

การพัฒนาแบบแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด

นิภา แสงกิตติไพบูลย์	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
บุศรินทร์ เเผด็จทุกข**	พย.บ., บธ.ม. (บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต)
อนงค์ สง่าเนตร**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ภัทรมน โพธิ์วีเชียร***	ท.บ. (ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต)

(รับ: 18 กันยายน 2568, แก้ไข: 21 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 28 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด ดำเนินการ 3 ระยะ คือ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบฯ และ (3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ประชากรระยะที่ 1 คือ เวชระเบียนผู้ป่วย 260 คน กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด กลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน (2) พยาบาลวิชาชีพ 27 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ (1) เกณฑ์คะแนนทำนายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (2) คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาล (3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ค่า IOC เท่ากับ 0.96, 0.96, 0.98 ตามลำดับ เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ระยะที่ 1) ค่า IOC เท่ากับ 1 แบบประเมินความรู้การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ AP และแบบสอบถามพยาบาลด้านประโยชน์ของรูปแบบการดูแล มีค่า IOC เท่ากับ 0.98, 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75, 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Chi-square และ stepwise ทดสอบความแตกต่างด้วย Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา พบปัจจัยด้านอายุ สถานะสมรรถภาพ (ECOG) ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ สุขอนามัยช่องปาก ตำแหน่งของเนื้องอก สูตรยา Carboplatin และการให้อาหารทางสายยางมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รูปแบบการดูแลฯ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาล และ (2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย/ ผู้ดูแล การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า อุบัติการณ์ของภาวะปอดอักเสบจากการสำลักลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p .96$) แต่ความรุนแรงของภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก และระยะเวลาเฉลี่ยในการฉายรังสี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$ และ $p < .001$, ตามลำดับ) คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และพยาบาลมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งว่ารูปแบบการดูแลนี้มีประโยชน์

คำสำคัญ: ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก มะเร็งศีรษะและลำคอ รูปแบบการดูแลตามเกณฑ์คะแนนทำนาย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

Corresponding author E-mail: nipa966@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

*** ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

Development of care model for the risk group of aspiration pneumonia based on a predictive scoring system in advanced head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy.

Nipa Sangkittipaiboon* M.N.S. (Nursing Administration)
 Busarin Pardettook** B.N.S., M.B.A. (Master of Business Administration)
 Anong Sanganate** M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)
 Pattaramon Powichean*** D.D.S. (Doctor of Dental Surgery)

(Received: September 18, 2025, Revised: October 21, 2025, Accepted: October 28, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation, develop, and evaluate the effectiveness of a care model for individuals at risk of aspiration pneumonia based on predictive scoring criteria among patients with advanced head and neck cancer receiving radiotherapy and chemotherapy. The study was conducted in three phases: (1) situation analysis, (2) care model development, and (3) evaluation of the model's effectiveness. Phase 1 involved a review of 260 patient medical records. In Phase 3, purposive sampling was used to select the participants, including: (1) 36 patients in the experimental group and 36 in the control group, all diagnosed with advanced head and neck cancer undergoing radiotherapy and chemotherapy, and (2) 27 registered nurses. The research instruments consisted of: (1) predictive scoring criteria for identifying at-risk patients, (2) a nursing care model manual, and (3) a self-care manual for patients, with IOC values of 0.96, 0.96, and 0.98, respectively. Data collection tools included: a patient information record form for Phase 1 (IOC = 1.00); a self-care knowledge assessment for patients at risk of aspiration pneumonia (IOC = 0.98; Cronbach's alpha = 0.75); and a nurse questionnaire evaluating the usefulness of the care model (IOC = 0.98; Cronbach's alpha = 0.95). Descriptive statistics were used to analyze general data. Risk factors were analyzed using Chi-square and stepwise methods. Differences between groups were tested using the Wilcoxon signed-rank test.

The findings revealed that age, performance status (ECOG), body mass index, alcohol consumption, oral hygiene, tumor location, Carboplatin-based chemotherapy regimen, and tube feeding were significantly associated with the occurrence of aspiration pneumonia ($p < 0.05$). The developed care model consisted of two components: (1) a nursing care model manual, and (2) a patient/caregiver self-care manual. Evaluation of the model's effectiveness showed that although the incidence of aspiration pneumonia decreased, the reduction was not statistically significant ($p = .96$). However, the severity of aspiration pneumonia—particularly moderate to severe cases—and the average duration of radiotherapy were significantly reduced ($p < .05$ and $p < .001$, respectively). Additionally, patient/caregiver self-care knowledge scores increased significantly ($p < .001$). Nurses also strongly agreed that the care model was beneficial.

Keywords: Aspiration pneumonia, Head and neck cancer, Predictive score-based care model

* Registered Nurse, Lop Buri Cancer Hospital, Corresponding author E-mail: nipa966@gmail.com

** Registered Nurse, Lop Buri Cancer Hospital

*** Dentist, Lop Buri Cancer Hospital

บทนำ

มะเร็งศีรษะและลำคอ (Head and Neck Cancer หรือ HNC) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วย HNC ระยะลุกลาม การให้รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด (Concurrent Chemoradiotherapy, CCRT) เป็นมาตรฐานการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค CCRT มักทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง โดยเฉพาะภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งอาจคงอยู่เป็นเวลานาน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia, AP)¹ ภาวะ AP เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วย HNC ที่ได้รับการรักษาด้วย CCRT มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้ง พังผืด และความเสี่ยงหายของเส้นประสาทที่เกิดจากการรักษา ทำให้การกลืนบกพร่องอย่างรุนแรง มีโอกาสเกิด AP ซึ่งนำไปสู่ระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้น ส่งผลเสียต่อการควบคุมมะเร็งและลดโอกาสในการรักษาให้หายขาด นอกจากนี้ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต² ปัจจุบันมาตรฐานการดูแลภาวะกลืนลำบากและ AP มักเป็นการจัดการภาวะแทรกซ้อนแบบเชิงรับ และยังมีข้อจำกัดอื่นๆ เช่น การขาดมาตรฐานที่ชัดเจนและข้อจำกัดด้านอัตราการเข้าถึง การใช้แนวทางการป้องกันเพียงแบบเดียวสำหรับผู้ป่วยทุกคน ทำให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ การนำรูปแบบการดูแลที่แบ่งตามระดับความเสี่ยงมาใช้ จึงเป็นการแบ่งเบาภาระงาน ทั้งยังสามารถเปลี่ยนการดูแลจากเชิงรับเป็นการบูรณาการเชิงรุกและปรับให้เป็นแผนการดูแลส่วนบุคคลตั้งแต่เริ่มต้น³

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีอุบัติการณ์ภาวะ AP ในผู้ป่วย HNC ระยะลุกลามที่ได้รับ CCRT ในปีงบประมาณ 2564-2566 ถึงร้อยละ 17.69 (52 จาก 294 ราย) และภาวะ AP ยังเป็นการติดเชื้อที่สูงที่สุดของโรงพยาบาลในช่วง

5 ปีที่ผ่านมา แม้จะมีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่แนวทางทั่วไปยังขาดความเฉพาะเจาะจง การดูแลยังคงแยกส่วนกัน และมาตรการป้องกันขาดมาตรฐาน โดยเฉพาะการดูแลที่มุ่งเน้นที่การจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังจากเกิดขึ้นแล้ว มากกว่าการป้องกันเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁴ เรื่องการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก โดยใช้เกณฑ์คะแนนทำนายในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันเชิงรุก แนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษา⁵ เรื่องประสิทธิภาพของระบบการให้คะแนนสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของระบบ Search Out Severity (SOS) และ National Early Warning Score (NEWS) ในการทำนายภาวะใส่ท่อช่วยหายใจหรือการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยสูงอายุ การพัฒนาในงานวิจัยนี้บูรณาการกรอบแนวคิดที่สำคัญสองประการเข้าด้วยกัน ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory, SMT)⁶ ประกอบด้วยปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความเจ็บป่วย เช่น อายุ สมรรถนะสมรรถภาพ (Eastern Cooperative Oncology Group; ECOG) และตำแหน่งมะเร็ง เป็นต้น) ประสพการณ์อาการ และการจัดการอาการ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น การประยุกต์ใช้ SMT ช่วยให้สามารถเข้าใจว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ก่อนหน้ามีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาการและกำหนดความจำเป็นของการพยาบาลเฉพาะบุคคล ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ในกลุ่มเสี่ยงสูง และทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory) ของ Kanter (1993)⁷ ซึ่งมุ่งเน้นการให้ข้อมูล การสนับสนุน

และทรัพยากรแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสร้างคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในรูปแบบการดูแลนี้ จึงเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเอง

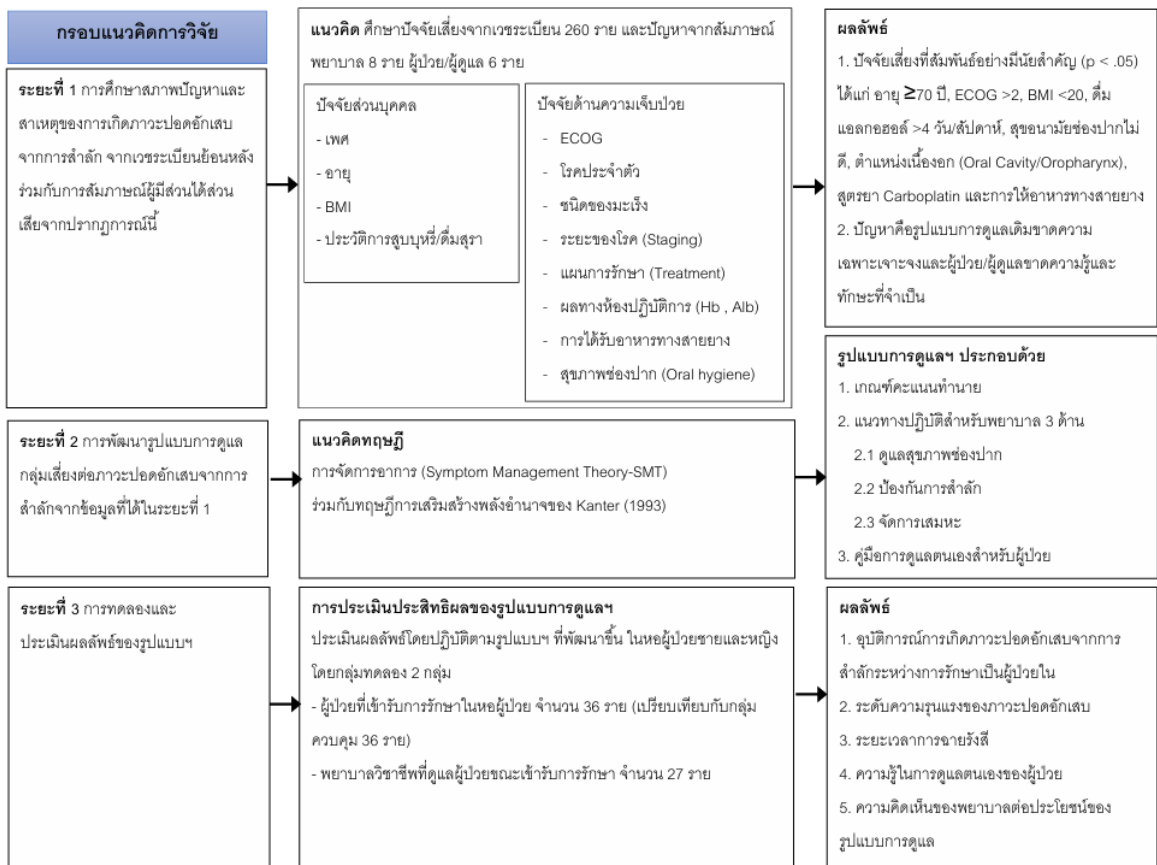
วัตถุประสงค์

- 1. เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักและปัญหาของรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด
- 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก พัฒนารู้น จากแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory, SMT)⁶ ประกอบด้วย ปัจจัยที่มีอิทธิพล ประสิทธิภาพอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Kanter (1993)⁷ ประกอบด้วย การให้ข้อมูล การให้การสนับสนุน และการให้ทรัพยากรแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ดังแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะของการวิจัย ดังนี้

ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด เข้ารับการรักษามะเร็ง

ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากสูตร Sample size calculation for surveys (For Qualitative variable) โดยใช้ค่าความ ชุก จากงานวิจัย เรื่อง Quantitative prediction of aspiration risk in head and neck cancer patients treated with radiation therapy⁸ ได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง 246 ราย แต่เพื่อให้ข้อมูลมีความแม่นยำ จึง ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังทั้งหมดระหว่าง เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 260 ราย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล ใช้ข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และพัฒนารูปแบบโดย บุรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ และทฤษฎีการ จัดการอาการ การเสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างเกณฑ์ คะแนนทำนายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง แนวทางปฏิบัติสำหรับ พยาบาล และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 เกณฑ์คะแนนทำนายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะ AP

2.2 คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติการดูแลสำหรับ พยาบาล 2) แบบบันทึกการให้การพยาบาลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูงตามเกณฑ์คะแนนทำนาย 3) คู่มือการ ดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลลัพธ์ของ รูปแบบการดูแล ได้แก่

1) กลุ่มควบคุม คือ เวชระเบียนย้อนหลัง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 คำนวณขนาดตัวอย่างใช้ Sample size for interventional study (qualitative variable) ใช้ค่า ความชุกจากข้อมูลการวิจัย เรื่องผลของแนวปฏิบัติ ทางพยาบาลสำหรับป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อ Acinetobacter baumannii ชนิดดื้อยา ต้านจุลชีพหลายขนาน ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ⁹

ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

โดยนำค่าอุบัติการณ์ VAP ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย เลือกกลุ่ม ตัวอย่างโดยการจับสลากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ในระยะลุกลาม และมีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ คะแนนทำนาย มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การยุติ คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการรักษาครบ ตามแผนการรักษา หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

2) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ เป็นผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง 36 ราย เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับ เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มควบคุม

3) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการ ดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ในหอ ผู้ป่วยชายและหญิง ระหว่างวันที่ 19 กันยายน 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง รวม 27 ราย เป็นพยาบาลทุกคนที่เข้าเกณฑ์ การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ มีประสบการณ์ การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสี รักษาและเคมีบำบัด ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัด ออกกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจน สิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบ คุณภาพ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม ตามระยะของการวิจัย และ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีรักษาและ มะเร็งวิทยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม และ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านโรคมะเร็ง 3 ท่าน และมีการปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิด ภาวะปอดอักเสบจากการสำลักและปัญหาของ

รูปแบบการดูแลรูปแบบเดิม เครื่องมือที่ใช้มี 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ข้อมูลส่วนบุคคล 19 ข้อ และผลลัพธ์การเกิดภาวะ AP 1 ข้อ) มีค่า IOC เท่ากับ 0.96 2) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์พยาบาล (ครอบคลุม 4 ประเด็น) มีค่า IOC เท่ากับ 1 3) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีค่า IOC เท่ากับ 0.96

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มี 3 ชุด ได้แก่ 1) เกณฑ์คะแนนทำนายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะ AP 2) คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาล มีค่า IOC เท่ากับ 0.96 ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติการดูแลสำหรับพยาบาล และแบบบันทึกการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตามเกณฑ์คะแนนทำนาย 3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีค่า IOC เท่ากับ 0.98

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบฯ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ผลลัพธ์การเกิดภาวะ AP 1 ข้อ ระดับความรุนแรงของภาวะ AP 1 ข้อ) ค่า IOC เท่ากับ 1 2) แบบประเมินความรู้ เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ AP มีค่า IOC เท่ากับ 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 3) แบบสอบถามพยาบาลด้านประโยชน์ของรูปแบบการดูแลฯ มีค่า IOC เท่ากับ 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด ดำเนินการ ดังนี้ 1) ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะ

ลุกลามที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 260 ราย 2) สัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ 8 ราย เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลเดิม ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับขั้นตอนและแนวทางการดูแล การพัฒนาแนวทางปฏิบัติของพยาบาล การพัฒนาศักยภาพของพยาบาล และการพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 3) สัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล 6 ราย เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลเดิมที่เคยได้รับและรูปแบบการดูแลที่ต้องการ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ มีขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดปัญหาจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ AP และจากการประชุมกลุ่มกับพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) สร้างเกณฑ์คะแนนทำนายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะ AP 3) พัฒนารูปแบบฯ โดยบูรณาการประเด็นที่ได้จากการประชุมกลุ่มระดมสมองและการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ คำที่ใช้สืบค้น คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ การสูดสลับ การฝึกกลืน การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันและการจัดการเสมหะ สืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed ScienceDirect และ Google Scholar กำหนดเกณฑ์คัดเลือก คือ งานวิจัย แนวปฏิบัติ หรือการสังเคราะห์วรรณกรรมฉบับเต็มที่เผยแพร่ปี 2015 – 2023 ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 14 เรื่อง ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิจัยเชิงทดลอง (Level 1) 9 เรื่อง การวิจัยกึ่งทดลอง (Level 2) 2 เรื่อง การวิจัยเชิงวิเคราะห์ติดตามไปข้างหน้า (Level 3) 3 เรื่อง¹⁰ นำข้อมูลมาสังเคราะห์และสรุปเชิงเนื้อหาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า วิธีการที่มีประสิทธิภาพ คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการสูดสลับ และการจัดการเสมหะ 4) ทดลองใช้ นำรูปแบบฯ ไป

ทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพ โดยการอธิบายและตอบข้อซักถาม ใช้เวลา 120 นาที 5) ประเมินผลการทดลองใช้ 6) สรุปและปรับปรุงรูปแบบ

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยมีกลุ่มควบคุม คือ เวชระเบียนย้อนหลังระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 จำนวน 36 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลาก กลุ่มทดลองคัดเลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน 36 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยชายและหญิง ระหว่างวันที่ 19 กันยายน 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 รวม 27 คน ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยให้พยาบาลวิชาชีพ ใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการใช้จริงระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงกรกฎาคม 2568 ให้การพยาบาลตามรูปแบบฯ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตามเกณฑ์คะแนนทำนายและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการล้ม และการจัดการเสมหะ พร้อมกับการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแนวทางในคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยประเมินความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการสอนและประเมินอีกครั้งวันก่อนจำหน่าย เก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแจกแบบสอบถามพยาบาลด้านประโยชน์ของรูปแบบการดูแลฯ เมื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างครบแล้ว

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เลขที่ REC 040/67 ลงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2567 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม และมีสิทธิในการ

ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เก็บข้อมูลเป็นความลับ รายงานและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ด้วยการทดสอบ Chi-square หรือการทดสอบ Fisher's Exact

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ สร้างเกณฑ์คะแนนทำนายการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด โดยวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Logistic Regression Analysis และใช้ stepwise variable selection method นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะ AP มาใช้สร้างเกณฑ์คะแนนทำนายจากค่า odds ratio จากนั้นตรวจสอบความถูกต้อง (Validation) ของคะแนนทำนายด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบบรูทสเตรป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลฯ

1) ทดสอบความแตกต่างระหว่างอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักระหว่างรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้รูปแบบฯ โดยการทดสอบ Chi-Square

2) ทดสอบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการหายใจในผู้ป่วยในและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้รูปแบบฯ โดยนำข้อมูลมาทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติ Wilcoxon rank-sum test

3) ทดสอบความแตกต่างระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะปอดอักเสบจากการสำลักระหว่างรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้รูปแบบฯ โดยใช้ Adjusted Risk

Ratios ระหว่าง Risk of moderate to severe symptoms ในกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุม เฉพาะผู้ป่วยที่เกิดภาวะปวดอักเสบจากการสำลัก โดยใช้สถิติ Adjusted Poisson Regression Model เพื่อควบคุมตัวแปรที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์

4) ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำในกลุ่มเดียวกัน โดยนำข้อมูลมาทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

5) คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ วิเคราะห์โดย One-sample Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยของการเกิดภาวะปวดอักเสบจากการสำลักและปัญหาของรูปแบบการดูแลแบบเดิม

1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ AP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่: อายุ ≥ 70 ปี สถานะสมรรถภาพของผู้ป่วย (ECOG) > 2 ดัชนีมวลกาย (BMI) < 20 การดื่มแอลกอฮอล์ > 4 วันต่อสัปดาห์ สุขอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ตำแหน่งของเนื้องอก (Oral Cavity หรือ Oropharynx) สูตρυาเคมีบำบัดชนิด Carboplatin และการให้อาหารทางสายยาง

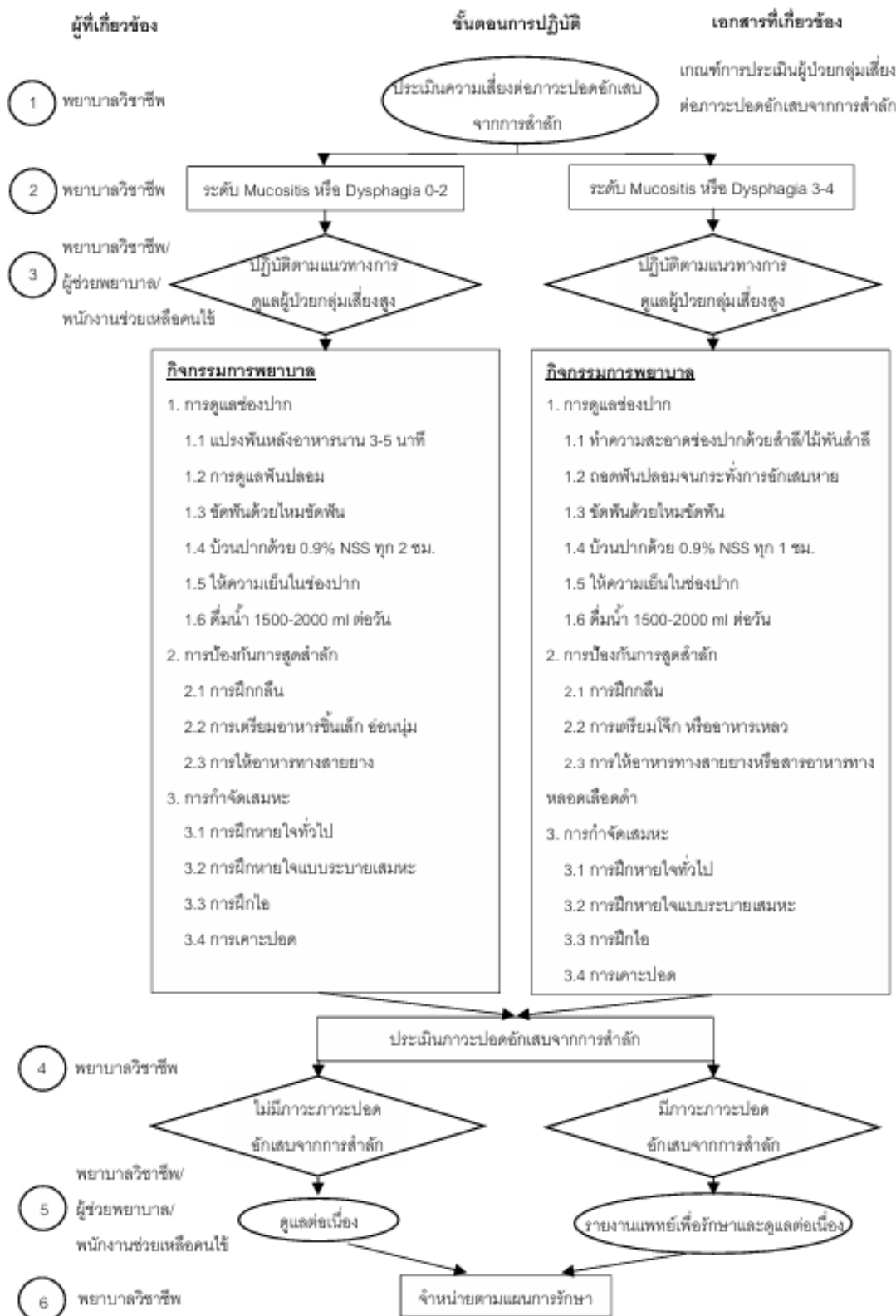
2) ปัญหา คือ แผนในการดูแลยังไม่มีเฉพาะเจาะจงในการดูแลภาวะปวดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คู่มือที่ใช้มีเนื้อหาไม่ครอบคลุมและไม่สะดวกต่อการนำไปใช้จริง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนเนื่องจากขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น พยาบาลให้การดูแลตามความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคล โดยไม่มีแนวทางเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2. รูปแบบการดูแล มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1) คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาลประกอบด้วย

(1) เกณฑ์คะแนนทำนายความเสี่ยงต่อภาวะปวดอักเสบจากการสำลัก จากการวิเคราะห์โดยใช้ stepwise variable selection method เพื่อนำมาใช้สร้างเกณฑ์คะแนนทำนาย ปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ได้แก่ อายุ ≥ 70 ปี (ได้ 4 คะแนน) ECOG > 2 (ได้ 5 คะแนน) Charlson comorbidity index¹¹ > 4 (ได้ 3 คะแนน) ดื่มน้ำ > 4 วัน/สัปดาห์ (ได้ 3 คะแนน) Oral cavity or oropharyngeal cancer (ได้ 4 คะแนน) ใส่สายยางให้อาหาร (ได้ 4 คะแนน) คะแนนรวมสูงสุดจากปัจจัยเหล่านี้ คือ 23 คะแนน โดยกำหนดให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมีคะแนนมากกว่า 6 คะแนนขึ้นไป (Cut-off threshold = 6.51) ความแม่นยำ (Accuracy) ของคะแนนทำนาย มีความสามารถในการจำแนก (Discrimination) จากค่า Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve (AUC-ROC) ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 0.755 และตรวจสอบความถูกต้อง (Validation) จากการทำ Bootstrap 1000 ครั้ง อยู่ที่ 0.756 (95% CI: 0.689 - 0.819) ค่า Sensitivity, Positive Predictive Value, และ Accuracy จากการใช้ Cut-off threshold ดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่าง = 0.71, 0.51, และ 0.71 ตามลำดับ Validation ด้วย Bootstrap 1000 ครั้ง ได้ Mean Accuracy = 0.70 (95% CI: 0.64 - 0.75)

(2) แนวทางปฏิบัติการดูแลสำหรับพยาบาล มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพช่องปาก และทำความสะอาดช่องปาก 2) การป้องกันการสูดสำลัก ผู้ป่วยได้รับการประเมินการกลืน การฝึกการกลืน อาหารทางปากหรือทางสายยาง 3) การจัดการเสมหะ ผู้ป่วยได้รับการประเมินระบบทางเดินหายใจ การฝึกหายใจ การฝึกการไอ และการระบายเสมหะ (ดังแผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการระบอดอีกเสบจากการสำลัก
ตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด

(3) แบบบันทึกการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์คะแนนทำนาย ประกอบ ด้วยแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล มี 3 ด้าน คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการสูดสำลัก และการจัดการเสมหะ

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ พบว่า

1) อุบัติการณ์ AP ก่อนใช้รูปแบบฯ ร้อยละ 52.78 หลังใช้รูปแบบฯ ร้อยละ 44.44 แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted p-value = 0.96)

2) ความรุนแรงของ AP¹² ก่อนใช้รูปแบบฯ มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก 12 ใน 19 ราย หลังใช้รูปแบบฯ พบเพียง 1 ใน 16 ราย (p = 0.04)

3) ระยะเวลาการฉายรังสี ก่อนใช้รูปแบบฯ เฉลี่ย 59.81 วัน หลังใช้รูปแบบฯ เฉลี่ย 53.17 วัน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted p-value < 0.001)

4) คะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง หลังใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่ามัธยฐาน [IQR]: 20 [0.25] VS 4 [2], p < 0.001)

5) คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ สูงกว่าค่ากลางที่อ้างอิงที่ระดับ “เห็นด้วย” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยของการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (AP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ได้แก่ อายุ ≥ 70 ปี

สถานะสมรรถภาพของผู้ป่วย (ECOG) > 2 ดัชนีมวลกาย (BMI) < 20 การดื่มแอลกอฮอล์ > 4 วันต่อสัปดาห์ สุขอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ตำแหน่งของเนื้องอก, สูตรยาเคมีบำบัดชนิด Carboplatin และ การให้อาหารทางสายยาง สอดคล้องกับการศึกษา^{13,14,15} ส่วนปัญหาของรูปแบบการดูแลแบบเดิม จากการสนทนากลุ่มกับพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล สรุปได้ว่าแผนการดูแลภาวะ AP สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในขณะนั้นมีลักษณะขาดความเฉพาะเจาะจง แนวทางปฏิบัติเดิมจะใช้กับประชากรทุกกลุ่มโรค ซึ่งไม่เพียงพอต่อพยาธิสรีรวิทยาที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁶ ที่พบว่าแนวทางทั่วไปไม่เพียงพอต่อพยาธิสรีรวิทยาที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้การดูแลยังคงกระจัดกระจายและขาดการบูรณาการ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁷ รวมถึงเน้นการแก้ไขมากกว่าการป้องกัน มาตรฐานการดูแลมักเป็นการจัดการภาวะแทรกซ้อนแบบเชิงรับหรือเริ่มดำเนินการเมื่อภาวะ AP เกิดขึ้นแล้ว สอดคล้องกับการศึกษา¹⁸ ข้อจำกัดด้านเครื่องมือและความรู้ คู่มือที่ใช้มีเนื้อหาไม่ครอบคลุมและไม่สะดวกต่อการนำไปใช้จริง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนเนื่องจากขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น และพยาบาลให้การดูแลตามความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคล โดยไม่มีแนวทางเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย เกณฑ์คะแนนทำนายความเสี่ยง แนวทางปฏิบัติการดูแลสำหรับพยาบาล และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เกณฑ์คะแนนทำนายความเสี่ยงสร้างจากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงหลายตัวแปรเพื่อ

ระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีความสำคัญในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเปลี่ยนจากการจัดการเชิงรับไปสู่แนวทางเชิงรุกและการป้องกัน ค่า AUC ของเกณฑ์คะแนนทำนายที่ 0.756 (95% CI: 0.689 - 0.819) บ่งชี้ถึงความสามารถในการจำแนกที่ดี ค่า Cut-off threshold ที่ 6.51 ยังเป็นค่าที่เหมาะสมที่สุดในการแยกกลุ่มเสี่ยง ให้ค่า Mean Accuracy = 0.70 (95% CI: 0.64 – 0.75) ที่เหมาะสมในการ screening เบื้องต้น สอดคล้องกับการศึกษา¹⁹ ที่พบว่า การใช้เกณฑ์คะแนนทำนายที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถดูแลเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางปฏิบัติการดูแลสำหรับพยาบาลและคู่มือการดูแลตนเองพัฒนาโดยการบูรณาการประเด็นจากการประชุมกลุ่มและการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (ตั้งแต่ปี 2015–2023) สรุปว่าวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการสูดสำลัก/การกลืน และการจัดการเสมหะ การทบทวนทฤษฎี/วรรณกรรม รูปแบบนี้อิงตามทฤษฎีการจัดการอาการ (SMT)⁶ ซึ่งเน้นว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ก่อนหน้า (เช่น อายุ, ECOG, ตำแหน่งมะเร็ง) มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาการและกำหนดความจำเป็นของการพยาบาลเฉพาะบุคคลตั้งแต่เนิ่น ๆ ในกลุ่มเสี่ยงสูง และทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมุ่งเน้นการให้ข้อมูล การสนับสนุน และทรัพยากร (เช่น คู่มือการดูแลตนเอง) แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความเข้าใจที่ดีขึ้นจะปฏิบัติตามแนวทางที่แนะนำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับรายงานของ Sanivarapu et al.¹⁹

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด อูบัติการณ์ไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 52.78 เทียบกับร้อยละ 44.44, $p = 0.96$) อาจเป็นผลมาจากภาวะกลืนลำบากอย่างรุนแรงที่เกิดจากการรักษา ซึ่ง

ทำให้การสำลักเป็นผลที่หลีกเลี่ยงได้ยากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่รุนแรงนี้ทำให้การป้องกันการสำลักเป็นความท้าทาย แต่ความรุนแรงของ AP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกรณีที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ลดลงจาก 12 ใน 19 ราย เหลือเพียง 1 ใน 16 ราย ($p = 0.04$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่สำคัญของรูปแบบการดูแลในการบรรเทาความรุนแรงและจัดการผลที่ตามมาของการสำลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลต่อระยะเวลาการฉายรังสีสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแล (53.17 วัน เทียบกับ 59.81 วัน, $p < 0.001$) เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาด ตามรายงาน²⁰ ผลต่อความรู้ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ค่ามัธยฐาน [IQR] = 20 [0.25] เทียบกับ 4 [2], $p < 0.001$) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของคู่มือการดูแลตนเอง คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยค่ามัธยฐานในทุกตัวแปรสูงกว่าค่ากลางอ้างอิงที่ระดับ “เห็นด้วย” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การที่พยาบาลมองว่ารูปแบบนี้ใช้งานได้ง่ายและมีประโยชน์ถือเป็นสิ่งสำคัญต่อการนำรูปแบบใหม่ไปใช้ในทางปฏิบัติอย่างยั่งยืน

สรุปได้ว่าการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลที่ครอบคลุมเพื่อป้องกันและดูแลภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลาม แม้ว่ารูปแบบการดูแลจะไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็สามารถลดความรุนแรงของภาวะนี้และลดระยะเวลาการฉายรังสีรักษาลงได้อย่างมาก เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ: ควรนำเกณฑ์คะแนนทำนายความเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักที่พัฒนาขึ้น ไปใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด โดยประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การระบุและจัดกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นไปอย่างแม่นยำและเป็นระบบ

2. การวิจัยในอนาคต ควรมีการบูรณาการเทคนิคการฉายรังสีขั้นสูงซึ่งช่วยลดปริมาณรังสีต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ในขณะที่คงปริมาณ

รังสีที่เหมาะสมต่อปริมาณของก้อนมะเร็ง แนวทางการดำเนินการจะเป็นการวิจัยเชิงสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพัฒนาโปรโตคอลการฉายรังสีแบบใหม่ที่สามารถลดปริมาณรังสีต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนได้

3. การประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ ควรทำการศึกษา ต้นทุน-ประสิทธิผล ของรูปแบบการดูแลนี้ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุนเมื่อเทียบกับการลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อระยะเวลาการรักษาโดยรวม

References

1. Zhang Y, Zhu Y, Wan H. Effectiveness of an evidence-based swallowing facilitation strategy for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer: a study protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open* [serial online] 2024 Jan. [cited 2024 Mar 10];14(1): e072859. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072859>
2. Dwivedi RC, St Rose S, Roe JW, et al. Oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer: how to reduce aspiration pneumonia. *J Laryngol Otol*. [serial online] 2022 Dec [cited 2024 Mar 16]; 136(12): 1064–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36517921/>
3. Baudalet M, Steen LVd, Duprez F, et al. Prophylactic swallowing therapy during head-and-neck cancer radiotherapy: effect of service-delivery mode and overall adherence level on swallowing function and muscle strength—the PRESTO trial. *Radiother Oncol*. [serial online] 2023 Aug [cited 2024 Mar 16]; 2024(193): 110–8. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10957706/>
4. Waneenat Ruesingpisich. Efficacy of Nursing Practice Guideline for Preventing Pneumonia in Elderly Patients with Hip Fracture at Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province. *Pholpolpayuhasena Hosp J*. 2025;13(2):1–19. Thai.
5. Sunee Suwanpasu, Werapattra Praparpak, Sukanya Poonsap. The effectiveness study of the Search out Severity Score and National Early Warning Score for predicting unplanned intubation or intensive care unit admission in older patients in medical wards. *J Nurs Sci Chula*. 2021;33(1):1-20. Thai.
6. Dodd MJ, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs* [serial online] 2001 Mar [cited 2024 Apr 16]; 33(5): 668–76. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
7. Kanter RM. Men and women of the corporation. 2nd ed. New York: Basic Books; 1993.

8. Liu HC, Williamson CW, Zou J, et al. Quantitative prediction of aspiration risk in head and neck cancer patients treated with radiation therapy. *Oral Oncol* [serial online] 2023 Jan [cited 2024 Apr 16]; 136:106247. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2022.106247>
9. Naree Sornchai, Walaiphan Yodnil, Thamachat Inchan, Jaruwan Wongwichawatana, Payoon Weerakieatikul, Siriporn Jancham, et al. Effectiveness of nursing practice guidelines for prevention of pneumonia caused by multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* in patients with mechanical ventilators. *Burapha Nurs J.* 2023;31(4):109–14. Thai.
10. The Joanna Briggs Institute. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2013 [cited 2024 May 25]. Available from: <https://jbi.global/>
11. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* [serial online] 1987 May [cited 2024 May 25]; 40(5) : 373–83. Available from: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
12. National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0 [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2017 [cited 2024 Jun 6]. Available from: https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/adverse_events.htm.
13. Shirasu H, Yokota T, Hamauchi S, et al. Risk factors for aspiration pneumonia during concurrent chemoradiotherapy or bio-radiotherapy for head and neck cancer. *BMC Cancer* [serial online] 2020 Mar [cited 2024 May 26]; 20:182. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-6682-1>
14. Ko CA, Hsu CM, Tsai MS. Pneumonia in patients with head and neck cancer: risk factors and prevention strategies. *Int J Head Neck Sci* [serial online] 2020 December [cited 2024 May 26]; 4(4): 146–55. Available from: [https://doi.org/10.6696/IJHNS.202012_4\(4\).0002](https://doi.org/10.6696/IJHNS.202012_4(4).0002)
15. Kawai S, Yokota T, Onozawa Y, et al. Risk factors for aspiration pneumonia after definitive chemoradiotherapy or bio-radiotherapy for locally advanced head and neck cancer: a monocentric case control study. *BMC Cancer* [serial online] 2017 January [cited 2024 May 28]; 17:59. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3052-8>
16. Xu B, Boero IJ, Hwang L, et al. Aspiration pneumonia after concurrent chemoradiotherapy for head-and-neck cancer. *Cancer* [serial online] 2015 April [cited 2024 May 28]; 121(8):1303–11. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.29207>
17. Chufal KS, Upreti S, Uniyal G. Prevention and management of aspiration pneumonitis in patients undergoing radiotherapy for head and neck malignancies. *Complications of Cancer Therapy: Best Practices in Prevention and Management* [serial online] 2024 [cited 2024 Sep 26]; 137–58. Available from: https://doi.org/10.1007/978-981-97-0402-9_13
18. Zhang Y, Zhang N, Wang X, Wang Y, Zhang Y, Wang S. Evidence summary on the rehabilitative management of dysphagia during radiotherapy for head and neck cancer patients. *Front Oncol*

- [serial online] 2024 Sep [cited 2024 Oct 26]; 14:1429484. Available from: <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1429484>
19. Sanivarapu RR, Vaqar S, Gibson J, Overmeyer KA. Aspiration pneumonia (nursing). StatPearls [serial online] 2024 Mar [cited 2024 May 26]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568770/>.
20. McCloskey SA, Lizerbram D, Lydiatt WM, Lydiatt DD, McGovern S. Quantification of the effect of treatment duration on local-regional failure after definitive concurrent chemotherapy and intensity-modulated radiation therapy for squamous cell carcinoma of the head and neck. Head Neck [serial online] 2012 November [cited 2024 Jun]; 34 (11) : 1591 – 6 . Available from: <https://doi.org/10.1002/hed.21980>