ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

อมรรัตน์ พันธุ์ฤทธิ์ พย.บ.[1], ขันทอง บางเขียว พย.บ.[1],
ธัญลักษณ์ จิตประเสริฐ พย.ม.[2], นันทยา ศิลลา พย.บ.[1]

บทคัดย่อ

ภาวะกลืนลำบากมักเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารได้ง่าย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (Prospective descriptive study design) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก โดยการนำแนวทางการพยาบาล ฯ ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี จำนวน 217 ราย ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2563 เครื่องมือวิจัย คือ 1) แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2) แบบประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก 3) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน 4) แบบตรวจสอบรายการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันประสาทวิทยา และ 5) แบบตรวจสอบรายการประเมินปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า หลังการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความพร้อมและความสามารถในการกลืน และผู้ป่วยทุกรายไม่มีการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การใช้แนวทางการพยาบาลฯ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ แนวทางการพยาบาลฯ นี้สามารถนำไปใช้เพื่อป้องกัน หรือลดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อไป

คำสำคัญ: แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ความสามารถในการกลืน ปอดอักเสบจากการสำลัก

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี

[2] กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* Corresponding author E-mail: tanyalak@bcns.ac.th

วันที่รับ (received) 1 ธ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ส.ค. 2565

The Effect of Nursing Guidelines to Enhancing Swallowing Capacity of Patients with Acute Stroke for Preventing Aspiration Pneumonia

Amornrat Panrit B.N.S.[1], Khunthong Bangkewn B.N.S.[1],
Tanyalak Jitprasert M.N.S.[2], Nanthaya Sinla B.N.S.[1]

Abstract

A common issue among acute stroke victims is dysphagia triggering aspiration pneumonia, and this condition affects patients' lives and health. In this circumstance, the prospective descriptive study design was utilized for this investigation with the main purpose to assess nurse suggestions for enhancing acute stroke patients' ability to swallow to prevent aspiration pneumonia with guidelines from the Neurological Institute of Thailand. To the research methodology, the sample consisted of 217 acute stroke patients who were hospitalized in internal medicine wards and a stroke unit at Saraburi Hospital in Saraburi province from March to September 2020. In addition, the research instruments were 1) the clinical nursing practice guidelines for the stroke of the neurological institute of Thailand 2) the clinical sign of dysphagia assessment 3) the readiness for patients before swallowing assessment 4) the staff swallowing checklist of the neurological Institute of Thailand and 5) the aspiration pneumonia Checklist of patients with acute stroke of the Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Moreover, data were analyzed by using descriptive statistics, and the results revealed that all patients with acute stroke passed the swallowing capacity examination after receiving nursing care with guidelines. Additionally, the development of aspiration pneumonia has not been found in any of the patients with acute stroke. Following the nursing suggestions, it can reduce the likelihood of aspiration pneumonia among patients with acute stroke, and the implementation of the nursing suggestions is, therefore, advised to reduce the risk of aspiration pneumonia development in patients who have recently experienced an acute stroke.

Keywords: nursing guideline, acute stroke, swallowing, aspiration pneumonia

[1] Professional Nurse, Saraburi Hospital

[2] Department of Adult nursing, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author, E-mail: tanyalak@bcns.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและเซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด ปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO)[1] รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2558 – 2561 เท่ากับ 43.3, 48.7, 48.13 และ 47.18 ตามลำดับ[2] ซึ่งอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี และจากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2561 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากร ทั้งในเพศชายและเพศหญิง (ชาย 30,402 ราย หญิง 31,044 ราย) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 1 ในเพศหญิง[3]

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีอุบัติการณ์คิดเป็นร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และหลอดเลือดสมองตีบ เป็นสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักพบความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะมีความพิการอย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างน้อย 1 - 6 เดือนแรกภายหลังเกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง[4] และยังพบว่า ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน[5] นำไปสู่ภาวะกลืนลำบาก

ภาวะกลืนลำบากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 30 - 65[6] ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์การสำลักเพิ่มขึ้นเป็น 11 - 20 เท่าของผู้ป่วยโรคอื่น ๆ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับสองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน[7] โดยเกิดจากการทำลายศูนย์ควบคุมการกลืนของสมองส่วนที่ควบคุมกล้ามเนื้อลายของคอและหลอดอาหารส่วนบน ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและการกลืน อันเนื่องมาจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองหลายคู่ อันได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเม้มริมฝีปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถตวัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง กล้ามเนื้อลิ้นไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ จึงเกิดภาวะกลืนลำบาก[8]

ผลกระทบจากภาวะกลืนลำบากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ภาวะขาดสารน้ำ (Dehydration) และที่สำคัญคือ ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirate pneumonia)[6] ซึ่งการสำลักไม่ว่าจะเป็นการสำลักน้ำ อาหารหรือน้ำลายทำให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค โดยเฉพาะแบคทีเรียกรัมลบ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปอดอักเสบ[9] และทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต[10] นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว พบว่าภาวะกลืนลำบากยังส่งผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา ได้แก่ การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง สูญเสียความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างอิสระ และการที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อหาสาเหตุและความรุนแรงของภาวะกลืนลำบาก ความเสี่ยงในการสำลักอาหารและคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการกลืน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบากลดลง[4]

การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) เป็นผลมาจากการที่มีสารต่าง ๆ ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียที่เจริญเติบโตอยู่ในช่องปากและลำคอ เข้าสู่หลอดลมและปอด[11] ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะแรกภายใน 24 - 72 ชั่วโมง หลังจากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง[12] สาเหตุการเกิดมักสัมพันธ์กับการสำลักจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนลำบาก[13] ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นตัวที่ช้าลง มีจำนวนวันนอนการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานมากขึ้น มีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากกว่า 5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีการสำลัก[14] ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลสระบุรี มีจำนวนไม่เกินเป้าหมายแต่มีอัตราสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี พ.ศ.2560 มีผู้ป่วยจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.62 ปี พ.ศ.2561 จำนวน 8 คน ร้อยละ 0.98 และ ปี พ.ศ.2562 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 0.76 ตามลำดับ[15]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการต่างๆ อาทิ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการกลืน การดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทานอาหาร การฝึกการกลืนและบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน การจัดท่านั่งตรงประมาณ 90 องศา และจัดศีรษะให้เหมาะสมขณะรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ จำกัดเสียง การจัดอาหารที่เหมาะสม การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้คอโล่งหากมีเสียงน้ำในลำคอก่อนรับประทานอาหาร การให้กำลังใจและไม่เร่งรัดผู้ป่วยในการกลืน รวมถึงการดูแลความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหาร[16] สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย ไม่มีอาการสำลักขณะกลืน และยังมีการกำหนดแนวทางออกเป็นระยะในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่ ระยะการประเมินการกลืน ระยะการบริหารกล้ามเนื้อการกลืน ระยะการดูแลขณะรับประทานอาหาร และระยะการประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก[4] ที่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้เป็นอย่างดี ครอบคลุมทั้งการประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนการกลืน การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดให้การพยาบาลซึ่งมีการนำมาใช้ในหอผู้ป่วยบางแห่งได้อย่างเหมาะสม และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้ ทั้งนี้ ในบริบทแนวทางการพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี ยังไม่มีแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ดังนั้น การนำแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ระยะ คือ 1) ระยะของการประเมินการกลืน ได้แก่ การประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน 2) ระยะของการบริหาร กล้ามเนื้อการกลืน ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อการกลืน และการฝึกกลืน 3) ระยะของการดูแลขณะรับประทานอาหาร และ 4) ระยะของการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก มาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนได้อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยง อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในด้านการประเมิน การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จึงเป็นวิธีการที่ควรศึกษาเพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลดังกล่าว และเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่การส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (Prospective descriptive study design) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และมุ่งประเมินความสำเร็จของการกระทำหรือกิจกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการพยาบาลของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยการปฏิบัติการพยาบาล 4 ระยะ คือ

1. ระยะของการประเมินการกลืน มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน

2. ระยะของการบริหารกล้ามเนื้อการกลืน ประกอบด้วย การบริหารกล้ามเนื้อการกลืน ได้แก่ กล้ามเนื้อปาก เช่นเม้มปาก ทำปากจู๋ ฉีกยิ้ม อ้าปากและกล้ามเนื้อลิ้น เช่นแลบลิ้นออกให้สุด ใช้ปลายลิ้นแตะริมฝีปากบน แตะมุมปากขวา ฝึกออกเสียง และการฝึกกลืน โดย Swallowing technique

3. ระยะของการดูแลขณะรับประทานอาหาร โดยดูแลทำความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทานอาหาร จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และไม่เร่งรัดผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร จัดท่าศีรษะสูงและท่านั่ง 90 องศา จัดอาหารที่เหมาะสมคือ ควรเป็นอาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวหนืดให้ผู้ป่วย เช่น โจ๊กข้นปั่นเป็นต้น และวิธีการป้อนอาหาร คือ ตักอาหารประมาณครึ่งช้อนชา หากมีเสียงน้ำในลำคอให้ไอหลาย ๆ ครั้ง ไม่เร่งรัดผู้ป่วย หลังรับประทานอาหารแล้วให้นั่งศีรษะสูง 30 – 60 องศา อย่างน้อย 30 นาที

4. ระยะของการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก โดยใช้แบบประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก[17] การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งระยะที่ 1-3 ประเมินและปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมอง และได้รับการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ ทุกราย หลังจากนั้น 48 ชั่วโมง ทำการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในระยะที่ 4 โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมองและอายุรแพทย์เจ้าของไข้ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความสามารถในการกลืนและการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (Prospective descriptive study design) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 แห่ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 แห่ง และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 แห่ง โรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2563 โดยมีเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 3) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่เริ่มมีอาการตั้งแต่

0 - 72 ชั่วโมง มีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Sale; GCS) > 11 คะแนนขึ้นไป และแพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มรับประทานอาหารหรือยาทางปากได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน ในระยะที่ 1 ของแนวทางการพยาบาลฯ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนในการได้รับการพยาบาลตามแนวทางการทางการพยาบาลฯ จำนวน 217 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 แห่ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 แห่ง และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 แห่ง โรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2563 โดยมีเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 3) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่เริ่มมีอาการตั้งแต่ 0 - 72 ชั่วโมง มีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Sale; GCS) > 11 คะแนนขึ้นไป และแพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มรับประทานอาหารหรือยาทางปากได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน ในระยะที่ 1 ของแนวทางการพยาบาลฯ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนในการได้รับการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ จำนวน 217 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสระบุรี ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 เอกสารรับรองเลขที่ EC0072/2563 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการ และความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมโครงการ พร้อมพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างการศึกษาวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และมีการปกป้องสวัสดิภาพของอาสาสมัครผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลข้อมูลต่างๆในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับคำยินยอมจากอาสาสมัครผู้เข้าร่วมทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[18] โดยนำแนวทางการพยาบาลมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 48 ชั่วโมงแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก พัฒนาโดยทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร์[17] เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ถ้า “มี” หมายถึง ผิดปกติให้ 1 คะแนน “ไม่มี” หมายถึงปกติให้ 0 คะแนน จำนวน 8 ข้อ การแปลความหมายคือ ถ้ามีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนถือว่ามีภาวะกลืนลำบาก มีค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Alpha Cronbach coefficient) เท่ากับ 0.85

3. แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia screening test) พัฒนาโดยสายทิพย์ จ่ายพงษ์[16] เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ “ได้” หรือ “ไม่ได้” จำนวน 8 ข้อ ถ้าคำตอบเป็น “ได้” 7 ข้อขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะกลืน มีค่าความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85

4. แบบตรวจสอบรายการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Staff Swallowing Checklist) ของสถาบันประสาทวิทยา[4] จำนวน 5 ข้อ

5. แบบตรวจสอบรายการประเมินปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนเริ่มการกลืน ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[19] จำนวน 5 ข้อ

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสระบุรี โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมอง ได้รับการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการพยาบาล และมีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติสำหรับการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้ในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน 4 ระยะของการดำเนินกิจกรรม เป็นรายบุคคลตามระยะความก้าวหน้าของโรคในแต่ละราย ซึ่งระยะที่ 1 - 3 ประเมินและปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี หลังจากนั้น 48 ชั่วโมง ทำการประเมินผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวการพยาบาลฯ ในระยะที่ 4 โดยใช้แบบตรวจสอบรายการประเมินปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก ซึ่งประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมองในแต่ละหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแนวการพยาบาลฯ และอายุรแพทย์เจ้าของไข้ผู้ป่วยแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมัธยฐาน และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ร้อยละของระดับความรู้สึกตัว (GCS) คะแนนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (National Institute of Health Stroke Scale; NIHSS) และคะแนนการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมตามแนวทางการพยาบาลฯ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเป็นเพศหญิง ร้อยละ 39.64 เพศชาย ร้อยละ 61.35 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ($\overline{X}$ = 62.41, S.D. = 62.58, MD = 61) สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63 มีรายได้ทุกคนโดยเฉลี่ย 9,162 บาท/เดือน ($\overline{X}$ = 9,162.03, S.D. = 8,225.35) มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 77.63 มีระดับความรู้สึกตัว (GCS) โดยเฉลี่ยทั้งหมด 14 คะแนน ($\overline{X}$ = 14.12, S.D. = 14.17, MD = 11) มีรอยโรคหลอดเลือดสมองที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) ร้อยละ 90.51 มีระดับความรุนแรงทาง

ระบบประสาท (NIHSS) โดยเฉลี่ย 6 คะแนน ($\overline{X}$ = 5.99, S.D. = 6.02, MD =11.5) และภาพถ่ายรังสีทรวงอกแรกรับไม่พบ infiltration ที่ปอด ร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก

ในการดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลฯในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ในระยะที่ 1 การประเมินการกลืน โดยการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ก่อนได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน พบมีผู้ป่วยที่มีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนในการได้รับการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ จำนวน 217 ราย และส่วนใหญ่ผ่านการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ การประเมิน Gag reflex และการประเมิน Swallowing reflex ร้อยละ 100

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน

ดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลฯในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ระยะที่ 1 การประเมินการกลืน โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน พบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการกลืน

ดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลฯในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ในระยะที่ 2 การฝึกกลืน โดยการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการกลืน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ทุกรายมีความสามารถในการกลืน คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 5 ผลการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

ดำเนินการตามแนวทางการพยาบาลฯในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก ในระยะที่ 3 และ 4 หลังจากนั้นทำการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก 48 ชั่วโมงภายหลังได้รับการพยาบาลตามแนวการพยาบาลฯ ซึ่งเป็นการประเมินอาการทางคลินิกโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลอดเลือดสมองและอายุรแพทย์เจ้าของไข้ผู้ป่วย โดยใช้แบบตรวจสอบรายการประเมินปอดอักเสบจากการสำลัก พบว่าผู้ป่วยทุกรายไม่มีอาการทางคลินิกของภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirated pneumonia) คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภายหลังการใช้แนวทางการพยาบาลฯ (n=217)

การประเมิน	ผลการประเมิน	
	มี (คน)	ไม่มี (คน)
ผู้ป่วยมีภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบ New infiltrates	-	217
ผู้ป่วยมีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส	-	217
ผู้ป่วยพบ Leukocytosis (เม็ดเลือดขาว ในเลือดมากกว่า 12,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) หรือ Leukopenia (เม็ดเลือดขาวในเลือดน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	-	217
ผู้ป่วยมีเสมหะเปลี่ยนสี (Purulent secretion) โดยก่อนให้ยาปฏิชีวนะ	-	217
ผู้ป่วยมีผลเสมหะพบเชื้อที่เป็นสาเหตุ	-	217

การอภิปรายผล

ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบากในแต่ละระยะ และผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. แนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก พบว่ามีแนวทางปฏิบัติ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่ามีแนวทางการพยาบาล 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ประกอบด้วย การประเมินการขย้อน (Gag reflex) การเคลื่อนที่ขึ้นลงของไทรอยด์ (Swallowing reflex) การไอ การเปล่งเสียง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า ความแข็งแรงของลิ้น การปิดปาก และความแข็งแรงของขากรรไกร ซึ่งเป็นอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับลักษณะทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[20] ที่มีการระบุลักษณะทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ อาการน้ำลายไหล มุมปากตก การเคี้ยวบกพร่อง การเคลื่อนไหวของลิ้นบกพร่องหรือลิ้นอ่อนแรง การมีเสียงเปลี่ยน เสียงเครือ ไอ ก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืนน้ำหรืออาหาร และเสียงแหบ เป็นต้น โดยจะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยไม่พบอาการทางคลินิก หรือพบอาการผิดปกติไม่เกิน 2 อาการดังกล่าว จะสามารถเตรียมความพร้อมและฝึกกลืนได้อย่างปลอดภัย และไม่เกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ถิ่นจะนะ[21] ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีการประเมินอาการทางคลินิกเพื่อทดสอบภาวะกลืนลำบาก ก่อนเริ่มทดสอบการกลืน ได้แก่ การไอ การกลืนน้ำลาย การเลียริมฝีปาก ความสามารถในการหายใจได้เองไม่หอบเหนื่อย เป็นต้น ก่อนเริ่มการกลืนแล้วสามารถลดอุบัติการณ์การสำลักที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะปอดอักเสบได้

2) ขั้นตอนการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน ประกอบด้วย การมีระดับความรู้สึกตัวดีและตื่น มีการตอบสนองต่อคำพูด ความสามารถควบคุมศีรษะในท่านั่งตัวตรงได้ สามารถควบคุมน้ำลายของตัวเองได้ สามารถไอตามที่บอกได้ สามารถแลบลิ้นและเคลื่อนไปมาได้ สามารถหายใจได้เองโดยไม่เหนื่อย ขณะกลืนมีการขยับขึ้นลงของลูกกระเดือก และสามารถพูดไม่มีเสียงแหบหรือมีเสียงน้ำในลำคอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ บุญคง และคณะ[22] ศึกษาการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: บทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล มีการกล่าวถึงวิธีการส่งเสริมการกลืนตามหลักวิธีอย่างถูกต้อง ควรเริ่มจากการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารและน้ำได้อย่างปลอดภัย ประกอบด้วย 1) การประเมินระดับความรู้สึกตัว 2) การประเมินความสามารถในการทำตามคำบอก 3) การจัดท่านั่งตัวตรงหรือศีรษะสูง 90 องศา 4) การทดสอบการกลืน และ 5) การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการทดสอบการกลืน และเมื่อผู้ป่วยผ่านการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มการกลืนแล้ว จะให้การพยาบาลในเรื่อง 1) การดูแลความสะอาดของปากและฟัน 2) การฝึกบริหารกล้ามเนื้อการกลืน 3) การฝึกการกลืนและการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย 4) การจัดสิ่งแวดล้อม 5) วิธีการป้อนอาหาร และ 6) การประเมินผลขณะดูแลการรับประทานอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเริ่มการกลืน ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย[23]

ระยะที่ 2 ระยะของการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อการกลืน และการฝึกกลืน ที่สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ เนียมชา และคณะ[24] ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยมีการจัดโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการประเมินการกลืน ระยะที่ 2 ระยะการบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืนและการฝึกกลืน โดยการบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน คือ ริมฝีปาก แก้ม ลิ้น และขากรรไกร ระยะที่ 3 ระยะการดูแลขณะรับประทานอาหาร และ ระยะที่ 4 ระยะการประเมินการเกิดการสำลักและปอดอักเสบ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภายหลังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับโปรแกรมดังกล่าว ทั้ง 4 ระยะแล้ว ไม่เกิดการสำลักและปอดอักเสบเลย และสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบาก ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[23] ที่มีการฝึกการกลืนตามแนวทางของ Swallow training Protocol คือ การฝึกการทรงตัวในท่านั่ง และการฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน โดยเฉพาะกล้ามเนื้อปากและใบหน้า

ระยะที่ 3 ระยะของการดูแลขณะรับประทานอาหาร เป็นระยะของการให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกกลืนและรับประทานอาหารทางปาก โดยพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร ได้แก่ 1) ดูแลความสะอาดปากและฟัน ก่อนและหลังการรับประทานอาหาร 2) จัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา 3) จัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร ลดสิ่งกระตุ้นขณะรับประทานอาหาร เช่น ไม่ควรดูโทรทัศน์เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง จัดวางอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็นได้ และให้เวลาในการรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วย 4) ควรเลือกอาหารที่กลืนง่ายที่สุด โดยให้เริ่มอาหารบด หรือปั่นข้น เช่น มันบด สังขยา ต่อมาทดสอบให้อาหารอ่อนข้น เช่น โจ๊ก ข้าวสวยนิ่ม ๆ จนสามารถกลืนได้ดี จึงให้อาหารธรรมดา เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้สุก จนสามารถรับประทานที่เป็นน้ำ ๆ ได้ เช่น น้ำ นม น้ำผลไม้ และ 5) ภายหลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจใช้หลอดดูด หรือใช้ช้อนป้อนให้ดื่มทีละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ซึ่งการเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก

พยาบาลจะสังเกตว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ โดยไม่เกิดการสำลักหรือไม่ จึงเป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการกลืนอย่างหนึ่ง และเป็นการฝึกกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพร ศรีวิลัย และคณะ[25] ที่ศึกษาการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีการทำความสะอาดช่องปากอย่างละเอียดก่อนให้อาหาร หลังอาหาร และก่อนนอน เพื่อลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก การพิจารณาปรับความเข้มข้นของอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากระดับเล็กน้อย และมีความเสี่ยงต่ำของการสำลัก โดยดูแลจัดอาหารประเภทบด ปั่นข้น เช่น มันบด กล้วยบด โยเกิร์ต สังขยา และควรระวังอาหารเหลวหรือเหลวข้น เนื่องจากมีความเสี่ยงในการสำลักสูง รวมทั้งอาหารแข็งและของแห้ง เพราะหากผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนลำบาก จะทำให้เสี่ยงต่อการสำลัก และมีการจัดท่าให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ก้มหน้าลงให้คางชิดอก เพื่อช่วยลดการเปิดกล่องเสียงป้องกันการสำลัก และการศึกษาของจิราวรรณ เนียมชา และคณะ[24] ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล มีการดูแลผู้ป่วยในระยะการดูแลขณะรับประทานอาหาร ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และไม่เร่งรัดผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร การจัดท่าศีรษะสูงและท่านั่ง 90 องศา การทำความสะอาดในช่องปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร การจัดอาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวหนืดให้ผู้ป่วย เช่น โจ๊กข้นปั่น เป็นต้น

ระยะที่ 4 ระยะของการประเมินการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก เป็นระยะของการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ ในการประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่ 1) การพิจารณาจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก 2) อุณหภูมิร่างกาย 3) ผลการตรวจเลือด พบภาวะเม็ดเลือดขาวสูง 4) การมีเสมหะเปลี่ยนสี (Purulent secretion) โดยก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ และ 5) ผลตรวจเสมหะพบเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะปอดอักเสบ ซึ่งช่วยให้ทราบถึงลักษณะการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพร ศรีวิลัย และคณะ[25] ที่ศึกษาการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการประเมินภาวะปอดอักเสบจากการสำลักทุกวันกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากความดูแล โดยมีการประเมินสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ การตรวจร่างกาย โดยการฟังปอด ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ลักษณะของเสมหะ ผลตรวจเพาะเชื้อในเลือดและเสมหะ ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดที่อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง เป็นต้น และการศึกษาของจิราวรรณ เนียมชา และคณะ[24] ศึกษาผลของโปรแกรม การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล มีการประเมินการเกิดการสำลักและปอดอักเสบ ในระยะที่ 4 ของโปรแกรม

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันจะสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ โดยไม่เกิดการสำลักและปอดอักเสบติดเชื้อนั้น จะต้องไม่มีอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก และมีความพร้อมทางร่างกายในการกลืน ได้รับการบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนและฝึกกลืน ตลอดจนการดูแลขณะผู้ป่วยรับประทานอาหาร ก็จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้

2. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลทั้งหมด 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการประเมินการกลืน ระยะที่ 2 ระยะการบริหารกล้ามเนื้อการกลืน ระยะที่ 3 ระยะการดูแลขณะรับประทานอาหาร และระยะที่ 4 ระยะการประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก[23] กล่าวคือ ผู้ป่วยควรได้รับการคัดกรองก่อนเริ่มฝึกการกลืน โดยการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเกิดการสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก ที่มีการตรวจหาความผิดปกติของการกลืนลำบากที่จำเป็นเพื่อสามารถวางแผนในการดูแล รักษาพยาบาล และป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดการสำลัก มีความปลอดภัยในการรับประทานอาหาร จึงควรมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน[21] การบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนและฝึกกลืน เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกลืน และการได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลติดตามดูแลการกลืนขณะรับประทานอาหาร ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยกลืนอาหารอย่างปลอดภัย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ ความสามารถในการกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย และอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักลดลง

ผลการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว ยังเห็นได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมา ดังการศึกษาของ จิราวรรณ เนียมชา และคณะ[24] ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประเมินการกลืน ระยะที่ 2 การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืนและการฝึกกลืน ระยะที่ 3 การดูแลขณะรับประทานอาหาร และระยะที่ 4 การประเมินการเกิดการสำลักและปอดอักเสบ พบว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมไม่เกิดการสำลักและปอดอักเสบเลย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้ และการศึกษาของ วราภรณ์ ถิ่นจะนะ[21] ศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยมีขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากก่อนฝึกการกลืน ขั้นตอนที่ 2 การประเมินเพื่อทดสอบภาวะกลืนลำบาก เป็นการประเมินความพร้อมก่อนทดสอบการกลืน ขั้นตอนที่ 3 การฝึกกลืน และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ เกี่ยวกับอาการที่แสดงถึงการสำลักขณะรับประทานอาหาร พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถป้องกันการสำลักที่จะเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้ร้อยละ 100

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลฯ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่มีการประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยก่อนเริ่มให้การพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและพร้อมสำหรับการกลืนตลอดจนการดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง และการติดตามประเมินการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักหลังรับประทานอาหารดังกล่าวนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย และสามารถป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้เป็นอย่างดี ภายใต้การพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลฯ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบความแตกต่างและประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาล เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลและมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ด้วย และ/หรือศึกษาวิจัยติดตามการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ไปใช้ควรมีการอบรมและพัฒนาทักษะของพยาบาลในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนของแต่ละระยะตามแนวทางการพยาบาลก่อนดำเนินการใช้ ได้แก่ ประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก เพื่อคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกกลืนได้ และมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน การช่วยให้ผู้ป่วยได้บริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารในระยะของการเริ่มฝึกกลืนและรับประทานอาหารทางปาก และการติดตามประเมินผลการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักหลังรับประทานอาหาร

2. ควรนำแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ไปใช้กับระบบการพยาบาลที่มีการมอบหมายงานในลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้ หรือการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากต้องใช้พยาบาลคนเดิมในการติดตามผู้ดูแลในทุกระยะของแนวทางการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Up again after stroke [Internet]. 2561 [cited 2020 Feb 2]. Available from: http://www.worldstrokecampaign.org/
2. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, อามีนะห์ เจะปอ. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561 [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 มี.ค. 2563]. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/
4. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2552.
5. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. Worldviews on Evidence-Based Nursing 2013;10:17-40.
6. กฤษณา พิรเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในการดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
7. Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. International nursing review 2006;5:143-9.
8. อุดม ภู่วโรดม. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

9. Langdon PC, Lee AH, Binns CW. Dysphagia in acute ischaemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype. Journal of Clinical Neuroscience 2007;14:630-4. doi: 10.1016/j.jocn.2006.04.009.
10. อรสา เฮงบริบูรณ์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง Swallowing assessment; 2552.
11. สมคิด อุ่นเสมาธรรม. ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก. ใน: นิธิพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ, ตำราโรคระบบการหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2551.
12. Martino R, Martin R, Black, S. Dysphagia after stroke and its management. Canadian Medical Association or its licensors 2012;184:1127-8.
13. Yeh SJ, Huang KY, Wang TG, Chen YC, Chen CH, Tang SC, et al. Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. Journal of the neurological sciences 2011;306:38–41. doi. https://doi.org/10.1016/j.jns.2011.04.001
14. Lakshminarayan K, Tsai AW, Tong X, Vazquez G, Peacock JM, George MG, et al. Utility of dysphagia screening results in predicting poststroke pneumonia. Stroke 2010;41:2849–54. doi. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.597039
15. หน่วยข้อมูลเวชระเบียน งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสระบุรี. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประจำปี. สระบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสระบุรี; 2562.
16. สายทิพย์ จ๋ายพงษ์. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2550.
17. ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร์. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
18. สำนักงานโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2560. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
19. สถาบันบำราศนราดูร. คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
20. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ แนวทางทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง; 2562.
21. วราภรณ์ ถิ่นจะนะ. ผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563;2: 5-19.
22. ดวงใจ บุญคง, ณัติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, อรุณรัตน์ อุทัยแสง, สมเกียรติ บุญคง. การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: บทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2562;35:13-23.

23. นลินี พสุคันธภัค, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, บรรณาธิการ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2559.
24. จิราวรรณ เนียมชา, ปัทมา สุริต, สมศักดิ์ เทียมเก่า. ผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35:167-75.
25. สิริพร ศรีวิลัย, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ. การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาล 2557;63:65-71.