



การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก
ในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

**The Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines for
Oral Health Care in Dependent Patients**

สุภาพร พลายบุญ
Supaporn Plaibun

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก
ในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

**The Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines for
Oral Health Care in Dependent Patients**

สุภาพร พลายบุญ

Supaporn Plaibun

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the

Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาและประเมินการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

ผู้เขียน นางสาวสุภาพร พลายบุญ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)
กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา คำเกลี้ยง)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา คำเกลี้ยง)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดศิริ หิรัญชุนหะ)

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้างู๋สง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่าผลการวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาของนักศึกษาเองและขอบคุณผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง
ทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุภาพร พลายบุญ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลการศึกษานี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุภาพร พลายบุญ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
ผู้เขียน	นางสาวสุภาพร พลายนบุญ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยประยุกต์ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยการกำหนดปัญหา วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ แล้วตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .93 ระยะที่ 2 การเผยแพร่และส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยการประชาสัมพันธ์ ประชุม และการจัดอบรม แล้วนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การประเมินการปฏิบัติของพยาบาลที่ถูกต้อง 2) การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 3) การประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย และนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และสถิติวิเศษคณิต ผลการวิจัยพบว่า

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาทั้งผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และรวมถึงผู้ป่วยที่ไม่อ้าปาก ประกอบด้วย 4 หมวด คือ 1) การประเมินสภาพช่องปาก 2) การเลือกผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก 3) การดูแลสุขภาพช่องปาก และ 4) การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

2. การปฏิบัติของพยาบาลที่ถูกต้องครบถ้วนภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนเพิ่มขึ้นในทุกหมวด โดยเฉพาะการใช้แบบประเมินสภาพช่องปากในการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 55.56

3. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.18, SD = 0.39$)

4. สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทั้งที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ มีสุขภาพช่องปากดีขึ้น ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($Z = -3.21, p = .001$)

ผลการศึกษานี้พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ทั้งผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และทำให้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้น จึงควรมีการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

Thesis Title	The Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines for Oral Health Care in Dependent Patients
Author	Miss Supaporn Plaibun
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2018

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop and evaluate a clinical nursing practice guideline (CNPG) for oral health care in dependent patients in a medical ward of a tertiary hospital. The CNPG was developed by applying the framework of development of clinical practice guideline of Australia National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999). The study consisted of three phases. The first phase was the CNPG development by indicating problems, purposes, target group, and outcomes of the CNPG; and searching and using evidences to develop the CNPG. The content of the CNPG was validated by three experts. The content validity index of the CNPG was .93. The second phase was disseminating and promoting the implementation of the CNPG through advertisement, meeting and training, then doing a trial the CNPG. The third phase, evaluation of CNPG implementation was conducted in three main steps, 1) evaluation of the correctness of practising of the CNPG, 2) evaluation of the feasibility of implementing the CNPG, and 3) evaluation of the oral health of patients. Data were analyzed by using Frequency Distribution and Wilcoxon Signed-Rank Test. The results were as follows:

1. The CNPG for oral health care in dependent patients in both intubated and non-intubated oral endotracheal tube patients, including patients not opening the mouth was composed of four components: 1) oral assessment, 2) products and equipment for oral health care selection, 3) oral care, and 4) oral health care education to caregiver.

2. After the implementation of the CNPG, the correctness of nurses' practising following CNPG in all activities was increased, particularly in the item of using the oral assessment guide to assess patient's oral health, which was increased at 55.56%.

3. The feasibility of implementing the CNPG for oral health care in dependent patients was at a high level ($M = 4.18$, $SD = 0.39$).

4. The oral health of patients in both intubated and non-intubated oral endotracheal tube patients after receiving oral health care following the CNPG was statistically significant improved ($Z = -3.21, p = .001$).

The results of this study showed that the CNPG for oral health care in dependent patients can be implemented in the practice in both intubated and non-intubated oral endotracheal tube patients and can improve the patients' oral health. Therefore, this CNPG should be continuously supported to use in nursing practice.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือที่ดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา คำเกลี้ยง อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ให้แนวคิด ตลอดจนคอยตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขจุดบกพร่องด้วยดีมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่ายิ่ง และขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่คอยให้ความร่วมมือและความสะดวกในการเก็บข้อมูลจนลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการประจำหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริมังคลานุสรณ์ 19B (เวชารูธล่าง) และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยทุกท่าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัวที่คอยสนับสนุนทุกอย่าง คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาตลอดมา และขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ ที่คอยห่วงใย เป็นกำลังใจ และให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเสมอมา

สุภาพร พลายบุญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา.....	12
การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา.....	19
แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากใน ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา.....	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	51
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	54
ผลการวิจัย.....	54
อภิปรายผลการวิจัย.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	78
เอกสารอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	90
ก แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะ พียงพา.....	91
ข คู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยที่มีภาวะพียงพา.....	105
ค แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่อง ปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพียงพา.....	121
ง แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้.....	125
จ แบบประเมินสุขภาพช่องปาก.....	128
ฉ ปัญหาและอุปสรรคการใช้แนวปฏิบัติ.....	131
ช แบบขออนุญาตจริยธรรมวิจัย.....	134
ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย.....	136
ประวัติผู้เขียน.....	137

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในกา ดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา.....	58
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป.....	60
3	ร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติการ พยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา จำแนกตาม หมวดการปฏิบัติกิจกรรม.....	63
4	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความเป็นไปได้ โดยรวม รายด้าน รายข้อของความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการ พยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา.....	66
5	ค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากสูงสุด คะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากต่ำสุด คะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนว ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา.....	68
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพช่องปากเมื่อแรกรับ (ก่อนใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาล) และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวันที่ 5 ด้วยสถิติ วิลคอกชัน.....	68

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา เป็นภาวะที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ ต้องการความช่วยเหลือหรือการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรส่วนหนึ่งที่อยู่ในภาวะฟังกา ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากการสำรวจผู้ที่มีภาวะฟังกา ที่ต้องได้รับการดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันมีถึง ร้อยละ 11.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ผู้ที่มีภาวะฟังกา เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ ที่มีสาเหตุจากความบกพร่องของร่างกายและเจ็บป่วย จากโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคสมองเสื่อม โรคข้อและกระดูก โรคพาร์กินสัน เป็นต้น (เทียนแก้วและผ่องพรรณ, 2559; ชวลิต, ชวัชชัย, อัครเดช, และวาริ, 2560) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีอาการหมดสติ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ (สรญาและวาสิณี, 2558) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลดูแลช่องปากจากบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา มีความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดจากภาวะทุพพลภาพ และมีข้อจำกัดในการดูแลความสะอาดช่องปาก โดยมีลักษณะผิดปกติของฟัน เช่น ฟันล้มเอียง มีร่องลึกบริเวณขอบเหงือก เหงือกกรัน ที่ทำให้มีการสะสมคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันได้ง่าย (รัชฎา, สมศักดิ์, ปรมาภรณ์, ลินดา, และวารานุช, 2559) ร่วมกับปัญหาจาก โรค เช่น การมองเห็นไม่ชัดเจน หรือผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มีการเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้ไม่สามารถทำความสะอาดคราบจุลินทรีย์ในช่องปากได้หมด การมีอาการปากแห้ง จากการทำงานของต่อมน้ำลายลดลง ซึ่งทำให้การปรับสภาพความเป็นกรดในช่องปากสู่สภาวะเป็นกลางทำได้ช้าลง จนเกิดการสูญเสียแร่ธาตุต่อไปเรื่อย ๆ จึงเกิดการผุของฟันได้ง่าย (มัทนา, 2553) จากการศึกษาสภาวะช่องปากของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พบว่าผู้ป่วยมีอาการปากแห้งถึงร้อยละ 58.8 (Saunders & Friedman, 2007) อีกทั้งภาวะโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดอาการกลืนลำบาก ระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลความสะอาดช่องปากของตนเอง (Chinwatanakul et al.,

2012; ธารินทร์, ลินจง, ทศพร, 2558) โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งจะทำให้ระดับของน้ำตาลกลูโคสในน้ำลายเพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดอาการของโรคปริทันต์อักเสบ และการติดเชื้อได้ง่าย อีกทั้งการรักษาและการใช้ยา เช่น ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ ทำให้ต่อมน้ำลายเกิดการเปลี่ยนแปลง การไหลของน้ำลายน้อยลง มีอาการปากแห้ง ลิ้นเป็นฝ้าได้ หรือการใช้ยาจากการศึกษาผลข้างเคียงจากยามากกว่า 400 ชนิด ที่จะทำให้การหลั่งของน้ำลายลดลง จนเกิดการระคายเคืองในช่องปาก ส่งผลให้เกิดแผลในช่องปาก ได้แก่ ยารักษาโรคภูมิแพ้ (antihistamines) ยาอะทีโนลอล (atenolol) ยาแอม โลดิปีน (amlodipine) และยากลุ่มสเตียรอยด์ที่ใช้ยาฟันในช่องปากที่ทำให้เกิดเชื้อราง่าย (Finlayson, 2011; Dickinson, 2012; Kwok et al., 2015; ณีจวุฒิ, 2559) รวมถึงปัจจัยในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งต้องใส่อุปกรณ์เข้าไปในช่องปาก เกิดการระคายเคือง เป็นแผล และผู้ป่วยต้องอ้าปากตลอดเวลา จึงทำให้เกิดอาการปากแห้ง และผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดูแลความสะอาดช่องปากได้ ซึ่งจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดคราบ (plaque) ได้ง่าย ทำให้เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากเจริญเติบโตได้อย่างรวดเร็ว

ปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดกับผู้ป่วย บ่งบอกถึงการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการมีรอยโรคในช่องปาก ทำให้การทำความสะอาดช่องปากได้ยากกว่าปกติ ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียฟันตามมา (กนกอรและเกรียงศักดิ์, 2558) พบการสูญเสียฟันในผู้ป่วยกลุ่ม 60-74 ปี ถึงร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วน และสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จนเมื่อถึงอายุ 80-89 ปี (สุวิทย์, 2559) ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา เช่น โรคปริทันต์อักเสบ โรคฟันผุ การมีหินปูน การมีร่องลึกปริทันต์ สอดคล้องกับการศึกษาสภาวะช่องปากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน พบการเกิดโรคปริทันต์อักเสบและการมีเลือดออกตามร่องเหงือกร้อยละ 63.5 และมีอาการเหงือกอักเสบหนึ่งด้านของซี่ฟันมากกว่า 6 มิลลิเมตรขึ้นไป ร้อยละ 84 (รัชฎาและคณะ, 2559) และอาจเกิดการติดเชื้อในช่องปากที่จะส่งผลให้เกิดโรคในระบบอื่น ๆ เช่น ปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย (Dickinson, 2012; Yoshida, Murakami, Yoshimura, & Akagawa, 2012; Ji et al., 2013) และจากการศึกษาของมารูยามะและคณะ (Maruyama et al., 2010) พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี จะก่อให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก โดยสาเหตุที่สัมพันธ์กับการสะสมของเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก ซึ่งหากมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Tran & Mannen, 2009) และผลกระทบของสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก เชื้อลุกลามไปสู่คอหอยส่วนบนของผู้ป่วย เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในปอด และเกิดปอดอักเสบจากการใช้

เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia [VAP]) ตามมา เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น (อัจฉนา, กนกพร, และดวงกมล, 2555; พนิตา, 2560)

การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เพื่อให้ช่องปากสะอาด และชุ่มชื้น ลดความไม่สุขสบายจากปัญหาสุขภาพช่องปาก จากการทบทวนวรรณกรรม หลักสำคัญของการดูแลความสะอาดช่องปากอย่างมีคุณภาพ คือ การประเมินสุขภาพช่องปาก และวางแผนการดูแลและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และหากจำเป็น ต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม ผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม (รุ่งทิพาและ โหมพิไล, 2558) โดยมีขั้นตอนการดูแล คือ การประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย การแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร และก่อนนอน แต่หากมีการใส่สายยางให้อาหาร ควรแปรงฟันก่อนได้รับอาหาร ซึ่งต้องแปรงฟัน เหงือก ลิ้น กระจกแก้มเป็นเวลา 5 นาที แล้วใช้น้ำยาบ้วนปากเช็ดทำความสะอาดรอบช่องปากอีกครั้งในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยที่พอช่วยเหลือตนเองได้ ให้น้ำยาบ้วนปากอมกลั้วปากอีกครั้ง รวมทั้งการจัดทำในขณะแปรงฟันในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรจัดท่านอนตะแคง และใช้สายยางดูดน้ำ เพื่อป้องกันการสำลักในขณะแปรงฟัน (สิริพร, วันเพ็ญ, และวิษชุดา, 2557) สำหรับการเลือกใช้ยาสีฟันหรือน้ำยาบ้วนปาก ควรมีสวนผสมของฟลูออไรด์ หรือใช้น้ำยาคลอร์เฮกซิดีน (Chlorhexidine) เพื่อควบคุมจุลินทรีย์ในช่องปากของผู้ป่วย (สถาบันประสาทวิทยา, 2552) ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากคลอร์เฮกซิดีน พบว่าสามารถลดคราบจุลินทรีย์ได้ร้อยละ 33 และลดการเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ร้อยละ 26 (Strydonck, Slot, Velden, & Weijden, 2013) และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบของผลการดูแลช่องปากต่อการป้องกันปอดอักเสบหรือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาล พบว่าสามารถลดความเสี่ยงการเกิดปอดอักเสบถึงร้อยละ 11.7 (Sjogren, Nilsson, Forsell, Johansson, & Hoogstraate, 2008)

จากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา พบว่าถึงแม้จะมีแนวทางและแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน แต่พยาบาลไม่ได้นำเครื่องมือในการประเมินสุขภาพช่องปากไปใช้ เนื่องจากขาดความตระหนักและการให้ความสำคัญของพยาบาล (Wardh, Hallberg, Berggren, Andersson, & Sorensen, 2000) นอกจากนี้ปัญหาในการดูแลช่องปาก จากการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำทำความสะอาดช่องปาก เช่น การไม่อ้าปาก การกัดแปรงสีฟัน ซึ่งทำให้ดูแลทำความสะอาดช่องปากได้ไม่เต็มที่ รวมทั้งปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ที่ไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยให้พยาบาลทราบได้ (อัจฉนาและคณะ, 2555) และยังพบปัญหาเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้แก่ พยาบาลยังไม่มี ความมั่นใจต่อการปฏิบัติดูแลช่องปากที่ถูกต้องและไม่มั่นใจว่าแนวปฏิบัติมีความ

ทันสมัยจึงใช้ความรู้เดิมในการดูแลช่องปาก และกำหนดช่วงเวลาในการทำ ความสะอาดช่องปาก แตกต่างกันตามภาระงาน รวมทั้งการเลือกใช้อุปกรณ์แปรงฟันที่หลากหลาย จากการศึกษาของ โคล์ และคณะ (Coke et al., 2015) พบว่าภาระงานที่มาก ทำให้พยาบาลให้ความสำคัญของการดูแล สุขภาพช่องปากเป็นลำดับท้าย ๆ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแล ความสะอาดช่องปาก รวมทั้งมีการกำหนดนโยบายหรือการจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่อง ปากให้แก่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่น้อย (Brady, Furlanetto, Hunter, Lewis, & Milne, 2007) และจาก การศึกษาของอาณัติ (2560) เกี่ยวกับปัจจัยต่อการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล พบว่าทัศนคติเชิงลบของผู้ดูแลในการทำ ความสะอาดช่องปาก ความร่วมมือของผู้สูงอายุที่ดูแล และ ขาดแรงจูงใจในวิธีการทำความสะอาด มีผลต่อการทำความสะอาดช่องปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วย พบว่ามี 4 แนวปฏิบัติ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (รัชนก, 2557) ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ 1) การ ประเมินสุขภาพช่องปาก 2) การดูแลสุขภาพช่องปาก 3) อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแล สุขภาพช่องปาก 4) การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งในการประเมินผลของแนว ปฏิบัติจะประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้เพียงอย่างเดียว แต่ไม่ได้ประเมินผลลัพธ์จากการ ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เช่น ความสะอาดของช่องปาก เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ เป็นต้น และมีการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลช่องปากใน ผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ (วินิตย์และนรลัทขณ์, 2559) ซึ่ง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อ ทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต (2) เทคนิคการทำความสะอาดช่องปาก โดยประเมินผลลัพธ์ในเรื่อง ของความสะอาดในช่องปาก อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และความพึง พอใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัตินี้ได้นำไปใช้ในการดูแลช่องปากผู้ป่วยที่ภาวะวิกฤตซึ่ง เป็นผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจในช่วงเวลาสั้น ๆ ทำให้ไม่สามารถประเมินการดูแลช่องปากจากการนำ แนวปฏิบัติไปใช้ได้ชัดเจน และอีกการศึกษาเป็นการศึกษาผลของกระบวนการทบทวนในกลุ่ม เพื่อนต่อการดูแลช่องปากโดยพยาบาลในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยได้นำแนวปฏิบัติการ พยาบาลการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต ไปใช้ (สุพัตรา, 2550) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินช่องปากการจัดระดับสุขภาพช่องปาก ความถี่ของการ ทำความสะอาดช่องปาก (2) การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ และขั้นตอนการทำความสะอาด ช่องปาก (3) วิธีการทำความสะอาด (4) การจัดทำผู้ป่วยภายหลังทำความสะอาดช่องปาก โดยใช้ วิธีการสะท้อนการปฏิบัติภายในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง และประเมินการ

ปฏิบัติของพยาบาลในการทำความสะอาดช่องปากและแบบประเมินผลการตรวจเพาะเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ซึ่งในการศึกษานี้ไม่มีรายละเอียดในการดูแลสุขภาพช่องปากจากปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ภาวะปากแห้ง หรือมีแผลในช่องปาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจของอจนาและคณะ (2555) พบว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีและเห็นความสำคัญของการดูแลช่องปาก แต่ไม่มั่นใจในการปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ เมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ จึงทำให้พยาบาลปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งการศึกษาไม่ได้วัดผลลัพธ์ในการดูแลช่องปาก รวมทั้งการดูแลตามสภาพช่องปากของผู้ป่วยแต่ละราย

หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ด้วยโรคทางอายุรกรรม จำนวน 22 เตียง โดยผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาที่เข้ารับการรักษา มีจำนวน 10 - 15 คนต่อเดือน ซึ่งมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident) โรคพาร์กินสัน (parkinson) โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) โรคระบบทางเดินหายใจ (respiratory tract disorder) และรวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย 5 - 7 คนต่อเดือน โดยการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เป็นการดูแลตามมาตรฐาน ผู้ที่รับผิดชอบทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย คือ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจะขึ้นอยู่กับโรค ความรุนแรงของอาการ และความซับซ้อนของการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง เป็นความรับผิดชอบของผู้ช่วยพยาบาล ในส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลรับผิดชอบดูแลโดยใช้วิธีการใช้ชุดทำความสะอาดช่องปากและฟัน (set mouth care) ซึ่งประกอบด้วยสำลีก้อน ชุบด้วยน้ำยาบ้วนปาก (special mouth wash) เช็ดทำความสะอาดช่องปากและฟัน แล้วใช้สายยางดูดน้ำลาย (saliva) ในขณะที่ทำความสะอาด ช่วงเวลาทำความสะอาดจะแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะทำความสะอาดช่องปากทุก 6 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจจะทำความสะอาดเช้าและเย็น โดยไม่มีเครื่องมือการประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และจากการสุ่มประเมินสภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 6 ราย โดยใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพช่องปาก มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 2 ราย และมีความผิดปกติของสุขภาพช่องปากในระดับมากจำนวน 6 ราย จากผลดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ร่วมกับสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย พบหลายประเด็น คือ (1) ในหน่วยงานมีแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่เป็น

รูปแบบของ bundle ventilator associated pneumonia (VAP) ซึ่งมีขั้นตอนในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน แต่พยาบาลยังให้ความสำคัญในการประเมินสุขภาพช่องปากน้อย และขาดการใช้เครื่องมือการประเมินสุขภาพช่องปากทั้งผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (2) การปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากของบุคลากรในหน่วยงานมีความหลากหลาย ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (3) สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลยังมีคะแนนสุขภาพช่องปากมีความผิดปกติของช่องปากมาก และขาดการให้ความรู้หรือฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล เพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ที่จะนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับหน่วยงาน และส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจ และปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากไปในแนวทางเดียวกัน และมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ขั้นตอนตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากในการปรับปรุงประเด็นปัญหาของการดูแล ช่วยลดความหลากหลายของการปฏิบัติของบุคลากร ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความสุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
2. เพื่อประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้
 - 2.1 เพื่อประเมินการปฏิบัติของพยาบาล ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้
 - 2.2 เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้
 - 2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้

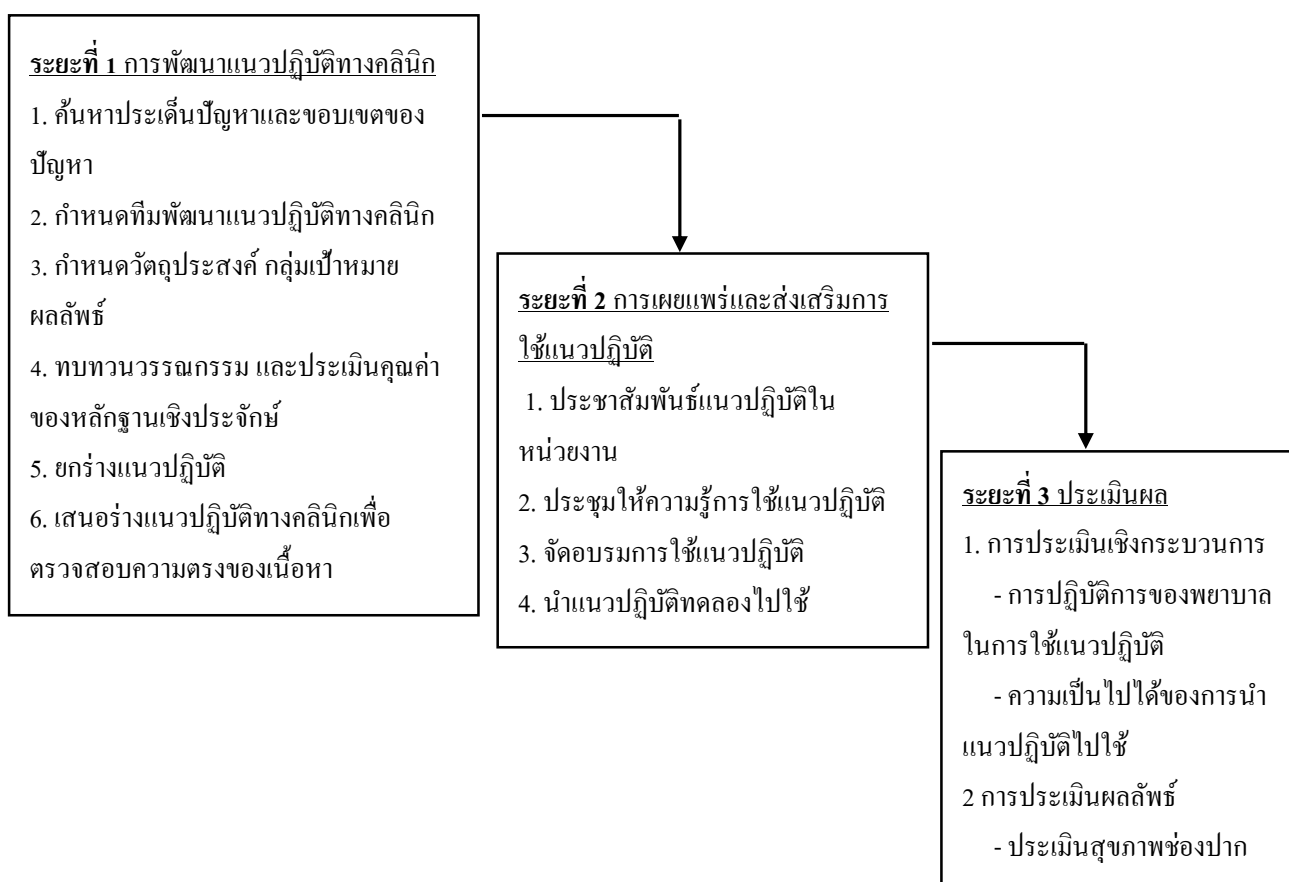
คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. การปฏิบัติของพยาบาลถูกต้องก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้ อยู่ในระดับใด
4. คะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โดยประยุกต์ใช้แนวทางของสภานิติเวชด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาที่เข้าใจง่าย และมีความน่าเชื่อถือขององค์กรด้านสุขภาพ กระบวนการในการพัฒนาและประเมินผลแนวทางปฏิบัติทางคลินิกจะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก คือ (1) ค้นหาประเด็นปัญหาและกำหนดขอบเขตของการดูแลสุขภาพช่องปากในหน่วยงาน (2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลของหอผู้ป่วย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (3) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ (4) การทบทวนวรรณกรรม และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ (5) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา (6) เสนอร่างแนวปฏิบัติเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ระยะที่ 2 การเผยแพร่และส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ คือ (1) ประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติในหน่วยงาน โดยผู้วิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลทีมพัฒนา (2) ประชุมให้ความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติแก่พยาบาลปฏิบัติการของหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป (3) จัดอบรมและสาธิตการปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก (4) นำ

แนวปฏิบัติไปใช้ ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ คือ 1) การปฏิบัติของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล 2) ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา (3) ประเมินคะแนนสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG])



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา หมายถึง ข้อกำหนดกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากที่นำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนวทางของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) การพัฒนาแนวปฏิบัติ มี 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ระยะที่ 2 การเผยแพร่และส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งการประเมินผลแนวปฏิบัติ จะประเมินกระบวนการปฏิบัติของพยาบาลและผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ โดยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ (1) การประเมินสุขภาพช่องปาก (2) การเลือกผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (3) การดูแลสุขภาพช่องปาก (4) การให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพา หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของพยาบาลตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพา ประเมินโดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพา ที่ระบุกิจกรรมให้การพยาบาลดูแลสุขภาพช่องปากตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติ โดยการบันทึกผลการสังเกต คือ ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติ

ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพาไปใช้ หมายถึง ระดับความคิดเห็นของพยาบาลที่ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพาไปใช้ ต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพาไปใช้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)

สุขภาพช่องปาก (oral health) หมายถึง การมีองค์ประกอบ โครงสร้างทางกายภาพในช่องปาก รวมถึงความรู้สึกภายในช่องปาก มีสุขภาพที่ดี ตามลักษณะของแต่ละบุคคล ที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (American Dental Association, 2014) โดยใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยวันทกานต์ (2556) และผู้วิจัยได้ดัดแปลงนำมาใช้ ประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ การออกเสียง การกลืน ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก และฟัน

ผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพา หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ และต้องการความช่วยเหลือหรือการดูแลจากบุคคลอื่น ประเมินโดยใช้แบบประเมิน

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel activities of daily living [ADL])

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแล
สุขภาพปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด
ไทย โดยใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ทั้งผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่เข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2561

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

หอผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
ที่เป็น ไปในทิศทางเดียวกัน สามารถช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และป้องกันความ
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองใน
ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
 - 1.1 อุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
 - 1.3 สาเหตุของปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
 - 1.4 ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
2. การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
 - 2.1 แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
 - 2.2 หลักฐานเชิงประจักษ์การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา
 - 2.2.1 การประเมินสุขภาพช่องปาก
 - 2.2.2 ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก
 - 2.2.3 การดูแลสุขภาพช่องปาก
 - 2.2.4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล
3. แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ประกอบด้วย
 - 3.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - 3.2 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ
4. สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

สภาวะสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา จากการทบทวนวรรณกรรมพบอุบัติการณ์การเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย สาเหตุ และผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

การศึกษาสภาวะและผลกระทบของสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา จากการศึกษาสภาวะช่องปากของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พบว่าร้อยละ 58.8 มีอาการปากแห้ง ร้อยละ 40.4 ต้องการการรักษาช่องปากจากทันตแพทย์ และภายใน 1 ปีที่ผ่านมา เข้ารับการรักษาจากทันตแพทย์ถึงร้อยละ 42.1 (Saunders & Friedman, 2007) และพบมีความชุกสูงของการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันแบบเฉียบพลันถึงร้อยละ 63.5 เกิดการลุกลามของโรคปริทันต์อักเสบและการมีเลือดออกจากร่องเหงือกร้อยละ 51.6 รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่พบการสูญเสียฟันเป็นปัญหาหลัก ซึ่งยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80-89 ปี พบปัญหาช่องปาก คือ 1) สูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 2) โรคปริทันต์อักเสบ ร้อยละ 32.1 3) รากฟันผุ พบมากในวัยสูงอายุร้อยละ 17.2 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556) ซึ่งจากความผิดปกติของสุขภาพช่องปากจะส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันค่อนข้างมากและมีความรุนแรงสูง โดยการสำรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีจำนวนฟันใช้งานเฉลี่ย 16.4 ซี่/คน และมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 19.3 ซี่/คน และร้อยละ 84 มีการร่นของร่องเหงือกอย่างน้อยหนึ่งด้านของตัวฟัน (รัชฎาและคณะ, 2559) และจากการประเมินสุขภาพช่องปาก พบว่าจำนวนฟันที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนต่ำกว่าจำนวนที่ระบุในการรายงานของโรคทางทันตกรรม (Yoshida et al., 2012) ซึ่งส่งผลต่อการเคี้ยวอาหาร การพูดออกเสียง รวมถึงความสวยงามของช่องปาก และความมั่นใจในการเข้าสังคม (รุ่งทิวาและ โฉมพิไล, 2558) และผู้ป่วยที่ได้ท่ช่วยหายใจ ที่ต้องใส่อุปกรณ์ในช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยต้องอ้าปากตลอดเวลา เกิดอาการปากแห้งจากปริมาณน้ำลายในปากลดลง ซึ่งพบในผู้ป่วยที่สูงอายุที่เข้าการรักษาในหน่วยวิกฤตที่มากถึงร้อยละ 75 (อัจฉนาและคณะ, 2555)

ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

จากอุบัติการณ์ของสภาวะสุขภาพช่องปากที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ การสูญเสียฟัน โรคปริทันต์อักเสบ มีหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงของปัญหาช่องปาก ดังนี้

1. ภาวะอนามัยของช่องปาก การดูแลสุขภาพอนามัยของช่องปากที่ไม่สะอาด ที่จะทำให้มีการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (plaque) ซึ่งเป็นกลุ่มของเชื้อโรค ที่เกาะบนผิวฟัน ขอบเหงือก ใต้เหงือก และที่ผิวฟันปลอม โดยเชื้อโรคนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุที่ตัวฟัน โรคปริทันต์ และรากฟัน สาเหตุที่ทำให้ช่องปากไม่สะอาดเพียงพอ เช่น สภาพในช่องปากที่เอื้อต่อการเกาะติดของคราบจุลินทรีย์ และประสิทธิภาพจากการทำความสะอาดช่องปาก เช่น ปัญหาการมองเห็น ที่ทำให้ไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ และสิ่งตกค้างบางบริเวณได้หมด หรือในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (parkinson) ที่ขยับเคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบาก กล้ามเนื้อใบหน้าแข็งเกร็ง ริมฝีปาก ลื่น เคลื่อนไหวไม่ดี ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำความสะอาดช่องปาก (รัชนก, 2557; ณัฐวุฒิ, 2559)

2. การรับประทานอาหาร อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล จะส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุได้ง่าย เนื่องจากเชื้อโรคในคราบจุลินทรีย์ย่อยสลายอาหารจำพวกน้ำตาล เกิดกรดในช่องปาก ร่วมกับภาวะที่มีน้ำลายน้อย ซึ่งจะทำให้ความเป็นกรดในช่องปากนานขึ้น และเกิดการทำลายแร่ธาตุจากตัวฟันจึงเกิดฟันผุได้ง่าย

3. โรคประจำตัวและยา โรคทางระบบที่พบปัญหาสุขภาพช่องปากได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน ซึ่งมีสาเหตุจากมีการเพิ่มระดับของน้ำตาลกลูโคสในน้ำลาย ร่วมกับการไหลของน้ำลายลดลง จึงเพิ่มความเข้มข้นของภาวะกรดค้างในช่องปาก จึงมีโอกาสเกิดฟันผุได้ง่าย และการติดเชื้อในช่องปาก ซึ่งพบการเกิดเชื้อรา (candidiasis) เนื่องจากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน น้ำลายจะมีน้ำตาลกลูโคสสูง ที่ทำให้เชื้อราเจริญได้ดี และหากมีภาวะอนามัยช่องปากที่ไม่ดีร่วมด้วย จะยิ่งทำให้เกิดการติดเชื้อราง่าย และรุนแรงขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยการฉายรังสีบริเวณศีรษะและใบหน้า โดยจะทำให้ต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลง น้ำลายไหลน้อยลง เกิดอาการปากแห้ง และการได้รับยาที่ใช้ในการรักษาโรค ซึ่งจากการศึกษาผลข้างเคียงของยา พบว่ามียามากกว่า 400 ชนิดที่มีผลให้ให้การหลั่งของน้ำลายลดลง ที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาเกิดภาวะปากแห้ง ได้แก่ ยารักษาโรคภูมิแพ้ (antihistamines) ยากลุ่มลดความเครียด (antipsychotic, antidepressive, antianxiety drugs) ยากลุ่มลดความดันโลหิตสูง (antihypertensive drugs) ยากลุ่มกันชักที่ใช้ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (anti-parkinson drugs) ที่จะทำให้ปริมาณของน้ำลายลดลง ความสามารถในการต้านเชื้อจุลินทรีย์ลดลง และก่อให้เกิดการระคายเคืองอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก (Brosky, 2007) และการใช้ยา

ฟันในช่องปากกลุ่มสเตียรอยด์ (steroid) ในผู้ป่วยโรคหอบหืด ซึ่งจะมีผลข้างเคียงทำให้เกิดการติดเชื้อราในช่องปากได้ง่าย (ณัฐวุฒิ, 2559; รัชนก, 2557) โรคไขข้อเสื่อมหรืออัมพาตที่เรื้อรัง เป็นปัจจัยต่อสุขภาพช่องปาก ที่เกี่ยวข้องกับจำนวนฟันที่เหลือ และการใส่ฟันปลอม

สาเหตุของปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

สาเหตุของปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา เกิดจากความผิดปกติจากพยาธิสภาพของโรคจนทำให้เกิดเป็น โรคเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความผิดปกติด้านจิตใจ และการได้รับดูแลสุขภาพช่องปากจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแล ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ดังนี้

1. ความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ

1.1 ความบกพร่องทางด้านร่างกาย

1.1.1 การเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง (motor impairment) ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เกิดการสูญเสียการทรงตัว การทำงานที่ไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อ เกิดการอ่อนแรงและเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ เช่น การลุกนั่งหรือยืน มีอาการอ่อนแรง ไม่สามารถบังคับกล้ามเนื้อให้มีการเคลื่อนไหววัยะต่าง ๆ และกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของช่องปากอ่อนแรง ได้แก่ การอ้าปากไม่ได้ ปากสั่นหรือผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบ ที่มีอาการปวด บวมบริเวณข้อต่าง ๆ ทำให้การงอข้อศอกหรือแขนเข้าหาลำตัว การยกหรือกำมือในการหยิบจับอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและฟัน การใช้มือแปรงฟันทำได้ยากหรือทำไม่ได้เลย (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

1.1.2 การสื่อสารบกพร่อง (communication disorder) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบการบกพร่องทางการสื่อสารที่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรค หากเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองส่วนต้นของ middle cerebral artery ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักเกิดปัญหาทั้งด้านการรับรู้และการสื่อสาร และหากมีการอุดตันหลอดเลือดสมองของ anterior cerebral artery อาจมีปัญหากับการพูด เกิดการควบคุมจังหวะของการหายใจและการเปล่งเสียงผิดปกติ เช่น พูดไม่ชัด ออกเสียงผิด ความคล่องตัวในการพูด นอกจากนี้อาจเกิดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ ที่มีความบกพร่องในการเข้าใจความหมาย และการแสดงออกในการใช้ภาษาที่ถูกต้อง ทั้งการพูด การเขียน การอ่าน และการตีความหมายจากการได้ยิน เช่น ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายในช่องปาก จะไม่สามารถพูดออกมาหรือนึกคำที่จะบอกออกมาไม่ได้ ทำให้พยาบาลหรือ

บุคลากรสุขภาพที่ดูแล ไม่เข้าใจความต้องการ เพื่อตอบสนองในการแก้ปัญหาหรือดูแลได้ตรงกับความต้องการ และปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย (ณัฐฉิณีและคณะ, 2554)

1.1.3 การกลืนลำบาก (dysphagia) พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 55 (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) เป็นภาวะยากลำบากในการกลืน โดยลักษณะและความรุนแรงของอาการกลืนลำบากจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และตำแหน่งของรอยโรค เกิดจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนมีความผิดปกติในการทำงานร่วมกัน ทำให้มีน้ำลายขังในช่องปากทำให้น้ำลายยืด (drooling) โดยเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารแล้วไม่สามารถกลืนอาหารและน้ำได้ อาหารหรือของเหลวค้างอยู่ในปากหรือลำคอ จึงเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการสำลัก ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระยะของการกลืน ส่งผลให้เกิดปอดอักเสบตามมา จากอาการกลืนลำบาก พบเกิดการสำลักได้ถึงร้อยละ 40-50 (Marik, 2001) การสูญเสีย gag reflex และการเคลื่อนไหวของ soft palate ลดลง (เมตตาภรณ์และคณะ, 2555) ซึ่งภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีสาเหตุจากภาวะแข็งเกร็ง (rigidity) และกล้ามเนื้อช่วยกลืนทำงานไม่ประสานกัน พบประมาณร้อยละ 35 (ศกามาต, 2560)

1.1.4 การคิดรู้บกพร่อง (cognitive impairment) พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม หรือโรคอัลไซเมอร์ ทำให้เกิดปัญหาในการแปลความหมาย การจดจำ ซึ่งมีรอยโรคของสมองส่วนหน้า (frontal lobe) มักเกิดการบกพร่องด้านการคิดรู้มากกว่าตำแหน่งอื่น โดยเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น การขาดสมาธิ ความบกพร่องในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัตถุกับสิ่งที่เห็น การละเลยส่วนของร่างกายหรือตระหนักรู้ในสภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อม ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ลืมหรือละเลยการแปรงฟัน การไม่เข้าใจตำแหน่งของแปรงสีฟันหรือน้ำยาบ้วนปาก ทำให้การทำความสะอาดช่องปากไม่เพียงพอ (Wu, Plassman, Crout, & Liang, 2008)

1.2 ความผิดปกติทางด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ลดลง และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ จึงเกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง จึงอาจมีการแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและอารมณ์ที่พบ คือ ภาวะของอารมณ์ซึมเศร้า พบถึงร้อยละ 50 (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) ที่มักจะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะของสมอง เช่น สมาธิ การตอบสนองที่อยู่ในรูปแบบการกระทำ และลดความสามารถของการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจ เป็นผลจากพยาธิสภาพในสมองหรือรอยโรคบริเวณก้านสมองที่จะส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนหน้าในผู้ป่วยโรคของระบบประสาท ซึ่งจะไปขัดขวางการนำ norepinephrine และ serotonin ไปใช้ ทำให้สารสื่อประสาทซีโรโทนิน

(serotonin) ทำงานได้น้อยกว่าเดิมหรือการตอบสนองทางอารมณ์ภายหลังเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองลดลง จากการศึกษาของพรพิมลและคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า

2. การดูแลสุขภาพช่องปากของบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ มีบทบาทอิสระในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย

2.1 ความรู้และทักษะ ความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติ และสร้างทักษะให้กับพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ขาดการฝึกอบรมองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับพยาบาลอย่างเป็นทางการในการดูแลช่องปาก (Kwok et al., 2015) ทั้งนี้การมีทักษะในการประเมินสุขภาพช่องปาก และให้การดูแลในระยะเริ่มต้นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนในช่องปากได้ จากการศึกษาโดยการสอบถามพยาบาลปฏิบัติงาน ร้อยละ 73.4 คิดว่าการประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาล แต่มีแค่ร้อยละ 28.1 เท่านั้นที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากที่เกิดในผู้ป่วย (Azodo, Ezeja, Ehizele, & Ehigiator, 2013)

2.2 การตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการศึกษาการดูแลช่องปากของพยาบาล พบว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับปัญหาในการดูแลในช่องปากอยู่ในลำดับท้าย ๆ ของกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งมีสาเหตุมาจากขาดรายละเอียดของขั้นตอนเฉพาะสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากในสถานพยาบาล (Wardh et al., 2000) จึงใช้วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยวิธีเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติ และจากการศึกษาของฮอนด์และคณะ (Horne et al., 2014) พบว่าการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยถูกละเลย ขาดการให้ความสำคัญของการทำความสะอาดช่องปาก และถึงแม้มีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่ในการนำไปใช้ พยาบาลไม่ได้นำเครื่องมือในการประเมินสุขภาพช่องปากไปใช้ (อัจฉนาและคณะ, 2555)

2.3 ทักษะของพยาบาล จากการศึกษาทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของวาร์ส แอนเดอสัน และเดรนเซน (Wardh, Andersson, & Sdrensen, 2002) พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ให้ความสำคัญและต้องให้การพยาบาลในกิจกรรมอื่น ๆ มากกว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจาก

นโยบายของโรงพยาบาล ที่สร้างทัศนคติและความตระหนักรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งอาจมีสาเหตุจากการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่ทำได้ยากลำบากตามขั้นตอน เนื่องจากสภาวะของผู้ป่วยทั้งอาการอัมพาต การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า และอาการเกร็งของปาก จึงทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากทำได้ยาก (Horne et al., 2014) และจากการสำรวจทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจของอัจฉนาและคณะ (2555) พบว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่ไม่มั่นใจในการปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่

2.4 ผลกระทบและอุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดช่องปากและฟัน การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน และน้ำยาบ้วนที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทของหน่วยงาน งบประมาณในการจัดสรรอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดของผู้ป่วย หรือเลือกใช้จากอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ที่ผู้ป่วยและญาติ เตรียมมาเมื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Kwok et al, 2015) จึงไม่มีความเหมาะสมหรือจำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากยังมีน้อย จึงทำให้การตัดสินใจในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ต้องใช้เวลาและทำได้ลำบาก (Horne et al., 2014)

ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

สาเหตุในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ที่เกิดจากความผิดปกติจากพยาธิสภาพของโรค ความผิดปกติด้านจิตใจ และปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปาก จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ดังนี้

1. โรคฟันผุ เป็นโรคติดเชื้อในช่องปากที่เกิดจากการมีเชื้อจุลินทรีย์ หรือเกิดสภาพความเป็นกรดในช่องปาก ทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุระหว่างตัวฟันและที่อยู่ในน้ำลาย เมื่อกรดสัมผัสกับฟันบ่อย ๆ จะทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุจากผิวฟันมากขึ้น ผิวเคลือบฟันที่เคยเรียบจะเริ่มผุเป็นรูพรุน มักพบบริเวณคอฟัน ซอกฟันที่มีคราบจุลินทรีย์สะสมอยู่ ฟันผุในระยะแรกอาจไม่มีอาการ หากไม่ได้รับการดูแล อาจกลายเป็นโพรงขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้เกิดอาการเสียวฟัน และปวดฟันตามมา (มัทนา, 2553)

2. โรคปริทันต์ (periodontal disease) เป็นโรคที่เกิดกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะรอบ ๆ ตัวฟัน ได้แก่ เหงือก เนื้อเยื่อปริทันต์ และกระดูกหุ้มรากฟัน ทำให้กระดูกหุ้มรากฟันละลายและเหงือกร่น อาจมีการปวดบวม ฟันโยกและหลุดตามมา (รัชฎาและคณะ, 2559) สาเหตุของโรคปริทันต์ เกิดจากสารพิษที่เป็นของเสียจากเชื้อจุลินทรีย์ที่ถูกขับออกมาตามขอบเหงือก ทำให้เหงือกอักเสบ บวมแดง และเนื้อเยื่อปริทันต์อักเสบ หากไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดการลุกลามที่จะทำลายกระดูกหุ้ม

รากฟัน เกิดฝี ฟันโยก หรือปวดฟันได้ (มัทนา, 2553; สถาบันประสาทวิทยา, 2558) ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ในระดับมากต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และมีอัตราการเกิดที่สูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุมากกว่า 60 ปี (Sim et al., 2008) ทั้งนี้โรคปริทันต์ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease) และโรคมะเร็งที่ตับอ่อน (pancreatic cancer) เป็นต้น

เนื่องจากปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ไม่สะอาด ทำให้เกิดจากการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ยังส่งผลให้เกิดการลุกลามของเชื้อจุลินทรีย์ไปสู่คอหอยส่วนบนเข้าสู่หลอดลม รวมกับการเปลี่ยนแปลงอัตราการไหลของน้ำลายทำให้เกิดมีภาวะปากแห้ง ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตของเชื้อในช่องปากมากขึ้น (Kwok et al., 2015) ซึ่งจะเป็ปัจจัยที่ทำให้เกิดปอดอักเสบ ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 32 ที่มีภาวะปากแห้ง และตรวจพบเชื้อ staphylococcus aureus ได้ถึงร้อยละ 13.1 และการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia [VAP]) ร้อยละ จากการศึกษารายของเซลลาล์และคณะ (Sellars et al., 2007) พบการมีคะแนนสภาพช่องปากที่สูง และพบเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในปอด ในผู้ป่วยที่เกิดความพิการ แล้วไม่การฟื้นฟูหายใจหลังจากออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบมีการแพร่ของเชื้อยีสต์ในช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาประเมินการดูแลช่องปากของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าผู้ดูแลมีความยากลำบากในการทำควมสะอาดช่องปากและฟัน จึงส่งผลให้เกิดเชื้อยีสต์ในช่องปากสูงในผู้ป่วย (Zhu, McGrath, McMillan, & Li, 2008) และพบเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นอันดับ 1 จากการสำรวจการเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (อัจฉนาและคณะ, 2555) นอกจากนี้จากความยากลำบากในการรับประทานอาหาร รวมภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน อาจทำให้ความอยากอาหาร การรับรู้รสชาติของอาหารลดลง และจากอาการปวดฟัน เจ็บเหงือก จึงทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร (รจนา, 2556) และด้วยภาวะโรคและการเจ็บป่วย ทำให้การเผาผลาญพลังงานเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของช่องปากอ่อนแรง เกิดการเปลี่ยนแปลงการสบฟัน การบดเคี้ยวอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง (มัทนา, 2553; สถาบันประสาทวิทยา, 2558) การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.5 (รัชฎาและคณะ, 2559)

การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา เป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งจากการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการได้รับการดูแลช่องปากและฟัน เพื่อป้องกันโรคในช่องปากและภาวะแทรกซ้อนที่อาจคุกคามชีวิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ประกอบด้วย ความสำคัญของการดูแล แนวปฏิบัติที่ได้มีการพัฒนาขึ้นจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ และหลักฐานเชิงประจักษ์ของการดูแลช่องปากและฟัน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาในปัจจุบัน ที่รวมถึงผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบมี 4 แนวปฏิบัติ ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในประเทศ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ (สุพัตรา, 2550; อัจฉนาและคณะ, 2555; วินิตต์และนรลักษณ์, 2559) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกาของรชชช (2557) และแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาในต่างประเทศ ได้แก่ การดูแลช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกาของ National Center for Geriatrics and Gerontology และแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Guidelines for the Oral Healthcare of Stroke Survivors, 2010) ของประเทศอังกฤษ โดยมีรายละเอียดของแต่ละแนวปฏิบัติ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤตของวินิตต์และนรลักษณ์ (2559) โดยมีเทคนิคการทำความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต ดังนี้

1.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนการดูแลช่องปากโดยการปรับเตียงให้ศีรษะสูง 30-45 องศา (กรณีไม่มีข้อห้ามใด ๆ) ตะแคงหน้าไปด้านผู้ให้การดูแลช่องปาก

1.2 ล้างมือแบบ Hygienic hand washing ใส่ถุงมือ sterile เพื่อคลุมมือก่อนการประเมินสุขภาพช่องปาก

1.3 ประเมินสภาพช่องปากโดยใช้แบบประเมิน (oral assessment guide [OAG]) หากคะแนน ประเมินได้ 5 คะแนน ควรทำความสะอาดช่องปากทุก 6 ชั่วโมง คะแนนได้ 6-10 คะแนน ทำความสะอาดช่องปากทุก 4 ชั่วโมง และหากคะแนนได้ 11-15 คะแนน ทำความสะอาดช่องปากทุก 2 ชั่วโมง

1.4 ประเมินลักษณะฟัน และภาวะการแข็งตัวของเลือด หากผู้ป่วยมีฟันและไม่มีปัญหาการแข็งตัวของเลือด การดูแลช่องปากจะใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่มกับยาสีฟันผสม fluoride ใช้เวลาในการแปรง 3-4 นาที หลังจากนั้นใช้น้ำยา 0.12% chlorhexidine ล้างในช่องปาก แต่หากผู้ป่วยมีปัญหาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือไม่มีฟัน จะใช้ไม้ฟันสาลีหัวโต หรือก๊อชชุบ 0.12% chlorhexidine เช็ดทำความสะอาดภายในช่องปากให้สะอาดแทน

1.5 ตรวจสอบความดันกระเปาะใส่ลมของท่อทางเดินหายใจให้อยู่ระหว่าง 20-30 เซนติเมตรปรอท ทุก 8 ชั่วโมง

1.6 การใช้ vaseline หรือ water moisturizer ทาบริเวณริมฝีปากเพื่อความชุ่มชื้น หากมีแผลในปากให้ทายา trinolone oral paste

1.7 ประเมินลักษณะการหายใจ ความสบาย ความพึงพอใจ จัดท่านอนให้ถูกต้อง ศีรษะควรสูงอย่างน้อย 30-45 องศา กรณีไม่มีข้อห้ามใด ๆ

2. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของรชชก (2557) โดยมีสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้

2.1 การประเมินสุขภาพช่องปาก

2.1.1. พยาบาลต้องประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้การช่วยเหลือในการดูแลช่องปากแก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Level 4, C)

2.2.2. พยาบาลจะต้องประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเมื่อแรกรับ และประเมินซ้ำทุกเวร (Level 4, C)

2.2.3. เครื่องมือ Oral Health Assessment Tool (OHAT) ใช้ประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความตรงและความน่าเชื่อถือ (Level 3, A)

2.2 การดูแลสุขภาพช่องปาก

2.2.1 การดูแลริมฝีปาก ควรทำความสะอาดริมฝีปากด้วยก๊อชที่ชุ่มน้ำ และปกป้องริมฝีปากด้วยผลิตภัณฑ์ บำรุงริมฝีปาก (Level 3, A) และดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำดื่ม

อย่างน้อย 1.5 ลิตรต่อวันในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดน้ำ และช่วยรักษาความชุ่มชื้นของปาก (Level 4, C)

2.2.2 การดูแลฟันแท้ ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและก่อนนอน นานอย่างน้อยครั้งละ 2 นาที (Level 1, A)

2.2.3 การดูแลฟันปลอม ควรทำความสะอาดฟันปลอมด้วยแปรงฟันและสบู่ เช้าและก่อนนอน (Level 3, B) ให้แช่ฟันปลอมในน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงการใช้น้ำร้อน หรือแช่ฟันปลอมในน้ำยาสำหรับแช่ฟันปลอมอย่างน้อย 20 นาที ในช่วงเวลากลางคืน หรือเวลาที่ไม่ได้สวมใส่ (Level 4, C) และทำความสะอาดภาชนะที่เก็บฟันปลอมด้วยสบู่และน้ำ หรือเปลี่ยนใหม่อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เพื่อป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ (Level 3, B)

2.2.4 การดูแลเยื่อบุภายในช่องปาก ควรให้ผู้สูงอายุบ้วนปากด้วยสารละลาย 0.12% chlorhexidine ปริมาณ 10-15 ซีซี อย่างน้อย 30-60 วินาที (Level 1, A) หรือน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Level 4, C)

2.3 อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก

2.3.1 พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการทำ ความสะอาดช่องปาก และนำมาใช้กับผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม (Level 4, C)

2.3.2 แปรงสีฟัน ควรเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม หัวแปรงเล็ก (Level 3, B)

2.3.3 ยาสีฟัน ควรเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ เพื่อช่วยป้องกันฟันผุ (Level 1, A)

2.3.4 น้ำยาบ้วนปากควรเลือกที่มีสารละลาย 0.12% Chlorhexidine มีประสิทธิภาพในการป้องกันการสะสมของคราบจุลินทรีย์ และการเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ (Level 1, A) หรือน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Level 4, C)

2.4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

2.4.1 การอบรมให้ความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลช่องปากให้กับพยาบาล สามารถช่วยเพิ่มความตระหนักถึงการดูแลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีได้ (Level 1.A)

2.4.2 พยาบาลต้องให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุมากขึ้น (Level 3.B)

2.5 หากผู้ป่วยมีปัญหาช่องปากที่ต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะ ควรได้รับการส่งต่อไปยังทันตแพทย์ เพื่อรับคำปรึกษาและรักษาโรคทางช่องปาก

3. แนวปฏิบัติการดูแลช่องปากในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตของอัญญาและคณะ (2555) มีขั้นตอนในการดูแลช่องปาก ดังนี้

3.1 การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนให้การดูแลช่องปาก

3.2 การประเมินผู้ป่วยก่อนการทำความสะอาดในช่องปาก ได้แก่ การประเมินสภาพช่องปาก ระดับความรู้สึกตัว การเลือกใช้อุปกรณ์การดูแลช่องปาก และภาวะเลือดออกง่าย

3.3 การเตรียมผู้ป่วยก่อนการดูแลช่องปาก ประกอบด้วย การจัดทำศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะดูแลช่องปากให้ตะแคงหน้าผู้ป่วยไปด้านที่จะทำความสะอาด หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ อาจต้องมีการผูกยึดมือของผู้ป่วย

3.4 ขั้นตอนการดูแลช่องปาก ประกอบด้วย 15 ขั้นตอน ได้แก่ การล้างมือ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปาก การเลือกใช้แปรงสีฟันเด็ก ยาสีฟันผสม fluoride น้ำยาบ้วนปากที่มีสารละลาย 0.12% Chlorhexidine และใช้ vaseline หรือ water moisturizer ทาบริเวณริมฝีปาก

4. แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤตของสุพัตรา (2550) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 การประเมินสภาพช่องปาก การจัดระดับสุขภาพสภาพช่องปาก และความถี่ของการทำความสะอาดช่องปาก

4.1.1 การประเมินสภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) จะประเมินทุกวันในตอนเช้า

4.1.2 การจัดระดับสุขภาพช่องปากจากการประเมินสภาพช่องปาก มาแบ่งระดับสุขภาพช่องปากออกเป็น 3 ระดับ คือ สภาพช่องปากอยู่ในระดับปกติ มีความผิดปกติระดับปานกลาง และผิดปกติระดับมาก และความถี่ของการทำความสะอาดช่องปาก ดังนี้

คะแนนสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปกติ จะทำความสะอาดทุก 6 ชั่วโมง

คะแนนสุขภาพช่องปากมีความผิดปกติระดับปานกลาง จะทำความสะอาดทุก 4 ชั่วโมง พร้อมติดตามการเปลี่ยนแปลงของช่องปาก โดยประเมินว่ามีกลิ่นปาก ปากแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ เหงือกอักเสบ เชื้อราในช่องปาก คราบจุลินทรีย์ ฟันผุ

คะแนนสุขภาพช่องปากมีความผิดปกติระดับมาก จะทำความสะอาดทุก 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งหาสาเหตุที่ทำให้สภาพช่องปากไม่ดี

4.2 การให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวิธีการทำความสะอาดช่องปากและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำความสะอาดช่องปาก

4.3 การทำความสะอาดช่องปาก

4.3.1 การจัดทำผู้ป่วย ควรจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 45 องศา ตลอดเวลา ถ้าไม่มีข้อจำกัด ขณะเริ่มทำความสะอาดช่องปาก ให้เอียงศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่ง

4.3.2 ตรวจสอบความดันกระเปาะลม (cuff) ของท่อทางเดินหายใจ ให้ความดันกระเปาะลม (cuff) ของท่อทางเดินหายใจให้อยู่ในช่วง 20 – 30 เซนติเมตรปรอท

4.3.3 วิธีการทำความสะอาดช่องปาก กรณีผู้ป่วยมีฟันจะใช้วิธีการแปรงฟัน โดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดเล็ก ขนแปรงอ่อนนุ่ม ไม่มีความคม และหากผู้ป่วยที่ไม่มีฟันและมีปัญหาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ จะใช้ไม้ฟันสำหรับหัวโตขนาดตามเข็มนาฬิกาบริเวณเหงือกและใช้แปรงสี ฟันแปรงลิ้น และเพดาน แล้วใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน 0.2 % ในการทำความสะอาดช่องปาก และ ทาวาสลีนบริเวณริมฝีปากทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ความชุ่มชื้นกับริมฝีปาก

4.4 การดูแลความสบายกายหลังการทำความสะอาดช่องปาก โดยจัดทำผู้ป่วยภายหลังทำความสะอาดช่องปาก จัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงายศีรษะสูง 45 องศา

5. การดูแลช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (oral care for the dependent elderly) ของ National Center for Geriatrics and Gerontology ได้กล่าวถึง การดูแลช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา การแปรงฟันทำได้ยาก ไม่สามารถแปรงฟันได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีสาเหตุจาก

ภาวะสมองเสื่อมหรืออัมพาต ทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ มีอาหารค้างอยู่ในปาก และการใส่ฟันปลอมเป็นเวลานาน จนเกิดการสะสมของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งได้แนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากไว้ 2 วิธี ดังนี้

5.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุซึ่งสามารถให้ความร่วมมือในการดูแลช่องปากได้ ใช้วิธีการดูแลช่องปากอย่างเป็นระบบ ใช้เวลาทั้งหมด 5 นาที มีขั้นตอน คือ การเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะอาด การจัดท่าในขณะแปรงฟัน เช่น ท่านั่ง หรือท่านอนตะแคง โดยให้ด้านที่อ่อนแรงอยู่ด้านบน และวิธีการแปรงฟัน คือ การใช้โฟมจุ่มน้ำยาบ้วนปาก แล้วกวาดอาหารที่เหลืออยู่บนฟันหรือเยื่อช่องปากออก จากนั้นทำความสะอาดด้วยการขัดถูเบา ๆ โดยใช้แปรงถูประมาณ 10 ครั้ง แล้วแปรงทำความสะอาดฟันด้วยแปรงสีฟัน โดยการวางแปรงที่มุมขวาให้กับฟันแล้วกวาดด้วยแรงดันที่ไม่ทำให้ปลายขนแปรงกระจายออก การแปรงฟันหนึ่งครั้งให้แปรงแต่ละส่วนของระหว่างฟันและเหงือก เริ่มจากด้านหลังของฟันหน้าล่างและด้านหลังของฟันกรามบนอยู่ใกล้จุดหลังของน้ำลาย การแปรงฟันกรามจนถึงฟันกรามด้านหลังที่ไกลที่สุด โดยให้หันแปรงคว่ำลงเพื่อให้หัวแปรงห่อหุ้มฟัน จากนั้นจึงบ้วนด้วยน้ำยาบ้วนปาก

5.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุมีปัญหาในการสื่อสาร ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลช่องปาก และบ้วนปากลำบาก ใช้การดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟัน โดยใช้เครื่องมือทางด้านทันตกรรม

6. แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Guidelines for the Oral Healthcare of Stroke Survivors, 2010) ประเทศอังกฤษ (British Society of Gerontology) ซึ่งให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติเห็นความสำคัญของการดูแลช่องปากและฟันในการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมการดูแลได้มีการวางแผนการดูแลช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม โดยมีข้อเสนอแนะของการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก ดังนี้

6.1 การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การดูแลสุขอนามัยช่องปากที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งจัดทำผู้ป่วยในท่านั่งหรือท่านอนศีรษะสูง เพื่อการสำลัก การป้องกันการเปื้อนเสื้อผ้าในขณะทำความสะอาดช่องปากและฟัน และควรทำความสะอาดฟันปลอมบ่อย ๆ

6.2 ผู้ป่วยที่มีฟัน สามารถใช้อุปกรณ์ในช่องปากหากมีความจำเป็น เช่น การใช้ไหมขัดฟันโดยระมัดระวังไม่เกิดการบาดเจ็บของเหงือก การแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์หรือเจล chlorhexidine แล้วมีการบ้วนทำความสะอาดหรือบ้วนคือน้ำลายออก

6.3 ผู้ป่วยที่ไม่มีฟัน ควรใช้แปรงขนนุ่มหรือก๊อช (gauze) แปรงหรือเช็ดลิ้นจากด้านหลัง ไปข้างหน้า แปรงทำความสะอาดเบา ๆ บริเวณเพดานปาก ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถแปรงฟันได้ ควรใช้สำลีหรือ gauze เช็ดทำความสะอาด และควรการจัดทำเพื่อป้องกันการสำลัก

6.4 การดูแลฟันปลอม โดยแปรงทำความสะอาด ควรล้างออกด้วยน้ำเย็น และอาจต้องใช้เจลในการยึดติดฟันปลอม

จากการศึกษาแนวปฏิบัติข้างต้น สำหรับแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีขั้นตอนในการดูแลสุขภาพช่องปากที่คล้ายกัน คือ การประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วย รวมถึงวิธีการในการทำความสะอาดช่องปาก อุปกรณ์หรือผลิตภัณฑ์ในการทำความสะอาด ที่มีเนื้อหาและรายละเอียดไปในทิศทางเดียวกัน แต่ในการใช้เครื่องมือในการประเมินช่องปากแตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่วนใหญ่ใช้แบบประเมิน (oral assessment guide [OAG]) ผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปาก (oral health assessment tool [OHAT]) ซึ่งในการดูแลช่องปากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จะมีความซับซ้อนในการดูแล ได้แก่ ความถี่ในการทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสอบตำแหน่งและความดันในกระเปาะในท่อช่วยหายใจ แต่แนวปฏิบัติข้างต้น ไม่มีรายละเอียดของการดูแลช่องปากจากปัญหาที่เฉพาะของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมอ้าปากหรืออ้าปากไม่ได้ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือผู้ป่วยกักอุปกรณ์ทุกอย่างที่เข้าไปในช่องปาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่สามารถใช้ดูแลสุขภาพช่องปากที่มีภาวะพึ่งพา ที่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย และลดความยากลำบากในการดูแลสุขภาพช่องปากในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

หลักฐานเชิงประจักษ์การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ มีขั้นตอนในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา โดยใช้กรอบ PICO ดังนี้ Population คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา Intervention คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก และ Outcome คือ ภาวะสุขภาพช่องปาก ซึ่งได้กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ oral hygiene, oral hygiene care, oral healthcare, oral health in dependent patient, oral health care for dependent elderly ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วารสารทางการแพทย์หรือการแพทย์ เช่น PubMed, ScienceDirect, CINAHL, ProQuest โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ลงในตาราง และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบัน The Joanna Briggs Institute (JBI, 2014) ซึ่งสามารถ

นำมาสรุปเป็นเนื้อหาที่ประกอบด้วย การประเมินช่องปาก ผลัดกันและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน การแปรงฟัน และการดูแลริมฝีปาก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การประเมินสุขภาพช่องปาก

การประเมินสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง มีการเลือกใช้แบบประเมินที่หลากหลาย เพื่อช่วยในการประเมินสุขภาพช่องปากและการพัฒนาแผนการดูแลช่องปากของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม มีแบบประเมินสุขภาพช่องปากที่นิยมใช้ คือ แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide), ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ (plaque index) และแบบประเมินสุขภาพช่องปาก (oral Health assessment tool) ซึ่งในแต่ละแบบการประเมิน มีลักษณะ องค์ประกอบ และเกณฑ์การให้คะแนนของการประเมิน รวมถึงการนำไปใช้ ตามรายละเอียดดังนี้

1.1 แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) คือ แบบประเมินสภาพช่องปากของเอลเลอร์ เบอร์กอร์ และปีเตอร์สัน (Eilers, Berger, & Peterson, 1988) โดยใช้วิธีประเมินจากการสังเกตของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ การออกเสียง การกลืน ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก และฟัน แบ่งระดับการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ให้ 1 คะแนน หมายถึง ปกติ ให้ 2 คะแนน หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงแต่สามารถทำหน้าที่ได้ และ 3 คะแนน หมายถึง มีการสูญเสียหน้าที่การทำงาน ซึ่งนำคะแนนที่ประเมินได้มาจัดระดับสุขภาพของช่องปากออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1 - 8 คะแนน หมายถึง สภาพช่องปากอยู่ในระดับปกติ

9 - 16 คะแนน หมายถึง สภาพช่องปากมีความผิดปกติระดับปานกลาง

17 - 24 คะแนน หมายถึง สภาพช่องปากมีความผิดปกติระดับมาก

จากการศึกษาแบบประเมินสภาพช่องปาก เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในหน่วยฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation settings) ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาวะกลืนลำบาก สามารถประเมินได้ง่าย ใช้เวลาน้อยในการประเมิน แต่หัวข้อการประเมินไม่สามารถระบุขนาดหรือตำแหน่งของแผลได้ ซึ่งได้มีการปรับปรุงแบบประเมินสภาพช่องปาก เป็น Revised Oral Assessment Guide (ROAG) สามารถช่วยในการประเมิน เพื่อทำนายความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุได้ (Noguchi et al., 2017) ได้คำนวณค่าความเชื่อมั่น (inter-rater agreement) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แคปป่า (Kappa coefficient) พบค่าสัมประสิทธิ์แคปป่า มีค่า

ตั้งแต่ปานกลางถึงดีมาก คิดเป็นร้อยละ 58 – 91 (Andersson, Hallberg, & Renvert, 2002) การนำไปใช้พบว่า มีหลายการศึกษานำแบบประเมินไปใช้ในการประเมินสภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่ใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ (เพชรรัตน์, 2552; Belissimo-Rodrigues et al., 2009; Berry et al., 2011)

1.2 ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ (plaque index [PI]) การประเมินสภาพช่องปาก เพื่อวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์บริเวณผิวฟัน ตามการศึกษาค้นคว้าของคิฟายด์แพลส์คอินเดกซ์ (Modified plaque index) ของมอมเบลลีและคณะ (Mombelli, Schurch, & Lang, 1987) การตรวจคราบจุลินทรีย์ ทำโดยการย้อมสีคราบจุลินทรีย์ของฟันทุกซี่ ด้วยสารละลายอีริโทโรซีน (erythrosine solution) ด้วยการใช้สำลีจุ่มสารละลาย แล้วทาทั่วบนตัวฟัน เมื่อครบ 15 วินาทีให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำเปล่า ตรวจคราบจุลินทรีย์ที่เป็นแนวสีแดงที่ชัดเจนชิดกับขอบเหงือกในด้านใกล้แก้มและด้านไกลลิ้นของฟัน 6 ซี่ คือฟันซี่ที่ 16, 11, 26, 36, 31 และ ซี่ 46 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน

คะแนน 1 หมายถึง มีคราบจุลินทรีย์จับเป็นแผ่นบาง ๆ มองไม่เห็น แต่สังเกตเห็นจากการลาก probe ผ่านผิวฟัน

คะแนน 2 หมายถึง มองด้วยตาเปล่า มีคราบจุลินทรีย์บริเวณขอบเหงือก โดยมีปริมาณไม่เกิน 1/3 ของตัวฟัน

คะแนน 3 หมายถึง มีการสะสมของคราบจุลินทรีย์มาก มีปริมาณมากกว่า 1/3 ของตัวฟัน

จากนั้นนำค่าที่บันทึกมาคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโดยนำผลรวมของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์หารด้วยจำนวนตำแหน่งที่ตรวจ การนำไปใช้ หลายงานวิจัยนำไปใช้ในการประเมินสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ทำความสะอาดช่องปากเองได้

1.3 แบบประเมินสุขภาพช่องปาก (oral health assessment tool [OHAT]) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก เพื่อประเมินติดตามภาวะสุขภาพช่องปากภายหลังจากที่ได้รับการดูแลช่องปากและฟัน ซึ่งเป็นแบบประเมินสุขภาพช่องปากของชาร์มเมอร์และคณะ (Chalmers et al., 2004) ที่พัฒนาจากการตรวจสอบสภาวะสุขภาพช่องปากแบบย่อ (brief oral health status examination [BOHSE]) ของเคเซอร์จอร์นและคณะ (Kayser-Jones et al., 1995)

ประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ ริมฝีปาก เหงือก ฟันแท้ ฟันปลอม ความสะอาดของช่องปาก ลื่น น้ำลาย และอาการปวดฟัน ผลรวมของคะแนน เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อมี 3 ลำดับ คือ 0-2 โดย คะแนน 0 หมายถึง สุขภาพช่องปากและฟันดี คะแนน 1 หมายถึง สุขภาพช่องปากและฟันมีการเปลี่ยนแปลง และคะแนน 2 หมายถึง สุขภาพช่องปากและฟันไม่ดี

จากการศึกษาการประเมินสุขภาพช่องปาก oral health assessment tool (OHAT) เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว หรือมีการคิดรื้อบกพร่อง และได้มีการศึกษาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74 (Chalmers et al., 2005) การนำไปใช้พบว่าหลายงานวิจัยนำไปใช้ในการประเมินช่องปากในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล การคิดรื้อบกพร่องช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (Zhu et al., 2008; Brady et al., 2011; Kwok et al., 2015)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินช่องปาก โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีการคิดรื้อบกพร่อง โดยผู้วิจัยใช้ประเมินภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ใช้การประเมินด้วยวิธีการสังเกตลักษณะภายในช่องปาก อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ การออกเสียง การกลืน ริมฝีปาก ลื่น น้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก และฟัน

2. ผลลัพธ์และอุปกรณ์สำหรับใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

การดูแลสุขภาพช่องปาก พยาบาลควรเลือกผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ควรเลือกที่มีความเหมาะสม และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย เพื่อประสิทธิภาพของการดูแลช่องปากและฟัน ดังนี้

2.1 แปรงสีฟัน การเลือกแปรงสีฟันสำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรเลือกใช้แปรงสีฟันสำหรับเด็ก เพื่อความสะดวกในการทำสะอาดได้ทั่วถึง โดยเลือกที่มีขนนุ่ม หัวแปรงเล็ก มีความยาวประมาณ 2 – 3 ซี่ฟัน ซึ่งจะเข้าไปทำความสะอาดซี่ฟันได้ดีกว่าหัวแปรงที่ใหญ่ มีการมนปลายขนแปรง ไม่คมขรุขระ ขนแปรงอ่อนนุ่ม มีกระจุกขนแปรง 3 - 4 แถว ช่วยพยุงแรงขณะแปรงฟัน และด้ามแปรงยาวสามารถจับได้ถนัดมือ (มัทนา, 2553; สถาบันประสาทวิทยา, 2558) จากการศึกษากำจัดคราบจุลินทรีย์และแผลเหงือกถลอกของขนแปรงสีฟันปลายเรียวเล็กของตามเสด็จ (2555) พบว่าแปรงสีฟันขนปลายเรียวเล็กทั้ง 2 ข้างขนาด 0.013 มิลลิเมตร กำจัด

คราบจุลินทรีย์มีประสิทธิภาพน้อยกว่าแปรงสีฟันขนปลายเรียวเล็กขนาด 0.015 มิลลิเมตร และไม่ทำให้เหงือกเกิดแผลถลอก

2.2 ยาสีฟัน ยาสีฟันที่ใช้ควรทำความสะอาดฟันได้ดี และไม่เป็นอันตรายต่อเหงือก และฟันไม่ระคายเคืองต่อเยื่อช่องปาก โดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ มีกระบวนการของฟลูออไรด์จะช่วยเสริมความแข็งแรงของผิวเคลือบฟัน ในยาสีฟันจะมีฟลูออไรด์ 1,000 - 1500 ppm ปริมาณยาสีฟันที่ใช้ควรบีบยาสีฟันยาวครึ่งเซนติเมตร ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และแปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที (มัทนา, 2553; ณัฐวุฒิ, 2559)

2.3 น้ำยาบ้วนปาก เป็นผลิตภัณฑ์ที่นิยมใช้ภายหลังการแปรงฟัน เพื่อลดการเกิดกลิ่นปาก ทำให้ช่องปากรู้สึกสดชื่น การเลือกใช้น้ำยาบ้วนปากที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยใช้น้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีผสมแอลกอฮอล์ ได้แก่ น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ ใช้ความเข้มข้น 0.05% (0.05% neutral sodium fluoride [225 ppm]) ปริมาณ 10 -15 มิลลิลิตร อมในปาก 1 นาที ก่อนนอน หรือความเข้มข้น 0.2% neutral sodium fluoride (900 ppm) ปริมาณ 10 -15 มิลลิลิตร อมกลั้วปาก สัปดาห์ละครั้ง สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยที่มีปัญหากลิ่นลำบาก (สถาบันประสาทวิทยา, 2558; มัทนา, 2553) และการใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน ที่ช่วยลดพื้นที่การสะสมของคราบจุลินทรีย์ และควบคุมการเติบโตของจุลินทรีย์ในช่องปาก ในเวลา 4- 6 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของน้ำยาบ้วนปากต่าง ๆ เช่น 0.05%, 0.2%, 0.12% Chlorhexidine ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลช่องปากที่สามารถควบคุมเชื้อจุลินทรีย์ ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในปอด คือ 0.12% chlorhexidine โดยไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก (Hollaar, Cvd, Gvd, Rood, & Elvers, 2015)

3. การดูแลสุขภาพช่องปาก

จากสภาวะของโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จึงทำให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง การช่วยเหลือตนเองทำได้ลดลงหรือทำไม่ได้เลย รวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ที่อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคปริทันต์ หรืออาจเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการเคลื่อนไหว และความรู้สึกร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการทำทำความสะอาดช่องปากได้ลดลงหรือทำไม่ได้เลย และมีความเสี่ยงต่อ

การเกิดการติดเชื้ในร่างกาย (Wartenberg et al, 2011) และการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living [ADL]) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ผู้ป่วยที่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้เอง มีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (2) ผู้ป่วยที่สามารถทำความสะอาดช่องปากเองได้บ้าง แต่ทำได้ไม่สะดวก จากความลำบากในการใช้มือ กล้ามเนื้อของใบหน้าอ่อนแรงหรือมีการสื่อสารบกพร่อง มีคะแนนอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน (3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำทำความสะอาดช่องปากได้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน (Wu et al, 2008; สถาบันประสาทวิทยา, 2558) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อย ต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่า (Morishita, Takaesu, Miyatake, Shinsho, & Fujioka, 2001; Wu, Liu, Ho, & Chang, 2017) ขั้นตอนในการแปรงฟันมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การจัดทำผู้ป่วย โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง หรือเอียงศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่ง ปรับความสูงของหัวเตียงประมาณ 30 – 45 องศา เพื่อป้องกันการสำลักขณะแปรงฟัน หากผู้ป่วยไม่ได้เสี่ยงต่อการสำลัก สามารถจัดให้นั่งตัวตรงหรือเอียง (สิริพรและคณะ, 2557; สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

3.2 การดูแลก่อนการทำทำความสะอาดช่องปาก หากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องดูแลในท่อช่วยหายใจ แล้วจึงดูแลที่อยู่ในปาก และตรวจสอบความดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจให้อยู่ในช่วง 20 – 30 เซนติเมตรน้ำ ก่อนดูแล (อัจฉนาและคณะ, 2555; วินิตย์และนรลักษณ์, 2559)

3.3 วิธีการทำความสะอาดฟัน

3.3.1 ผู้ป่วยที่มีฟัน ใช้วิธีการแปรงฟัน

วิธีการแปรงฟัน โดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดเล็ก ลักษณะของขนแปรงอ่อนนุ่ม เริ่มแปรงฟันจากด้านนอกให้ครบทุกซี่โดยใช้วิธีขยับ-ปิด ให้เอียงแปรงสีฟันเข้าหาเหงือกประมาณ 45 องศา ปลายของขนแปรงจะแทรกเข้าไปในร่องเหงือกได้เล็กน้อย ออกแรงถูไปมาสั้นๆ 3-4 ครั้ง แล้วปิดแปรงสีฟันเข้าหาตัวฟันขึ้นไปด้านปลายฟัน จากนั้นให้ผู้ป่วยอ้าปาก และแปรงฟันด้านใน หากผู้ป่วยไม่อ้าปาก ควรใช้มือลูบแก้มทั้ง 2 ข้าง และลูบริมฝีปากให้รู้สึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ หรือใช้ผ้าก๊อชขนาด 3x3 หรือ 4x4 นิ้ว 2 แผ่นพันรอบค้ำแปรงสีฟันหรือไม้กัดลิ้นให้ผู้ป่วยกัดแทนหรือ mouth gag แต่ไม่ควรใช้ mouth gag ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลได้ง่าย แล้วใช้ค้ำแปรงสีฟันที่เตรียมไว้ให้ผู้ป่วยกัดไว้ แล้วเริ่มจากแปรงฟันหน้าบนก่อน โดยวางแปรงในแนวตั้ง แปรงฟันส่วนหลังด้านบน แล้วค่อยแปรงฟันส่วนหน้าด้านล่าง และแปรงฟันส่วนหลัง

ด้านล่างเป็นตำแหน่งสุดท้าย จากนั้นใช้น้ำใส่ syringe 10 มิลลิลิตร ค่อยๆ ฉีดน้ำทีละน้อย เพื่อล้างช่องปาก และใช้ suction ดูดน้ำลายตลอดเวลา (Brady, Furlanetto, Hunter, Lewis, & Milne, 2006)

การทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งในการแปรงฟันแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อย 2 นาที และการศึกษาของกอลเลจเซอร์ (Gallagher, et al., 2009) พบว่าการแปรงฟันนาน 3 นาทีสามารถลดคราบจุลินทรีย์ได้ถึงร้อยละ 55 ช่วงระยะเวลาในการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารในตอนเช้าและก่อนนอน (Zero, Marinho, & Phantumvanit, 2012) ซึ่งผลของการแปรงฟัน สามารถกระตุ้นทำให้เกิดการไหลของน้ำลายมากขึ้น โดยกระตุ้นบริเวณช่องปากที่ทำให้เกิดการหลั่งน้ำลาย (Papapoulos et al., 2006)

3.3.2 ผู้ป่วยที่ไม่มีฟัน หรือมีปัญหาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือมีเลือดออกตามไรฟัน ใช้ไม้ฟันสาลีหัวโตหรือก๊อชชุบน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน 0.2 % เช็ดทำความสะอาดบริเวณเหงือก และใช้แปรงขนอ่อนนุ่ม แปรงลิ้น และเพดาน เพื่อกำจัดคราบในช่องปาก

3.4 การแปรงลิ้นและเพดานปาก โดยแปรงขนอ่อนนุ่ม แปรงลิ้นเบา ๆ จากโคนลิ้นมาปลายลิ้น 4 – 5 ครั้ง โดยไม่ต้องใช้ยาสีฟัน โดยการเช็ดกระพุ้งแก้มและ เพดานปาก เพื่อทำความสะอาดคราบติดที่ลิ้น และเป็นสาเหตุทำให้เกิดกลิ่นปากจากเชื้อโรคที่สะสมอยู่ที่ลิ้น (มัทนา, 2553; สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

3.5 การใช้น้ำยาบ้วนปาก หากผู้ป่วยบ้วนปากได้ ให้ใช้น้ำยาบ้วนปาก ปริมาณ 10 – 15 มิลลิลิตร อมกลั้วปาก 45 – 60 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง แต่ในกรณีผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถบ้วนปากได้ จะใช้สำลีหรือก๊อชชุบน้ำยาบ้วนปาก แล้วเช็ดทำความสะอาดฟัน ซอกฟัน เยื่อเมือกในช่องปาก เพื่อช่วยลดการสะสมและการเติบโตของคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก (Lam, McMillan, Samaranyake, Li, & McGrath, 2013)

3.6. การดูแลริมฝีปาก และความชุ่มชื้นในช่องปาก โดยใช้สารหล่อลื่นสูตรน้ำ เช่น KY jelly ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้ Oxygen หรือผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง หรือผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันต่ำมาก ๆ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิด exogenous lipoid pneumonitis จากการใส่วาสลิน เพื่อช่วยให้ริมฝีปากมีความชุ่มชื้น ซึ่งทาหลังการแปรงฟันหรือริมฝีปากแห้ง ไม่ชุ่มชื้น หรือใส่วาสลินในผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงดังกล่าว (มัทนา, 2553)

3.7 การรักษาแผลในช่องปาก โดยใช้น้ำยาเพื่อรักษาโรคตามสาเหตุ เช่น เชื้อรา ไวรัส หรือแบคทีเรีย เมื่อลดความเจ็บปวดจากแผลหรือการติดเชื้อได้แล้ว ผู้ป่วยมักจะยอมให้ทำความสะอาดช่องปากมากขึ้น และเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก ซึ่งอาจใช้น้ำเกลือ หรือน้ำลายเทียม ที่ทำให้ในช่องปากชุ่มชื้นมากขึ้น (มัทนา, 2553)

4. การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล เป็นอุปสรรคที่ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีพอ ดังนั้นการให้เป็นความรู้ และส่งเสริมทักษะให้แก่ผู้ดูแล เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยเพิ่มความตระหนัก การให้ความสำคัญในการดูแลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพช่องปาก (รัชนก, 2557; อาณัติและคณะ, 2560) ดังนี้

4.1 ความรับรู้ประโยชน์และโอกาสเสี่ยงจากการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงประโยชน์ของการดูแลช่องปาก ที่จะลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ป้องกันการเกิดคราบจุลินทรีย์ที่เกาะบนผิวฟัน ลดการเกิดกลิ่นปาก และทำให้ผู้ป่วยสุขสบายจากกาที่มีช่องปากสะอาด และปัจจัยที่ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงของเกิดปัญหาช่องปาก ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน การทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งหลังการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

4.2 การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งผู้ดูแลควรได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาที่ถูกต้อง ที่สามารถช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก และสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี ลดการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้แก่ผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ ที่ประกอบด้วย (1) ความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี (2) การประเมินสุขภาพช่องปาก (3) การดูแลทำความสะอาดช่องปาก เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี (4) การดูแลช่องปาก เมื่อเกิดปัญหาของสุขภาพในช่องปาก เช่น ปากแห้ง แผลในช่องปาก เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ที่มีภาวะพึ่งพา จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากที่มีอยู่ มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้สาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ที่จะสามารถแก้ไขปัญหาการดูแลการปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สถานการณ์ของปัญหาช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา และช่วยพัฒนาการดูแลช่องปากของผู้ป่วยที่มีคุณภาพและทันสมัย ซึ่งจากการทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากทั้งในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีเนื้อหาหรือแนวทางการปฏิบัติที่คล้ายกันในบางประเด็น เช่น การประเมินสุขภาพช่องปาก การประเมินผู้ป่วย เพื่อใช้พิจารณาวางแผนการดูแลทำความสะอาดช่องปาก วิธีการแปรงฟัน รวมถึงการใช้อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ แต่มีความแตกต่างของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า ดังนั้นการดูแลจึงต้องมีการควบคุมการเกิดการสำลัก หรือการรับเชื้อ

โรคในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาเพื่อเพิ่มความสะดวก การปฏิบัติที่มีคุณภาพของพยาบาลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงาน

แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

การพัฒนาองค์ความรู้การรักษาพยาบาลในปัจจุบัน ได้มีการศึกษาทดลองความรู้ต่าง ๆ ตลอดเวลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพของการดูแลรักษาพยาบาลของที่มีคุณภาพ พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาปรับปรุงวิธีการในการให้การพยาบาลตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีเหล่านั้น ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติต้องศึกษาค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ที่ผ่านการทดลองด้านการปฏิบัตินำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ให้ได้ความรู้ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลทางการพยาบาลที่ดี แก้ไขปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งการปรับปรุงของการให้การพยาบาลตามสถานการณ์ และความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย โดยแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก จะเป็นสื่อกลางในการนำองค์ความรู้ของหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับหน่วยงาน (NHMRC, 1999; SIGN, 2011)

ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เป็นการพัฒนารูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และเป็นแรงผลักดันให้เกิดการบูรณาการความรู้ที่มีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการพยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งความหมายของแนวปฏิบัติการทางคลินิก หมายถึง ข้อความ ที่พัฒนาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในภาวะใดภาวะหนึ่ง เพื่อช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการใช้ในการตัดสินใจ (ฉวีวรรณ, 2548; SIGN, 2011) ที่เกิดจากการนำประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก ร่วมกับความรู้จากผลการวิจัยที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ (NHMRC, 1999) ที่เหมาะสมกับปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง (ฟองคำ, 2554) และแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จึงเป็นการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในประเด็นเฉพาะการพยาบาลทางคลินิก จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพใช้ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี (รัชนก, 2557)

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้ให้บริการ มีแนวทางการปฏิบัติที่ได้ศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจได้ง่าย เกิดการปฏิบัติตามเกณฑ์หรือมาตรฐานทางการพยาบาลในทิศทางเดียวกัน สามารถกระตุ้นบุคลากรในหน่วยงานให้เกิดความร่วมมือที่จะส่งเสริมการปฏิบัติทางการพยาบาล และการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ (รัชนก, 2557) ทั้งนี้ยังช่วยลดการใช้ทรัพยากรบุคคลและการด้านการเงิน และช่วยลดความเสี่ยงจากการปฏิบัติทางการพยาบาล เนื่องจากมีการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพอย่างเป็นระบบ และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ (ฉวีวรรณ, 2548)

แนวความคิดพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา เป็นการพัฒนาการปฏิบัติที่อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาล สามารถตัดสินใจใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาได้ง่ายและเหมาะสม โดยเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติมีกระบวนการและขั้นตอนของการพัฒนาที่หลากหลาย โดยมีองค์การด้านสุขภาพในระดับชาติและสมาคมบริการสุขภาพเฉพาะทาง ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบเช่นเดียวกัน ดังนี้

1. สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) มีขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 12 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของปัญหา (2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ (3) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (5) การทบทวนวรรณกรรม และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ (6) การยกร่างแนวปฏิบัติ (7) การจัดทำแผนการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้ (8) จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแนวปฏิบัติ (9) จัดทำรายงานรูปเล่มของแนวปฏิบัติ (10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (11) การประเมินแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความตรงในเนื้อหา หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้ (12) ปรึกษาผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พิจารณาตัดสินใจข้อเสนอแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ เพื่อหาข้อสรุปความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และปรับปรุงมาตรฐานแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนา

2. กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติประเทศนิวซีแลนด์ (NZGG, 2001) เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้คำแนะนำในการตัดสินใจในแต่ละระดับของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและ

ผู้ใช้บริการ ซึ่งคำแนะนำนั้นได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามวิธีการตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกลยุทธ์การวินิจฉัยคัดกรองและการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การกำหนดหัวข้อหรือประเด็นของปัญหา (2) การจัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (3) กำหนดกระบวนการของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ประกอบด้วยกิจกรรมตามขั้นตอนย่อย ได้แก่ การตั้งคำถาม การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินค่าใช้จ่ายในการจัดทำ การนำแนวปฏิบัติไปใช้และการเผยแพร่แนวปฏิบัติในหน่วยงาน และการประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข

การศึกษาในครั้งนี้ จึงเลือกใช้แนวคิดในการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพังกา โดยใช้กรอบทฤษฎีสถาวิจยทางการแพทยและสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) เนื่องจากเป็นที่นิยม มีขั้นตอนการพัฒนาเข้าใจง่าย และมีความน่าเชื่อถือขององค์กรด้านสุขภาพ กระบวนการในการพัฒนาและประเมินผลแนวทางปฏิบัติทางคลินิกจะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ โดยมีขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพังกา ที่ได้ดัดแปลงขั้นตอนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิก

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ เป็นขั้นตอนของการกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นของการปฏิบัติในหน่วยงาน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในทางคลินิก เป็นการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ หรืออาจทำได้โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรหรือทีมบริการในหน่วยงาน ในการช่วยกำหนดปัญหาที่สำคัญ ซึ่งการกำหนดประเด็นปัญหาสามารถทำได้จากการทบทวนผลลัพธ์ในเรื่องของการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล ความพร้อมของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันมีความหลากหลายในการปฏิบัติ จากการทำตามความเคยชิน หรือทำตามหน้าที่ที่ต้องได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ หรืออาจเป็นการค้นหาข้อสรุปที่สำคัญจากองค์ความรู้ที่มีจากเอกสารวิจัย ตำราหรือการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติ เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น ผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ เชี่ยวชาญที่สามารถร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติและสร้างความร่วมมือกันที่จะพัฒนาขึ้นอย่างแท้จริง

3. กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยกำหนด วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งควรคำนึงถึงสถานการณ์และ ปัญหาทางคลินิกทั้งในระดับประเทศ ระหว่างประเทศ และในองค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ โดย วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่มีอยู่และสิ่งที่ต้องการพัฒนาหรือปรับปรุงที่มีความสอดคล้อง กับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของการใช้แนวปฏิบัติ

4. การทบทวนวรรณกรรม และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็น การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือและมีคุณภาพ เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ แก้ไขปัญหา เช่น งานทบทวนงานวิจัย (meta-analysis) งานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systemic review) งาน วิจัยเชิงทดลอง (experimental research) งาน วิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แนวปฏิบัติ (practice guideline) ซึ่งควรระบุวิธีที่ใช้ในการทบทวน วรรณกรรมอย่างชัดเจน โดยการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นจากฐานข้อมูลการวิจัย ได้แก่ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เช่น PubMed, ScienceDirect, CINAHL, ProQuest เป็นต้น ฐานข้อมูลวิจัย หรือวิทยานิพนธ์ของสถาบันต่าง ๆ รวมทั้งวารสารทางการแพทย์ เมื่อคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับประเด็นความต้องการทางคลินิกที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติ และมีการวัดผลลัพธ์ตรงกับที่ กำหนด จากนั้นจึงประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการดูแลช่อง ปาก เพื่อนำผลของงานวิจัยหรือคำแนะนำของแนวปฏิบัติที่มีอยู่ไปใช้

4.1 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) ตาม สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ซึ่งงานวิจัยทุกเรื่องออกแบบให้มีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ได้มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials)

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ หลักฐานงานวิจัยที่ออกแบบให้มีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ได้มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3 มี 3 กลุ่มย่อย ดังนี้

ระดับ 3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนงานวิจัยที่มีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างแฝง และได้ออกแบบการวิจัยที่ดี (well-designed pseudo-randomized controlled trials)

ระดับ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาเปรียบเทียบ (comparative studies) ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการศึกษาไปข้างหน้า (cohort studies), การศึกษา จากผลมาหาสาเหตุ (case-control studies)

ระดับ 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ควบคุมในอดีต (historical control) หรือการศึกษาเป็นช่วงเวลาไม่มีกลุ่มควบคุม (interrupted time series without a parallel control group)

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์จากกลุ่มตัวอย่างรายกรณี (case series), การวิจัยที่วัดผลหลังการทดลอง (post-test) หรือการวิจัยที่วัดผลทั้งก่อนและหลังการทดลอง (pre-test และ post-test)

4.2 การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติทางคลินิก เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมิน คือ การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (appraisal of guideline for research and evaluation II; AGREE II) ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ประกอบด้วยหัวข้อหลัก 23 หัวข้อ โดยแบ่งออกเป็น 6 หมวด ได้แก่ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ความเข้มงวดของการขึ้นตอนการจัดทำ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ 5) การนำไปใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ผู้ที่ประเมินแนวทางปฏิบัติแต่ละฉบับ 2 -4 คน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการประเมิน ผลซึ่งการแปลความหมายคะแนนจากการประเมินเพื่อเปรียบเทียบแต่ละแนวปฏิบัติ โดยต้องทำการตัดสินใจถึงคุณภาพของแนวปฏิบัติจากเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาในกระบวนการประเมิน

4.3 การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการจัดแบ่งเกรดของข้อเสนอแนะ (grades of recommendation) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการนำผลของหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ตามเกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนา บริกส์ (the joanna briggs institute [JBI], 2014) แบ่งได้ 2 ระดับ ดังนี้

ระดับ A เป็นข้อเสนอแนะที่มีความน่าเชื่อถือในระดับมาก มีการแสดงผลการวิจัยที่ชัดเจน มีหลักฐานเพียงพอที่สนับสนุนของการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ เกิดประโยชน์และเป็นที่ยอมรับเชิงคุณค่า

ระดับ B เป็นข้อเสนอแนะที่สาระของความน่าเชื่อถืออ่อน มีการแสดงผลการวิจัยที่ไม่ชัดเจน ไม่มีหลักฐานเชิงคุณภาพสนับสนุน ไม่เป็นที่ยอมรับเชิงคุณภาพและไม่มีการสนับสนุนการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

5. การยกร่างแนวปฏิบัติ เป็นการสรุปสาระสำคัญหรือข้อมูลของแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ และระดับความน่าเชื่อถือ นำมากำหนดแนวทางปฏิบัติโดยการจัดกลุ่มหรือหมวดหมู่ของสาระสำคัญตามประเด็นทางคลินิก ที่สร้างความมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการออกความคิดเห็น และเกิดแรงจูงใจที่นำไปสู่

การปฏิบัติ และการวางแผนประเมินผลลัพธ์ ซึ่งควรจัดทำการประเมินการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ การแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติพยาบาลตามแนวปฏิบัติ การประเมินความเข้าใจของบุคลากร ประเมินปัญหาและอุปสรรค และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ แล้วจัดทำฉบับร่างแนวปฏิบัติเป็นรูปเล่ม

6. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแนวปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งฉบับร่างของแนวปฏิบัติต้องได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบและพิจารณาด้านเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษาของแนวปฏิบัติที่พัฒนา แล้วจึงปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้จริง

ระยะที่ 2 ระยะเผยแพร่และส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การพัฒนาแนวปฏิบัติในระยะนี้ได้ตัดแปลงจากขั้นตอนที่ 7 จัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งต้องกำหนดวิธีการที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายต้องการพิจารณา เกิดแรงจูงใจ และสามารถสร้างความมีส่วนร่วม การให้ความร่วมมือที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1. แผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเกิดความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติ โดยประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับทราบ เมื่อได้ปรับปรุงเนื้อหาและจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้ว จากความร่วมมือของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ และจัดประชุมในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความตระหนักของบุคลากร โดยชี้แจงความสำคัญ วัตถุประสงค์ เป้าหมายของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนา รวมทั้งขอความร่วมมือการใช้แนวปฏิบัติและประเมินผลการใช้

2. แผนนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก เพื่อเป็นการทดลองใช้แนวปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลการใช้ แล้วนำผลนั้นมาพิจารณาถึงปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ และเกิดความต่อเนื่องของนำแนวปฏิบัติไปใช้

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติ

1. การประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ที่ต้องครอบคลุมทั้งโครงสร้าง เช่น บุคลากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในแนวปฏิบัติ ประเมินกระบวนการ เช่น การทำความเข้าใจแนวปฏิบัติได้ง่าย เกิดความตระหนักของการนำไปปฏิบัติ ความเหมาะสมของเนื้อหาของแนวปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์เพื่อเปรียบเทียบของการเปลี่ยนแปลงในระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ความ

คิดเห็น การยอมรับและเข้าใจในเนื้อหา และความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่ได้ปฏิบัติจริงตาม แนวปฏิบัติ และการปรับปรุงแนวปฏิบัติ จากความร่วมมือกันของทีมพัฒนาที่เกี่ยวข้องในการ พัฒนาแนวปฏิบัติ

2. จัดทำรูปเล่มรายงานของแนวปฏิบัติ โดยการจัดทำเป็นรูปเล่ม ที่มีความ ชัดเจนของเนื้อหา มีความถูกต้อง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และมีความเป็นไปได้นำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ ชื่อทีมพัฒนา วัตถุประสงค์ ความสำคัญของปัญหา กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ สารสำคัญของแนวปฏิบัติ พร้อมทั้งระบุระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ความรู้เชิงประจักษ์

3. การประเมินแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นการตรวจสอบรายงานของแนวปฏิบัติ โดย การตรวจสอบคุณภาพและรายละเอียดเกี่ยวกับความถูกต้องชัดเจน ความตรงของเนื้อหา ความ น่าเชื่อถือและมีความยืดหยุ่นของแนวปฏิบัติที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขหลังจากการนำแนวปฏิบัติไป ทดลองใช้ โดยผู้ตรวจสอบต้องเป็นบุคคลากรทางสุขภาพจากสถาบันสุขภาพที่มีความรู้ความ เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

4. การขอคำปรึกษาจากผู้ที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา เพื่อร่วมกันพิจารณาข้อเสนอ แนวปฏิบัติที่พัฒนาไว้โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้รับบริการ หรือ ผู้บริหารองค์กร เพื่อปรึกษาหาข้อสรุปถึงความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อปรับปรุง มาตรฐานของแนวปฏิบัติ และระบุข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ แล้วจัดพิมพ์รูปเล่มแนวปฏิบัติการ พยายามฉบับสมบูรณ์

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา จากการทบทวนหลักฐานเชิง ประจักษ์ พบอุบัติการณ์ของปัญหาช่องปากที่มีปัจจัยสุขอนามัยของช่องปากที่ไม่สะอาด ทำให้เกิด การสะสมของคราบจุลินทรีย์ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และเกิดการติดเชื้อระบบ ทางเดินหายใจที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบมี การดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา มีขั้นตอนตั้งแต่การประเมินสุขภาพช่องปาก การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการทำความสะอาด วิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก และการ ให้ความรู้ในการดูแลช่องปากแก่ผู้ดูแล นอกจากนี้พบแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในหอผู้ป่วย วิกฤตที่ใช้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติเหล่านี้ไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่ ไม่ให้ความร่วมมือในการอ้าปาก เพื่อทำความสะอาด ทั้งนี้ในการพัฒนามีแนวในการพัฒนาแนว

ปฏิบัติของ 2 องค์กร ซึ่งได้ให้แนวทางในการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนการนำไปใช้ และการประเมินผล
ที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป จำนวน 1 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1. พยาบาลจำนวน 18 คน ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา จำนวน 20 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2561

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. ผู้ป่วยมีคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activities of daily living [ADL]) ระหว่าง 0 – 4 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

3. ไม่พบภาวะเลือดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับปฏิบัติการ ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล

1.2 การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยใช้เกณฑ์วัดพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องในการดูแลช่องปาก ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กิจกรรม โดยกล่าวถึงรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมของแต่ละหมวด มีดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยขั้นตอนในการประเมินสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 ข้อ

หมวดที่ 2 การเลือกผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการดูแลช่องปาก จำนวน 5 ข้อ

หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยขั้นตอนในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ

หมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 ข้อ

การบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก บันทึกโดยพยาบาลปฏิบัติการที่รับผิดชอบเป็นหัวหน้าเวร จำนวน 2 คน จะประเมินการปฏิบัติของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ปฏิบัติงานในเวรนั้น ๆ ตามขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม ซึ่งประเมิน โดยให้ทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละหมวด โดยปฏิบัติถูกต้อง หมายถึง ปฏิบัติถูกต้องครบทุกขั้นตอนในแต่ละหมวด

กิจกรรม ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หมายถึง ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือปฏิบัติเพียงบางส่วน และไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละหมวดกิจกรรมของแนวปฏิบัติ

2. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับปฏิบัติการ ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล การได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลความสะอาดช่องปากผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับแนวปฏิบัติที่นำไปใช้ และบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเป็นแบบสอบถามลักษณะเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เพื่อสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งประเมินภายหลังก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้แบ่งค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง ซึ่งสามารถคำนวณแบ่งช่วงระดับความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในแต่ละระดับ โดยใช้สูตร (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ เท่ากับ 1.33 (บุญใจ, 2553) ดังนี้

คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

3. แบบประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

3.1 ข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ข้อมูลโรคและการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เชลเดีแอล และข้อมูลทางปฏิบัติการ ได้แก่ สัญญาณชีพ ผลการตรวจเลือดของค่าปริมาณของเกล็ดเลือด (platelet)

3.2 แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) เป็นแบบประเมินสภาพช่องปากที่พัฒนาโดยเอลเลอร์ เบอร์กอร์ และปีเตอร์สัน (Eilers, Berger, & Peterson, 1988) และแปลเป็นภาษาไทยโดยวันทนงค์ (2556) โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงนำมาใช้ด้วยวิธีประเมินจากการสอบถาม การสังเกตของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ซึ่งมีแบบประเมินสภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ การออกเสียง การกลืน ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก และฟัน โดยให้คะแนนการประเมิน คือ 1, 2, และ 3 ตามลำดับ แต่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถประเมินในหัวข้อการกลืน และการออกเสียงได้ จึงแบ่งช่วงคะแนนต่างกัน ซึ่งได้ผลรวมของคะแนนผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีคะแนนตั้งแต่ 8-24 คะแนน และนำคะแนนที่ประเมินได้มาจัดระดับสุขภาพของช่องปากออกเป็น 3 ระดับ (เพชรรัตน์, 2552) ดังนี้

1 - 8 คะแนน หมายถึง สุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปกติ

9 - 16 คะแนน หมายถึง สุขภาพช่องปากมีความผิดปกติระดับปานกลาง

17 - 24 คะแนน หมายถึง สุขภาพช่องปากมีความผิดปกติระดับมาก

ได้ผลรวมของคะแนนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีคะแนนตั้งแต่ 6-18 คะแนน และนำคะแนนที่ประเมินได้มาจัดระดับสุขภาพของช่องปากออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1 - 6 คะแนน หมายถึง สุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปกติ

7 - 12 คะแนน หมายถึง สุขภาพช่องปากมีความผิดปกติระดับปานกลาง

13 - 18 คะแนน หมายถึง สุขภาพช่องปากมีความผิดปกติระดับมาก

ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก

แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประกอบด้วย 4 หมวด คือ (1) การประเมินสุขภาพช่องปาก (2) ผลัดทันตกรรมและ

อุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (3) การดูแลสุขภาพช่องปาก (4) การให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล โดยขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา โดยใช้กรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประกอบด้วย 3 ระยะ มี 12 ขั้นตอน คือ

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาประเด็นปัญหาและขอบเขตของปัญหา

1.1 ประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในหน่วยงานมีความหลากหลาย ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยหอผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา และขาดการให้ความรู้หรือสอนทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้ดูแล เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

1.2 ประเด็นปัญหาจากองค์ความรู้ โดยผู้วิจัยได้ข้อมูลจากงานวิจัย เอกสารทางวิชาการ และตำราในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

กำหนดทีมพัฒนา ประกอบด้วย 6 คน คือ ผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ท่าน และพยาบาลในหน่วยงาน 2 ท่าน เข้าร่วมเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน โดยมีการชี้แจงความสำคัญของปัญหา ความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ และพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วย รวมทั้งผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

3.1 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3.2 กลุ่มเป้าหมายที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ คือ พยาบาลจำนวน 18 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

3.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คือ ผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่ (1) การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา (2) ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ (3) คะแนนสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนวรรณกรรม และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรม สืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาที่มีความน่าเชื่อถือ และทันสมัย ในช่วงปี ค.ศ. 2008-2018 และ พ.ศ. 2551-2561 โดยใช้กรอบของ PICO (อัจฉราและมัลลิกา, 2559) ดังนี้ Population คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา Intervention คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก Comparison คือ วิธีการดูแลช่องปาก และ Outcome คือ ภาวะสุขภาพช่องปาก คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ oral hygiene, oral hygiene care, oral healthcare, oral health in dependent patient, oral health care for dependent elderly, oral health care for dependent , oral care program, oral assessment scale, oral health condition on chronic illness patient, oral care, การดูแลสุขภาพช่องปาก, การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา, แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปาก, การดูแลช่องปากโดยพยาบาล จากฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

4.1 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เช่น PubMed, ScienceDirect, CINAHL, ProQuest, Cochrane, ThaiLIS

4.2 ฐานข้อมูลวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ของสถาบันต่าง ๆ รวมทั้งวารสารทางการแพทย์ วารสารทางการพยาบาล เช่น PSU Knowledge Bank, Journal of Advance Nursing, Journal of Gerontological Nursing, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

4.3 การสืบค้นจากรายการบรรณานุกรม หรือเอกสารอ้างอิงจากท้ายบทความวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

4.4 การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประเมินคุณค่า และความน่าเชื่อถือของเนื้อหาของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (JBI, 2014) และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นแนวปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research and Evaluation II;

AGREE II) ฉบับภาษาไทย ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2556) และ ประเมินระดับของข้อเสนอแนะ (grades of recommendation) โดยใช้เกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนา บริกส์ (JBI, 2014) ซึ่งผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 45 เรื่อง และผู้วิจัยได้วิเคราะห์และ สังเคราะห์เนื้อหาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนล่วงหน้าเพื่อให้ทีมพัฒนาได้อ่าน โดยสามารถนำมา พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา จำนวน 15 เรื่อง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 1 ถึง 5 และระดับข้อเสนอแนะ ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้อยู่ในระดับ A ถึง B

ขั้นตอนที่ 5 การยกร่างแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้รวบรวมและสรุปผลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่ได้ประเมินคุณค่าและความน่าเชื่อถือ โดยนำสาระสำคัญที่ได้มาสร้าง เป็นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) การประเมินสุขภาพช่องปาก (2) ผลិតภัณฑ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (3) การดูแล สุขภาพช่องปาก (4) การให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล โดยจัดทำเป็นรูปเล่มคู่มือแนว ปฏิบัติ ประกอบด้วย ชื่อของแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ ความสำคัญของปัญหา สาระสำคัญของการ ปฏิบัติตามกิจกรรมของแนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแนวปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งดำเนินการ ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา โดยการพิจารณาความตรงของเนื้อหา ภาษา ความชัดเจนของแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ทันตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านสร้างและ พัฒนาแนวปฏิบัติการ 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา 1 ท่าน แล้ว นำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้ถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนของแนว ปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อความสะดวก เข้าใจง่ายแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การเผยแพร่และส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ

ก่อนดำเนินการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะ ฟังกาไปใช้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสืออนุมัติการทำวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ แล้วนำหนังสือเสนอต่อ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อตรวจสอบจริยธรรมทางการวิจัย จากนั้นจึง ยื่นหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย เมื่อ

ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างาน การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดลอง ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การพัฒนาในระยะที่ 2 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน จัดประชุมในหน่วยงาน การจัดอบรมในการใช้แนวปฏิบัติ และนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ มี รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน โดยผู้วิจัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพา ให้กับ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปให้ทราบทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้ พยาบาลเกิดความสนใจแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมในหน่วยงาน โดยการจัดประชุมชี้แจงให้แก่พยาบาลในวันประชุม ประจำเดือนของหน่วยงาน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลในทีมพัฒนา ได้ชี้แจงทำความเข้าใจ และสร้างความตระหนักของบุคลากรในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยให้ข้อมูลความสำคัญ วัตถุประสงค์ เป้าหมายของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ การใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปาก ชี้แจง ขั้นตอนและวิธีการของแนวปฏิบัติโดยภาพรวม ทั้งนี้ในการจัดประชุมครั้งนี้ พยาบาลปฏิบัติงาน สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ และขั้นตอนการปฏิบัติ ที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติไป ในทิศทางเดียวกัน และชี้แจงเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติให้กับพยาบาลได้เข้าใจอย่าง ชัดเจน รวมทั้งอธิบายรายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ในการเข้า ร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนกว่าจะเข้าใจ จากนั้นจึงแจกเอกสาร คำอธิบายโครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมให้นำกลับไปพิจารณาจนตัดสินใจ ซึ่งสามารถ ตัดสินใจได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลหากมีความเห็นที่แตกต่าง และ ผู้วิจัยจะขอให้พยาบาลได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จากนั้นจึงขอความร่วมมือจากพยาบาลในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามใน แบบฟอร์มความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การจัดอบรมในการใช้แนวปฏิบัติ โดยก่อนการอบรมผู้วิจัยได้ฝึกการใช้แบบ ประเมินสภาพช่องปาก และทำการสังเกตเพื่อหาความเท่าเทียมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การ ใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก จากนั้นผู้วิจัยจึงจัดอบรมให้กับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ เป็นรายกลุ่ม

โดยแบ่งกลุ่มละ 7 – 8 คน ซึ่งผู้วิจัย พยาบาลทีมพัฒนา เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดของกรอบและสารัตถ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตามแนวปฏิบัติ ฝึกทักษะการใช้เครื่องมือประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) ทั้ง 8 องค์ประกอบ และการใช้ผลิตภัณฑ์อุปกรณ์ และวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย วิธีการแปรงฟัน การดูแลสุขภาพช่องปาก ร่วมกับการใช้อุปกรณ์สารัตถของการแปรงฟัน และผลิตภัณฑ์ที่จะต้องนำไปใช้ ใช้เวลาในการอบรม 15 – 30 นาที และแนะนำคู่มือของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ซึ่งจะวางไว้บริเวณ โต๊ะทำงานของพยาบาลจำนวน 2 เล่ม เพื่อให้พยาบาลได้ศึกษาเพิ่มเติมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และเพื่อกระตุ้นพยาบาลให้เกิดการปฏิบัติการดูแลช่องปากผู้ป่วย และในระหว่างการอบรมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถสอบถามข้อสงสัยต่อผู้วิจัย และทีมพัฒนาได้ตลอด

ขั้นตอนที่ 4 นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ผ่านการอบรมเพื่อนำไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1 - 2) โดยผู้วิจัยสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก เป็นต้น ในระหว่างทดลองใช้แนวปฏิบัติผู้วิจัยและทีมพัฒนา จะคอยให้คำปรึกษา คำแนะนำในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เมื่อพบปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติมาปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขร่วมกับทีมพัฒนา ซึ่งในระหว่างการใช้นโยบายผู้วิจัยจะประจำอยู่ในหอผู้ป่วยในช่วงเวลา คือ 08.00 – 16.00 น. โดยจะให้คำแนะนำหากพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติเกิดข้อสงสัย หรือปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การจัดซื้อผลิตภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ จากนั้นจึงให้พยาบาลได้นำแนวปฏิบัติไปใช้จริง เป็นระยะเวลา 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 3 - 6)

ระยะที่ 3 การประเมินผลแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผลแนวปฏิบัติ ซึ่งในขั้นตอนของการประเมินกระบวนการ ผู้วิจัยได้กำหนดให้พยาบาลที่เป็นหัวหน้าเวรหรือผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ราย ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสังเกตการณ์ปฏิบัติของพยาบาลที่ได้นำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยจะสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลทั้ง 18 รายที่เข้าการวิจัย และการประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วย เมื่อได้รับการดูแลตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติ จำนวน 20 ราย ซึ่งรายละเอียดในการประเมินมีดังนี้

1.1 ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ โดยพัฒนาตามแนวปฏิบัติที่มีขั้นตอนใน 4 หมวด คือ (1) การประเมินสุขภาพช่องปาก (2) การเลือกผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (3) การดูแลสุขภาพช่องปาก (4) การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล ซึ่งพยาบาลที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องมีการให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ผู้วิจัยได้ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลก่อนในสัปดาห์ที่ 2 แล้วพยาบาลหัวหน้าที่กำหนดไว้จะบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล หลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลสุขภาพช่องปากไปใช้ครบ 1 เดือน โดยทำการสังเกตที่ไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว ซึ่งใช้เวลาในการเก็บข้อมูลบันทึกการสังเกตการปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 7)

1.2 การประเมินสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โดยพยาบาล จำนวน 18 คน ที่ใช้แนวปฏิบัติตามระบบพยาบาลเจ้าของใช้ในเวรนั้น ๆ จากนั้นพยาบาลจะประเมินสุขภาพช่องปากตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติ คือ นำคะแนนสุขภาพช่องปาก มาลำดับช่วงเวลาในการประเมินสุขภาพช่องปากครั้งต่อไป และกำหนดเวลาในการทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่ ประเมินและทำความสะอาดช่องปากทุก 4 หรือ 6 ชั่วโมง ซึ่งจะมีการบันทึกคะแนนสุขภาพช่องปากลงในบันทึกกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งต่อเวรแก่พยาบาลที่มารับหน้าที่ดูแลในเวรต่อไป ซึ่งในระหว่างนั้นจะมีการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยซ้ำจากพยาบาลหัวหน้าเวร 2 คน ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ในวันที่ 1, 3, และ 5 ตามลำดับ จนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประเมินภายหลังจากทำความสะอาดช่องปาก 2 ชั่วโมง แล้วบันทึกในตารางคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย

1.3 ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยประเมินจากความคิดเห็นของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 15 ข้อ ประเมินโดยพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 18 คน ภายหลังจากได้นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ครบ 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 7)

ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากรวบรวมข้อมูล มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และวิเคราะห์ข้อมูล ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ปัญหาและอุปสรรคของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพังพา แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และแบบประเมินสภาพช่องปาก ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ทันตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพังพา 1 ท่าน โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale [CVI]) เท่ากับ .93

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

2.1 การหาความเที่ยงของแนวปฏิบัติการพยาบาลและแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพังพา ด้วยการหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (inter rater reliability) โดยให้พยาบาลหัวหน้าเวรที่กำหนดไว้สำหรับการบันทึกแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลจำนวน 2 รายนั้น ซึ่งได้รับคำอธิบายการใช้แบบสังเกตจากผู้วิจัย ทำการสังเกตการณ์การใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลที่คัดเลือก จำนวน 4 ราย ที่ได้รับคำชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยแบ่งเป็นพยาบาลเวรเช้า 2 ราย และพยาบาลเวรบ่าย 2 ราย และใช้แบบสังเกตชุดเดียวกันบันทึกข้อมูลที่ได้ จากนั้นจึงนำข้อมูลมาหาความเที่ยง โดยการคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง (percentage of agreement) เท่ากับ .98

2.2 การหาความเที่ยงของแบบประเมินสภาพช่องปาก ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วย 8 หัวข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้รับการฝึกการใช้แบบประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ และนำมาอธิบายการใช้แบบประเมินสภาพช่องปากแก่พยาบาลหัวหน้าเวรกำหนดไว้จำนวน 2 คน จากนั้นผู้วิจัยและพยาบาล จึงทำการประเมินช่องปากของป่วยคนเดียวกัน จำนวน 3 ราย แต่แยกบันทึกการสังเกต แล้วจึงนำผลการสังเกตมาคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง (percent of agreement) เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัส IRB No. 596/61 และทำหนังสืออนุมัติต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งการทำวิจัยต่อ ผู้ตรวจการหอผู้ป่วย และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน การดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาไปใช้ในหอผู้ป่วย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เกี่ยวกับสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลใด ๆ ทั้งสิ้น ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัย สามารถยกเลิกและออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับสิทธิในการปกปิดข้อมูลเป็น ความลับ ทั้งข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลของการเจ็บป่วย ไม่มีการบันทึกข้อมูลที่บ่งบอกชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย และชื่อของผู้ป่วย จากการเก็บข้อมูลจากการวิจัยในครั้งนี้ และการวิจัยในครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา รวมทั้งการเขียนรายงานการวิจัย และการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเฉพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่างคนใดคนหนึ่ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยหลังได้รับคำอธิบายแล้ว ลงในแบบฟอร์มยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ข้อมูลการได้รับการรักษาด้วยยา ประเภทของโรค ระดับความรู้สึกรู้ตัว คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และผลเลือดวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การปฏิบัติของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยเปรียบเทียบร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้

4. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติของพยาบาลภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์คะแนนจากการประเมินสุขภาพช่องปาก โดยเปรียบเทียบคะแนนของสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank Test) เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย และการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย โดยประยุกต์ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของสภาวะวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ แล้วประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นระยะเวลา 2 เดือน นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

2.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ

2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

ส่วนที่ 3 ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

3.1 ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้

3.2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้

3.3 ประเมินคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพังกา ประกอบด้วย 4 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินสภาพช่องปาก หมวดที่ 2 ผลลัพธ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก และหมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

หมวดที่ 1 การประเมินสภาพช่องปาก

การประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพังกา ใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) (Kwok et al., 2015: ระดับของหลักฐาน 1b เกรด A) โดยมีแนวทางในการประเมิน ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ หัวข้อประเมินสภาพช่องปาก ประกอบด้วย 8 หัวข้อ คือ การออกเสียง การกลืน ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก และฟัน

1.2 ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หัวข้อประเมินสภาพช่องปาก ประกอบด้วย 5 หัวข้อ คือ ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก และฟัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถประเมินการออกเสียง และการกลืนได้

1.3 การรวมคะแนนการประเมินสภาพช่องปาก แล้วนำจัดระดับสุขภาพช่องปาก แล้ววางแผนความถี่ของการทำความสะอาดช่องปาก ในผู้ป่วยที่มีภาวะพังกา (Ames et al., 2011: ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)

หมวดที่ 2 ผลลัพธ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

2.1 แปรงสีฟัน การเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม หัวแปรง ซึ่งปลายหัวแปรงต้องไม่มีความคม หัวแปรงควรมีความยาวประมาณ 2 - 3 ซี่ฟัน และขนแปรงทุกเส้นมนกลม เล็ก (Kim et al., 2014: ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A) เมื่อใช้แปรงฟันแล้วไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือบาดแผล

2.2 ยาสีฟัน การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ซึ่งจะมีปริมาณฟลูออไรด์ 1,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (Zero, Marinho, & Phantumvanit, 2012: ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)

2.3 น้ำยาบ้วนปาก การใช้ยาบ้วนปากที่ผสมคลอโรเฮกซิดีน (0.12% chlorhexidine) และไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Bellissimo-Rodrigues et al., 2009; Ames et al., 2011: ระดับของหลักฐาน 1a เกรด A) โดยเว้นระยะห่างของการใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ และน้ำยาบ้วนปากที่ผสมคลอโรเฮกซิดีนอย่างน้อย 30 นาที

หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก

ก่อนการดูแลสุขภาพช่องปาก ต้องมีการเตรียมผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินลักษณะสถานะของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การให้ความร่วมมือในการทำทำความสะอาดช่องปาก ความเสี่ยงที่อาจเกิดต่อผู้ป่วย ตามรายละเอียด ดังนี้

3.1 การจัดทำผู้ป่วย โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง หรือเอียงศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่ง ปรับความสูงของหัวเตียงประมาณ 30 – 45 องศา (Prendergast et al., 2012: ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A) หรือสามารถจัดให้นั่งตัวตรงได้หากไม่มีข้อจำกัด เพื่อป้องกันการสำลักขณะแปรงฟัน

3.2 การดูดเสมหะ ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องตรวจสอบความดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจให้อยู่ในช่วง 20 - 30 เซนติเมตรปรอท ก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ แล้วจึงดูดเสมหะที่อยู่ในปาก และเสมหะที่เกาะบริเวณรอบท่อช่วยหายใจที่อยู่ในปาก (พนิดา, 2558: ระดับของหลักฐาน 2a เกรด A)

3.3 การทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งแยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

3.3.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีฟัน ใช้วิธีการทำความสะอาดช่องปาก โดยการแปรงฟัน ซึ่งการแปรงแต่ละครั้งควรใช้เวลาแปรงฟันนาน 2 - 3 นาที (Gallagher et al., 2009: ระดับของหลักฐาน 1d เกรด A) และใช้น้ำสะอาดใส่ syringe 10 มิลลิลิตร ค่อยๆ ฉีดน้ำที่ละน้อย เพื่อดำช่องปาก และใช้ suction ดูดน้ำลายออกตลอดเวลา (Seedat & Penn, 2016: ระดับของหลักฐาน 2a เกรด A)

3.3.2 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีฟัน การทำความสะอาดช่องปาก โดยใช้สำลีก้อนหรือก๊อชชุบน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน (0.12% Chlorhexidine) เช็ดทำความสะอาดบริเวณเหงือก และใช้แปรงขนอ่อนนุ่ม แปรงลิ้น และเพดาน เพื่อกำจัดคราบสะสมในช่องปาก (Ames et al., 2011: ระดับของหลักฐาน 1a เกรด A)

3.3.3 กลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอม

1) ฟันปลอมชนิดถอดได้ ควรล้างทำความสะอาดหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง โดยใช้ยาสีฟันกับแปรงสีฟันที่มีขนอ่อน แปรงทำความสะอาด ซึ่งควรมีลักษณะใส่น้ำรองรับขณะทำความสะอาด และก่อนนอนต้องถอดฟันปลอมแช่น้ำไว้ในภาชนะที่มีฝาปิด แต่ห้ามแช่น้ำเดือด น้ำร้อน เพราะจะทำให้บิดเบี้ยวได้ (มัทนา, 2553: ระดับของหลักฐาน 5a เกรด A)

2) ฟันปลอมชนิดถอดไม่ได้ การทำความสะอาด จะใช้วิธีการแปรงฟันตามปกติ แปรงทำความสะอาดได้ฟันปลอม และขอบเหงือก (มัทนา, 2553: ระดับของหลักฐาน 5a เกรด A)

3.3.4 กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย หรือมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ผิดปกติหรือมีเลือดออกตามไรฟัน ผู้ป่วยต้องงดการแปรงฟัน จะทำความสะอาดโดยใช้สำลีก้อน หรือก๊อชชุบน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน 0.12 % เช็ดทำความสะอาดฟัน เหงือก เพดาน และกระพุ้งแก้มให้ทั่วช่องปาก เพื่อขจัดคราบต่างๆ ที่เกาะรอบช่องปาก (Prendergast et al., 2012: ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)

3.3.5 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่อ้าปาก ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเปิดปาก หรือใช้มือลูบแก้ม ทั้ง 2 ข้าง และลูบริมฝีปากให้รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แล้วใช้ด้ามแปรงสีฟันที่พันด้วยผ้าก๊อชรอบด้าม ไม้กดลิ้น (tongue depressor) ให้ผู้ป่วยใช้กัดไว้ (Kim et al., 2014: ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A) หรือ K-point stimulation โดยใช้นิ้วกดเบาๆตรงตำแหน่งด้านข้างของ palatoglossal arch และตรงกลางของ pterygomandibular fold จะทำให้ผู้ป่วยขยับขากรรไกรเหมือนกับเคี้ยวอาหาร (Kojima, C., et al, 2002)

3.4 การแปรงลิ้นและเพดานปาก ใช้แปรงขนนุ่ม แปรงลิ้นเบา ๆ จากโคนลิ้นมาปลายลิ้น 4 – 5 ครั้ง โดยไม่ต้องใช้ยาสีฟัน เพื่อทำความสะอาดคราบติดที่ลิ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดกลิ่นปากจากเชื้อโรคที่สะสมอยู่ที่ลิ้น (Gallagher et al., 2009: ระดับของหลักฐาน 1d เกรด A)

3.5 การใช้น้ำยาบ้วนปาก โดยใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถบ้วนปากได้ จะใช้น้ำยาบ้วนปาก ปริมาณ 10 - 15 มิลลิลิตร อมกลั้วปาก 45 – 60 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง แต่ในกรณีผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถบ้วนปากได้ จะใช้สำลีก้อนหรือก๊อชชุบน้ำยาบ้วนปาก แล้วเช็ดทำความสะอาดฟัน ซอกฟัน เยื่อภายในช่องปาก เพื่อช่วยลดการสะสมและการเติบโตของคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก (Kim et al., 2014: ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)

3.6 การดูแลริมฝีปาก โดยดูแลความชุ่มชื้นของริมฝีปาก โดยใช้ลิปมัน หรือวาสลีน ใช้ทาหลังการแปรงฟันหรือเมื่อริมฝีปากแห้ง ทุก 2 - 4 ชั่วโมง (Prendergast et al., 2012: ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)

3.7 การรักษาแผลในช่องปาก ได้แก่ ไตรโนโลน ออรัลเพส (trinolone oral paste) หรือครีมเคนาล็อก (kenalog in orabase) (นงนภัสและสุรชาติพ, 2557: ระดับของหลักฐาน 2d เกรด A) และสามารถเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก โดยใช้น้ำเกลือ หรือใช้น้ำลายเทียม ที่ทำให้ภายในช่องปากชุ่มชื้นมากขึ้น

หมวดที่ 4 การให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นการส่งเสริมการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในการมีสุขภาพช่องปากที่ดี มุ่งเน้นพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม เพื่อลดการเกิดของโรคในช่องปากและความ

พิการจากโรคในช่องปาก (WHO, 2003: ระดับของหลักฐาน 5a เกรด A) โดยการให้ข้อมูล 2 หัวข้อหลัก ดังนี้

1) การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการแนะนำการดูแลช่องปาก เพื่อเป็นการส่งเสริมความเข้าใจ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง (Coker et al., 2013: ระดับของหลักฐาน 1d เกรด A) โดยมีหลักการ คือ 1) ความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี 2) การประเมินสภาพช่องปาก 3) วิธีการทำความสะอาดช่องปาก 4) การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีฟลูออไรด์ 5) การรักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก

2) การรับรู้ประโยชน์และโอกาสเสี่ยงจากการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อจะช่วยลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ป้องกันการเกิดคราบจุลินทรีย์ที่เกาะบนผิวฟัน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีช่องปากสะอาด และมีสุขภาพช่องปากที่ดี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

2.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาล

พยาบาลที่ทำการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป และเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา มีอายุเฉลี่ย 32.22 (SD = 9.84) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 100 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 8 ราย ร้อยละ 44.4 พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ จำนวน 10 ราย ร้อยละ 55.6 ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 9 ราย เป็นร้อยละ 50 และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 7 ราย ร้อยละ 38.9 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา จำนวน 17 ราย ร้อยละ 94.4

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 18)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		1	5.6
หญิง		17	94.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)($M = 32.22, SD = 9.84, Min = 23, Max = 58$)		
20 - 30	10	55.6
31 - 40	5	27.7
41 - 50	2	11.1
51 - 60	1	5.6
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	18	100
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล(ปี)($M = 8.25, SD = 7.48$)		
1 - 5	9	50.0
6 - 10	2	11.1
≥ 11	7	38.9
ตำแหน่ง		
ปฏิบัติกร	8	44.4
ชำนาญการ	10	55.6
ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก		
ในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา		
เคยได้รับความรู้	1	5.6
ไม่เคยได้รับความรู้	17	94.4

2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี คือ อายุ 61 – 80 ปี ร้อยละ 35 และอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 35 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย เท่ากับ 71.45 ปี การวินิจฉัยโรค พบว่า โรคติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 6 ราย ร้อยละ 30 โรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 5 ราย ร้อยละ 25 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 5 ราย ร้อยละ 25 โรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 3 ราย ร้อยละ 15 และ โรคมะเร็ง จำนวน 1 ราย ร้อยละ 5 ตามลำดับ ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว พบว่า มีระดับความรู้สึกรู้ตัวน้อยกว่า 8 คะแนน จำนวน 7 ราย ร้อยละ 35 ระดับความรู้สึกรู้ตัว 9 – 12 คะแนน

จำนวน 8 ราย ร้อยละ 40 และระดับความรู้สึกรู้ตัว 13 – 15 คะแนน ร้อยละ 25 ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ 0 คะแนน จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 11 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 9 ราย และไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 9 ราย ค่าเกลือเลือดของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงที่มากกว่า 150,000 – 450,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จำนวน 18 ราย ค่าเกลือเลือดช่วง 120,000 – 150,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จำนวน 2 ราย ตามลำดับ โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออก รวมทั้งประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 85 และมีผู้ป่วยเพียง 3 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 15 ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 20$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($M = 71.45$, $SD = 16.49$, $Min = 42$, $Max = 94$)		
18 - 60	6	30.0
61 – 80	7	35.0
80 - 92	7	35.0
การวินิจฉัยโรค		
โรคติดเชื้อ	6	30.0
โรกระบบทางเดินหายใจ	5	25.0
โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด	5	25.0
โรกระบบทางเดินอาหาร	3	15.0
โรคมะเร็ง	1	5.0
ระดับความรู้สึกรู้ตัว (คะแนน GCS)		
3 - 8	7	35.0
9 – 12	8	40.0
13 – 15	5	25.0

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
0	16	80.0
2	3	15.0
3	1	5.0
4	0	0
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	9	81.8
ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	2	18.2
ค่าเกลือเคเลียด (ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)		
120,000 – 150,000	2	10.0
150,001 – 450,000	18	90.0
การได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin)		
ได้รับยา	3	15.0
ไม่ได้รับยา	17	85.0

ส่วนที่ 3 ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

3.1 ประเมินการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาลมีคะแนนร้อยละของการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในแต่ละหมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินสภาพช่องปาก

พยาบาลนำแบบประเมินสภาพช่องปาก พบการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 88.89 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 55.56) รองลงมาคือ พยาบาลมีการวางแผนการดูแลช่องปากของผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 88.89 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.78) แต่ในการบันทึกการประเมินสภาพช่องปาก พบว่า แม้คะแนนร้อยละ

หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้จะเพิ่มขึ้น แต่การปฏิบัติที่ถูกต้องหลังนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบเพียงร้อยละ 55

หมวดที่ 2 ผลติภรณ์และอุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก

พยาบาลเลือกใช้ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบพยาบาลเลือกใช้แปรงสีฟันขนแปรงนุ่ม หัวแปรงเล็ก และหัวมนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 100 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89) และพยาบาลเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 100 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89) และยังพบพยาบาลใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอเฮกซีดีน 0.12% หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ร้อยละ 100 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.56)

หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก

พยาบาลใช้วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย พบพยาบาลมีการส่งต่อการดูแล เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.55 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 88.89 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.34) รองลงมาคือ พยาบาลดูแลสุขภาพสะอาดของช่องปากของผู้ป่วยแต่ละรายเหมาะสมตามการประเมินสภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.22 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 100 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.78) พยาบาลดูแลริมฝีปาก โดยใช้ลิปมัน หรือวาสลีน ทาริมฝีปากทุก 2 – 4 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.55 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 83.33 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.78) และพยาบาลมีการดูดเสมหะก่อนการทำความสะอาดช่องปาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.55 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 83.33 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.78)

หมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

พยาบาลให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล พบพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละที่เท่ากันทุกกิจกรรม คือ พยาบาลได้นำเอาอุปกรณ์หรือผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.55 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 94.44 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89) และพยาบาลให้ข้อมูลในการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.44 ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นร้อยละ 83.33 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89)

ตาราง 3

ร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติตามพยาบาล ได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกตามหมวดการปฏิบัติกิจกรรม (N=18)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ		
	ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้	หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
	ร้อยละ	ร้อยละ	
หมวดที่ 1 การประเมินสภาพช่องปาก			
1. พยาบาลประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทุกราย ตั้งแต่แรกรับ	61.11	83.33	22.22
2. พยาบาลนำแบบประเมินสภาพช่องปาก ประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย	33.33	88.89	55.56
3. พยาบาลมีการวางแผนการดูแลช่องปากของผู้ป่วยแต่ละราย	61.11	88.89	27.78
4. พยาบาลมีการบันทึกการประเมินสภาพช่องปาก และวางแผนการดูแล	27.78	55.55	27.77
หมวดที่ 2 ผลลัพธ์และอุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก			
1. พยาบาลจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากได้เหมาะสมกับผู้ป่วย	83.33	94.44	11.11
2. พยาบาลเลือกใช้แปรงสีฟันขนแปรงนุ่ม หัวแปรงเล็ก และหัวมนในการทำความสะอาดช่องปาก	61.11	100	38.89
3. พยาบาลเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ 1,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม	61.11	100	38.89
4. พยาบาลใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอเฮกซีดีน 0.12%	94.44	100	5.56

ตาราง 3 (ต่อ)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ		
	ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้	หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
	ร้อยละ	ร้อยละ	
5. พยาบาลใช้สำลีหรือก๊อชในการทำ ความสะอาดช่องปากให้กับผู้ป่วยที่ไม่ สามารถเปรงฟันได้	83.33	100	16.67
หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก			
1. พยาบาลประเมินลักษณะ สภาวะ ของผู้ป่วย ก่อนการทำความสะอาดช่อง ปาก	88.89	100	11.11
2. พยาบาลจัดท่านอนศีรษะสูงอย่าง น้อย 30-45 องศา หรือนั่งตัวตรง	72.22	83.33	11.11
3. พยาบาลมีการดูดเสมหะ ก่อนการ ทำความสะอาดช่องปาก	55.55	83.33	27.78
4. พยาบาลดูแลความสะอาดของช่อง ปากของผู้ป่วยแต่ละรายเหมาะสมตาม การประเมินสภาพช่องปาก	72.22	100	27.78
5. พยาบาลดูแลริมฝีปาก โดยใช้ลิปมัน หรือวาสลีน ทาริมฝีปากทุก 2 – 4 ชม.	55.55	83.33	27.78
6. พยาบาลมีการส่งต่อการดูแล เมื่อ พบปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย	55.55	88.89	33.34
หมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแล สุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล			
1. พยาบาลให้ข้อมูลความรู้ในการดูแล ช่องปากแก่ผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง	44.44	83.33	38.89
2. พยาบาลให้ข้อมูลในการประเมิน สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล	44.44	83.33	38.89

ตาราง 3 (ต่อ)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ		
	ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้	หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
	ร้อยละ	ร้อยละ	
3. พยาบาลได้แนะนำอุปกรณ์หรือผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล	55.55	94.44	38.89
4. พยาบาลแนะนำวิธีการทำความสะอาดช่องปากซึ่งเหมาะสมกับสภาพช่องปากของผู้ป่วย และสังเกตอาการผิดปกติของช่องปากของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล	50.00	88.89	38.89

3.2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพาไปใช้ พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.18, SD = 0.39$) เมื่อแยกความเป็นไปได้รายด้าน พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย อยู่ในระดับสูง ($M = 4.28, SD = 0.55$) ความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยและในหน่วยงาน รวมทั้งความพร้อมของทรัพยากรที่สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับสูง ($M = 4.03, SD = 0.49$) ซึ่งความเป็นไปได้รายข้อในการที่หน่วยงานต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.33, SD = 1.32$) และแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากนี้มีประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาอยู่ในระดับสูง ($M = 4.24, SD = 0.44$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความเป็นไปได้โดยรวม รายด้าน รายข้อ ของความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะ ฟังพา (N=18)

ข้อความ	M	SD	ระดับความเป็นไปได้
ความเป็นไปได้โดยรวม	4.18	0.39	สูง
ความเป็นไปได้รายด้าน และรายข้อ			
1. ความยากง่ายในการนำไปปฏิบัติ	4.28	0.55	สูง
- เนื้อหาของแนวปฏิบัติเข้าใจได้ง่าย	4.28	0.67	สูง
- การใช้แนวปฏิบัตินี้ ทำให้พยาบาลใช้เวลาในการดูแลช่องปากผู้ป่วยเร็วขึ้น	4.22	0.65	สูง
- พยาบาลสามารถนำเนื้อหาในแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ได้ทันที	4.39	0.50	สูง
- การใช้แนวปฏิบัตินี้ ช่วยให้เกิดสติใจในการให้การดูแลช่องปากและฟันของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น	4.22	0.65	สูง
2. ความเหมาะสม และความพร้อมทรัพยากรที่มี	4.03	0.49	สูง
- การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ทำให้หน่วยงานต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม	3.33	1.32	ปานกลาง
- พยาบาลทุกคนในหน่วยงาน สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ได้	4.11	1.08	สูง
- หน่วยงานต้องจัดหาบุคลากรเพิ่มขึ้น เพื่อประสิทธิภาพในการใช้แนวปฏิบัติ	1.89	1.02	น้อย
- ยินดีที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง	4.33	0.59	สูง
3. ประโยชน์ของการนำไปใช้	4.24	0.44	สูง
- การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถช่วยให้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้น	4.56	0.51	สูง
- การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันของผู้ป่วยได้	4.11	0.67	สูง

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับความ เป็นไปได้
- การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถช่วยให้วางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพา	4.17	0.62	สูง
- บุคลากรมีการปฏิบัติในการดูแลช่องปากในทิศทางเดียวกัน	4.48	0.57	สูง
- การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลในการดูแลช่องปากและฟันของผู้ป่วยได้	4.22	0.43	สูง
- พยาบาลในหน่วยงาน สามารถประเมินสภาพช่องปาก และให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้	4.11	0.67	สูง
- การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานได้	4.28	0.57	สูง

3.3 คะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย โดยประเมินก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาไปใช้ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป พบว่า คะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ตั้งแต่วันแรกถึงวันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของผู้ป่วยทั้ง 20 ราย ผลดังนี้ คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจทั้ง 5 วัน มีคะแนนลดลง โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพช่องปากในวันแรกรับ เท่ากับ 12.67 และเมื่อได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพช่องปากลดลง คือ วันที่ 1 เท่ากับ 11.78 วันที่ 3 เท่ากับ 11.44 และวันที่ 5 เท่ากับ 11.13 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพช่องปากลดลงจากค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพช่องปากในวันแรกรับ เท่ากับ 7.45 แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพช่องปากในวันที่ 1 นั้นเพิ่มขึ้น เป็น 7.55 จากคะแนนสุขภาพช่องปาก ที่ผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง น้ำลายเหนียวข้น แต่ในวันที่ 3 และ 5 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพช่องปากลดลง คือ 7.27 และ 6.91 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยมีอาการปากแห้งลดลง และน้ำลายมีปริมาณสีใสขึ้น

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยของวันแรกรับซึ่งก่อนได้รับการดูแลช่องปากตามแนวปฏิบัติการพยาบาล มาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยของ

วันที่ 5 ด้วยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank Test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากตามแนวปฏิบัติการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.21, p = .001$) (ตาราง 6)

ตาราง 5

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากสูงสุด คะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากต่ำสุด คะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพา จำแนกเป็นรายวัน ($N = 20$)

คะแนนสุขภาพช่องปาก	ผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ($N = 9$)			ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ($N = 11$)		
	Min	Max	Mean	Min	Max	Mean
วันแรกรับ	10	17	12.67	7	8	7.45
วันที่ 1	10	14	11.78	7	9	7.55
วันที่ 3	9	14	11.44	7	9	7.27
วันที่ 5	10	14	11.13	6	8	6.91

ตาราง 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพช่องปากเมื่อแรกรับ (ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล) และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวันที่ 5 ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ($N = 20$)

คะแนนสุขภาพช่องปาก	Median	IQR	Z	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	8.0	5.7	-3.21	.001
หลังใช้แนวปฏิบัติ	7.5	4.0		

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นอย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในปี 2555 – 2560 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (1999) และได้ประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลักเกณฑ์ของโจแอนนาบริกส์ รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องกับการปฏิบัติในหน่วยงาน และแนวปฏิบัติการพยาบาลได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity for scale [CVI]) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ทันตแพทย์ที่มีความชำนาญในการดูแลรักษาช่องปาก อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และพยาบาลชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 ซึ่งถือว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ตามเนื้อหาที่มีการระบุรายละเอียดไว้ โดยทั่วไปค่าความตรงตามเนื้อหาต้องไม่น้อยกว่า .80 (บุญใจ, 2553) ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน (พองคำ, 2551)

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา พัฒนาเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลช่องปากให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ที่มีผู้ป่วยภาวะฟังกาทั้งที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีลักษณะปัญหาช่องปากของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เช่น สภาพของฟัน ความเสี่ยงจากภาวะโรค และการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย เป็นต้น การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ ในการประเมินสุขภาพช่องปาก จึงต้องมีแบบประเมินช่องปากที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่มีข้อจำกัดในการออกเสียงและการกลืน ซึ่งแบบประเมินสภาพช่องปากสามารถใช้ประเมินสังเกตเห็นความผิดปกติภายในช่องปากได้ชัดเจน และไม่มีขั้นตอนที่ซับซ้อนในการนำไปใช้ประเมินช่องปาก (พนิดา, 2558) เมื่อมีการจัดลำดับคะแนนจากการประเมินสุขภาพช่องปาก ทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในการวางแผนความถี่หรือให้การพยาบาลในการดูแลช่องปากได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับปัญหาช่องปากของผู้ป่วยแต่ละราย (Ames et al., 2011) ส่วนการ

พยายามในการทำความสะอาดช่องปากตามลักษณะของผู้ป่วย คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่มีฟัน ซึ่งใช้วิธีการแปรงสีฟัน โดยเลือกใช้หัวแปรงเล็ก ขนแปรงนุ่ม เพื่อช่วยในการขจัดคราบบริเวณผิวฟันได้อย่างทั่วถึง และป้องกันการบาดเจ็บหรือเกิดแผลถลอกบริเวณขอบเหงือก (Kim et al., 2014) 2) ผู้ป่วยที่ไม่มีฟัน ใช้ก๊อชหรือสำลีชุบน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของเฮกซิดีน 0.12% ที่ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก และสามารถลดการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ในช่องปากได้ถึง 6 ชั่วโมง (Vilela, et al, 2015; นงนภัสและสุชาติพ, 2557) 3) ผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอม จากการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอม 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย มีผู้ป่วยเพียง 2 ราย โดยได้ใช้วิธีการแปรงฟันและใช้สำลีชุบน้ำยาบ้วนปากทำความสะอาดแทน 5) ผู้ป่วยที่ไม่อ้าปาก พบผู้ป่วยเพียง 2 รายที่ไม่ให้ความร่วมมือช่วยอ้าปาก ได้ใช้วิธีการกดจุด K-point ทำให้สามารถใช้แปรงทำความสะอาดฟันได้ ซึ่งจากการศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากของรัชนก (2557) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้วิธีการแปรงฟันร่วมกับการใช้น้ำยาบ้วนปาก เพียงวันละ 2 ครั้ง ซึ่งความถี่ในการทำทำความสะอาดอาจไม่เพียงพอ หากผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือมีคราบจุลินทรีย์มาก และแนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากตามสภาพช่องปากของเพชรรัตน์ (2552) ได้ศึกษาการแปรงฟันร่วมกับใช้น้ำยาบ้วนปากวันละ 2 ครั้ง ในการทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตซึ่งไม่มีการระบุวิธีทำความสะอาดช่องปากที่ครอบคลุมถึงปัญหาหรือสถานะของผู้ป่วย อีกทั้งการศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากไปใช้โดยวิธีการทบทวนในกลุ่มเพื่อนร่วมงานของพนิดา (2558) ซึ่งใช้วิธีการแปรงฟันร่วมกับการใช้น้ำยาบ้วนปาก วันละ 2 ครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น รวมถึงแนวปฏิบัติได้มีการให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ในการได้รับการดูแลช่องปากที่ถูกต้องจากญาติหรือผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจ และเห็นถึงความสำคัญในการดูแลช่องปากของผู้ป่วย และวิธีการดูแลช่องปาก เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube) ซึ่งต้องสอนโค่นใช้วิธีการสอนแบบสาธิต จนผู้ดูแลเข้าใจและสามารถดูแลช่องปากได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนก (2557) โดยมีการจัดอบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะการทำทำความสะอาดช่องปากแก่ญาติและผู้ดูแล ซึ่งผลพบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจการทำทำความสะอาดช่องปากที่ถูกต้องมากขึ้น

จากการทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากในหน่วยงาน พบว่า มี 2 แนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลช่องปากของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด คือ แนวปฏิบัติในการดูแลช่องปากในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (นงนภัสและสุชาติพ, 2557) เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลโดยใช้การแปรงฟันแบบ circular motion และใช้น้ำยา

บ้วนปากที่ผสมคลอเฮกซิดีน เช็ดทำความสะอาดช่องปากวันละ 2 ครั้ง และมีการประเมินหลังการดูแลช่องปาก ได้แก่ การประเมินช่องปากหลังการดูแล และบันทึกสภาพช่องปาก และแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (อัจฉนาและคณะ, 2555) มีการเตรียมความพร้อมก่อนดูแลช่องปาก ได้แก่ การให้ความรู้แก่พยาบาลและผู้ป่วยหรือญาติ และใช้วิธีการแปรงฟัน และเช็ดช่องปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ผสมคลอเฮกซิดีน แล้วประเมินผลลัพธ์ด้านทัศนคติของพยาบาล พฤติกรรมการดูแลช่องปากตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติ ปฏิบัติดังกล่าวเป็นแนวปฏิบัติในบริบทของหน่วยวิกฤต ซึ่งยังไม่มีแนวปฏิบัติที่สามารถนำมาใช้ในบริบทของหน่วยงานอายุรกรรมที่มีทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้นในการนำแนวปฏิบัติมาใช้นั้น การทำความสะอาดช่องปากจึงอาจไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหมด ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาณี มีความแตกต่างกับแนวปฏิบัติที่มีในด้านวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากตามปัญหาหรือสภาพช่องปากของผู้ป่วยในแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีฟัน หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย ผู้ป่วยที่ฟันปลอม เป็นต้น และการให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และสามารถทำให้พฤติกรรมของผู้ดูแล ในการดูแลสุขภาพช่องปากเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Putten et al., 2013) และสามารถนำไปใช้หอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีลักษณะผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกันในหน่วยงาน

2. ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาณีไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

2.1 การปฏิบัติของพยาบาลที่ถูกต้องจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาณีไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป การศึกษาครั้งนี้ พบคะแนนการปฏิบัติมีร้อยละเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติได้ถูกต้องภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาณีมีร้อยละเพิ่มขึ้น โดยพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องเพิ่มขึ้น ในทุกหมวดกิจกรรมช่วงร้อยละ 5.56 – 38.89 และร้อยละของการปฏิบัติของพยาบาลในหมวดกิจกรรมที่เพิ่มมากที่สุด คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89 และ 33.34 ตามลำดับ และกิจกรรมย่อยในแต่ละหมวดที่พยาบาลทุกคนปฏิบัติได้ถูกต้องภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ร้อยละ 100 ได้แก่ การใช้ผลิตภัณฑ์ เช่น แปรงสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก การประเมินลักษณะ สภาพของผู้ป่วยก่อนให้การดูแลช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จากการศึกษาของอัจฉนาและคณะ (2555) เมื่อได้นำแนวปฏิบัติไปใช้ร่วมกับการ

สอน และสาธิตให้กับพยาบาล สามารถทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ และปฏิบัติได้ถูกต้องตาม ขั้นตอนของแนวปฏิบัติมากขึ้น โดยในการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟัน พยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลช่องปากที่มากขึ้น และทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการดูแลช่องปากจากความคิดเห็นของพยาบาลพบว่าการ ไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วย เป็นปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก และจากการศึกษาการดูแล ช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤตของวินิตย์และนรลักษณ์ (2559) ที่มี แนวทางในการดูแลช่องปาก โดยมีการประเมินสภาพช่องปากที่ชัดเจน และให้การดูแลที่เหมาะสม กับพยาธิสภาพของผู้ป่วย ซึ่งผลพบว่า ช่องปากของผู้ป่วยสะอาดมากขึ้น และยังกระตุ้นให้พยาบาล มีทัศนคติที่ดีในการดูแลช่องปากตามวิธีที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ทั้งนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพา ได้รับความร่วมมือจากพยาบาลปฏิบัติงาน ในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และมีการจัดทำคู่มือของแนวปฏิบัติที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้ มีการจัด ประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติแก่พยาบาลก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถกระตุ้นให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดี และเห็นถึงความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปากใน ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาได้มากขึ้น หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าแนวปฏิบัติสามารถเป็น แนวทางในการตัดสินใจของพยาบาลในการดูแลช่องปากผู้ป่วย เกิดความมั่นใจมากขึ้น และปฏิบัติ ตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาลมีการ บันทึกรประเมินสภาพช่องปาก และวางแผนการดูแลช่องปาก ที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 55.55 ซึ่ง ต่ำสุดเมื่อเทียบกับการปฏิบัติในกิจกรรมอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัญหาอุปสรรคด้านภาระงานที่มาก ของพยาบาล ความวิกฤตของอาการของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เช่น การกู้ชีพ การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการ วิกฤติ ที่พยาบาลต้องจัดลำดับความสำคัญ และความเร่งรีบของงาน สอดคล้องกับการศึกษาของวัน ดี (2556) การนำแนวปฏิบัติไปใช้แล้ว การปฏิบัติของพยาบาลควรอยู่ในระดับมาก แต่ด้วยภาระงาน ความฉุกเฉินในการรักษาของผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ไม่เป็นไปตาม เป้าหมาย จึงทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้ มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ครบถ้วนทุกขั้นตอน โดยหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีการปฏิบัติถูกต้องไม่แตกต่างจากก่อนการ นำแนวปฏิบัติไปใช้ แต่ร้อยละความถูกต้องที่เพิ่มขึ้น คือ 27.77 ซึ่งถือว่าสูงกว่ากิจกรรมอื่น เช่น หมวดที่ 1 ข้อ 1 การประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทุกราย ตั้งแต่แรกรับ ซึ่งความถูกต้องเพิ่มขึ้น เพียง 22.22 ดังนั้นหากมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่องในหน่วยงาน อาจต้องมีการปรับปรุง

ในการบันทึกการดูแลช่องปากที่พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย เช่น การทำ checklist ซึ่งสะดวก และไม่เป็นการเพิ่มภาระงานของพยาบาล

2.2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพาไปใช้ ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีความเป็นไปได้สูงทั้ง 3 ด้าน ในด้านความยากง่ายในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าแนวปฏิบัติมีเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย สามารถนำไปใช้ได้ เนื่องจากมีคู่มือแนวปฏิบัติได้ศึกษาเพิ่มเติม มีแผนผังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ทำให้พยาบาลสามารถใช้เวลาดัดสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ($M = 4.28$) ด้านความเหมาะสม และความพร้อมทั้งทรัพยากรที่มี พบว่าพยาบาลทุกคนในหน่วยงาน สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ได้โดยหน่วยงานมีบุคลากรและอุปกรณ์เพียงพอ และพยาบาลพร้อมที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.03$) และในด้านประโยชน์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นแนวปฏิบัติสามารถช่วยให้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันของผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลใช้ในการประเมินสภาพช่องปาก วางแผน และให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ และพยาบาลคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานได้ มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.24$) นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของรัชนก (2557) พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ การเห็นถึงประโยชน์จากแนวปฏิบัติต่อหน่วยงาน และหากการนำแนวปฏิบัติไปใช้สามารถทำให้หน่วยงานประหยัดทั้งกำลังคน เวลา และงบประมาณ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติในระดับมาก

2.3 สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาไปใช้ ผลการศึกษาพบว่า การประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันที่ 5 มีคะแนนสภาพช่องปากลดลงภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จากคะแนนเฉลี่ย 12.67 ลดลงเป็น 11.13 สอดคล้องกับผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในผู้ป่วยพึ่งพิงของรัชนก (2557) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพช่องปากที่สะอาดขึ้น และจากผลการศึกษาของเพชรรัตน์ (2552) ในการประเมินผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากไปใช้ โดยการแบ่งกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติมีสุขภาพช่องปากดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่ง

การศึกษาครั้งนี้ ผลคะแนนสภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และกลุ่มที่ใส่ท่อช่วยหายใจลดลง จากคะแนนเฉลี่ย 7.45 ลดลงเป็น 6.91 ซึ่งหมายถึงสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีคะแนนสภาพช่องปากเพิ่มขึ้นในวันที่ 1 เนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยบางรายจากการประเมินสภาพช่องปาก พบว่าผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง ทั้งจากสาเหตุการรักษา หรือได้รับสารน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และผู้ป่วยมีท่อช่วยหายใจอยู่ในช่องปาก จึงทำให้ต้องอ้าปากตลอดเวลา ไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง จึงทำให้เกิดคราบแห้งในช่องปากเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพยาบาลได้ให้การดูแลอาการปากแห้ง ตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติในการดูแลริมฝีปากให้มีความชุ่มชื้น ด้วยการทาวาสลีนทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนภัศและสุรชาติพ (2557) มีการใช้สารให้ความชุ่มชื้น เช่น วาสลีนหรือลิปสติก ทาริมฝีปากทุก 2 – 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการปากแห้ง จะเน้นการใช้ฟองน้ำชุบน้ำยาคลอเฮกซิดีนหรือ 0.9% NaCl ล้างช่องปาก จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพช่องปากในวันที่ 3 และ 5 ลดลง เป็น 7.27 และ 6.91 ตามลำดับ

ดังนั้นจากการประเมินผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งพบว่าสามารถช่วยให้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญ คือ (1) การวางแผนในการทำความสะอาดช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการดูแลช่องปากอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย (Ames et al., 2011) พบว่า เมื่อนำคะแนนจากการประเมินช่องปาก มาวางแผนความถี่ของการทำความสะอาดช่องปาก จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้อง และส่งผลต่อคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลง สุขภาพช่องปากของผู้ที่เจ็บป่วยดีขึ้น (2) การปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของพินดา (2558) ซึ่งพบว่า เมื่อพยาบาลปฏิบัติกรทำความสะอาดช่องปากได้ถูกต้อง สามารถลดสัดส่วนของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากได้ (3) ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการทำความสะอาด สอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้โปรแกรมทำความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Kim et al., 2014) โดยเลือกใช้ผลิตภัณฑ์น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอเฮกซิดีน ผลภายหลังการทำความสะอาดช่องปากโดยประเมินผลลัพธ์ของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก พบว่า ระดับเชื้อ *candida albicans* ใน น้ำลายของผู้ป่วยลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิภาพของปากใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอเฮกซิดีน (Bellissimo-Rodrigues et al., 2009) พบว่า เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากภายหลังการใช้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลช่องปากตามแนวปฏิบัติ พบว่าคะแนนสุขภาพช่องปากภายหลังการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อพยาบาลปฏิบัติกรดูแลสุขภาพช่อง

ปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพังพาได้ถูกต้อง จึงทำให้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้น ลดคราบที่สะสมของจุลินทรีย์ในช่องปาก โดยพยาบาลได้ให้ความคิดเห็นเมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้แล้ว ช่องปากของผู้ป่วยสะอาดขึ้น และผู้ป่วยในรายที่มีแผลบริเวณริมฝีปาก เมื่อดูแลทำความสะอาด ทายารักษาแผลในช่องปากและทาวาสลินให้ พบว่าช่องปากสะอาด แผลริมฝีปากของผู้ป่วยหาย และริมฝีปากชุ่มชื้นมากขึ้น ซึ่งถือว่าการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพังพา สามารถทำให้ช่องปากของผู้ป่วยสะอาด และมีสุขภาพช่องปากดีขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จากการกำหนดปัญหา วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ รวมทั้งการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ระยะที่ 2 การเผยแพร่และส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ โดยการประชาสัมพันธ์ ประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการจัดการอบรม เพื่อนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งประเมินการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป จำนวน 18 ราย และผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 20 ราย ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งผู้วิจัยทำการประเมินการปฏิบัติในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างถูกต้องในแต่ละหมวดกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย (1) ความยากง่ายในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (2) ความเหมาะสม และความพร้อมทั้งทรัพยากรที่มี (3) ประโยชน์จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเป็นเวลาติดต่อกัน 5 วัน โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และสถิติวิเศษคณิต

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลและคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (content validity for scale; [CVI]) เท่ากับ .93 และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลและข้อมูลของผู้ป่วย แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา โดยผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการสังเกตการปฏิบัติพยาบาล ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .98

แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และแบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide; [OAG])

สรุปผลการวิจัย

1. เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ประกอบด้วย 4 หมวด คือ การประเมินสภาพช่องปาก ผลลัพธ์และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปาก และการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

2. ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป พบว่า

2.1 การปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาลมีคะแนนร้อยละของการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในแต่ละหมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินสภาพช่องปาก พบการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33 เป็นร้อยละ 88.89 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 55.56) รองลงมาคือ พยาบาลมีการวางแผนการดูแลช่องปากของผู้ป่วยแต่ละราย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 88.89 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.28) หมวดที่ 2 ผลลัพธ์และอุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบพยาบาลเลือกใช้แปรงสีฟันขนแปรงนุ่ม หัวแปรงเล็ก และหัวมนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 100 หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89) และพยาบาลเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 100 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89) หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก พบพยาบาลมีการส่งต่อการดูแล เมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.55 เป็นร้อยละ 88.89 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.34) รองลงมาคือ พยาบาลดูแลความสะอาดของช่องปากของผู้ป่วยแต่ละรายเหมาะสมตามการประเมินสภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.22 เป็นร้อยละ 100 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.78) และพยาบาลดูแลริมฝีปาก โดยใช้ลิปมันหรือวาสลีน ทาริมฝีปากทุก 2 – 4 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.55 เป็นร้อยละ 83.33 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.78) หมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล พบพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละที่เท่ากันทุกกิจกรรม คือ พยาบาลได้แนะนำอุปกรณ์หรือผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.55 เป็นร้อยละ 94.44 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89) และพยาบาลให้ข้อมูลในการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.44 เป็นร้อยละ 83.33 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89)

2.2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้ พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.18, SD = 0.39$)

2.3 สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา พบว่า คะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ตั้งแต่วันแรกรับจนถึงวันที่ 5 ลดลง และคะแนนเปรียบเทียบสุขภาพช่องปากภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.21, p = .001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ได้ครอบคลุมปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเลือดออก และไม่ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้

2. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผลแนวปฏิบัติ มีขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยน้อย ซึ่งในการนำไปใช้อาจไม่ครอบคลุมปัญหาช่องปากของผู้ป่วยทั้งหมด และไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมในหน่วยงานทั้งหมด

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ พัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความเหมาะสมต่อการปฏิบัติในบริบทของหน่วยงาน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดแก่หน่วยงานอื่นในการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานจากความร่วมมือของพยาบาลในหน่วยงาน ซึ่งมีขั้นตอนการนำไปใช้ตามหมวดกิจกรรมที่ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ซึ่งนำไปใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ทั้งผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหน่วยงานที่มีลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกัน สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้

3. ควรดำเนินการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในหน่วยงานสามารถสนับสนุนได้ในหลายปัจจัย ได้แก่ การอบรม

ให้ความรู้จากวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญ การกระตุ้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเป็นระยะๆ และควรมีการขยายโครงการนี้ไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปประยุกต์ใช้หรือศึกษาในบริบทหน่วยงานอื่น ๆ เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป
2. ควรนำแนวปฏิบัติไปใช้ และติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาวด้านอื่น เช่น อุบัติการณ์การเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย หรืออุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมหรือบทบาทมากขึ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแลช่องปากของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร วงษรบิลนาม. (2557). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กนกอร โพธิ์ศรี, และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุที่มีอายุช่วง 60-74 ปี ในเขตและนอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 26(2), 73-86.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines development). *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 63-74.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล, ชวัลชัย เฟ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, และวารีย์ ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(ฉบับพิเศษ), 387-405.
- ตามเสด็จ เกาศัลย์. (2555). การศึกษาทางคลินิกของการกำจัดกราบจุลินทรีย์และแผลเหงือกถลอกของขนแปรงสีฟันปลายเรียวเล็กทั้ง 2 ข้าง. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 5(1), 12-23.
- ณัฐวุฒิ พูลทอง. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน บ้านโนนสง่า ตำบลชาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ทศิยา เทพขันทอง, และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2559). ภาวะพึ่งพาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มารับบริการหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแผนกผู้ป่วยนอก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(3), 75-85.
- เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ, และผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล. (2559). ภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลโคกขี้หนอน จังหวัดชลบุรี. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่*, 8(2), 247-270.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, และทศพร คำผลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 42, 107-117.

- นงนภัส พันธุ์แจ่ม, และสุรชาติพ เกษตรลักษณ์. การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจเทียม. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนารกุล. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- พรพิมล มาศสกุลพรรณ, กาญจนา ริวทอง, ปิยะภัทร เศษพระธรรม, และวิไล คุปต์นิริติชัยกุล. (2551). ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(10), 1595-1602.
- พนิดา บุญนะโชติ. (2558). ผลของกระบวนการทบทวนในกลุ่มเพื่อนต่อการทำความสะอาดช่องปากโดยพยาบาลและนิคมของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เพชรรัตน์ รุจิพงษ์. (2552). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลความสะอาดช่องปากต่อสภาพช่องปากและอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2551). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ (*Evidence-based Nursing: Principle and Method*). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- ผกามาส ต้นวิจิตร. (2560). ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยพาร์กินสัน. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 27(2), 40-45.
- มีทนา เกษตระทัต. (2553). การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. ในสุปราณี ตาโลตม, และวรางคณา เวชวิธี (บรรณาธิการ), *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เล่ม 3* (หน้า 1-9). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์
- รจนา ไวยาวจี, สุดาตวง กฤษณาพงษ์, และสุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา. (2556). โรคปริทันต์อักเสบและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก. *วิทยาศาสตร์ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(2), 199-208.
- รัชฎา น้อยสมบัติ, สมศักดิ์ เทียมเก่า, ปริมาภรณ์ กลั่นฤทธิ์, ลินดา เลอร์เลส, และวราณุช ปิติพัฒน์. (2559). สภาวะทันตสุขภาพและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน. *วิทยาศาสตร์ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 19(1), 17-26.

- รัชชก แคนเขตต์. (2557). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- รุ่งทิวา ขอบชื่น, และ โฉมพิไล นันทรักษา. (2558). Oral health care: Prevention is better than cure การดูแลความสะอาดทางช่องปาก (Mouth care). *การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31* (หน้า 2-4). ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันดี ศรีเรืองรัตน์. (2556). *การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลหาดใหญ่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- วันทกานต์ ราชวงศ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, สุวิมล กิมปี, และนันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล, 28(1), 34-48*
- วินิตย์ หลงละเลิง, และนรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ. (2559). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 27(1), 98-113.*
- สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี: กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.*
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2552). *แนวทางการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สำหรับพยาบาล. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.*
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.*
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2556). *เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.*

- สิริพร ศรีวิสัย, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2557). การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารการพยาบาล*, 63(3), 65-71.
- สุพัตรา นุชกุล. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุวิทย์ คุณาวิศรุต. (2559). การเห็นคุณค่าตนเองที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ต.ทับดี เหล็ก อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี. *วารสารทันตภิบาล*, 27(2), 97-109.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศรญา ยังเจริญ, และวาสนิ วิเศษฤทธิ์. (2558). ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(2), 53-67.
- อัจฉา แทนขำ, กนกพร จิวประสาท, และดวงกมล วัตราคุลย์. (2555). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลช่องปากในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 23(2), 59-76.
- อัจฉรา คำมะতিชัย, และมัลลิกา มากรัตน์. (2559). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติที่ละขั้นตอน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 246-259.
- อานันต์ มาตระกุล. (มีนาคม 2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแล ในจังหวัดกระบี่*. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา, สงขลา, คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- Andersson, P., Hallberg, I.R., Renvert, S. (2002). Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. *Spec Care Dentist*, 22(5), 181-186.
- American Dental Association. (2014). ADA policy, definition of oral health. Retrieved from <https://www.ada.org/en/about-the-ada/ada-positions-policies-and-statements/ada-policy-definition-of-oral-health/>
- Ames, N. J., Sulima, P., Yates, J. M., McCullagh, L., Gollins, S. L., Soeken, K., & Wallen, G. R. (2011). Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study. *American Journal Critical Care*, 20(5), e103- e114.
- Azodo, C. C., Ezeja, E. B., Ehizele, A. O., & Ehigiator, O. (2013). Oral assessment and nursing interventions among Nigerian nurses- knowledge, practices and educational needs. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 23(3), 265-270.
- Bellissimo-Rodrigues, F., Bellissimo-Rodrigues, W. T., Viana, J. M., Teixeira, G. C., Nicolini, E., Auxiliadora-Martins, M.,...Martinez, R. (2009). Effectiveness of oral rinse with Chlorhexidine in preventing nosocomial respiratory tract infections among intensive care unit patients. *Infection Control Hospital Epidermoid*, 30(10), 952-958.
- Berry, A. M., Davidson, P. M., Masters, J., Rolls, K., & Ollerton, R. (2011). Effects of three approaches to standardized oral hygiene to reduce bacterial colonization and ventilator associated pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised control trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 681-688.
- Brady, M., Furlanetto, D., Hunter, R. V., Lewis, S., & Milne, V. (2006). Staffled interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Corchrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003864.
- Brady, M. C., Furlanetto, D. L., Hunter, R. V., Lewis, S. C., & Milne, V. (2007). Improving oral hygiene in patients after stroke. *Stroke*, 38, 1115–1116.
- Brady, M. C., Stott, D. J., Norrie, J., Chalmers, C., St. George, B., Sweeney P. M., & Langhorne, P. (2011). Developing and evaluating the implementation of a complex intervention: Using mixed methods to inform the design of a randomised controlled trial of an oral healthcare intervention after stroke. *Trials*, 12, 168.

- Brosky, M. E., (2007). The role of saliva in oral health: strategies for prevention and management of xerostomia. *The Journal of Supportive Oncology*, 5(5), 215-225.
- Chalmers, J., Johnson, V., Tang, J., & Titler, M. (2004). Evidence-based protocol: Oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(11), 5-12.
- Chalmers, J. M., King, P. L., Spencer, A. J., Wright, F., & Carter, K. D. (2005). The oral health assessment tool – validity and reliability. *Australian Dental Journal*, 50(3), 191-199.
- Chinwatanakul, S., Boonyapisit, K., Pornsriniyom, D., Proyoonwiwat, N., Senanarong, V., Chaisevikul, R.,...Poungvarin, N. (2012). Siriraj acute stroke unit: 10 years experience. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(2), S235-S244.
- Coke, L., Otten, K., Staffileno, B., Minarich, L., & Nowiszewski, C. (2015). The impact of an oral hygiene education module on patient practices and nursing documentation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 75-80.
- Dickinson, H. (2012). Maintaining oral health after stroke. *Nursing Standard*, 26, 35 –39.
- Eilers, J., Berger, A., & Petersen, M. (1988). Development, testing, and application of the oral assessment guide. *Oncology Nursing Forum*, 15(3), 325-330.
- Finlayson, O., Kapral, M., Hall, R., Asllani, E., Selchen, D., & Saposnik, G. (2011). Risk factors, inpatient care, and outcomes of pneumonia after ischemic stroke. *American Academy of Neurology*, 77(14), 1338-1345.
- Gallagher, A., Sowinski, J., Bowman, J., Barrett, K., Lowe, S., Patel K., Bosma, M. L., & Creeth, J. E. (2009). The effect of brushing time and dentifrice on dental plaque removal. *The Journal of Dental Hygiene*, 83(3), 111- 116.
- Hollaar, V., Cvd, M. W., Gvd, P., Rood, B., & Elvers, H. (2015). Nursing staff's knowledge about and skills in providing oral hygiene care for patients with neurological disorders. *Journal of Oral Hygiene and Health*, 3(190), 2332.
- Horne, M., McCracken, G., Walls, A., Tyrrell, P. J., & Smith, C. J. (2014). Organisation, practice and experiences of mouth hygiene in stroke unit care: a mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 728–738.

- Ji, R., Wang, D., Shen, H., Pan, Y., Liu, G., Wang P.,...Li, H. (2013). Interrelationship among common medical complications after acute stroke. *Stroke*, *44*, 3436-3444.
- The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grade of Recommendation Working Party. (2014). Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation. Retrieved from <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>
- Kayser-Jones, J., Bird, W. F., Paul, S. M., Long, L., & Schell, E. S. (1995). An instrument to assess the oral health status of nursing home residents. *Gerontologist*, *35*, 814-824.
- Kim, E. K., Jang, S. H., Choi, Y. H., Lee, K. H., Kim, Y. J., Kim, S. H., & Lee, H. K. (2014). Effect of an oral hygienic care program for stroke patients in the intensive care unit. *Yonsei Medical Journal*, *55*(1), 240-246.
- Kojima, C., Fujishima, I., Ohkuma, R., Maeda, H., Shibamoto, I., Hojo, K., & Arai, M. (2002). Jaw opening and swallow triggering method for bilateral-brain-damaged patients: K-point stimulation. Springer-Verlag New York Inc, DOI No.: 10.1007/s0045500200627.
- Kwok, C., McIntyre, A., Janzen, S., Mays, R., & Teasell, R. (2015). Oral care post stroke: A scoping review. *Journal of Oral Rehabilitation*, *42*, 65 -74.
- Lam, O. L., McMillan, A. S., Samaranayake, L. P., Li, L. S., & McGrath, C. (2013). Randomized clinical trial of oral health promotion interventions among patients following stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *94*, 435–443.
- Lam, O. L., McMillan, A. S., Samaranayake, L. P., Li, L. S., & McGrath, C. (2013). Effect of oral hygiene interventions on opportunistic pathogens in patients after stroke. *American Journal of Infection Control*, *41*, 149–154.
- Maruyama, T., Gabazza, E. C., Morser, J., Takagi, T., Gabazza, C. D., Hirohata, S.,...Taguchi, O. (2010). Community-acquired pneumonia and nursing home- acquired pneumonia in the very elderly patients. *Respiratory Medication*, *104*, 584-592.
- Mombelli, A., Schurch, E., & Lang, N. (1987). The microbiota associated with successful or failing osseointegrated titanium implants. *Oral Microbiol Immunol*, *2*, 145-151.
- Morishita, M., Takaesu, Y., Miyatake, K., Shinsho, F., & Fujioka, M. (2001). Oral health care status of homebound elderly in Japan. *Journal of Oral Rehabilitation*, *28*(8), 717-720.

- National Health and Medical Research Council. (1999). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice. Retrieved from <http://www.health.Gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>, accessed 10 August 2017.
- New Zealand Guideline Group. (2001). Handbook for preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. New Zealand guideline handbook. Retrieved from http://www.nzgg.org.nz/download/files/nzgg_guideline_handbook.pdf, accessed 14 August 2017.
- Noguchi, S., Yatera, K., Kawanami, T., Fujino, Y., Moro, H., Aoki, N.,..... Mukae, H. (2017). Pneumonia severity assessment tools for predicting mortality in patients with healthcare-associated pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *Respiration*, 93, 441–450.
- Papas, A., Singh, M., Harrington, D., Rodríguez, S., Ortblad, K., de Jager, M., & Nunn, M. (2006). Stimulation of salivary flow with a powered toothbrush in a xerostomic population. *Specific Care Dentist*, 26, 241–246.
- Páassar, L., Harbarth, S., & Landelle, C. (2016). Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients: a narrative review. *Antimicrobial Resistance Infection Control*, 5, 43.
- Prendergast, V., Hallberg, I. R., Jakobsso, U., Renvert, S., Moran, A., & Gonzalez, O., (2012). Comparison of oropharyngeal and respiratory nosocomial bacteria between two methods of oral care: A randomized control trial. *The Journal of Neurological and Neurological Nursing*, 1(1), 10-18.
- Ribeiro, M. T., Ferreira, R. C., Vargas, A., & Ferreira, E. (2014). Validity and reproducibility of the revised oral assessment guide applied by community health workers. *Gerodontology*, 31, 101–110.
- Saunders, R., & Friedman, B. (2007). Oral health conditions of community-dwelling cognitively intact elderly persons with disabilities. *Gerodontology*, 24, 67-76.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). Handbook. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/sign-50.html>, accessed 4 December 2017.

- Sellars, C., Bowie, L., Bagg, J., Sweeney, P., Miller, H., Tilston, J., Langhorne, P., & Stott, D. J. (2007). Risk factors for chest infection in acute stroke: A prospective cohort study. *Stroke*, *38*, 2284-2291.
- Seedat, J., & Penn, C. (2016). Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting. *South African Journal of Communication Disorders*, *63*(1), 1-11.
- Sim, S. J., Kim, H. D., Moon, J. Y., Zavras, A. I., Zdanowicz, J., Jang, S. J.,... Douglass, C. W. (2008). Periodontitis and the risk for non-fatal stroke in Korean adults. *Journal Periodontol*, *79*(9), 1652-1658.
- Sjogren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O., & Hoogstraate, J. (2008). A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: Effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*(11), 2124-2130.
- Strydomck, V., Slot, Velden, V., & Weijden, V. (2013). Chlorhexidine mouthwash reduces plaque and gingivitis. *Evidence-Based Dentistry*, *14*, 17-18.
- Tran, P., & Mannen, J. (2009). Improving oral healthcare: Improving the quality of life for patients after a stroke. *Special Care in Dentistry*, *29*, 218-221.
- van der Putten G.J., Mulder J., de Baat C., De Visschere L.M., Vanobbergen J.N., Schols J.M. (2013). Effectiveness of supervised implementation of an oral health care guideline in care homes; a single-blinded cluster randomized controlled trial. *Clinical Oral Investigations*, *17*(4), 1143-1153.
- Vilela, MC. N., Ferreira, G. Z., Santos, P. S., & Rezende, NP. M., (2015). Oral care and nosocomial pneumonia: a systematic review. *Einstein*, *13*(2), 290-296.
- Wardh, I., Berggren, U., Andersson, L., & Sorensen, S. (2002). Assessments of oral health care in dependent older persons in nursing facilities. *Acta Odontologica Scandinavia*, *60*(6), 330-336.

- Wartenberg, K. E., Stoll, A., Funk, A., Meyer, A., Schmidt, J. M., & Berrouschot, J. (2011). Infection after acute ischemic stroke: Risk factors, biomarkers, and outcome. *Stroke Research and Treatment*, 1-8.
- Wardh, I., Hallberg, L. R., Berggren, U., Andersson, L., & Seorensen, S. (2000). Oral health care—a low priority in nursing: In-depth interviews with nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14, 137–142.
- Wu, B., Plassman, B. L., Crout, R. J., & Liang, J. (2008). Cognitive function and oral health among community-dwelling older adults. *Journal of Gerontology*, 63(5), 495–500.
- Wu, J. H., Liu, M. F., Ho, M. H., & Chang, C. C. (2017). Oral health of older adults in long-term care facilities: Effects of an oral care program. *Journal of Oral Health and Dental Care*, 1(2), 008.
- Yoshida, M., Murakami, T., Yoshimura, O., & Akagawa, Y. (2012). The evaluation of oral health in stroke patients. *Gerodontology*, 29, e489–e493.
- Zero, D., Marinho, V., & Phantumvanit, P. (2012). Effective use of self-care fluoride administration in Asia. *Advances in Dental Research*, 24(1), 16-21.
- Zhu, H. W., McMillan, A. S., McGrath, C., Li, L. S. W., & Samaranayake, L. P. (2008). Oral carriage of yeasts and coliforms in stroke sufferers: A prospective longitudinal study. *Oral Diseases*, 14, 60–66.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

**แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากใน
ผู้ป่วยที่มีภาวะฟันผุ**

**หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย**

คำนำ

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลทำความสะอาดช่องปาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดูแลทำความสะอาดช่องปากของตนเองได้ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจต่าง ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก การมองเห็น หรือการคิดรู้งบพร้อม เป็นต้น

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สุภาพร พลายบุญ

ผู้จัดทำ

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

- | | |
|---|---|
| 1. คุณสุภาพร พลายบุญ (ผู้ดำเนินโครงการ) | ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการหอผู้ป่วย
อายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 2. คุณชุตติริน นันทะศิริ | ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 3. คุณโชติกา สุขเกษม | ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการหอผู้ป่วยอายุร
กรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 4. คุณวลัยลักษณ์ สังข์คำ | ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการหอผู้ป่วยอายุร
กรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |

อาจารย์ที่ปรึกษา

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. รศ. ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ | ตำแหน่งอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. ดร. จินตนา คำเกลี้ยง | ตำแหน่งอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ

ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาที่เข้ารับการรักษาไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา โดยช่องปากและฟันของผู้ป่วยมีความสะอาดมากขึ้น สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคในช่องปาก รวมทั้งโรคในระบบอื่น ๆ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคทางระบบทางเดินหายใจ

เนื้อหาของแนวปฏิบัติ

เนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้จัดทำขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) เนื้อหาประกอบด้วย 4 หมวด ดังนี้

แนวปฏิบัติพยาบาลหมวดที่ 1 การประเมินสุขภาพช่องปาก

แนวปฏิบัติพยาบาลหมวดที่ 2 อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

แนวปฏิบัติพยาบาลหมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก

แนวปฏิบัติพยาบาลหมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

แนวปฏิบัติพยาบาลหมวดที่ 1 การประเมินสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
<p>1.พยาบาลสามารถประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาได้</p> <p>2. พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากโดยสามารถวางแผนความถี่ของการวางแผนทำความสะอาดช่องปากได้</p>	<p>1. ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรได้รับการประเมินช่องปากทุกราย (Lindsay, Gubitz, Bayley & Phillips, 2013) (ระดับของหลักฐาน 5a เกรด A)</p> <p>2. เครื่องมือ Oral Assessment Guide (OAG) ใช้ประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา (Kwok et al., 2015; Ross & Crumpler, 2007) (ระดับของหลักฐาน 1b เกรด A)</p> <p>3. พยาบาลวางแผนการดูแลช่องปากโดยการจัดระดับคะแนนจากการประเมินช่องปาก และวางแผนความถี่ของการทำความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (Ames et al., 2011) (ระดับของหลักฐาน 1b เกรด A) คือ</p> <p>คะแนน 1 – 8 มีการประเมินสุขภาพช่องปากวันละ 1 ครั้ง และทำความสะอาดช่องปากวัน 2 ครั้ง</p> <p>คะแนน 9 – 12 มีการประเมินสุขภาพช่องปากวันละ 2 ครั้ง และทำความสะอาดช่องปากวัน 2 ครั้ง</p> <p>คะแนน 13 – 16 มีการประเมินสุขภาพช่องปากทุกเวร หรือทุก 8-12 ชั่วโมง และทำความสะอาดช่องปากทุก เวร หรือทุก 8-12 ชั่วโมง และดูแล</p>	<p>1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินสุขภาพช่องปากทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย</p>	<p>แบบประเมินสุขภาพช่องปาก</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
	<p>ริมฝีปากให้ชุ่มชื้นทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>คะแนน 17 – 24 มีการประเมิน สุขภาพช่องปากทุก 4 ชั่วโมง และทำ ความสะอาดช่องปากทุก 4 ชั่วโมง และดูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื้นทุก 1- 2 ชั่วโมง</p> <p>การจัดระดับคะแนนจากการประเมิน ช่องปาก และวางแผนความถี่ ของการ ทำความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยที่ใส่ ท่อช่วยหายใจ</p> <p>(วินิตย์และนรลักษณ์, 2559) (ระดับ ของหลักฐานเกรด A) คือ</p> <p>คะแนน 5 ทำความสะอาด ช่องปากทุก 6 ชั่วโมง</p> <p>คะแนน 6-10 ทำความสะอาด ช่องปากทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>คะแนน 11-15 ทำความสะอาด ช่องปากทุก 2 ชั่วโมง</p>		

แนวปฏิบัติพยาบาลหมวดที่ 2 อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
1. พยาบาลสามารถใช้อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพช่อง	<p>1. พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับ อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ที่นำมาใช้กับ ผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม</p> <p>2. การเลือกแปรงสีฟัน ควรเลือกใช้</p>	<p>อุปกรณ์และ ผลิตภัณฑ์ที่ ใช้ในการดูแล สุขภาพช่อง</p>	<p>คู่มือแนว ปฏิบัติการ พยาบาลในการ ดูแลสุขภาพช่อง</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
ปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาได้เหมาะสมในแต่ละราย	<p>แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม หัวแปรงเล็ก (Kim et al., 2014) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)</p> <p>3) ยาสีฟัน ควรใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (Zero, Marinho, & Phantumvanit, 2012) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)</p> <p>4) น้ำยาบ้วนปาก ควรใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมคลอโรเฮกซิดีน (0.12% Chlorhexidine) (Bellissimo-Rodrigues et al., 2009; Ames et al., 2011; Vilela et al, 2015; Seedat & Penn, 2016) (ระดับของหลักฐาน 1a เกรด A) และไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (มีทนา, 2553) (ระดับของหลักฐาน 5a เกรด A)</p>	ปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกามีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย	ปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

แนวปฏิบัติพยาบาลหมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
1. พยาบาลสามารถให้การดูแลทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาช่องปากของผู้ป่วยแต่ละราย	<p>1. การจัดทำนอน ศีรษะควรสูงอย่างน้อย 30-45 องศา กรณีไม่มีข้อห้ามใด ๆ (Kwok et al., 2015; Prendergast et al., 2012) (ระดับของหลักฐาน 1b เกรด A)</p> <p>2. การดูดเสมหะ ซึ่งต้องมีการดูดเสมหะก่อนการทำความสะอาดช่องปาก คือ</p>	การดูแลทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา	คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
ราย	<p><u>กรณีผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ</u> ต้องดูแลในปาก เพื่อป้องกันการ สำลักในขณะที่ทำความสะอาดช่องปาก</p> <p><u>กรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ</u> ต้อง ดูแลในปากและในท่อช่วยหายใจ โดยตรวจสอบความดันกระเปาะใส่ ลมของท่อช่วยหายใจให้อยู่ระหว่าง 20-30 เซนติเมตรน้ำ และตำแหน่ง ความลึกของท่อช่วยหายใจ และ บันทึกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ (พนิดา, 2558; วินิตย์และนรลักษณ์, 2559) (ระดับของหลักฐานเกรด A)</p> <p>3. การดูแลทำความสะอาดฟัน โดย การดูแลจะแตกต่างกันไปตามการประเมิน สภาพช่องปากและการรักษาของ ผู้ป่วย โดยการใส่ท่อช่วยหายใจและ ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนี้</p> <p><u>กรณีผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ</u> โดยที่ ผู้ป่วยมีฟันหรือใส่ฟันปลอมชนิดถอด ไม่ได้ จะใช้วิธีการแปรงฟัน โดย แปรงฟัน 2 - 3 นาที (Gallagher et al., 2009) (ระดับของหลักฐาน 1d เกรด A) และหากผู้ป่วยที่ไม่มีฟันหรือมี ปัญหาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจะ ใช้สำลีจุ่มน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน 0.12 % นวดบริเวณเหงือกและใช้ แปรงสีฟัน แปรงลิ้น และเพดาน หาก ผู้ป่วยสามารถบ้วนปากเองได้ ควรใช้</p>	ช่องปากของ ผู้ป่วยแต่ละ ราย	

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
	<p>สารละลาย 0.12% chlorhexidine ปริมาณ 10-15 ซีซี อมกั้วปาก 45 – 60 วินาที และไม่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ (Kim et al., 2014; Seedat & Penn, 2016) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)</p> <p><u>กรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ</u> หากผู้ป่วยมีฟันหรือใส่ฟันปลอมชนิดถอดไม่ได้ จะใช้วิธีการแปรงฟันสลับกับการใช้น้ำยาคลอเฮกซิดีน 0.12 % ในการเช็ดทำความสะอาดช่องปาก แต่หากผู้ป่วยที่ไม่มีฟันและมีปัญหาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ จะใช้สำลีจุ่มน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน 0.12 % นวดตามเข็มนาฬิกาบริเวณเหงือกและใช้แปรงสีฟัน แปรงลิ้น และเพดานปาก ในการทำความสะอาดช่องปากเช่นกัน (Bellissimo-Rodrigues et al., 2009; Ames et al., 2011; Vilela et al, 2015) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)</p> <p><u>กรณีผู้ป่วยที่ไม่อ้าปาก</u> ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยที่จะช่วยให้ในการเปิดปาก หรือใช้ผ้าก๊อซพันรอบค้ำแปรงสีฟัน หรือ mouth gag ให้ผู้ป่วยใช้กัดไว้แทน (Kim et al., 2014)(ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)</p>		

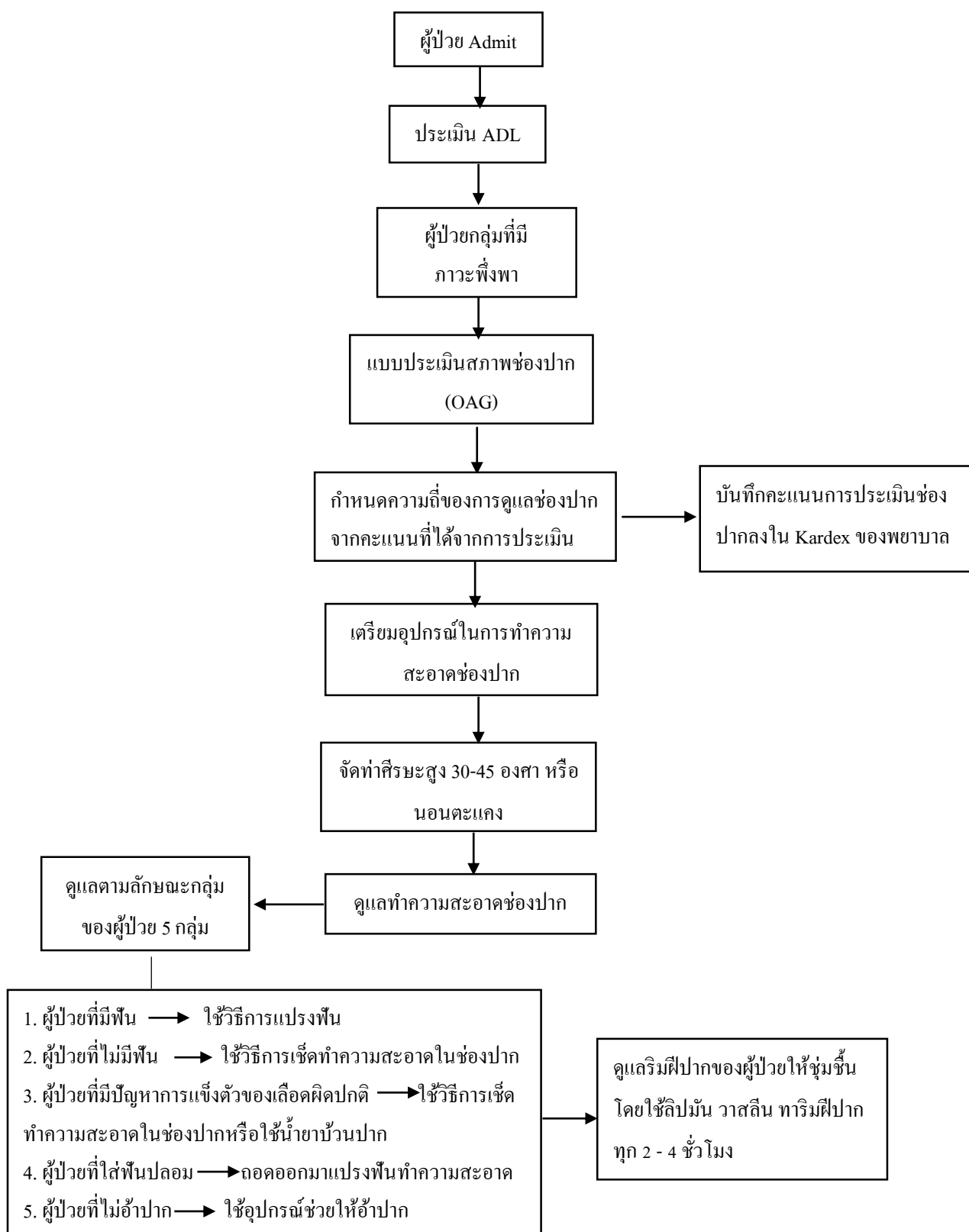
วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
	<p>4. การดูแลริมฝีปาก ใช้ลิปมัน วาสลีน โดยทาริมฝีปากทุก 2 - 4 ชั่วโมง Prendergast et al., 2012) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)</p> <p>5. การดูแลแผลในช่องปาก ยาที่ใช้รักษาแผลในปาก (วินิตซ์และ นรลักษณ์, 2559) (ระดับของหลักฐาน เกรด A) ได้แก่ ไตร โนโลน ออรัลเพส (trinolone oral paste) หรือครีมเคนาล็อก (kenalog in orabase)</p>		

แนวปฏิบัติพยาบาลหมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
<p>1. พยาบาลสามารถให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาได้</p> <p>2. ผู้ดูแลมีความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยได้</p>	<p>1. การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยตามนโยบายของ WHO (WHO, 2003) (ระดับของหลักฐาน 5a เกรด A) กล่าวไว้ว่า ควรมีการส่งเสริมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการดูแลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อลดการเกิดของโรคในช่องปากและความพิการจากโรคในช่องปาก</p> <p>2. การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล โดยการแนะนำการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ เพื่อเป็น</p>	<p>ผู้ดูแลมีความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p>	<p>สื่อการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
	<p>การส่งเสริมความเข้าใจ ที่จะนำไปสู่ การปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยมีหลักการ คือ การใช้ข้อมูลความรู้ในการดูแล ช่องปาก การประเมินช่องปาก วิธีการ กำจัดคราบบนผิวฟัน เชื้อบรูช่องปาก การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีฟลูออไรด์ และ การรักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก (Coker et al., 2013) (ระดับของ หลักฐาน 4a เกรด A)</p>		

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา



เอกสารอ้างอิง

- พนิดา บุญนะโชติ. (2558). ผลของกระบวนการทบทวนในกลุ่มเพื่อนต่อการทำความสะอาดช่องปากโดยพยาบาลและนิคมของเชื้อจุลชีพในช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มัทนา เกษตระทัต. (2553). การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. ในสุปราณี ตาโลตม, และวรางคณา เวชวิธี (บรรณาธิการ), *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เล่ม 3* (หน้า 1-9). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- วินิตย์ หลงละเลิง, และนรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ. (2559). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(1), 98-113.
- อัจฉนา แทนขำ, กนกพร จิวประสาท, และดวงกมล วัตราคุลย์. (2555). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลช่องปากในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 23(2), 59-76.
- Ames, N. J., Sulima, P., Yates, J. M., McCullagh, L., Gollins, S. L., Soeken, K., & Wallen, G. R. (2011). Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study. *American Journal Critical Care*, 20(5), e103- e114.
- Bellissimo-Rodrigues, F., Bellissimo-Rodrigues, W. T., Viana, J. M., Teixeira, G. C., Nicolini, E., Auxiliadora-Martins, M.,...Martinez, R. (2009). Effectiveness of oral rinse with Chlorhexidine in preventing nosocomial respiratory tract infections among intensive care unit patients. *Infection Control Hospital Epidermoid*, 30(10), 952-958.
- Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S. & Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2360-2371.
- Gallagher, A., Sowinski, J., Bowman, J., Barrett, K., Lowe, S., Patel K., Bosma, M. L., & Creeth, J. E. (2009). The effect of brushing time and dentifrice on dental plaque removal. *The Journal of Dental Hygiene*, 83(3), 111- 116.

- Kim, E. K., Jang, S. H., Choi, Y. H., Lee, K. H., Kim, Y. J., Kim, S. H., & Lee, H. K. (2014). Effect of an oral hygienic care program for stroke patients in the intensive care unit. *Yonsei Medical Journal*, 55(1), 240-246.
- Kwok, C., McIntyre, A., Janzen, S., Mays, R., & Teasell, R. (2015). Oral care post stroke: A scoping review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42, 65 -74.
- Lindsay, MP., Gubitz, G., Bayley, M., & Phillips, S. (2013). Canadian best practice recommendations for stroke care. Retrieved from <http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/10/SBP-Recommendations-2012-2013-Update.pdf>
- National Health and Medical Research Council. (1999). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice. Retrieved from <http://www.health.Gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>
- Prendergast, V., Hallberg, I. R., Jakobsso, U., Renvert, S., Moran, A., & Gonzalez, O., (2012). Comparison of oropharyngeal and respiratory nosocomial bacteria between two methods of oral care: A randomized control trial. *The Journal of Neurological and Neurological Nursing*, 1(1), 10-18.
- Ross, A., & Crumpler, J., (2007). The impact of an evidence based practice education program on the role of oral care in the prevention of ventilator associated pneumonia. *Intensive Critical Care Nursing*, 23(3), 132-136.
- Seedat, J., & Penn, C. (2016). Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting. *South African Journal of Communication Disorders*, 63(1), 1-11.
- Vilela, MC. N., Ferreira, G. Z., Santos, P. S., & Rezende, NP. M., (2015). Oral care and nosocomial pneumonia: a systematic review. *Einstein*, 13(2), 290-296.
- World Health Organization. (2003). The world oral health report 2003. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf
- Zero, D., Marinho, V., & Phantumvanit, P. (2012). Effective use of self-care fluoride administration in asia. *Advances in Dental Research*, 24(1), 16-21.

ภาคผนวก ข

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

ผู้จัดทำ สุภาพร พลายบุญ

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารายวิชาวิชานิพนธ์
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.ศ. 2560

คำนำ

การดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลทำความสะอาดช่องปาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพา ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดูแลทำความสะอาดช่องปากของตนเองได้ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจต่าง ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก การมองเห็น หรือการคิดรู้บกพร่อง เป็นต้น

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพา จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพา ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สุภาพร พลายนบุญ

ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
วัตถุประสงค์	1
ความหมายของการดูแลสุขภาพช่องปาก	1
กลุ่มเป้าหมาย	1
เกณฑ์การประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์	1
ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	3
องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการพยาบาล	3
หมวดที่ 1 การประเมินช่องปาก	4
หมวดที่ 2 อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก	5
หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก	6
หมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล	11
แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา	12
เอกสารอ้างอิง	13

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ความหมายของการดูแลสุขภาพช่องปาก

การดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นสิ่งสำคัญแก่ผู้ป่วย เพราะหากการทำความสะอาดช่องปากไม่ดีพอ จะส่งผลให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (Plaque) ซึ่งเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคจะติดอยู่ที่ผิวฟัน ร่องเหงือก และก่อให้เกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบได้ ซึ่งการแปรงฟันเป็นวิธีที่จะช่วยให้ปากสะอาดโดยใช้แปรงฟันหรืออุปกรณ์อื่น ๆ ในการทำความสะอาดฟัน เพื่อลดปัญหาของสุขภาพช่องปาก

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

เกณฑ์การประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกซ์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระดับ 1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดจากแบบการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental designs)

1a เป็นหลักฐานจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมตัวแปรอย่างเป็นระบบ

1b เป็นหลักฐานจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมตัวแปรและงานวิจัยแบบอื่น ๆ อย่างเป็นระบบ

1c เป็นหลักฐานที่มาจากงานวิจัยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมตัวแปร

1d เป็นหลักฐานที่มาจากงานวิจัยการทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ์

ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs)

2a เป็นหลักฐานจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยแบบกึ่งทดลองอย่างเป็นระบบ

2b เป็นหลักฐานจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยแบบกึ่งทดลองและงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าอย่างเป็นระบบ

2c เป็นหลักฐานจากงานวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดไปข้างหน้า (Prospective study)

2d เป็นหลักฐานจากการวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทดสอบก่อน-หลังการทดลอง หรือการวิจัยชนิดไปข้างหลัง (Retrospective study)

ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการศึกษาโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ (Observational Analytic Studies)

3a เป็นหลักฐานจากการทบทวนที่เทียบเคียงงานวิจัยการศึกษาจากเหตุไปหาผล (cohort study) อย่างเป็นระบบ

3b เป็นหลักฐานจากการทบทวนที่เทียบเคียงงานวิจัยการศึกษาจากเหตุไปหาผล (cohort study) และงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าอย่างเป็นระบบ

3c เป็นหลักฐานจากงานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า จากเหตุไปหาผล (cohort study) แบบมีกลุ่มควบคุม

3d เป็นหลักฐานจากงานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง จากผลไปหาเหตุ (Case-control)

3e เป็นหลักฐานจากงานวิจัยโดยการสังเกต (Observational study) แบบไม่มีกลุ่มควบคุม

ระดับ 4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการศึกษาโดยการสังเกตเชิงพรรณนา (Observational – Descriptive studies)

4a เป็นหลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive studies) อย่างเป็นระบบ

4b เป็นหลักฐานจากการวิจัย ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional study)

4c เป็นหลักฐานจากการวิจัยที่รายงานกลุ่มตัวอย่าง (Case series)

4d เป็นหลักฐานจากการวิจัยที่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร

ระดับ 5 เป็นหลักฐานที่เป็นการวิเคราะห์จากข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert opinion)

5a เป็นหลักฐานจากการทบทวนข้อคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ

5b เป็นหลักฐาน จากความคิดเห็น โดยส่วนใหญ่ของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Consensus)

5c เป็นหลักฐานจากข้อคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญเพียงคนเดียว

การจัดแบ่งระดับของข้อเสนอแนะ (grades of recommendation) ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) แบ่งได้ 2 ระดับ ดังนี้

ระดับ A เป็นข้อเสนอแนะที่มีความน่าเชื่อถือในระดับมาก มีการแสดงผลการวิจัยที่ชัดเจน มีหลักฐานเพียงพอที่สนับสนุนของการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ เกิดประโยชน์และเป็นที่ยอมรับเชิงคุณค่า

ระดับ B เป็นข้อเสนอแนะที่สาระของความน่าเชื่อถืออ่อน มีการแสดงผลการวิจัยที่ไม่ชัดเจน ไม่มีหลักฐานเชิงคุณภาพสนับสนุน ไม่เป็นที่ยอมรับเชิงคุณภาพและไม่มีการสนับสนุนการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาที่เข้ารับการรักษาไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา โดยช่องปากและฟันของผู้ป่วยมีความสะอาดมากขึ้น สามารถลดความเสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคในช่องปาก รวมทั้งโรคในระบบอื่น ๆ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคทางระบบทางเดินหายใจ

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ซึ่งไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ ซึ่งผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือหรือการดูแลจากบุคคลอื่น ที่มีสาเหตุจากความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดภาวะทุพพลภาพ และมีข้อจำกัดในการดูแลความสะอาดช่องปาก ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์อักเสบ การมีหินปูน การมีร่องลึกปริทันต์ เป็นต้น และอาจเกิดการติดเชื้อในช่องปากที่จะส่งผลให้เกิดโรคในระบบอื่น ๆ เช่น ปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยการศึกษาครั้งนี้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากในการปรับปรุงประเด็นปัญหาของการดูแล ช่วยลดความหลากหลายของการปฏิบัติของบุคลากร ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความสุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

จากการศึกษางานวิจัยที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม โรคหรือภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งในบทบาทของพยาบาลที่ต้องดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย ซึ่งต้องให้การดูแลตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ออกเป็นหมวดกิจกรรม ดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินสภาพช่องปาก

หมวดที่ 2 อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก

หมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

หมวดที่ 1 การประเมินสุขภาพช่องปาก

การประเมินสุขภาพช่องปาก พยาบาลควรประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (Oral Assessment Guide [OAG]) ใช้ประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา (Kwok et al., 2015; Ross & Crumpler, 2007) (ระดับของหลักฐาน 1b เกรด A) จากนั้นจึงรวมคะแนนการประเมินสภาพช่องปาก แล้วจัดระดับสุขภาพช่องปาก และความถี่ของการทำความสะอาดช่องปาก (Ames et al., 2011) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A) ดังนี้

แบบประเมินสภาพช่องปาก

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน		
	1	2	3
การออกเสียง	เสียงปกติ	เสียงแหบ	พูดคุ้ยได้ลำบากหรือมีอาการเจ็บปวดมากขณะพูด
การกลืน	การกลืนปกติ	เจ็บปวดเล็กน้อยเวลากลืน	ไม่สามารถกลืนอาหารได้
ริมฝีปาก	นุ่มมีสีชมพูและชุ่มชื้น	แห้งหรือแตก	มีแผลหรือมีเลือดออก
ลิ้น	สีชมพู ชุ่มชื้น และมองเห็นปุ่มบนลิ้น	มีคราบเกาะที่ลิ้นหรือไม่พบปุ่มบนลิ้น ลิ้นเงา โดยมีหรือไม่มีรอยแดง	มีตุ่มพองหรือแผลแตก

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน		
	1	2	3
น้ำลาย	น้ำลายใส	น้ำลายเหนียวข้น	ไม่มีน้ำลาย
เยื่อช่องปาก	สีชมพู และชุ่มชื้น	มีสีแดงหรือคราบเกาะสีขาว โดยที่ไม่มีแผล	มีแผล โดยมีหรือไม่มีเลือดออก
เหงือก	สีชมพู เป็นเงาและอ่อนนุ่ม	บวมโต มี/ไม่มีอาการแสดงของการอักเสบ	มีเลือดออกเองหรือมีเลือดออกจากการกระทบกระแทก
ฟันแท้หรือฟันปลอม	สะอาดและไม่มีคราบ	มีคราบจุลินทรีย์บริเวณซอกฟัน	มีคราบจุลินทรีย์เกาะโดยทั่วไปตลอดแนวเหงือก

การจัดลำดับสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ

คะแนนสุขภาพช่องปาก	การปฏิบัติ	
	ประเมินสุขภาพช่องปาก	การทำความสะอาดช่องปาก
8	วันละ 1 ครั้ง	วันละ 2 ครั้ง
9 – 12	วันละ 2 ครั้ง	วันละ 2 ครั้ง
13 – 16	ทุกเวร หรือทุก 8-12 ชั่วโมง	ทุกเวร หรือทุก 8-12 ชั่วโมง และ คูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื้นทุก 2 ชั่วโมง
17 – 24	ทุก 4 - 6 ชั่วโมง	ทุก 4 - 6 ชั่วโมง และคูแลริม ฝีปากให้ชุ่มชื้นทุก 1- 2 ชั่วโมง

การจัดลำดับสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

คะแนนสุขภาพช่องปาก	การปฏิบัติ	
	ประเมินสุขภาพช่องปาก	การทำความสะอาดช่องปาก
5	ทุก 4 ชั่วโมง	ทุก 6 ชั่วโมง
6 - 10	ทุก 4 ชั่วโมง	ทุก 4 ชั่วโมง
11-15	ทุก 4 ชั่วโมง	ทุก 2 ชั่วโมง

หมวดที่ 2 อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ในกาดูแลสุขภาพช่องปาก

1. **แปรงสีฟัน** ควรเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม หัวแปรงเล็ก (Kim et al., 2014) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A) ซึ่งปลายหัวแปรงต้องไม่มีความคม หัวแปรงควรมีความยาวประมาณ 2-3 ซี่ฟัน และขนแปรงทุกเส้นมนกลม เมื่อแปรงฟันแล้วไม่ทำให้เกิดแผล และสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. **ยาสีฟัน** ควรใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (Zero, Marinho, & Phantumvanit, 2012) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A) ซึ่งยาสีฟันส่วนใหญ่จะมีฟลูออไรด์ 1,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม

3. **น้ำยาบ้วนปาก** ควรใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมคลอเฮกซิดีน (0.12% chlorhexidine) ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Bellissimo-Rodrigues et al., 2009; Ames et al., 2011 et al., 2011; Vilela, et al, 2015) (ระดับของหลักฐาน 1a เกรด A) ระยะห่างของการใช้ยาสีฟันและคลอเฮกซิดีน 30 นาที – 2 ชม

3. การดูแลสุขภาพช่องปาก

3.1 การจัดทำผู้ป่วย โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง หรือเอียงศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่ง ปรับความสูงของหัวเตียงประมาณ 30 – 45 องศา เพื่อป้องกันการสำลักขณะแปร่งฟัน (Prendergast et al., 2012) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A) หากผู้ป่วยไม่ได้เสี่ยงต่อการสำลักสามารถจัดให้นั่งตัวตรงได้

3.2 การดูดเสมหะ ก่อนการทำความสะอาดช่องปาก หากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ แล้วจึงดูดเสมหะที่อยู่ในปาก และตรวจสอบความดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจให้อยู่ในช่วง 20 – 30 เซนติเมตรน้ำ ก่อนดูดเสมหะ

(พนิดา, 2558; วินิตย์และนรลักษณ์, 2559) (ระดับของหลักฐานเกรด A) และควรมีการบันทึกหากมีเยื่อเมือกเกาะบริเวณรอบท่อที่อยู่ในปาก

3.3 การทำความสะอาดช่องปาก

ก่อนการให้การพยาบาลทำความสะอาดช่องปาก พยาบาลควรประเมินลักษณะ สภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกตัว การให้ความร่วมมือในการทำความสะอาดช่องปาก ความเสี่ยงที่อาจเกิดต่อผู้ป่วย และให้การดูแลทำความสะอาดช่องปากในแต่ละราย ที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับปัจจัยจากผู้ป่วย ซึ่งแยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

3.3.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีฟัน ใช้วิธีการทำความสะอาดช่องปาก โดยการแปร่งฟัน

วิธีการแปร่งฟัน โดยใช้แปร่งสีฟันที่มีขนาดเล็ก ลักษณะของขนแปร่งอ่อนนุ่ม เริ่มแปร่งฟันจากด้านนอกให้ครบทุกซี่โดยใช้วิธีขยับ-ปิด ให้เอียงแปร่งสีฟันเข้าหาเหงือกประมาณ 45 องศา ปลายของขนแปร่งจะแทรกเข้าไปในร่องเหงือกได้เล็กน้อย ออกแรงถูไปมาสั้นๆ 3 - 4 ครั้ง แล้วปิดแปร่งสีฟันเข้าหาตัวฟันขึ้นไปด้านปลายฟัน จากนั้นให้ผู้ป่วยอ้าปาก และแปร่งฟันด้านใน แล้วเริ่มจากแปร่งฟันหน้าบนก่อน โดยวางแปร่งในแนวตั้ง แปร่งฟันส่วนหลังด้านบน แล้วค่อยแปร่งฟันส่วนหน้าด้านล่าง และแปร่งฟันส่วนหลังด้านล่างเป็นตำแหน่งสุดท้าย จากนั้นใช้น้ำใส่ syringe 10 มิลลิลิตร ค่อยๆ ฉีดน้ำที่ละน้อย เพื่อดำช่องปาก และใช้ suction ดูดน้ำลายออกตลอดเวลา (Seedat & Penn, 2016) (ระดับของหลักฐาน 2a เกรด A) โดยการแปร่งฟันแต่ละครั้งควรใช้เวลาแปร่งฟันนาน 2 - 3 นาที (Gallagher et al., 2009) (ระดับของหลักฐาน 1d เกรด A) ซึ่งจะช่วยให้กระตุ้นทำให้เกิดการไหลของน้ำลายมากขึ้น โดยจะกระตุ้นบริเวณช่องปากที่ทำให้เกิดการหลั่งน้ำลาย

3.3.2 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีฟัน การทำความสะอาดช่องปาก โดยใช้สำลีก้อนหรือก๊อชชุบน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน 0.12 % (0.12% Chlorhexidine) เช็ดบริเวณเหงือก และใช้แปรงขนอ่อนนุ่ม แปรงลิ้น และเพดาน เพื่อกำจัดคราบสะสมในช่องปาก

3.3.3 กลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอม

3.3.3.1 ฟันปลอมชนิดถอดได้ ฟันปลอมจะมีส่วนของตะขอในการบิดติดกับฟันข้างเคียง และมีฐานพลาสติกหรือโลหะ วางบริเวณเหงือกหรือเพดานปาก เพื่อรับแรงบดเคี้ยว เป็นตัวช่วยยึดอีกส่วนหนึ่ง การทำความสะอาด ควรล้างทำความสะอาดหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง โดยใช้ยาสีฟันกับแปรงสีฟันที่มีขนอ่อน แปรงทำความสะอาด ซึ่งควรมีลักษณะใส่น้ำรองรับขณะทำความสะอาด และก่อนนอนต้องถอดฟันปลอมแช่น้ำไว้ในภาชนะที่มีฝาปิด แต่ห้ามแช่ในน้ำเดือด น้ำร้อน เพราะจะทำให้บิดเบี้ยวได้

3.3.3.2 ฟันปลอมชนิดถอดไม่ได้ จะสวมทับลงไปบนซี่ฟัน หรือใช้ฟันข้างเคียงช่องว่างเป็นหลักยึด ซึ่งไม่สามารถถอดออกได้ ดังนั้นการทำความสะอาด จะใช้วิธีการแปรงฟันตามปกติ ควรใช้ไหมขัดฟันสอดเข้าทำความสะอาดใต้ฟันปลอม และขอบเหงือกด้วย

3.3.4 กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย หรือมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ผิดปกติหรือมีเลือดออกตามไรฟัน ต้องงดการแปรงฟัน ซึ่งจะทำความสะอาดโดยใช้สำลีก้อนหรือก๊อชชุบน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน 0.12 % เช็ดทำความสะอาดฟัน เหงือก เพดาน และกระพุ้งแก้มให้ทั่วช่องปาก

3.3.5 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่อ้าปาก ซึ่งประเมินจากการรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่จะกัดเมื่อเอาสิ่งของเข้าปากหรือไม่สามารถช่วยอ้าปาก อาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยที่จะช่วยในการเปิดปาก หรือใช้มือลูบแก้มทั้ง 2 ข้าง และลูบริมฝีปากให้รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือใช้ผ้าก๊อชพันรอบค้ำมแปรงสีฟัน ไม่กัดลิ้น หรือ mouth gag ให้ผู้ป่วยใช้กัดไว้แทน (Kim et al., 2014) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A) แต่ไม่ควรใช้ mouth gag ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลหรือเลือดออกได้ง่าย

3.4 การแปรงลิ้นและเพดานปาก โดยแปรงขนอ่อนนุ่ม แปรงลิ้นเบา ๆ จากโคนลิ้นมาปลายลิ้น 4 – 5 ครั้ง โดยไม่ต้องใช้ยาสีฟัน โดยการเช็ดกระพุ้งแก้มและ เพดานปาก เพื่อทำความสะอาดคราบติดที่ลิ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดกลิ่นปากจากเชื้อโรคที่สะสมอยู่ที่ลิ้น

3.5 การใช้น้ำยาบ้วนปาก หากผู้ป่วยสามารถบ้วนปากได้ ให้ใช้น้ำยาบ้วนปากปริมาณ 10 – 15 มิลลิลิตร อมกลั้วปาก 45 – 60 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง แต่ในกรณีผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถบ้วนปากได้ จะใช้สำลีก้อนหรือก๊อชชุบน้ำยาบ้วนปาก แล้วเช็ดทำความสะอาด

สะอาดฟัน ซอกฟัน เชื้อภายในช่องปาก เพื่อช่วยลดการสะสมและการเติบโตของคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก (Kim et al., 2014; Seedat & Penn, 2016) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)

3.6 การดูแลริมฝีปาก และความชุ่มชื้นของริมฝีปาก โดยใช้ลิปมัน หรือวาสลีน ซึ่งจะช่วยให้ริมฝีปากมีความชุ่มชื้น ซึ่งทาหลังการแปรงฟันหรือริมฝีปากแห้ง ทุก 2-4 ชั่วโมง (Prendergast et al., 2012) (ระดับของหลักฐาน 1c เกรด A)

3.7 การรักษาแผลในช่องปาก โดยใช้ยาเพื่อรักษาโรคตามสาเหตุ เช่น เชื้อรา เชื้อไวรัส หรือเชื้อแบคทีเรีย ยาที่ใช้รักษาแผลในปาก (วินิตย์และนรลัทภณ, 2559) (ระดับของหลักฐานเกรด A) ได้แก่ ไตรโนโลน ออรัลเพส (trinolone oral paste) หรือครีมเคนาล็อก (kenalog in orabase) ซึ่งเมื่อลดความเจ็บปวดจากแผลหรือการติดเชื้อได้แล้ว ผู้ป่วยมักจะยอมให้ทำความสะอาดช่องปากมากขึ้น และสามารถเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก โดยใช้น้ำเกลือ หรือน้ำลายเทียม ที่ทำให้ภายในช่องปากชุ่มชื้นมากขึ้น

หมวดที่ 4 การให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยตามนโยบายของ WHO ปี 2003 กล่าวว่า iva ควรมีการส่งเสริมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อลดการเกิดของโรคในช่องปากและความพิการจากโรคในช่องปาก (WHO, 2003) (ระดับของหลักฐาน 5a เกรด A)

1. การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการแนะนำการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ เพื่อเป็นการส่งเสริมความเข้าใจ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง (Coker et al., 2013) (ระดับของหลักฐาน 1d เกรด A) โดยมีหลักการ คือ

1) การให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลช่องปาก ความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี

2) การประเมินสุขภาพช่องปาก

3) วิธีการกำจัดคราบบนผิวฟัน เชื้อในช่องปาก

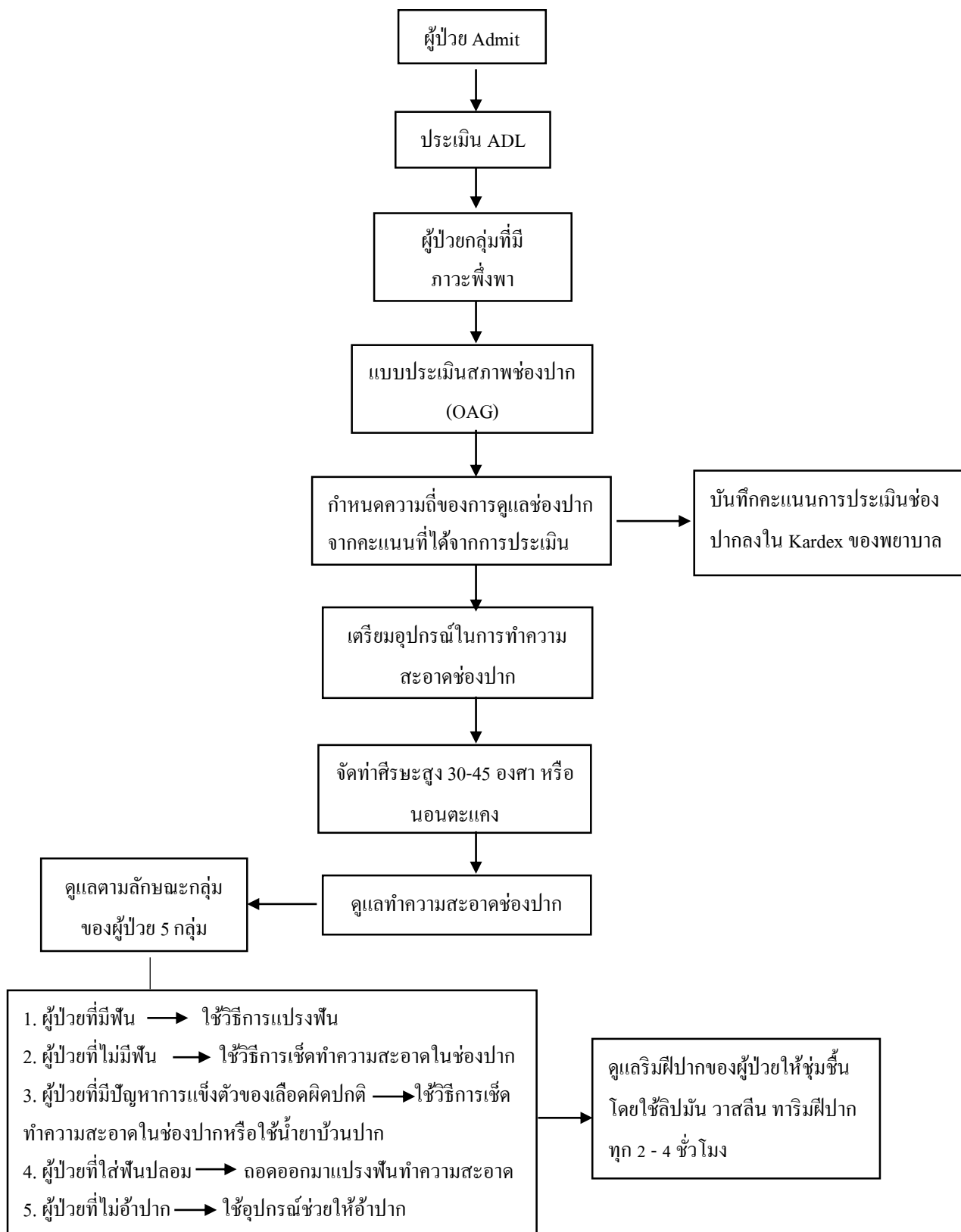
4) การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีฟลูออไรด์

5) การรักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก

2. การสร้างการรับรู้ประโยชน์และโอกาสเสี่ยงจากการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงประโยชน์ของการดูแลช่องปาก ที่จะลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก

ป้องกันการเกิดคราบจุลินทรีย์ที่เกาะบนผิวฟัน ลดการเกิดกลิ่นปาก และทำให้ผู้ป่วยสุขสบายจาก
การที่มีช่องปากสะอาด

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา



เอกสารอ้างอิง

- พนิดา บุญนะโชติ. (2558). ผลของกระบวนการทบทวนในกลุ่มเพื่อนต่อการทำความสะอาดช่องปาก โดยพยาบาลและนิคมของเชื้อจุลชีพในช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มีทนา เกษตระทัต. (2553). การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. ในสุปราณี ตาโลตม, และวรางคณา เวชวิธิ (บรรณาธิการ), *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เล่ม 3* (หน้า 1-9). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- วินิตย์ หลงละเลิง, และนรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ. (2559). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(1), 98-113.
- อัญญา แทนขำ, กนกพร จิวประสาท, และดวงกมล วัตราคุลย์. (2555). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลช่องปากในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 23(2), 59-76.
- Ames, N. J., Sulima, P., Yates, J. M., McCullagh, L., Gollins, S. L., Soeken, K., & Wallen, G. R. (2011). Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study. *American Journal Critical Care*, 20(5), e103- e114.
- Bellissimo-Rodrigues, F., Bellissimo-Rodrigues, W. T., Viana, J. M., Teixeira, G. C., Nicolini, E., Auxiliadora-Martins, M.,...Martinez, R. (2009). Effectiveness of oral rinse with Chlorhexidine in preventing nosocomial respiratory tract infections among intensive care unit patients. *Infection Control Hospital Epidermoid*, 30(10), 952-958.
- Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S. & Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2360-2371.
- Gallagher, A., Sowinski, J., Bowman, J., Barrett, K., Lowe, S., Patel K., Bosma, M. L., & Creeth, J. E. (2009). The effect of brushing time and dentifrice on dental plaque removal. *The Journal of Dental Hygiene*, 83(3), 111- 116.

- Kim, E. K., Jang, S. H., Choi, Y. H., Lee, K. H., Kim, Y. J., Kim, S. H., & Lee, H. K. (2014). Effect of an oral hygienic care program for stroke patients in the intensive care unit. *Yonsei Medical Journal*, *55*(1), 240-246.
- Kwok, C., McIntyre, A., Janzen, S., Mays, R., & Teasell, R. (2015). Oral care post stroke: A scoping review. *Journal of Oral Rehabilitation*, *42*, 65 -74.
- Lindsay, MP., Gubitz, G., Bayley, M., & Phillips, S. (2013). Canadian best practice recommendations for stroke care. Retrieved from <http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/10/SBP-Recommendations-2012-2013-Update.pdf>
- National Health and Medical Research Council. (1999). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice. Retrieved from <http://www.health.Gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>, accessed 10 August 2017.
- Prendergast, V., Hallberg, I. R., Jakobsso, U., Renvert, S., Moran, A., & Gonzalez, O., (2012). Comparison of oropharyngeal and respiratory nosocomial bacteria between two methods of oral care: A randomized control trial. *The Journal of Neurological and Neurological Nursing*, *1*(1), 10-18.
- Ross, A., & Crumpler, J., (2007). The impact of an evidence based practice education program on the role of oral care in the prevention of ventilator associated pneumonia. *Intensive Critical Care Nursing*, *23*(3), 132-136.
- Seedat, J., & Penn, C. (2016). Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting. *South African Journal of Communication Disorders*, *63*(1), 1-11.
- Vilela, MC. N., Ferreira, G. Z., Santos, P. S., & Rezende, NP. M., (2015). Oral care and nosocomial pneumonia: a systematic review. *Einstein*, *13*(2), 290-296.
- World Health Organization. (2003). The World Oral Health Report 2003. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf
- Zero, D., Marinho, V., & Phantumvanit, P. (2012). Effective use of self-care fluoride administration in Asia. *Advances in Dental Research*, *24*(1), 16-21.

ภาคผนวก ก

แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุปี

3. วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

4. ระดับปฏิบัติการ.....

5. ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ปี

ตอนที่ 2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

แบบบันทึกเป็นการตรวจสอบรายการ โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องของการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติ และไม่มีการปฏิบัติ โดยการศึกษาครั้งนี้

ปฏิบัติ หมายถึง การปฏิบัติของพยาบาลถูกต้องตามแนวปฏิบัติ หรือครบถ้วน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติของพยาบาลเป็นไปตามแนวปฏิบัติ

แบบบันทึกการสังเกตแบ่งเป็น 4 หมวด คือ

หมวดที่ 1 การประเมินสุขภาพช่องปาก

หมวดที่ 2 ผลัดทันตกรรมและอุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก

หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก

หมวดที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล

แบบบันทึกการสังเกต

การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

หมวดที่ 1 การประเมินสภาพช่องปาก

วัน..... เดือน..... ปี..... เวร.....

กิจกรรมการปฏิบัติ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1. พยาบาลมีการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทุกราย ตั้งแต่แรกได้รับการรักษาไว้ในหอผู้ป่วย			
2. พยาบาลได้นำแบบประเมินสภาพช่องปาก (OAG) ไปใช้ในการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ครอบคลุมองค์ประกอบของการประเมินสุขภาพช่องปาก 2.1 พยาบาลได้นำเครื่องมือ Oral Assessment Guide (OAG) ซึ่งประเมินตามรายละเอียดตามองค์ประกอบทั้ง 8 หัวข้อ ในการประเมินผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ 2.2 พยาบาลได้นำเครื่องมือ Oral Assessment Guide (OAG) ซึ่งประเมินตามรายละเอียดตามองค์ประกอบทั้ง 5 หัวข้อ ในการประเมินผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ			
3. พยาบาลวางแผนการดูแลช่องปาก โดยการจัดระดับคะแนนจากการประเมิน และวางแผนความถี่ในการประเมินช่องปากตามแนวปฏิบัติในครั้งต่อไป และการทำความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยแต่ละราย			
4. พยาบาลมีการบันทึกการประเมินสภาพช่องปาก โดยการรวมคะแนน และจัดระดับสุขภาพช่องปาก วางแผนความถี่ในการประเมินช่องปากครั้งต่อไป และการทำความสะอาดช่องปาก ลงใน Kardex การดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อส่งเวรแก่พยาบาลคนอื่น ๆ			

แบบบันทึกการสังเกต

การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

หมวดที่ 2 ผลลัพธ์และอุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก

กิจกรรมการปฏิบัติ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1. พยาบาลได้มีการจัดเตรียมผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม*			
2. พยาบาลเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงนุ่ม หัวแปรงเล็ก และหัวมนในการทำความสะอาดช่องปากให้กับผู้ป่วย 2.1 กรณีผู้ป่วยมีฟัน ใสฟันปลอมชนิดถอดไม่ได้ พยาบาลเลือกใช้แปรงสีฟัน ในการทำความสะอาดฟันลิ้น ของผู้ป่วย 2.2. กรณีผู้ป่วยไม่มีฟัน พยาบาลเลือกใช้แปรงสีฟัน ในการทำความสะอาดลิ้นของผู้ป่วย			
3. พยาบาลมีการเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ที่มีฟลูออไรด์ 1,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม			
4. พยาบาลเลือกใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอเฮกซีดีน 0.12% (0.12% Chlorhexidine) และไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			
5. พยาบาลมีการใช้สำลีหรือก๊อชในการทำความสะอาดช่องปากให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถแปรงฟันได้ ซึ่งมีภาวะเลือดออกง่าย หรือมีแผลในช่องปาก			

* หมายเหตุ การเลือกผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากเหมาะสมตามรายละเอียดในคู่มือแนวปฏิบัติ

แบบบันทึกการสังเกต

การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

หมวดที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปาก

กิจกรรมการปฏิบัติ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1. พยาบาลประเมินลักษณะ สภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกตัว การให้ความร่วมมือในการทำควมสะอาดช่องปาก ความเสี่ยงที่อาจเกิดต่อผู้ป่วย และสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย*			
2. ก่อนทำความสะอาดช่องปาก มีการจัดท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศา หรือนั่งตัวตรง หากผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามใด ๆ			
3. พยาบาลมีการดูแลเหมาะสม ก่อนการทำควมสะอาดช่องปาก 3.1 กรณีผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องดูแลในปาก เพื่อป้องกันการสำลักในขณะที่ทำความสะอาดช่องปาก 3.2 กรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 3.2.1 มีการดูแลในปากและในท่อช่วยหายใจ 3.2.2 ตรวจสอบความดันกระเปาะใส่ลมของท่อช่วยหายใจให้อยู่ระหว่าง 20-30 เซนติเมตรน้ำ 3.2.3 ตรวจสอบตำแหน่งความลึกของท่อช่วยหายใจที่บันทึกไว้กับที่มุมปากผู้ป่วย			
4. พยาบาลให้การดูแลความสะอาดของช่องปากของผู้ป่วยแต่ละรายเหมาะสมตามการประเมินสภาพช่องปากและการรักษาของผู้ป่วย ดังนี้			

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุปี

3. วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

4. ระดับปฏิบัติการ.....

5. ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ปี

6. การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกา

เคยได้รับการอบรม ระบุ ปีที่อบรม จาก.....ระยะเวลา.....

ไม่เคยได้รับการอบรม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

คำชี้แจง แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกาไปใช้ โดยทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยใช้ เกณฑ์ ดังนี้

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	เนื้อหาของแนวปฏิบัติเข้าใจได้ง่าย					
2	การใช้แนวปฏิบัตินี้ ทำให้พยาบาลใช้เวลาในการดูแลช่องปากผู้ป่วยเร็วขึ้น					
3	พยาบาลสามารถนำเนื้อหาในแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ได้ทันที					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ทำให้หน่วยงาน ต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม					
5	การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถช่วยให้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้น					
6	การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันของผู้ป่วยได้					
7	การใช้แนวปฏิบัตินี้ ช่วยให้ตัดสินใจในการให้การดูแลช่องปากและฟันของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น					
8	พยาบาลทุกคนในหน่วยงาน สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ได้					
9	การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถช่วยให้วางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา					
10	หน่วยงานต้องจัดหาบุคลากรเพิ่มขึ้น เพื่อประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ					
11	สามารถทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติในการดูแลช่องปากและฟันในทางเดียวกัน					
12	การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลในการดูแลช่องปากและฟันของผู้ป่วยได้					
13	พยาบาลในหน่วยงาน สามารถประเมินสภาพช่องปาก และให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้					
14	การใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานได้					
15	ยินดีและพร้อมที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง					

หัวข้อการประเมิน	วิธีการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน		
		1	2	3
การออกเสียง	การสังเกตและฟังเสียงพูด	เสียงปกติ	เสียงแหบ	พูดคุ้ยได้ลำบากหรือมีอาการเจ็บปวดมากขณะพูด
การกลืน	การสังเกตจากการกลืนอาหาร	การกลืนปกติ	เจ็บปวดเล็กน้อยเวลากลืน	ไม่สามารถกลืนอาหารได้
ริมฝีปาก	สังเกตและสัมผัสริมฝีปาก	นุ่มมีสีชมพูและชุ่มชื้น	แห้งหรือแตก	มีแผลหรือมีเลือดออก
ลิ้น	การมองเห็นสังเกตลักษณะของลิ้น	สีชมพู ชุ่มชื้น และมองเห็นปุ่มบนลิ้น	มีคราบเกาะที่ลิ้นหรือไม่พบปุ่มบนลิ้น ลิ้นเงา โดยมีหรือไม่มีรอยแดง	มีตุ่มพองหรือแผลแตก
น้ำลาย	การใช้ไม้กีดลิ้นสอดเข้าไปในช่องปากปากและบริเวณกลางลิ้นและใต้ลิ้น	น้ำลายใส	น้ำลายเหนียวข้น	ไม่มีน้ำลาย
เยื่อช่องปาก	การสังเกตเนื้อเยื่อในช่องปาก	สีชมพู และชุ่มชื้น	มีสีแดงหรือคราบเกาะสีขาว โดยที่ไม่มีแผล	มีแผล โดยมีหรือไม่มีเลือดออก
เหงือก	การสังเกตลักษณะของเหงือกและการซักถาม	สีชมพู เป็นเงาและอ่อนนุ่ม	บวมโต มี/ไม่มีอาการแสดงของการอักเสบ	มีเลือดออกเองหรือมีเลือดออกจากการกระทบกระแทก
ฟันแท้หรือฟันปลอม	การสังเกตลักษณะฟันแท้หรือฟันปลอม	สะอาดและไม่มีคราบ	มีคราบจุลินทรีย์บริเวณซอกฟัน	มีคราบจุลินทรีย์เกาะโดยทั่วไปตลอดแนวเหงือก

ภาคผนวก จ
แบบประเมินสุขภาพช่องปาก

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. เพศ.....
2. อายุ.....ปี
3. วันที่เข้ารับการรักษา.....
4. การวินิจฉัยโรค.....
5. การได้รับการรักษาด้วยยา.....
6. การใส่ท่อช่วยหายใจ ใช่ (รวมถึง Tracheostomy) ไม่ใช่
7. ระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) E=..... M =..... V =..... รวม..... คะแนน
8. คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันคะแนน
9. ข้อมูลทางปฏิบัติการ: ค่าของเกร็ดเลือด เท่ากับ.....
10. สัญญาณชีพ BT.....C PR...../min RR...../min BP..... mmHg

ตอนที่ 2 แบบประเมินสภาพช่องปาก

คำชี้แจง แบบประเมินสภาพช่องปาก เป็นแบบประเมินภายในช่องปาก โดยการสังเกตและใช้เครื่องมือในการประเมิน โดยทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับสภาพช่องปากของผู้ป่วย

หัวข้อการประเมินประกอบด้วย การออกเสียง การกลืน ริมฝีปาก ลิ้น ต่อมน้ำลาย เยื่อในปาก ฟันแท้หรือฟันปลอม แต่ละหัวข้อมีเกณฑ์การประเมิน 1 ถึง 3 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน เท่ากับ ปกติ
- 2 คะแนน เท่ากับ มีการเปลี่ยนแปลงในช่องปากแต่ยังไม่สูญเสียหน้าที่
- 3 คะแนน เท่ากับ มีการเปลี่ยนแปลงในช่องปากจนเกิดการสูญเสียหน้าที่

ตอนที่ 3 แบบบันทึกคะแนนของการประเมินสภาพช่องปาก

องค์ประกอบ การประเมิน	ลักษณะ	คะแนน	คะแนนที่ได้จากการประเมิน						
			วันที่						
			1	3	5	7	9	11	13
			ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป
เสียง	ปกติ	1							
	แหบ	2							
	พูดคุยได้ลำบากหรือมีอาการเจ็บปวดมากขณะพูด	3							
การกลืน	การกลืนปกติ	1							
	เจ็บปวดเล็กน้อยเวลากลืน	2							
	ไม่สามารถกลืนอาหารได้	3							
ริมฝีปาก	นุ่มมีสีชมพูและชุ่มชื้น	1							
	แห้งหรือแตก	2							
	มีแผลหรือมีเลือดออก	3							
ลิ้น	สีชมพู ชุ่มชื้น และมองเห็นปุ่มบนลิ้น	1							
	มีคราบเกาะที่ลิ้น ไม่พบปุ่มบนลิ้น ลิ้นเงา มีหรือไม่มีรอยแดง	2							
	มีตุ่มพองหรือแผลแตก	3							

ภาคผนวก จ

ปัญหาและอุปสรรคการใช้แนวปฏิบัติ

ตารางแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลตามประเด็นปัญหา และอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพาไปใช้ (N = 18)

ประเด็นปัญหาอุปสรรค	กลุ่มตัวอย่าง	ตัวอย่างคำพูดประกอบ
1. พยาบาลปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ จากภาระงานที่มาก	14	<p>“แปร่งฟันให้ผู้ป่วยได้แค่ช่วง morning care อย่างเดียว เวลาอื่นบางที่ทำบ้างไม่ทำบ้าง” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 4</p> <p>“ช่วงเวรป่วยส่วนใหญ่ยุ่ง เคสรับใหม่ รับย้าย ก็ไม่ได้ทำตามแนวปฏิบัติ” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 7</p> <p>“เวรเช้าส่งคนไข้ ออกนอกตึกเยอะ บางทีก็ทำตามแนวปฏิบัติไม่ครบขั้นตอน” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 3</p> <p>“ช่วงนี้ ventilator 8 ตัว เวรป่วย ดึก พยาบาล 4 คน บางทีก็ทำไม่ทัน ทำให้ไม่ได้ทำตามแนวปฏิบัติ” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 13</p>
2. พยาบาลบันทึกการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง	6	<p>“วันไหนยุ่ง บางทีรับ order ก็จะไม่ทัน เลยไม่ได้บันทึก” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 8</p> <p>“ลงบันทึกตามแนวปฏิบัติได้ ถ้าไม่ยุ่ง แต่คงได้เป็นบางครั้ง” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 10</p> <p>“บางเวรที่ยุ่ง ไม่ได้ทำ เลยไม่รู้จะบันทึกยังไง” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 2</p>
3. พยาบาลไม่สามารถให้ความรู้แก่ญาติตามแนวปฏิบัติได้ ในกรณีไม่พบญาติและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	4	<p>“ถ้าสอนญาติคนไข้ที่ใส่ท่อ อาจจะเสี่ยงสำคัญได้ ถ้าญาติแปร่งฟันเอง แล้วพยาบาลไม่ได้ดู” กลุ่มตัวอย่างคนที่ 7</p>

สรุปประเด็นปัญหา และอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. ภาระงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลจำนวน 11 ราย ได้ให้ความคิดเห็นว่าการะงานที่มาก เร่งรีบ และต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ เช่น การกู้ชีพ การเตรียมย้ายเข้าหน่วยวิกฤติ รวมถึงการติดตามผู้ป่วยไปทำหัตถการที่อาจมีความเสี่ยงในระหว่างเดินทางตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จึงทำให้เป็นอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากไปใช้อย่างครบถ้วนทุกหมวดกิจกรรม ตัวอย่างคำพูด เช่น “ช่วงนี้ ventilator 8 ตัว เวิร์บ่าย ดึก พยาบาล 4 คน บางทีก็ทำไม่ทัน” และ “แปร่งฟันได้แค่ช่วง morning care อย่างเดียว” ด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลต้องมีการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยในความรับผิดชอบทั้งหมด ซึ่งประสบการณ์ในการทำงาน อาจทำให้การบริการการดูแลได้ไม่เท่ากัน ตัวอย่างคำพูด เช่น “ยุ่งเคสเดียวก็ไม่ต้องทำอะไรแล้ว” รวมถึงภาระงานในช่วงเวลาด่าง ๆ เช่น “ช่วงเวรบายส่วนใหญ่ยุ่ง เคสรับใหม่ รับย้าย ย้าย icu ก็ไม่ได้ทำ” และ “เวรเช้าส่งคนไปช้อกนอกตึกเยอะ บางทีก็ไม่ได้ทำ” ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลต้องหัตถการอื่น ๆ ก่อนการดูแลสุขภาพช่องปาก หรืออาจมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ แต่ไม่ครบถ้วนตามขั้นตอน

2. การบันทึกการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ พยาบาลจำนวน 6 ราย ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาล พยาบาลเห็นความสำคัญในการบันทึก เพื่อส่งต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง แต่ในทางปฏิบัติสามารถทำได้น้อย เนื่องจากภาระงานที่มาก ต้องลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย รวมถึงความรับผิดชอบในงานเอกสารต่าง ๆ เช่น ใบบินปรึกษา LAB บันทึกการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ บันทึกไบบยา และอื่น ๆ เป็นต้น ทำให้การบันทึกตามแนวปฏิบัติอาจจะเป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่พยาบาล ดังตัวอย่าง เช่น “รับ order ก็จะไม่ทันอยู่แล้ว” และ “ลงบันทึกได้ ถ้าไม่ยุ่ง แต่คงได้เป็นบางครั้ง”

3. การให้ความรู้เพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ญาติหรือผู้ดูแล พยาบาลจำนวน 6 ราย ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสอนญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลช่องปาก สามารถทำได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือต้องใส่ท่อทางหลอดลมกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งมีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ตัวอย่าง เช่น “ถ้าสอนญาติคนไข้ที่ใส่ท่อ อาจจะเสี่ยง” รวมถึงปัญหาจากปัจจัยด้านความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแล ที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน หรือการไม่มีเวลา

ของญาติในการดูแลผู้ป่วย เช่น “เจอญาติแค่วันแรก หลังจากนั้นไม่เจออีกเลย” ทำให้การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ญาติหรือผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติของพยาบาล

ภาคผนวก ข

แบบขออนุญาตจริยธรรมวิจัย



COA No. 091/2019
 IRB No. 396/61

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถนนพรราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานจัดการ
 โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนคือเป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki,
 The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good
 Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนาและประเมินผลแบบปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า
 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุภากร พงศบุญ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

วิธีบทวน : คณะกรรมการเห็นชอบ

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการ
 โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี


เอกสารรับรอง :


1. โครงการวิจัย Version 3 Date 11/12/2561
2. โครงการวิจัยฉบับแก้ไข Version 2 Date 7/11/2561
3. เอกสารชี้แจงคำอธิบายสำหรับพยาบาลผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3 Date 11/12/2561
4. เอกสารชี้แจงคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3 Date 11/12/2561
5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 7/11/2561
6. เอกสารชี้แจงคำอธิบายสำหรับผู้สมัครขอรับ Version 3 Date 11/12/2561
7. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับผู้สมัครขอรับ Version 2 Date 7/11/2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านท้ายสุด (ผู้ดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



8. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล Version 2 date 7/11/2561
9. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟันผุ Version 2 date 7/11/61
10. ขอบระมาณโครงการวิจัย
11. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Miss Supapom Plaibun
 - Waraporn Kongsuwan, RN, PhD.
 - Assist.Prof. Dr. Jintana Damklang

ลงนาม 
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ อภิชาติ วสุรัตน์)
 รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 
 (รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.อรอนงค์ กุณะพิพัฒน์)
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 24 มกราคม 2562
 วันหมดอายุ : 23 มกราคม 2563

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย | ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. ทันตแพทย์ ปกรณ์ จิตรกฤษฎากุล | กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไม้แก่น ปัตตานี |
| 3. ดร. เอมอร แสงศิริ | ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล

นางสาวสุภาพร พลายบุญ

รหัสประจำตัวนักศึกษา

5910420057

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

2553

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง

พยาบาลปฏิบัติการ

สถานที่ทำงาน

หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

พ.ศ. 2554 ถึงปัจจุบัน