต้องคอยบอก สำหรับผู้ป่วยยินดีจะทำตามที่บอก

2.3 ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ดี จากการศึกษาเหตุการณ์ของผู้ป่วยในลำดับค่าที่ 3 นี้ พบว่าผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น ทั้งนี้เกิดจากปัจจัยหลายประการคือ

2.3.1 ภาวะสุขภาพ ในลำดับค่าที่ 3 นี้ ปัญหาทางด้านร่างกายได้แก่อาการอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาเจียน ลดลง จำนวนเม็ดเลือดชนิดต่างๆในร่างกายสูงขึ้น ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น และแจ่มใสขึ้น อาการแทรกซ้อนในช่องปากหายเป็นปกติ

2.3.2 การรับรู้ว่าอาการแทรกซ้อนในช่องปากเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สบาย การดูแลสุขภาพของช่องปากจะช่วยบรรเทาความไม่สบายนั้นได้ เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่ว่า

วีณา "เห็นแผลแล้วอยากให้อายุเร็วๆ เวลาที่ไม่เห็นแผลก็เกียจท้อ"

มณฑา "ตอนแรกไม่กลัว พอเห็นแผลเห็นเลือดแล้วกลัว ถ้าทำมันก็สบายขึ้น"

บังอร "อยากให้อายุ ถ้าทำได้ก็อยากทำเอง สะดวกกว่าให้คนอื่นทำให้"

ใบบุญและสุดา "ไม่อยากเจ็บปากอีก ถ้าทำได้ก็ทำเอง อยากให้อายุเร็วๆ"

2.3.3 แรงสนับสนุนทางสังคม คือการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเช่น สุทัศน์ที่กล่าวว่า เนื่องจากมีพี่สาวคอยเตือน จึงไม่ลืมที่จะดูแลสุขภาพของช่องปาก หรือบังอรและใบบุญที่กล่าวว่า ได้อาศัยพ่อแม่และสามีคอยช่วยเหลือไม่ว่าจะต้องการอะไร หรือการช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเช่นวีณาและสุดา ซึ่งเตียงของผู้ป่วยอยู่ใกล้กัน จะเป็นการกระตุ้นซึ่งกันและกัน ให้มีการปฏิบัติมากขึ้น เช่นผู้ป่วยเล่าว่า "คืนเข้ามาดูกระจกแล้วก็คุยกัน พี่เขาจะคอยถามว่า กินข้าวหรือยัง นอนยากหรือยัง"

2.3.4 ความเชื่อทางศาสนา เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เช่นสมยศ ซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม ได้เล่าถึงแรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองว่า

"พระเจ้าบอกว่าตักน้ำต้องว่าย เจ็บป่วยต้องรักษา อะไรที่ห้ามก็ทำได้

ถ้าเป็นการรักษาแล้วไม่ทำถือว่าผิดต่อศาสนาเหมือนกัน"

3. ขึ้นระลอกอาการปฏิบัติ

3.1 รูปแบบที่ไม่สามารถใช้ปฏิบัติได้ จากแนวคิดที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาข้อมูล เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ได้ สำหรับผู้ป่วยส่วนน้อยที่ปฏิบัติได้ ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น ระดับการศึกษาที่ดีพอควร ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยที่นานพอควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมูเลนแคมป์และคณะ (Muhlenkamp, et al., 1986 : 334) ที่พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะการศึกษาสูงทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และการซักถามปัญหา มีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนรู้จักแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม และใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย และการศึกษาของ สมิทและคณะ (2533 : 207) ที่พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ทาโคลอสไตรี มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการรักษามากขึ้น ย่อมเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย และครึ่งหนึ่ง เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง การที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้สนใจแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในระยะสั้นๆ เช่นนี้ ดูเหมือนจะเป็นไปได้ยาก ซึ่งคงจะต้องใช้เวลาในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้มากขึ้น โดยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยซ้ำๆ จนเกิดการเรียนรู้ และสามารถจดจำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

3.2 ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริม จากการศึกษาในวงจรที่ 3 นี้ พบปัจจัยหลายประการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ดีขึ้น กล่าวคือ

3.3.1 ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอลลี (Holly, 1991 : 14) ที่พบว่าอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับเคมีบำบัด จะมีอาการสูงสุดในวันที่ 7 หลังได้รับเคมีบำบัด แล้วค่อยๆ ลดลงโดยจะมีอาการอยู่ 28 วัน ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนเม็ดเลือดชนิดต่างๆ ในร่างกาย ที่จะค่อยๆ ลดลงในสัปดาห์ที่ 1-2 และเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 3-4 ทำให้ผู้ป่วยมีพลังความสามารถทางด้านร่างกาย และสนใจที่จะดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น

3.3.2 ประสพการณ์ตรง ทำให้รู้ว่าอาการแทรกซ้อนในช่องปากที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความไม่สบาย และการดูแลสภาพของช่องปาก จะช่วยลดความไม่สบายนั้นได้ เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลสภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker cited by Hussey & Gilliland, 1989 : 606)

3.3.3 แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสภาพของช่องปากได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1989 : 21) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา โดยผ่านการดูแลตนเอง เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตดี

3.3.4 ศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลสภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งเชื่อว่าพระเจ้า หรือพระอัลลอฮ์ (Allah) เป็นผู้สร้างและกำหนดชะตาชีวิตของชาวมุสลิมทุกคน การเจ็บป่วย ครั้งนี้จึงเหมือนถูกกำหนดมา การที่จะหายหรือไม่เป็นสิ่งที่พระเจ้าบังการ และเมื่อพระเจ้า กล่าวไว้ว่าเจ็บป่วยต้องรักษา มิฉะนั้นจะเป็นการผิดต่อศาสนา เมื่อผู้ป่วยเห็นว่าการดูแลสภาพ ของช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา จึงเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลสภาพของช่องปาก ด้วยตนเองมากขึ้น

โดยสรุป จากการศึกษาในวงจรที่ 3 นี้พบว่า จำนวนเม็ดเลือดชนิดต่างๆในร่างกาย ของผู้ป่วยสูงขึ้น อาการแทรกซ้อนในช่องปากหายเกือบหมด คะแนนประเมินช่องปากของผู้ป่วย โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8-9 คะแนน พฤติกรรมการดูแลสภาพของช่องปากของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในลักษณะที่ดีขึ้น ที่สำคัญคือมีการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารมากขึ้น และมีการตรวจช่องปากด้วยตนเอง ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ดี ขึ้นคือ ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การช่วยเหลือจากญาติและพยาบาล การกระตุ้นจากผู้ป่วยด้วยกันเอง ประสพการณ์ตรง และความเชื่อทางศาสนา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังขาดการแสวงหาข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลสภาพของช่องปากด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย และ ยังไม่มีประสพการณ์ต่อการเจ็บป่วยมาก่อน

ผลที่ได้จากการศึกษาทั้ง 3 วงจร

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปาก

จากการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองที่กำหนดขึ้นไปทดลองปฏิบัติ ทำให้ได้รูปแบบอันใหม่ ที่มีบางกิจกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และเมื่อนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากก่อนและหลังการศึกษามาเปรียบเทียบกัน ทำให้เห็นความแตกต่างกันดังนี้

1.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน

รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน (ก่อน)	รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน (หลัง)
<p>1. ตรวจช่องปากวันละครั้ง โดยใช้กระจกส่องดูส่วนต่างๆ เมื่อพบความผิดปกติ รายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ</p> <p>2. แปรงฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ถ้ามีฟันปลอมถอดล้างทุกครั้ง</p> <p>ซักถามระดับเกลือเลือดจากเจ้าหน้าที่ ถ้าต่ำกว่า 50,000 เซลล์/มม³ ใช้กอสซูปน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาดแทนการแปรงฟัน</p> <p>3. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 4 ชั่วโมง กำหนดเวลาด้วยตนเอง เช่น 6-10-14-18-22 ยกเว้นเวลาหลับ</p>	<p>1. ตรวจช่องปากวันละครั้ง โดยใช้กระจกส่องดูส่วนต่างๆ เมื่อพบความผิดปกติ รายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ</p> <p>2. แปรงฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ถ้ามีฟันปลอมถอดล้างทุกครั้ง</p> <p>ใช้กอสซูปน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาดฟันเมื่อทราบว่าเกลือเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์/มม³ โดยซักถามระดับเกลือเลือดจากเจ้าหน้าที่ หรือเมื่อเจ้าหน้าที่บอก หรือเมื่อตรวจพบจุดเลือดออก</p> <p>3. ถ้ามีผ้าขาวที่ลิ้น ใช้กอสซูปน้ำเกลือหรือกสิเซอร์บอแรกซ์ เช็ดวันละครั้ง</p> <p>4. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 4 ชั่วโมง กำหนดเวลาด้วยตนเอง เช่นเดียวกัน</p>

รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน (ก่อน)	รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน (หลัง)
<p>4. ทาครีมฟันปากด้วยกลีเซอรีนบอแรกซ์ ถ้ารู้สึกแห้ง</p> <p>5. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด โดยแบ่งดื่มเวรเช้า 1,500 ซีซี เวรบ่าย 1,000 ซีซี เวรดึก 500 ซีซี</p> <p>6. เลือกรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด</p> <p>7. ชักถามสิ่งส่งสัยเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของช่องปาก จากเจ้าหน้าที่</p>	<p>5. ทาครีมฟันปากด้วยลิปกลอสหรือวาสลีน ถ้ารู้สึกแห้ง</p> <p>6. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด ในระยะที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดื่มน้ำเท่าที่ทำได้</p> <p>-</p> <p>7. ชักถามสิ่งส่งสัยเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของช่องปาก จากเจ้าหน้าที่</p>

1.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่มีอาการแทรกซ้อน

รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระยะที่มีอาการแทรกซ้อน (ก่อน)	รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระยะที่มีอาการแทรกซ้อน (หลัง)
<p>1. ตรวจช่องปากวันละครั้ง โดยใช้กระจก ส่องดูส่วนต่างๆ เมื่อพบว่าความผิดปกติ รายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ</p> <p>2. ใช้ก๊อชชุบน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาดฟัน หลังอาหารทุกครั้ง ถ้ามีฟันปลอมและรู้สึกเจ็บ มากถอดแช่ในน้ำสะอาด</p>	<p>1. ตรวจช่องปากวันละครั้ง โดยวิธีเดียวกัน เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง</p> <p>2. เช็ดทำความสะอาดฟันและลิ้นด้วยก๊อช ชุบน้ำเกลือ ถ้ามีแผลใช้ไหมพันสายสิญชุบน้ำเกลือ เช็ดเยื่อช่องปาก และกลับมาแปรงฟันเมื่อ</p>

รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระยะเวลาที่มีอาการแทรกซ้อน (ก่อน)	รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระยะเวลาที่มีอาการแทรกซ้อน (หลัง)
<p>3. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 2-4 ชั่วโมง ตามความรุนแรงของแผลในปาก กำหนด เวลาด้วยตนเอง</p> <p>4. ทาครีมฝีปากด้วยกลีเซอรีนหรือแว็กซ์ ถ้ารู้สึกแห้ง</p> <p>5. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด โดยแบ่งดื่มเวรเช้า 1,500 ซีซี เวรบ่าย 1,000 ซีซี เวรคืน 500 ซีซี</p> <p>6. เลือกรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด</p> <p>7. กลั้วปากด้วยยาไฮโดรคอร์ติซอล 15 ซีซี ก่อนรับประทานอาหาร 15-20 ซีซี เมื่อ รู้สึกเจ็บแผลในปาก</p> <p>8. ชักถามสิ่งสงสัยเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของช่องปากจากเจ้าหน้าที่</p>	<p>ไม่มีเลือดออกหรือแผลหายแล้ว</p> <p>3. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 1-2 ชั่วโมง ตามความรุนแรงของแผลในปาก กำหนด เวลาด้วยตนเอง</p> <p>4. ทาครีมฝีปากด้วยลิปกลอสหรือวาสลีน ถ้า รู้สึกแห้ง ถ้ามีแผลใช้ผ้าพัน紗ชุบน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาด ซับให้แห้ง แล้วทาด้วย ลิปกลอสหรือวาสลีน</p> <p>5. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด ในระยะที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดื่มน้ำเท่าที่ทำได้</p> <p>6. เลือกรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด หรืออาหารที่เป็น เช่น ไอศกรีม ฯลฯ</p> <p>7. กลั้วปากด้วยยาไฮโดรคอร์ติซอล 15 ซีซี ก่อนรับประทานอาหาร 15-20 ซีซี เมื่อ รู้สึกเจ็บแผลในปาก</p> <p>8. ชักถามสิ่งสงสัยเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของช่องปากจากเจ้าหน้าที่</p>

2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองของผู้ป่วย ได้แก่

2.1 อาการอ่อนเพลียหรือภาวะที่ร่างกายทรุดโทรมลง ทำให้ขาดพลังงานความสามารถที่จะดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

2.2 ภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่อาการซึมเศร้า ความเครียด และความรู้สึกสิ้นหวัง ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ และขาดความสามารถที่จะใช้กระบวนการคิด การตัดสินใจ ในการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

2.3 ความเกรงใจ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจที่ต้องขอน้ำเกลือ น้ำพันแผล หรือน้ำหวาน จากเจ้าหน้าที่บ่อยๆ เกรงใจที่ต้องขอให้พนักงานทำความสะอาดมาทำความสะอาดให้บ่อยๆ หรือไม่กล้าถามอะไรมากเพราะพยาบาลยุ่ง

2.4 ความเชื่อว่าอาการแทรกซ้อนในช่องปากจะไม่เกิดขึ้นกับตนเอง

2.5 เคลื่อนไหวไม่สะดวกเนื่องจากการไว้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ

2.6 อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของช่องปากไม่เพียงพอ

3. แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ

จากการศึกษาพบว่า การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ จะต้องใช้วิธีการหลายอย่างไปพร้อมๆกัน โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ถึงสาเหตุของความเจ็บป่วย วิธีการรักษา อาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ วิธีการดูแลสุขภาพของช่องปากและประโยชน์ที่จะได้รับ การให้ข้อมูลนี้ นอกจากผู้ป่วยแล้ว ควรให้ข้อมูลกับผู้ที่คอยดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้รับความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป วิธีการให้ข้อมูลอาจจะใช้สื่อการสอนเช่น รูปภาพประกอบ หรือจากผู้ป่วยจริงๆ และให้ทดลองปฏิบัติวิธีการดูแลสุขภาพของช่องปาก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการทำ และมีความมั่นใจว่าจะสามารถทำได้ด้วยตนเองได้

ในระหว่างที่ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในแต่ละวัน ต้องคอยให้การช่วยเหลือระดับประคอง โดยประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะ และใช้วิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ควรช่วยอำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ที่ข้างเตียง

หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดโทรมลง ในระยะนี้ควรช่วยทำให้ทดแทนบางส่วน จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า ไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ควรคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติ และคอยให้กำลังใจกับผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเครียด ควรอดทนให้เวลากับผู้ป่วยในการปรับตัว และช่วยให้ผู้ป่วยใช้วิธีเผชิญกับความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ ในระหว่างนี้คอยให้กำลังใจกับผู้ป่วย คอยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง หรือใช้การสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยเมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวัง

สถาบันแนะนำให้บุคคลในครอบครัวได้มีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยบอกให้ทราบถึงวิธีการช่วยเหลือ นอกจากนี้ช่วยจัดอุปกรณ์ที่ต้องการใช้ในการดูแลสุขภาพของช่องปาก มาไว้ให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และหยิบมาใช้ได้สะดวก

4. ความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความรู้สึกคล้ายๆกันคือ รู้สึกเบื่อหน่าย เช่นคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า "เบื่อ อยากรกลับบ้าน เมื่อไหร่จะหมดซักที" "ไม่อยากทำอะไร อยากรอนเอยๆ" รู้สึกท้อแท้เหมือนเช่นคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า "หงุดหงิดบอกไม่ถูก ร้อนตามตัว เจ็บวนคอร้อนไปถึงนอก ข้อแต่ละข้อเหมือนไม่ต่อกัน ไล่กลิ่นอาหารก็เหม็น อีวกตลอดไม่ได้นอนเลย มันทรมาณ" ผู้ป่วยบางรายรู้สึกไม่แน่ใจ กังวลใจ ดังเช่นคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า "พอเริ่มให้ยาเหมือนจะเป็นไข้ อีก ไม่รู้ว่าจะหายไหม เป็นหวัดลูก" หรือในบางรายอยู่เฝ้าภาชนะไว้อาบยา ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองให้ปฏิบัติกิจกรรมตามที่ต้องการได้ เช่นคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า "ไปห้องน้ำไม่ไหว ทำอะไรก็ต้องมีคนคอยช่วย อยากรักษาแต่ร่างกายไม่อำนวย"

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในผู้ป่วย มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบแบบการดูแลสุขภาพของ ช่องปากด้วยตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วย พร้อมทั้งหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแล สุขภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

วิธีการศึกษาใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งกระบวนการวิจัย มีด้วยกัน 5 ขั้นตอนคือ การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการ ปรับปรุงแผน โดยมีการศึกษารวม 3 วงจร ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน

การรวบรวมข้อมูลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ บันทึกเทป และจดบันทึก ซึ่งในการศึกษา ครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย เป็นหญิง 6 ราย เป็นชาย 4 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล อาศัยหลักการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพคือ อธิบาย สถานการณ์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อ ให้นำใจว่าข้อมูลถูกต้อง จัดหมวดหมู่แยกประเภทของข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบ ข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท และสร้างข้อสรุปในขั้นตอนสุดท้าย

ผลการศึกษาได้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง 2 รูปแบบคือ รูปแบบ การดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน และในระยะที่มี อาการแทรกซ้อน ดังแสดงในตาราง

รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระบะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน	รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระบะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน
<p>1. ตรวจสอบช่องปากวันละครั้ง โดยใช้กระจกส่องดูส่วนต่างๆ เมื่อพบความผิดปกติ รายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ</p> <p>2. แปรงฟันอย่างถูกวิธี หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ถ้ามีฟันปลอมถอดใส่ทุกครั้ง ใช้ก๊อชชุบน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาดฟันเมื่อทราบว่เกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์/มม³ โดยการซักถามระดับเกล็ดเลือดจากเจ้าหน้าที่ หรือเจ้าหน้าที่บอก หรือเมื่อตรวจพบจุดเลือดออก</p> <p>3. ถ้ามีผ้าขาวที่เส้นเชือกชุปน้ำเกลือ หรือเกลือเซอรันบอแรกซ์ เช็ดวันละครั้ง</p> <p>4. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 4 ชั่วโมง กำหนดเวลาด้วยตนเอง เช่น 6-10-14-18-20 ยกเว้นเวลาหลับ</p> <p>5. ทาครีมฟันปากด้วยลิปกลอสหรือวาสลีน ถ้ารู้สึกแห้ง</p> <p>6. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด ในระบะที่มีอาการคลื่นไส้ ดื่มน้ำเท่าที่ทำได้</p>	<p>1. ตรวจสอบช่องปากวันละครั้ง โดยใช้กระจกส่องดูส่วนต่างๆ เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง</p> <p>2. เช็ดทำความสะอาดฟันและลิ้นด้วยก๊อชชุบน้ำเกลือ ถ้ามีแผลใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ เช็ดเยื่อช่องปาก และกลับมาแปรงฟันเมื่อไม่มีเลือดออกหรือแผลหายแล้ว</p> <p>3. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 1-2 ชั่วโมง ตามความรุนแรงของแผลในปาก กำหนดเวลาด้วยตนเอง</p> <p>4. ทาครีมฟันปากด้วยลิปกลอสหรือวาสลีน ถ้ามีแผล ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาด ชุบให้แห้ง แล้วทาด้วยลิปกลอสหรือวาสลีน</p> <p>5. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด ในระบะที่มีอาการคลื่นไส้ เท่าที่ทำได้</p>

รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน	รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในระยะที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน
7. ชักถามสิ่งส่งสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปาก จากเจ้าหน้าที่	6. เลือกรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด หรืออาหารที่เป็นเช่น ไอศกรีม ฯลฯ 7. อมกลี้น้ำปากด้วยยาไซโลเคนวีลคัส 15 ซีซี ก่อนรับประทานอาหาร 15-20 นาที เมื่อรู้สึกเจ็บแผลในปาก 8. อมยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยจัดให้สลับกับการบ้วนปากอย่างเหมาะสม 9. ชักถามสิ่งส่งสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของช่องปาก จากเจ้าหน้าที่

คู่มือการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

1. วิธีการตรวจช่องปาก ใช้กระจกส่องดูส่วนต่างๆตามขั้นตอนต่อไปนี้
 - 1.1 ตรวจริมฝีปากภายนอก สังเกตว่าริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผลหรือไม่
 - 1.2 ตรวจเยื่อหู โดยดึงริมฝีปากล่างลงมา ยกริมฝีปากบนขึ้นข้างบน สังเกตดูเยื่อหูด้านใน ใช้ไม้กดลิ้นหรือนิ้วแยกเยื่อหูออกจากฟัน เพื่อดูเยื่อหูข้างแก้มทั้งสองข้าง
 - 1.3 ตรวจเหงือกและฟัน สังเกตไปพร้อมกันกับขณะที่แยกเยื่อหูข้างแก้มออกจากเหงือกและฟัน
 - 1.4 ตรวจลิ้น โดยอ้าปากกว้างๆ ตรวจดูด้านบน ด้านข้าง และใต้ลิ้น ขณะที่อ้าปากกว้างๆนี้ สังเกตโคนลิ้นและเยื่อหูบริเวณที่อยู่ด้านหลังของคอ
 - 1.5 ตรวจน้ำลาย ขณะตรวจใต้ลิ้นให้สังเกตสีและความเหนียวของน้ำลายด้วย
 - 1.6 กลืนน้ำลายดูว่ารู้สึกเจ็บคอหรือไม่

การตรวจในข้อ 1.1-1.4 เพื่อดูว่ามีอาการอักเสบวมแดง เป็นแผล มีลักษณะของการติดเชื้อ หรือมีเลือดออกหรือไม่ ถ้ามีการใช้เครื่องมือประเณช่องปาก ให้คะแนนในแต่ละรายการที่ประเณคือ เสียง การกลืน ริมฝีปาก ลิ้น ฝ้าลาย เยื่อหู เหงือก และฟันหน้าคะแนนในแต่ละรายการที่ประเณได้มารวมกัน

2. การประเณฟันอย่างถูกวิธี

เลือกใช้ประเณขนาดเล็กขนอ่อน และยาสีฟันรสไม่จัด เทคนิคการประเณฟันอย่างถูกวิธีคือการขยับแล้วบิด

เริ่มจากฟันซี่สุดท้าย วางประเณเฉียง 45 องศากับตัวฟัน กดขนประเณให้เข้าไปในร่องเหงือกและฟัน ขยับประเณไปมาสั้นๆประมาณ 10 ครั้ง เพื่อเน้นการประเณบริเวณที่อยู่ติดกับขอบเหงือก แล้วบิดขนประเณให้มาทางด้านบนค้ำของฟัน ทำเช่นนี้ซ้ำกันแต่ละ 8-10 ครั้ง ประเณให้ครบทุกซี่ เริ่มจากซี่บนสุดจนถึงด้านหน้า ประเณทั้งด้านติดแก้มและด้านติดเพดาน

ด้านบนของฟันทั้งด้านร่างและด้านบน ตั้งหัวประเณตรงขอบเหงือก แล้วบิดขึ้นลงทางด้านกัดฟัน

ด้านบนค้ำ โดยวางประเณด้านตัดของฟัน กดขนประเณเบาๆเข้าออกทั้งด้านบนและด้านล่าง

3. การดื่มน้ำวันละ 3,000 ซีซี งานกรณีผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอยู่ ให้นับจำนวนสารน้ำนั้นรวมด้วย เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1,000 ซีซี จำนวนน้ำที่ดื่มควรเป็นวันละ 1,000 ซีซี เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ใช้เครื่องดื่มอื่นที่ช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ หรือน้ำอัดลม แซ่เย็น ควรดื่มทีละน้อยแต่ให้บ่อยขึ้น ดื่มเท่าที่ทำได้ เมื่ออาการคลื่นไส้อาเจียนอาเจียนลดลงจึงดื่มให้มากขึ้น

แนวทางการส่งเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ดีขึ้น ได้แก่ การอำนวยความสะดวกทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ที่ข้างเตียง การทำให้ทดแทนบางส่วน การสอนเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวขณะที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ การสร้างความหวังและให้กำลังใจ การสร้างแรงจูงใจ การช่วยให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม การช่วยเหลือจากญาติ การจัดระบบบริการที่สนับสนุนการดูแลตนเอง และการจัดอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแลสุขภาพของช่องปากให้เพียงพอ

ความคิดเห็นต่อการวิจัย (personal reflection)

จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้รับความรู้ และทำให้ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาตนเองในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาล หลายประการกล่าวคือ

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย

1.1 ทำให้เข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ทุกข์ทรมาน เครียด กังวลใจ ไม่แน่ใจ อยู่ในภาวะไร้อำนาจ

1.2 สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากการทำงานที่สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้สำเร็จก็ต่อเมื่อผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ รู้สึกว่าพยาบาลสนใจเอาใจใส่ด้วยความจริงใจ ไม่ได้บังคับให้ทำ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพนี้จำเป็นต้องอาศัยเวลาระยะหนึ่ง

1.3 ประสบการณ์ตรง เป็นแรงกระตุ้นที่ดำเนินการทำให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ซึ่งจะเห็นได้จากถึงแม้จะให้ข้อมูลอย่างเพียงพอถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จากอาการแทรกซ้อนในช่องปาก แต่ผู้ป่วยก็เลือกที่จะไม่ปฏิบัติ เพราะเชื่อว่าอาการแทรกซ้อนนั้นอาจจะไม่เกิดกับตนเอง ต่อเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนขึ้น ทำให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองมากขึ้น

1.4 ความเกรงใจ เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองอันหนึ่งที่พบในผู้ป่วยคนไทย เนื่องจากการปลูกฝังทางวัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยขาดการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง

2. ผลที่ได้จากการทาวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.1 ทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งต่างจากรูปแบบที่ได้จากการศึกษาตามตำรา

2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นวิธีการที่ใช้ได้ผลในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีการให้ผู้ป่วยปฏิบัติ มีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่าง

เป็นระบบ เพื่อเข้าใจถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และหาวิธีการแก้ไข จนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย กล่าวคือการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดขึ้นในสังคมตะวันตก ซึ่งลักษณะของบุคคลมักกล้าที่จะแสดงออก จึงมีความสะดวกในการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรม สำหรับการนำมาใช้ในสังคมไทย พบว่ามีข้อจำกัดจากลักษณะนิสัยของคนไทย ที่ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยกล้าแสดงออก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่จะให้ความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ เห็นว่าการที่จะต้องดูแลตนเองในเรื่องใดบ้าง เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องคอยแนะนำ และยินดีที่จะปฏิบัติตาม การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย คือช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก หรือพัฒนาวิธีการดูแลตนเองมากขึ้น

3. การพัฒนาตนเอง

จากความยากลำบากในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยได้เกิดการพัฒนาตนเองคือ

3.1 ความอดทน ผู้วิจัยต้องใช้ความอดทนให้เวลากับผู้ป่วย ในการปรับตัวกับความเครียดที่คุกคามผู้ป่วยอยู่ ไม่บังคับให้ผู้ป่วยทำตามที่ต้องการ แต่คอยช่วยเหลือประคับประคอง คอยสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของช่องปาก และตัดสินใจลงมือกระทำ

3.2 ความเป็นที่พึ่งของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้พัฒนาการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ สามารถเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยได้

3.3 ความเข้าใจผู้ป่วยอย่างถ่องแท้ ผู้วิจัยพยายามที่จะไม่ตำหนิหรือตัดสินพฤติกรรมของผู้ป่วย ว่าไม่สนใจดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง โดยใช้ความรู้สึกส่วนตัวเป็นบรรทัดฐาน แต่พยายามค้นหาสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยอย่างถ่องแท้

จุดอ่อนของการวิจัยนี้ คือกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก และระดับการศึกษาน้อย ทำให้การร่วมแสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากมีน้อย ผู้วิจัยแก้ไขโดยเมื่อสังเกตพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติต่างจากรูปแบบการดูแล

สุขภาพของช่องปากที่ได้กำหนดขึ้น จะย้อนถามให้ผู้ป่วยอธิบายถึงเหตุผลที่ปฏิบัติเช่นนั้น และใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงแผน หรือบางกรณีการปรับปรุงแผนนั้น เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัยคนเดียว เพราะผู้ช่วยไม่ทราบวิธีการแก้ปัญหา ดังจะเห็นได้จากการสะท้อนการปฏิบัติ ไม่มีข้อมูลที่แสดงการสะท้อนโดยผู้ช่วยอย่างชัดเจน ดังนั้นผลจากการศึกษาที่ได้ อาจเกิดจากการชี้แนะโดยผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ได้ข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น คือการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

1.1 เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ซึ่งไม่ถือว่าความตรงภายนอกเป็นสิ่งสำคัญ แต่เน้นความตรงภายในคือผลการศึกษาถูกต้องตามการรับรู้ของผู้ถูกวิจัย และกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาเหมาะสมที่จะใช้ปฏิบัติได้ ผลการศึกษานี้จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิง ดังนั้นการนำไปประยุกต์ใช้ จึงควรเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และมีลักษณะการจัดระบบบริการคล้ายคลึงกัน

1.2 เตรียมให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ก่อนให้เคมีบำบัด ถึงภาวะแทรกซ้อนในช่องปากที่อาจจะเกิดขึ้น และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง โดยการนำสื่อประกอบการสอน เช่น รูปภาพ หรือให้ดูจากผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนในช่องปากจริง ทำการสอนสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพของช่องปาก โดยพยาบาลหรือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาก่อน

1.3 จัดพิมพ์รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ไว้ให้ผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และช่วยผู้ช่วยในการจัดตารางเวลาการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง

1.4 ควรจัดทีมพยาบาลคอยให้การช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของปากด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษาอยู่ โดยใช้วิธีการส่งเสริมที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่พบ

1.4 สนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยให้ความรู้ถึงวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย และอนุญาตให้มีญาติอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาในหอผู้ป่วย

1.5 จัดระบบบริการที่สนับสนุนการดูแลตนเอง เช่น จัดเตียงผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดไว้ในบริเวณเดียวกัน ช่วยให้ผู้ป่วยจัดตารางเวลาในการดูแลสุขภาพในช่องปากในเวลาใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นการกระตุ้นซึ่งกันและกันให้ดูแลสุขภาพของช่องปากตามเวลา จัดเวทีกาไว้มอบบริเวณที่ผู้ป่วยอยู่ และจัดให้มีพนักงานคอยเปลี่ยนกระโถนให้บ่อยขึ้น หรือใช้ภาชนะรองรับน้ำที่ใหญ่ขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยในระดับที่กว้างขึ้น คือมีการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการ ซึ่งคาดว่าจะทำให้เห็นผลสำเร็จของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในการป้องกันและลดความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนในช่องปากมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรเลือกใช้น้ำยาที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของช่องปาก มากกว่าน้ำเกลือ เช่น น้ำยาคลอเฮกซีดีน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าน้ำยาที่สามารถลดระยะเวลาและความรุนแรงของการเกิดเยื่อหูช่องปากอักเสบได้ และสามารถลดการสะสมของคราบฟันได้ จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในระยะเวลาที่แปร่งฟันไม่ได้ หรือเลือกใช้อุปกรณ์ชนิดอื่นที่สามารถกำจัดเศษอาหารตามซอกฟันในระยะเวลาที่แปร่งฟันไม่ได้ ได้ดีกว่ากอส เช่น เครื่องมือล้างช่องปาก (water pit) เป็นต้น

2.3 ควรทำการศึกษาซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม ในการได้รับเคมีบำบัดครั้งต่อไป เพื่อทราบว่าเมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์ต่อการเจ็บป่วยนานขึ้น จะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยอย่างไร

2.4 ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ อาจจะนำไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ. (2528). จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดชา.
- กรรณิกา เรือนจันทร์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2535). สถิติ-สาธารณสุข (พ.ศ. 2529-2533). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2534). ตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาล, 39 (3), 164-180.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์ และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6 (2), 96-105.
- บุญเพียร จันทวัฒนา. (2524). การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะภายในช่องปากระหว่างการดูแลช่องปากเป็นพิเศษ และการดูแลแบบธรรมดา เพื่อป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนในช่องปาก เนื่องจากการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย-ศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- นิตยา ภัฏญูศา. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. พยาบาลสาร, 18 (3), 20-30.
- ปราณี ชัยรัตนะ. (2534). การป้องกันฟันผุและโรคในช่องปาก. วารสารพยาบาล, 9 (4), 178-179.
- วรรณดี วีระประดิษฐ์. (2534). โรคในช่องปากที่เป็นผลจากการรักษาโรคมะเร็ง การวินิจฉัย การป้องกัน และการรักษา, วารสารทันตแพทยมหาวิทยาลัยมหิดล, 11 (1), 55-61.
- วรรณวิมล เบญจกุล. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, วิทยา วัฒนภาส และสายพิน เกษมวัฒนา. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วย โคลอสโตมิชนิดถาวร, วารสารพยาบาลศาสตร์, 8 (4), 206-213.
- สมจิต หงุเจริญกุล. (2534). ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม. ใน สมจิต หงุเจริญกุล (บ.ก.) การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (หน้า 1- 45). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิจิตรศิลป์.
- สมจิต หงุเจริญกุล และ พิศุลวิญาเจือก. (2534). การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด และความพึงพอใจต่อการพยาบาล. พยาบาลสาร, 18 (1), 1-9.

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2534). ผลการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อ
คุณภาพชีวิตและความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. พยาบาลสาร,
18 (4), 19-35.

สมบูรณ์ บรรณาภาพ และ ชัยโรจน์ ชัยอินทร์คำ. (2518). จิตวิทยาการศึกษา.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บรรณกิจ.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2532). ความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยมะเร็งกับการพยาบาล.
วารสารพยาบาลศาสตร์, 4 (2), 74-82.

สุภางศ์ จันทวานิช. (2533). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2534). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. จดหมายข่าว
สมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย, 5 (1), 3-10.

อังศุมา วิทยาวิรัชศักดิ์. (2534). การแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคน
ด้านสุขภาพ และการควบคุมตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

Albright, A. (1984, May). Oral care for the cancer chemotherapy
patient. Nursing Times, 23 (2), 40-20.

Beck, S. (1979, June). Impact of a systemic oral care protocol on
stomatitis after chemotherapy. Cancer Nursing, 2 (3), 189-199.

- Bersani, G. & Carl, W. (1983, April). Oral care for cancer patients. American Journal of Nursing, 83 (4), 533-536.
- Brager, B.L. & Yasko, J.M. (1984). Care of the client receiving chemotherapy. Reston : Pubblishing Company.
- Bruya, M.A. & Madiera, N.P. (1975, August). Stomatitis after chemotherapy. American Journal of Nursing, 75 (8), 1349-1352.
- Brant, B. (1990, January). Nursing protocol for the patient with pnuetropenia. Oncology Nursing Forum, 17 (1), 9-5.
- Carl, W. (1983). Oral and dental care of patients receiving chemotherapy. in W. Carl & K. Sako (eds.), Cancer and oral cavity. (p. 151-198). Chicago : Quintessence Publishing Company Inc.
- Ciancio, S.G. (1990, August). The impact of chemoteraputic agents on treatment planning. Journal of the Canadian Dental Association. supplement, 23-25.
- Cohen, S. & Wil, T.A. (1985). Stress, Social support and the buffer hypothesis. Psychological Bulletin, 98 , 310-357.
- Crosby, C. (1989, August). Method in mouth care. Nursing Times, 30 (85), 38-41.

Daeffler, R. (1980 a, October). Oral hygiene measures for patients with cancer I. Cancer Nursing, 3 (5), 374-356.

Daeffler, R. (1980 b, December). Oral hygiene measures for patients with cancer II. Cancer nursing, 4 (6), 427-432.

Daeffler, R. (1981, February). Oral hygiene measures for patients with cancer III. Cancer Nursing, 4 (1), 29-35.

Dewalt, E.M. (1975, March-April). Effect to timed hygiene measures on oral mucosa in group of elderly subjects. Nursing Reaserch, 24 (2), 104-108.

Debiase, B. & Komives, B.K. (1983, September). An oral care protocol for leukemic patient with chemotherapy induced oral complication. Special Care in Dentistry, 3 (5), 207-213.

Dodd, M.J. (1983, February). Self-care for side effects in cancer chemotherapy : An assessment of nursing intervention part II Cancer Nursing, 6 (1), 63-67.

Dreizen, S., Body, G.P. and Rodriquez, Y. (1975, August). Oral complication of cancer chermotherapy, Postgraduate Medicine. 58 (2), 75-82.

- Dreizen, S. et al. (1982, June). Oral infection associated with chemotherapy in adults with leukemia. Postgraduate Medicine, 71 (6), 133-145.
- Dreizen, S., Bodey, G. and Valdivieso, M. (1983, February). Chemotherapy associated oral infection in adults with solid tumor. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 55 (2), 113-120.
- Dudjak, L.A. (1987, June). Mouth care for mucositis due to radiation therapy. Cancer Nursing, 10 (3), 131-140.
- Edgar, W.M. (1990, August). Saliva and dental health. British Dental Journal, 11 (25), 96-97.
- Eilers, J., Berger, A.M. and Petersen, M.C. (1988, May-June). Development Testing and application of the oral assesment Guide. Oncology Nursing Forum, 15 (3), 325-330.
- Epstein, J.B. et al. (1989, October). Chlorhexidine rine in prevention of dental caries in patients following radiation therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 68 (4), 401-405
- Galbraith, K., et al. (1991, June). Treatment for alternation in oral mucosa related to chemotherapy. Pediatric Nursing, 17 (3), 233-236.

Greifzu, S., et al. (1990, June). Oral care is part of cancer care. RN, 53 (6), 43-46.

Hanucharurnkul, S. (1988). Social support, self-care and quality of life cancer patients receiving radiotherapy in thailand.

Doctoral Dissertation in Nursing. Graduate School Wayne State University.

Hanucharurnkul, S. (1989, December). Predictor of self care in cancer receiving chemotherapy. Cancer Nursing, 12 (1), 21-27.

Herth, K. (1986, November). Fostering hope in terminally-ill patients. Journal of Advance Nursing, 15 (11), 1250-1259.

Hickey, S.S. (1986, February). Enabling hope. Cancer Nursing, 9 (3), 133-137.

Holmes, S. (1991, June). The oral complication of specific anticancertherapy. International Journal Nursing Studies, 28 (4), 304-360.

Holly, S.P. (1991, February). Fatigue in cancer patients. Cancer Nursing, 14 (1), 13-19.

- Holter, I.M., & Schwart, B.D. (1993). Action research : What is it ? How has it been usual and how can it be use in nursing. Journal of Advance Nursing, 18 (7), 1066-1072.
- Hussey, L.C. & Gilliland, K. (1989, September). Compliance low Literacy and locus of control. Nursing Clinic of North America, 24 (3), 605-661.
- Hubbard, P., MuhlenKamp, A.F. and Brown, N. (1984, September-October). The relationship between social support and self-care practice. Nursing Research, 33 , 266-270.
- Kemmis, S. & Mctaggart, R. (1988). The action research planner. 3rd ed Victoria : Deakin University Press.
- Kenny, S.A. (1990, December). Effect of two oral care protocols on the incidence of stomatitis in hematology patients. Cancer Nursing, 13 (6), 345-353.
- Lavelle, C.L.B. (1976, November). Prevention of oral infection in patients recieving cancer therapy. Journal of Canadian Dental Association, 41 (11), 551.
- Maurer, J. (1977, November). Providing optimal oral health. Nursing Clinic of North Americar, 12 (1), 671-685.

McElroy, T.H. (1984, September). Infection in the patient receiving chemotherapy for cancer oral consideration. Journal American Dental association, 109 (3), 454-456.

McGaw, W.T., & Edmorton, A.B. (1985, September). Oral complication of acute leukemia : Prophylactic impact of chlohexidine mouth rine regimen. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 60 (3), 275-280.

Muklenkamp, A.F. & Sayles, J.A. (1986, November-December). Self esteem Social support and positive health care practices. Nursing Research, 35 (6), 334-338.

Munkres, A., Oberst, M.T and Hughes, S.H. (1992, September). Appraisal of illness, symtomp distress, self-care burden, and mood states in patients receiving chemotherapy for initial and recurrent cancer. Oncology Nursing Forum, 19 (8), 1201-1209.

Nerenz, D.R., Laventhal, H. and Love, R.R. (1982, September). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. Cancer Nursing. 50 (5), 1020-1027.

Nieweg, R., et al. (1992, August). Nursing care for oral complication associated with chemotherapy. Cancer Nursing, 11 (1), 313-321.

- Ostechga, Y. (1980, August). Preventing and treating cancer chemotherapy oral complication. Nursing 80, 10 (8), 47-52.
- Persson, R.E., et al. (1991, August). Therapeutic effects of daily or weekly chlorhexidine rinsing on oral health of a geriatric population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 72 (2), 189-191.
- Raleigh, E.D. (1992, April). Sources of hope in chronic illness. Oncology Nursing Forum, 19 (3), 443-448.
- Ralph, W.J. (1988, January). Oral hygiene - why neglect the tongue ? Australian Dental Journal, 33 (3), 224-225.
- Rhodes, V.A., Watson, P.M. and Hanson, B.M. (1988, June). Patients descriptions of the influence of tiredness and weakness on self-care abilities. Cancer nursing, 11 (3), 186-194.
- Richardson. (1987, August). A process standard for oral care. Nursing Times, 83 (32), 38-40.
- Rosenberg, W.S. (1986, April-June). Oral complication of cancer chemotherapy a review of 398 patients. Journal of Oral Medicine. 41 (2), 93-97.

- Rothenberger, S. (1988). Assessment of the oral cavity . in M.F. Stromberg (ed). Instruments for clinical nursing research. (pp. 391-399). Norwalk : Appleton & lange.
- Schweiger, J.L., Lang, J.W. and Schweiger, J.W. (1980, April). Oral assessment : How to do it. American Journal of nursing, 80 (4), 654-657.
- Stephen, T.S. (1993). Oral complication of cancer chemotherapy. in V.T. Devita et al (ed). Cancer principles & of oncology. (pp. 2389-2393). Philadelphia : J.B. Lippicott Company.
- Tennenbaum, L. (1989). Cancer chemotherapy : A reference guide. Philadelphia : W. B. Saunder Company.
- Vatanasapt, V., et al. (1993). Cancer in thailand (1988-1991). Khon Kaen Thailand : Siripan Publishing.
- Wahlin, Y.B. & Odont. (1991, June). Salivary secretion rate, Yeast cell and candidiasis in patients with acute leukemia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 71 (6), 689-695.
- Wessler, R.M. (1982, December). Care of the hospitalized adult patient with leukemia. Nursing Clinics of North America, 17 (4), 649-663.

Wortman, C.B. (1984 May). Social support, the cancer patients conceptual and methodologic issues. Cancer, 53 (15), 2339-2364.

Wright, W.E., et al. (1985, January). An oral disease prevent program for patients receiving radiation and chemotherapy. Journal American Dental Association, 110 (1), 43-47.

Zerbe, M.B. et al. (1992, October). Relationship between oral mucositis and treatment variables in bone marrow transplant patients. Cancer Nursing, 15 (3), 196-205.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยคนที่.....

วันที่ เดือน.....พ.ศ. 2535

1. เพศ

- 1) ชาย
- 2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

- 1) โสด
- 2) คู่
- 3) หม้าย หย่า แยก

4. ระดับการศึกษา

- 1) ไม่ได้เรียน
- 2) ประถมศึกษา
- 3) มัธยมศึกษา
- 4) ประกาศนียบัตร
- 5)ปริญญาตรี

5. ศาสนา

- 1) พุทธ
- 2) อิสลาม
- 3) อื่นๆ

6. อาชีพ

- 1) รับราชการ
- 2) พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 3) ค้าขาย ระบุ.....
- 4) เกษตรกรรม ระบุ.....
- 5) รับจ้าง ระบุ.....
- 6) อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท
- 2) 2,001 - 4,000 บาท
- 3) 4,001 - 6,000 บาท
- 4) 6,001 - 8,000 บาท
- 5) 8,001 - 10,000 บาท
- 6) ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป

8. โรคในช่องปากก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัด

- 1) ไม่มี
- 2) มี ระบุ.....

9. การดูแลสุขภาพในช่องปากตามปกติ

.....

10. การวินิจฉัยโรค

- 1) AAL
- 2) AML
- 3) CLL
- 4) CML

11. การรักษาครั้งนี้ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่.....

12. ชนิดของเคมีภัณฑ์ที่ได้รับ

ชนิด	ขนาด	วันที่เริ่มให้
1).....
.....
2).....
.....

ภาคผนวก ค.

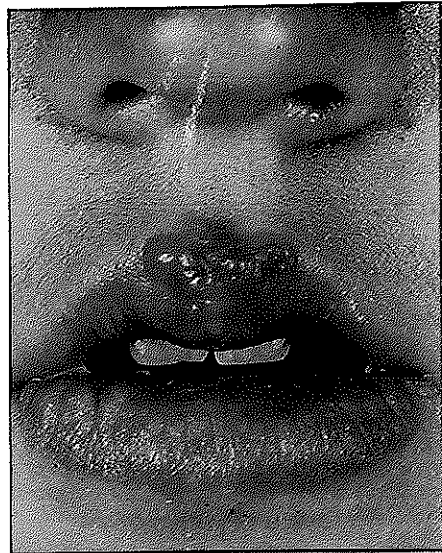
เครื่องมือประเมินลักษณะในช่องปาก

ประเภท	เครื่องมือสำหรับประเมิน	วิธีการประเมิน	ระดับคะแนน		
			1	2	3
เสียง	นั่ง	สนทนากับผู้ป่วย	ปกติ	เสียงต่ำหรือแหบแห้ง	พูดลำบากเพราะเจ็บคอ
การกลืน	สังเกต	บอกให้ผู้ป่วยกลืน	กลืนได้ปกติ	เจ็บเล็กน้อยเมื่อกกลืน	กลืนไม่ได้
ริมฝีปาก	ดูด้วยสายตาหรือสัมผัสด้วยมือ	สังเกตหรือใช้ความรู้สึกจากการสัมผัส	เรียบมีสีชมพูชุ่มชื้น	แห้งหรือแตก	มีแผลหรือมีเลือดออก
ลิ้น	ดูด้วยสายตาหรือสัมผัสด้วยมือ	ใช้ความรู้สึกและสังเกตลักษณะเนื้อเยื่อที่ปรากฏ	ชุ่มชื้น และยื่น มองเห็นคัมรับรส	มีฝ้าคลุม ลิ้นแดงหรือแดงเข้ม	มีคัมพองหรือมีรอยแตก
น้ำลาย	ไม่กลืน	ใส่ไม้กคณและตรงกลางลิ้นและหน้าปาก ยกขึ้นดู	เหลวใส	เหนียว, ชื้นเป็นขาง	ไม่มีน้ำลาย
เยื่อ	ดูด้วยสายตา	สังเกตลักษณะเนื้อเยื่อ	สีชมพู และชุ่มชื้น	แดงเข้มหรือซีดขาวมากขึ้น แต่ไม่มีแผล	มีแผล มีหรือไม่มีเลือดออก
เหงือก	ไม้กคณหรือดูด้วยสายตา	ใช้ปลายไม้กคณกดเบา ๆ	ชมพูและเป็นเงา	บวมแดง	มีเลือดออกเองหรือเลือดออกเมื่อกกด
ฟันหรือฟันปลอม	ดูด้วยสายตา	สังเกตลักษณะของฟันหรือบริเวณที่ใส่ฟันปลอม	สะอาด ไม่มีคราบฟัน	มีคราบฟันอยู่ตามซอกฟันบางแห่ง	มีคราบฟันอยู่โดยทั่วไป ทั้งบริเวณเหงือกและคอฟัน

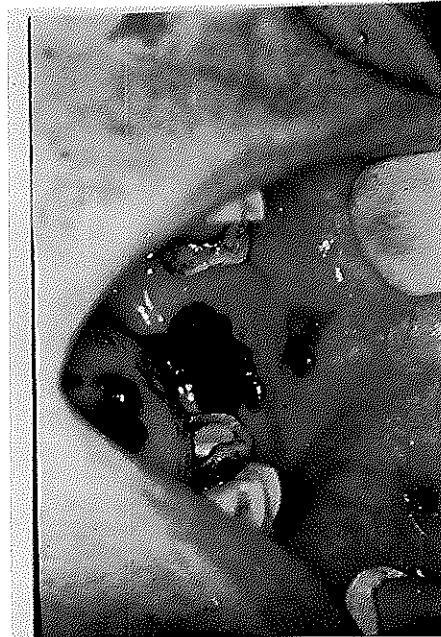
ภาคผนวก ง.

รูปภาพประกอบการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย

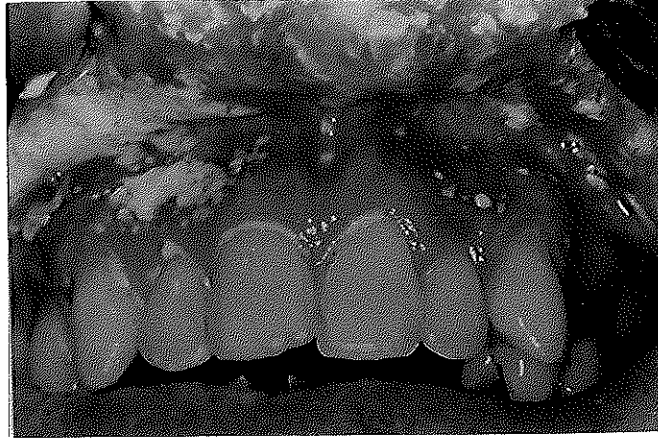
1. แสดงลักษณะของอาการแทรกซ้อนในช่องปาก



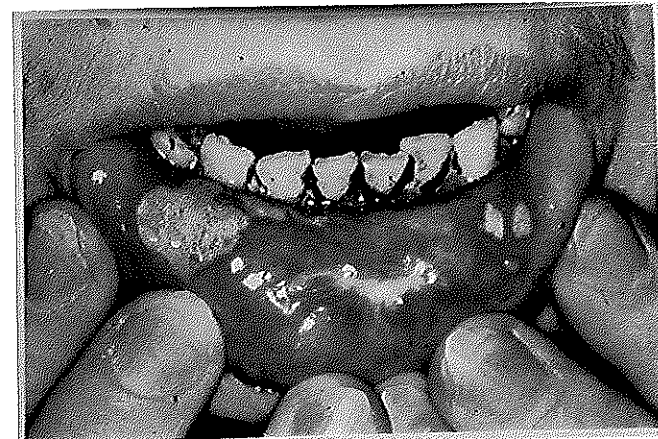
เริ่มที่ริมฝีปาก



เสียดอกภายในเยื่อช่องปาก



เชื้อราที่เยื่อช่องปาก

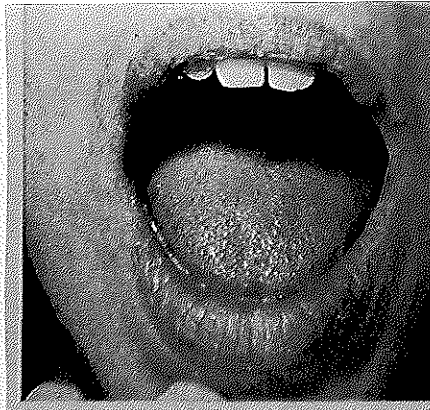


เยื่อช่องปากอีกเสบและเป็นแผล

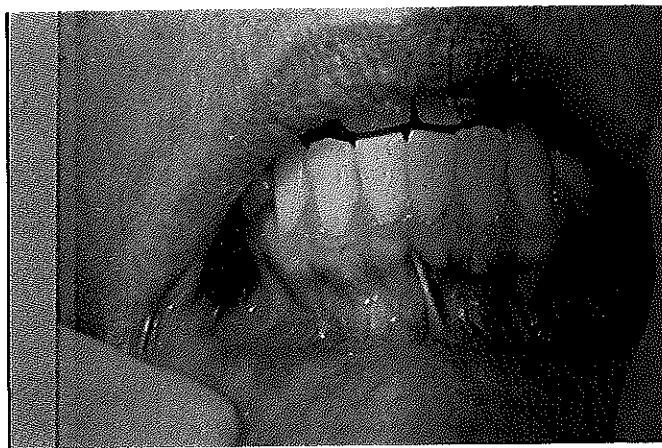
2. แสดงวิธีการตรวจช่องปาก

ใช้กระจกส่องดูส่วนต่างๆ เรียงตามลำดับ

2.1 สังกะสีริมฝีปากภายนอก



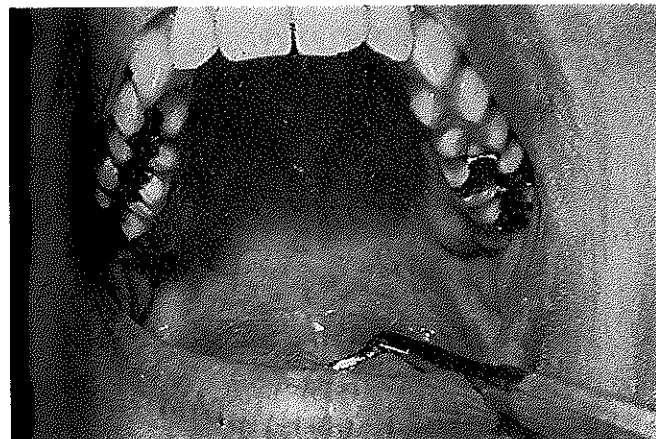
2.2 ตรวจเยื่อบุบริเวณต่างๆ



เยื่อบุบริเวณด้านในของริมฝีปาก

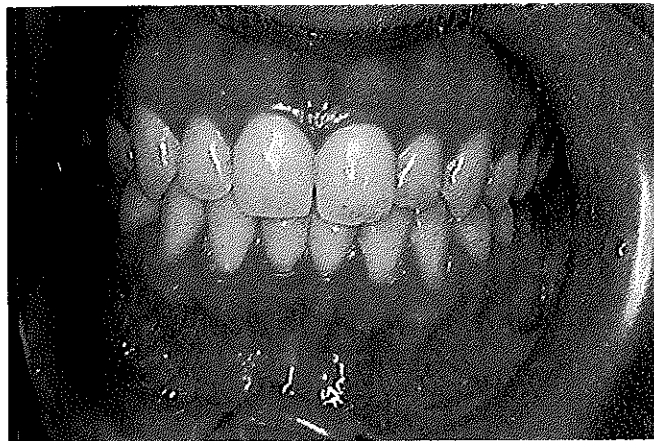


เยื่อข้างแก้ม



เยื่อบริเวณคอและเพดาน

2.3 ตรวจเหงือกและฟัน

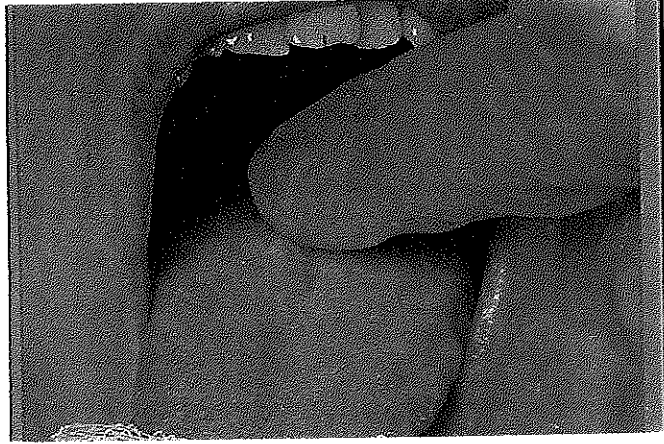


เหงือกและฟันด้านหน้า

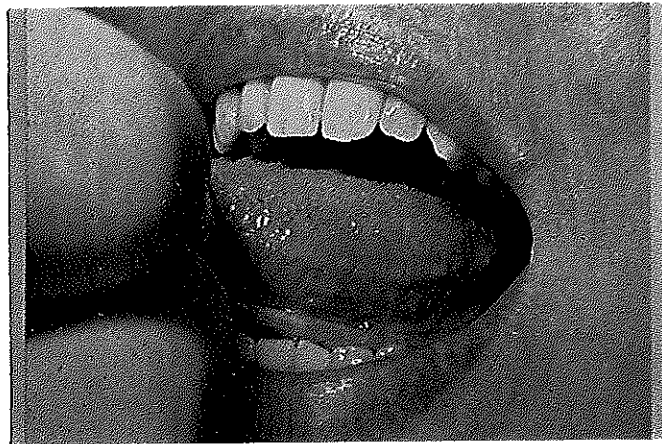


เหงือกและฟันด้านติดแก้ม

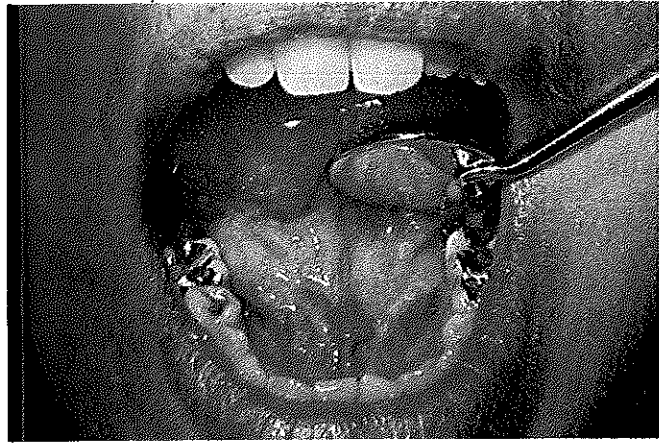
2.4 ตรวจสอบต่างๆของลิ้น



ด้านบน



ด้านข้าง



ตรวจเยื่อปูดัดลิ้นพร้อมทั้งสังเกตหน้าลายบริเวณาัดลิ้น

ภาคผนวก จ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้แนะนำตัวให้ผู้ป่วยรู้จัก บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนสิทธิของผู้ป่วยที่จะไม่เข้าร่วมงานวิจัยดังต่อไปนี้

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อนางสาวน้ำทิพย์ แสงจันทร์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด (ผู้วิจัยอธิบายถึงสาเหตุการเกิด และชนิดของอาการแทรกซ้อนในช่องปากจากผลของเคมีบำบัด) ซึ่งคาดว่าเมื่อคุณสามารถดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ถูกต้อง จะช่วยลดอาการแทรกซ้อนในช่องปากได้ และผลการวิจัยที่ได้นี้จะได้นำไปให้ผู้ป่วยรายอื่นๆ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเอง ในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป โดยที่จะขอให้ดูแลสุขภาพของช่องปากตามวิธีการที่ได้กำหนดขึ้น (ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมในรูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปาก ว่ามีอะไรบ้าง และประโยชน์ของแต่ละกิจกรรม) ในระหว่างที่ปฏิบัติขอให้คุณช่วยเล่าถึงปัญหาที่ทำให้คุณไม่สามารถดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองได้ หรือสิ่งที่คุณปฏิบัติได้ดี ดิฉันจะขออนุญาตบันทึกคำบอกเล่าของคุณด้วยการจดบันทึก หรือด้วยเทปบันทึกเสียงในบางครั้ง โดยข้อมูลที่ได้นี้จะเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยต่อคุณ คุณมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมงานวิจัย หรือออกจากงานวิจัยในช่วงเวลาใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาที่คุณจะได้รับแต่ประการใด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/.....นามสกุล.....

ข้าพเจ้าในกระบวนการศึกษาทุกขั้นตอน และยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ลงชื่อ.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาว ไร่ทิพย์ แสงจันทร์

วัน เดือน ปีเกิด 10 พฤศจิกายน 2505

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาล พุทธชินราช	2527

ทุนการศึกษาที่ได้รับในระหว่างการศึกษา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

ได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาบางส่วน จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5 โรงพยาบาลชุมชนคลองขลุง อ. คลองขลุง จ. กำแพงเพชร