

การพัฒนาแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช Development of a Clinical Assessment Model for Aspiration Prevention in Psychiatric Patients

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล, นุจรินทร์ บัวละคร, ภาวณีย์ สถาพรธีระ, กาญจนกนก สุรินทร์ชมภู
Panurat Srimungkul, Nujarin Bualakorn, Pawinee Stapornteera, Karnkanok Surinchompu
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น
Khon kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khon Kaen Province

(Received: June 4, 2025; Revised: April 29, 2026; Accepted: June 24, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัย R2R (Routine to Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคปอดอักเสบจากการสำลักและวิเคราะห์ปัญหาบริบท และพัฒนาแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 138 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสำลัก มีปัญหาตั้งแต่หลับตื่นขึ้นไป การรับรู้ดี สื่อสารได้ จำนวน 124 คน กลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมิน GCS (3) แบบประเมิน RASS (4) แบบประเมิน CIWA-Ar (5) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน และ (6) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ได้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกายประจำวันของผู้ป่วย การทดสอบภาวะกลืนลำบาก และการทดสอบปัญหาการกลืนน้ำ 2) ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากการสำลัก และ 3) อัตราความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.41, S.D. = 0.60)

คำสำคัญ: “โรคปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช”, “การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการสำลัก”

Abstract

This study was a Routine to Research (R2R) project aimed to explore the situation of aspiration pneumonia, analyze contextual problems, and develop a clinical assessment model for aspiration prevention among psychiatric patients in a tertiary care hospital in Northeastern Thailand. A purposive sample of 138 participants was recruited between June 2023 and June 2024. The participants were divided into two groups: (1) 124 psychiatric

patients who were at risk of aspiration, had at least light sleep, were alert, and able to communicate; and (2) 14 registered nurses working in psychiatric wards. The research instruments included: (1) a personal information questionnaire, (2) the Glasgow Coma Scale (GCS), (3) the Richmond Agitation–Sedation Scale (RASS), (4) the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar), (5) a pre-swallowing readiness assessment form, and (6) a nurse satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed using content analysis from in-depth interviews.

The findings revealed that: 1) a clinical assessment model for aspiration prevention among psychiatric patients was developed, consisting of daily physical assessment, dysphagia screening, and water swallowing tests; 2) the incidence of aspiration pneumonia among psychiatric patients decreased; and 3) the nurses' satisfaction level with the model was high (Mean = 3.41, S.D. = 0.60).

Keywords: “Aspiration pneumonia in psychiatric patients”, “Clinical assessment of aspiration risk in psychiatric patients”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Panurat035@gmail.com)

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นปัญหาเรื้อรังและรุนแรง พบมากที่สุดคือ ติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย หรือเชื้อรา สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคปอดอักเสบในชุมชน (Community Acquired Pneumonia: CAP) และโรคปอดอักเสบที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia: HAP) ¹ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ระยะพักตัวอาจสั้นเพียง 1–3 วัน หรือนาน 1–4 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อก่อโรคระยะติดต่อสามารถแพร่เชื้อได้จนกว่าเสมหะในปากและจมูก เช่น อาการไอ หายใจถี่ มีไข้ เหงื่อออก หนาวสั่น อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก คลื่นไส้อาเจียนหรือท้องเสีย และสับสน² โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่สูญเสียความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง มีความยากลำบากในการจัดการกับอาการของตนเอง พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบากสูงถึงร้อยละ 91.7 มีผลกระทบโดยตรง คือ ทำให้ต้องเพิ่มวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตแย่งลง มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบที่สูงกว่ากลุ่มทั่วไปร้อยละ 6.7 มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10–15 จากจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบทั้งหมดที่มีสาเหตุสำคัญ³

ในประเทศไทยมีการสำรวจรายงานอุบัติการณ์ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 234,196 ราย อัตราป่วย 354.14 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 284 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.12 พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี โดยพบบ่อยช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว ในปี พ.ศ. 2560–2564 พบการรายงานผู้ป่วยสูงขึ้นในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม และช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน มีการรายงานผู้ป่วยสูงที่สุดในเดือนกันยายน จำนวน 27,959 ราย รองลงมาคือ เดือนตุลาคม จำนวน 25,112 ราย และเดือน

สิงหาคม จำนวน 22,022 ราย ซึ่งในสามเดือนนี้มีรายงานผู้ป่วยสูงกว่าปกติ⁴ ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เห็นความสำคัญของการเกิดปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต จากสถิติระบาดวิทยามีการกระจายของโรคตามพื้นที่พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด 438.94 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ภาคเหนือ (406.05) ภาคใต้ (370.12) และภาคกลาง (239.27) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อุบลราชธานี 1,189.68 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ สระบุรี (1,110.45) ยโสธร (775.78) ปราจีนบุรี (769.51) และพะเยา (676.72) ตามลำดับ³ นอกจากความเสี่ยงต่อการคุกคามชีวิต ปัญหานี้ส่งผลทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น จำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.09 วัน รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาตามไปด้วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 8,724.05 บาทต่อคน⁵

ข้อมูลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีงบประมาณ 2565 ถึงปี 2567 พบผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาปอดอักเสบ จำนวน 31 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Aspiration Pneumonia คือ โรคปอดอักเสบจากการสำลักที่เกิดจากการหายใจเอาแบคทีเรียจากอาหาร น้ำ หรือน้ำลายเข้าไปในปอด ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร จำนวน 7 ราย หลังจากการส่งตัวรักษาอาการทางกายแทรกซ้อนมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ไม่พบการเสียชีวิตแต่เพิ่มจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเฉลี่ย 7 วัน⁶ อุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยที่สำลักน้ำหรืออาหารระหว่างการรับประทานอาหารที่ผ่านมา ได้มีการรวบรวมสถิติย้อนหลัง 1 ปี พบว่า เฉลี่ย 27 รายต่อเดือน เดือนที่พบมากที่สุดคือ ช่วงเดือนธันวาคม จำนวน 36 ราย รองลงมาคือ เดือนมกราคม จำนวน 33 ราย และน้อยที่สุดคือ เดือนมิถุนายน จำนวน 18 ราย⁷ ปัญหานี้จึงเป็นความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) ของงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ถือเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ จากการรวบรวมสภาพปัญหาดังกล่าว พบว่าในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการสำลักที่เป็นรูปธรรมได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้จะเป็นโรงพยาบาลที่เน้นการดูแลทางจิตใจ แต่การวิเคราะห์ปัญหาทางกายที่เกิดขึ้นก็จำเป็นต้องแก้ไขเร่งด่วน ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้ออกแบบการใช้รูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยให้การประเมินการวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผน การให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการสำลักน้ำ อาหาร น้ำลาย มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ซึ่งนำไปสู่การลดภาวะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ตลอดจนเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้อย่างเป็นระบบ

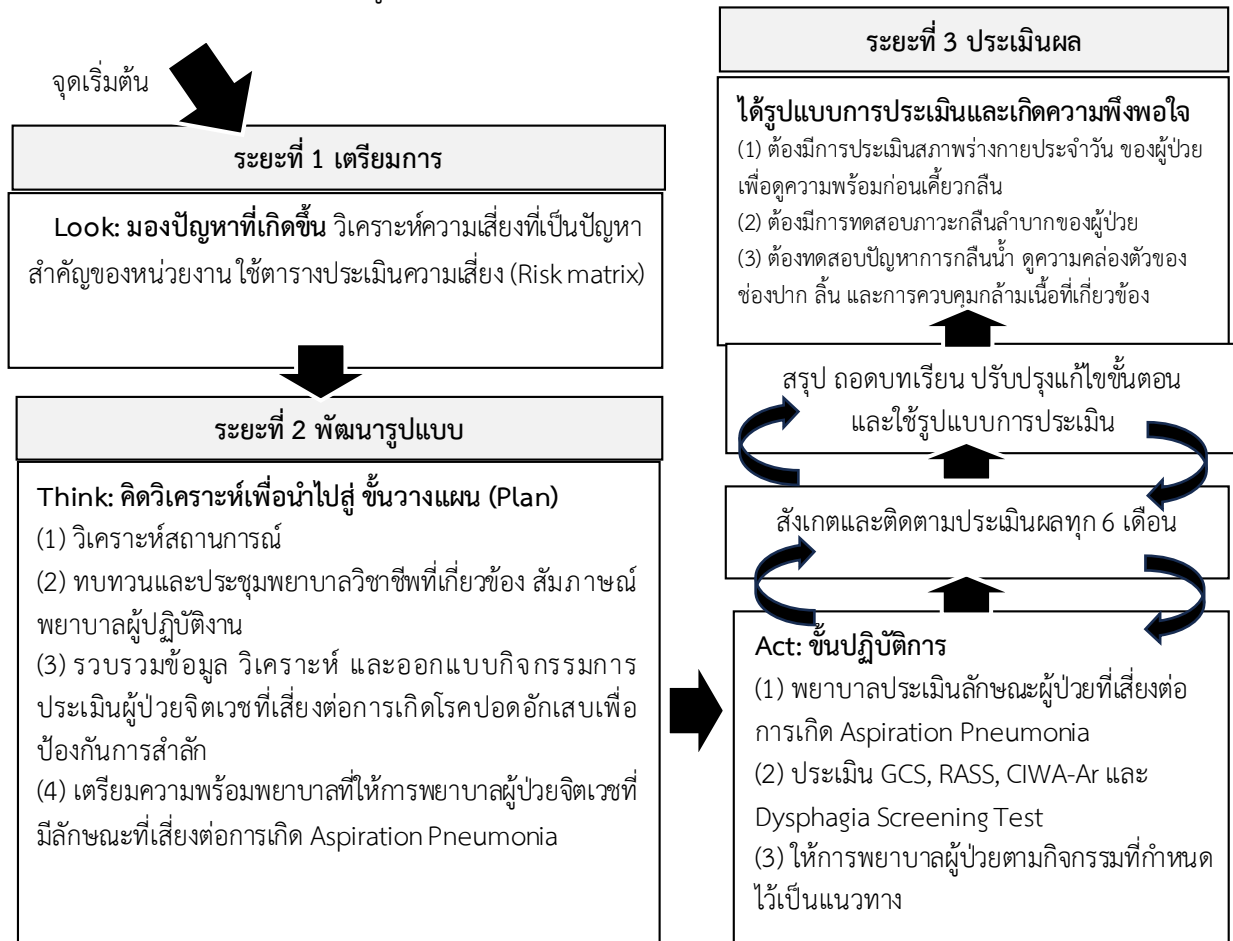
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคปอดอักเสบจากการสำลักและวิเคราะห์ปัญหาบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัย R2R โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Stringer (2004)⁸ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานประจำ (Routine) โดยมุ่งเน้นการลงมือศึกษา ค้นคว้า และ

พัฒนางานประจำอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยจิตเวช



ภาพที่ 1 แสดงการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Stringer (2004)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ที่ทำการวิจัยครั้งนี้เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ หอผู้ป่วยใน บริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การวิจัยครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 138 คน ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสำคัญ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิแห่งหนึ่งฯ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึง เดือนมิถุนายน 2567 จำนวน 124 คน เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาตั้งแต่หลับตื้น (Light sedation) ขึ้นไป การรับรู้ดี สามารถสื่อสารได้ บอกความต้องการได้ และมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ อาการทางจิตกำเริบรุนแรงขณะเข้าร่วมการวิจัย หรือมีอาการทางกายวิฤติรุนแรง ต้องส่งตัวรักษาโรงพยาบาลทางกาย

2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้ากลุ่มงาน 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 10 คน โดยผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดยินดีสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ข้อมูลด้านยารักษาด้วยยาจิตเวช ประวัติการเกิดผลข้างเคียงของยา (Extrapyramidal Symptoms: EPS) โรคประจำตัว ระดับของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ (2) แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว⁹ (3) แบบประเมิน The Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)^{10,11,12,13} (4) แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol- Revised Version: CIWA-Ar.) ของซอร์ว และคณะ¹³ และ (5) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test) ถ้าผู้ป่วยได้คะแนน 1-3 แปลผลว่า ไม่ผ่านการทดสอบ¹⁴

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้านพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน (2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi structured interview) ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักคุณมีบทบาทอย่างไร, คุณมีวิธีประเมินผู้ป่วยอย่างไรถึงทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชรายนี้เสี่ยงต่อการสูดสำลัก, ในขั้นตอนของการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักคุณมีเทคนิคอย่างไรให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอาการแทรกซ้อน เป็นต้น และ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการสำลัก จำนวน 6 ข้อ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความถูกต้องความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) 2 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและข้อคำถาม และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 10 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยใช้หลักเคารพในบุคคล (Respect for Persons) คำนึงถึงคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) ตลอดจนกระบวนการวิจัย เก็บข้อมูลโดยการได้รับการยินยอมด้วยวาจาจากผู้ป่วยและคำนึงถึงหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานและผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบด้วยคำพูดที่สุภาพ ไม่แสดงถึงการบีบบังคับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับและให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลด้านอื่นๆ ขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีการจัดการความเสี่ยงโดยถ้ากลุ่มตัวอย่าง แทรกซ้อนทางกาย ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาล จะประเมินอาการ ให้การพยาบาล และรายงานแพทย์ ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะราย และไม่มีการระบุชื่อที่อยู่หรือแหล่งที่มาของข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน โดยใช้ตารางประเมินความเสี่ยง (Risk matrix) โดยผู้วิจัยศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ร่วมกับคณะผู้วิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ละเอียด ครบคลุม
2. ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย ทบทวนและเริ่มประชุมพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์ถึงโครงสร้างกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักคุณมีบทบาทอย่างไร, คุณมีวิธีประเมินผู้ป่วยอย่างไรถึงทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชรายนี้เสี่ยงต่อการสำลัก, ในขั้นตอนของการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักคุณมีเทคนิคอย่างไรให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอาการแทรกซ้อน เป็นต้น
3. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และออกแบบกิจกรรมการประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการสำลักและดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกายประจำวัน (Assessment of daily condition) การทดสอบภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia test) และการทดสอบกลืนน้ำ (Water swallow test)
4. ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย เตรียมความพร้อมพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะที่เสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia เช่น เป็นผู้ป่วยตั้งแต่หลับตื้น (Light sedation) ขึ้นไป หรือแบบประเมิน RASS ≥ -1 , เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกิดผลข้างเคียงจากยา น้ำลายมาก มีอาการเกร็ง ในตำแหน่ง ได้แก่ คอ ศีรษะ ขากรรไกร ปาก, เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อสับสน เช่น กลุ่ม Acute confusion, Delirium หรือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์, เป็นผู้สูงอายุ หรือเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีภาวะฟุ้งฟิง, เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ที่สูญเสียรีเฟล็กซ์การไอและการกลืน หลังจากนั้นได้รับการยืนยันความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย เนื้อหาการใช้รูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช

ขั้นดำเนินการ

โดยเริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึง เดือนมิถุนายน 2567 ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า
2. อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วย แล้วลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
3. ประเมินลักษณะผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia
4. ประเมิน GCS, RASS, CIWA-Ar และ Dysphagia Screening Test
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกิจกรรมที่กำหนดไว้เป็นแนวทาง โดยพยาบาลมีขั้นตอนดังนี้

5.1 พยาบาลเริ่มต้นประเมินสภาพร่างกายประจำวัน (Assessment of daily condition) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีระดับของความรู้สึกรู้ตัวดีหรือไม่ สอบถามวัน/เวลา/สถานที่ ผู้ป่วยตอบได้ มีความสามารถในการทำตามคำสั่งหรือสื่อสารได้ และมีการเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งเพื่อประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัว คอตั้งตรง นั่งได้ไม่ต่ำกว่า 30 นาที

5.2 การทดสอบภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia test) พยาบาลประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปิดปากได้สนิท สามารถเคลื่อนไหว่ลิ้นได้ตามคำสั่ง เช่น ยกลิ้นขึ้น-ลง ช้าย ขวา เลี้ยวริมฝีปาก กลืนน้ำลายได้ ไอบตามคำบอกได้

5.3 การทดสอบกลืนน้ำ (Water swallow test) พยาบาลทดสอบการกลืนน้ำปริมาณ 3-5 ช้อน โดยวางช้อนบนลิ้นของผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยกลืนน้ำ ถ้าผ่านให้ทดสอบอีก 2 ครั้ง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ต้องหยุดประเมินทันที และสังเกตอาการไอ สำลัก เสียงเปลี่ยน หรือผู้ป่วยอมน้ำอมข้าวไว้ ไม่ยอมกลืน หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ต้องหยุดบ้วนทันที สังเกตอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 24 ชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วยมีไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก ซึมลง หรือค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen saturation) ≤ 95 เป็นสัญญาณของความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ พยาบาลต้องประเมินอาการเพื่อรายงานแพทย์ทันที เมื่อพบผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวกลืน ต้องประสานนักโภชนาการร่วมประเมินซ้ำเพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนอาหารตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ได้แก่ พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมงและปรับเตียงให้ศีรษะสูง 30-45 องศา กรณีไม่มีข้อห้ามใดๆ และหลีกเลี่ยงการสนทนากับผู้ป่วยขณะบ้วนน้ำหรืออาหาร (โดยเฉลี่ยผู้ป่วยใช้เวลาในการรับประทานอาหารเท่ากับหรือมากกว่า 28 นาทีต่อคน)

6. ประเมินความเห็นของพยาบาลและปรับปรุงแก้ไขขั้นตอน 2 วงรอบ ตามกระบวนการ Look, Think และ Act

ขั้นสรุปผลและประเมินผลการวิจัย

ขั้นการมอง (Look) ใช้กระบวนการเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์มองปัญหาที่เกิดขึ้น จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ขั้นการคิดวิเคราะห์ (Think) พิจารณาเพื่อนำไปสู่วางแผนในการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยจิตเวช คิดวิเคราะห์ประเด็น แยกแยะสาระสำคัญ และกลับไปวางแผนซ้ำ

ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) สังเกตและติดตามประเมินผลทุก 6 เดือน นำผลลัพธ์ที่ได้มาสรุป ถอดบทเรียน ปรับปรุงรูปแบบการประเมินและแสดงผลการศึกษาวิจัย วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสำลัก (n= 124)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
18 - 35 ปี	35	28.23
36 - 59 ปี	64	51.61
60 ปี ขึ้นไป	25	20.16
สถานภาพ		
สมรสคู่	54	43.55
หย่าร้าง	62	50.00
หม้าย	8	6.45

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	43	34.68
มัธยมศึกษา	38	30.65
อนุปริญญา	16	12.90
ปริญญาตรี	24	19.35
ปริญญาโท	3	2.42
การวินิจฉัยโรค		
F20	24	19.35
F10	30	24.19
F15	18	14.52
F19	42	33.87
F31.2	6	4.84
F12	4	3.23
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต		
1 - 5 ปี	37	29.84
6 - 10 ปี	55	44.35
11 - 15 ปี	21	16.94
16 - 20 ปี	9	7.26
มากกว่า 21 ปี	2	1.61
ข้อมูลด้านยาการรักษาด้วยยาจิตเวช		
-รับยาต่อเนื่องไม่ขาดยา	21	16.94
-รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือรับประทานเป็นบางวันหรือบางชนิด	17	13.71
-ขาดยาจิตเวชและเริ่มรับประทานยาใหม่ในช่วง 14 วันแรก	86	69.35
ประวัติการเกิดผลข้างเคียงของยา		
-เกิด EPS ระหว่างรักษาครั้งนี้	7	5.64
-ไม่พบ EPS	117	94.35
โรคประจำตัว		
-ไม่มีโรคประจำตัว	68	54.84
-มีโรคประจำตัว	56	45.16
ระดับของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์		
-ไม่ได้ประเมิน CIWA-Ar	84	67.74
-ประเมิน CIWA-Ar:	40	32.26
ระดับของการประเมิน		
-ระดับ mild	1	2.500
-ระดับ moderate	6	15.00
-ระดับ severe	15	37.50
-ระดับ extremely severe	18	45.00

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 36-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.61 รองลงมาคือ 18-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.23 น้อยที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.16 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี (ช่วงอายุ 18 - 78 ปี) *ด้านสถานภาพ* มากที่สุดคือ หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ สมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 43.55 และน้อยที่สุดคือ หม้าย ร้อยละ 6.45 และ*ด้านระดับการศึกษา* พบมากที่สุดคือ ประถมศึกษาร้อยละ 34.68 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 30.65 และน้อยที่สุดคือ ระดับปริญญาโท ร้อยละ 2.42

ด้านการวินิจฉัยโรค พบมากที่สุดคือ กลุ่ม F19 มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติดออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (หลายขนาน) คิดเป็นร้อยละ 33.87 รองลงมาคือ กลุ่ม F10 มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คิดเป็นร้อยละ 24.19 และน้อยที่สุดคือ กลุ่ม F12 มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติดออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (กัญชา) คิดเป็นร้อยละ 3.23 และ*ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต* พบมากที่สุดคือ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.35 รองลงมาคือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.84 และน้อยที่สุดคือ มากกว่า 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.61

ด้านข้อมูลการรักษาด้วยยา พบการขาดการรักษาด้วยยาจิตเวชก่อนนอนรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.35 รองลงมาคือ ไม่ขาดการรักษาด้วยยาจิตเวชร้อยละ 16.94 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือเลือกรับประทานยาจิตเวชบางชนิดร้อยละ 13.71 *ด้านประวัติการเกิดผลข้างเคียงของยา หรือเกิด Extrapyramidal Symptoms (EPS)* พบว่าไม่เกิดผลข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 94.35 และพบเกิดผลข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 5.64 *ด้านโรคประจำตัว* พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 25.00 รองลงมาคือ โรคตับอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 17.86 และน้อยที่สุดคือ โรครูมาตอยด์ โรคไตวายเรื้อรังและโรคหัวใจขาดเลือด มีเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 1.78 และ *ด้านระดับของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์* พบว่า ไม่ได้ประเมิน CIWA-Ar คิดเป็นร้อยละ 67.74 และประเมินด้วย CIWA-Ar ร้อยละ 32.26 (ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับ extremely severe มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ ระดับ severe ร้อยละ 37.50 และน้อยที่สุดคือ ระดับ mild ร้อยละ 2.50)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน (n= 14)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	2	14.29
หญิง	12	85.71
อายุ 23-34	3	21.43
อายุ 35-60	11	78.57
-ประสบการณ์ในการทำงานต่ำกว่า 5 ปี	1	7.14
-ประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี	13	92.86

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จำนวน 14 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.71 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.29 มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 92.86 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 35-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.57 และอายุระหว่าง 23 - 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.73

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสับสน (n= 124)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อุบัติการณ์ผู้ป่วยสำคัญ		
ก่อนทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ	เฉลี่ย 27 ราย	21.77
หลังทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ	8 ราย	6.45
-6 เดือนแรก	8 ราย	พบอุบัติการณ์
-6 เดือนหลัง	0 ราย	ไม่พบอุบัติการณ์
อุบัติการณ์ผู้ป่วยส่งต่อรักษาทางกาย		
ก่อนทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ	7 ราย	23.33
หลังทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ	1 ราย	3.33
-6 เดือนแรก	1 ราย	พบอุบัติการณ์
-6 เดือนหลัง	0 ราย	ไม่พบอุบัติการณ์

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสับสน จำนวน 124 ราย พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยสำคัญก่อนทดลองใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสับสน ร้อยละ 21.77 หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ การประเมิน 3 ด้าน ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกาย ประจำวันของผู้ป่วย การทดสอบภาวะกลืนลำบาก การทดสอบปัญหาการกลืนน้ำ สถิติในช่วง 6 เดือนแรก พบอุบัติการณ์ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 และ 6 เดือนหลังไม่พบอุบัติการณ์ และอุบัติการณ์ผู้ป่วยส่งต่อรักษาทางกายก่อนทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ พบอุบัติการณ์ จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 สถิติในช่วง 6 เดือนแรก พบอุบัติการณ์ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 และ 6 เดือนหลังไม่พบอุบัติการณ์

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสับสนในผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสับสนในผู้ป่วยจิตเวช (n=14)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1) เนื้อหาการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสับสนในผู้ป่วยจิตเวช มีความชัดเจน	3.48	.565	มาก
2) การใช้ภาษามีความชัดเจน เหมาะสม	3.10	.512	ปานกลาง
3) สะดวกต่อการใช้งาน	3.57	.676	มาก
4) สามารถนำไปปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสับสนในผู้ป่วยจิตเวช ได้จริง	3.64	.613	มาก
5) มีประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia	3.43	.621	มาก
6) ความพึงพอใจโดยรวม	3.26	.610	มาก
รวม	3.41	0.60	มาก

จากตารางที่ 4 แสดงข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.41, SD = 0.60) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า เนื้อหาการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชมีความชัดเจน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.565) สะดวกต่อการใช้งาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.57, SD = 0.676) สามารถนำไปปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชได้จริง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.64, SD = 0.613) มีประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.43, SD = 0.621) ความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{X}$ = 3.26, SD = 0.610) และน้อยที่สุด คือ การใช้ภาษาที่มีความชัดเจน เหมาะสม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.10, SD = 0.512)

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการ ประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อสำลักและเกิดปัญหาปอดอักเสบ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้การประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช สามารถแบ่งประสพการณ์ 3 ประเด็นหลัก คือ การประเมินสภาพร่างกายประจำวันของผู้ป่วย (Assessment of daily condition) การทดสอบภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia test) และการทดสอบปัญหาการกลืนด้วยวิธีกลืนน้ำ (Water swallow test) ผู้วิจัยสามารถอธิบายในแต่ละประเด็นได้ตามลำดับ ดังนี้

1. การประเมินสภาพร่างกายประจำวันของผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

“ผู้ป่วยที่เคยดูแลที่สำลักน้ำสำลักอาหารส่วนใหญ่เป็นคนไข้ถอนพิษเหล้า ยังสับสนอยู่ สื่อสารไม่รู้เรื่อง ปลุกตื่นยาก บางคนน้ำลายมาก ตัวเกร็งๆ โดยเฉพาะที่คอ คาง ขากรรไกร ปาก ใบหน้า หรือบริเวณโซนทางหัวให้ระวังไว้เลยกลุ่มนี้แหละที่เสี่ยงเป็นปอดอักเสบได้ง่าย” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 1)

“เคสไหนที่เคยเกิด EPS มาจากบ้าน คอบิด คอแข็งกลืนไม่ได้ กลุ่มนี้แหละที่มีความเสี่ยงจากประสพการณ์ของพี่นะ กลืนยาก สำลักง่าย บ้วนน้ำยังยาก จะบ้วนเลยไม่ได้ต้องประเมินก่อนว่าเขาศักยภาพแค่ไหน ตื่นดีไหม ถ้าอาการไม่ค่อยดี อันนี้แหละที่เสี่ยงต้องสอนน้อง ๆ ประเมินการรับรู้คนไข้ด้วย” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 4)

“แต่ละเวรคนไข้มีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว ก่อนจะบ้วนน้ำหรือข้าว ถ้าเป็นเทคนิคของพี่นะ จะดูก่อนว่าลักษณะของคนไข้เสี่ยงจะให้น้องผู้ช่วยเหลือคนไข้เอาไว้ก่อน พี่จะไปดูว่าคนไข้ที่นั่งตัวตรงได้ไหม อย่างน้อย ๆ เลย ประเมินก่อนทานข้าวสักครึ่งชั่วโมง ทำตามคำสั่งได้ไหม เช่น ง่าย ๆ เลยชี้ให้เขาดูว่านั่นคืออะไร แลบลิ้น บอกว่าอยู่ที่ไหน วันไหน เดือนอะไร ปีไหน ตอนนี้อยู่ตึกอะไร ประเมินการสื่อสารคนไข้ ถ้าทำไม่ได้นั่นคืออาการงง เสี่ยงนะเคสแบบนี้ถ้าไปบ้วนอาหารเลยต้องระวัง” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 6)

“คนไข้ถอนพิษเหล้า คนแก่มากๆ นี่แหละที่พี่มองว่าเสี่ยง อีกกลุ่มคือคนไข้สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ หลอดเลือดสมอง กลืนยาก ไอยาก เคสที่เราต้องช่วยพยุงขึ้นเตียง เคลื่อนไหวยากนี่แหละกลุ่มที่ต้องระวังพิเศษ พี่เจอมาเยอะคนไข้ถอนพิษเหล้าสำลักน้ำ อาหารบ่อย แม้กระทั่งน้ำลายคนไข้บางเคสบ้วนออกลำบากเราต้องคอยสังเกต ประเมินอยู่เรื่อย ๆ อย่าเพิ่งไปบ้วนข้าวทันทีอันนี้ประสพการณ์พี่นะ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 11)

2. การทดสอบภาวะกลืนลำบาก ดังคำพูดต่อไปนี้

“คนไข้หลายคนที่มีปัญหา ผดอ้ออาก กลืนยาก สำลักน้ำลายตัวเอง กลุ่มนี้จะต้องใส่ใจมาก ๆ เคยเจอเหมือนกันที่คอแข็ง กลืนไม่ได้ คนไข้เคยอุบัติเหตุแล้วแข็งซ้ำ สื่อสารลำบากทุกครั้งที่เจอนี้คือสำคัญ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 2)

“อ้าปากให้ดูก่อนเลยนะถ้าเป็นพี่ มีอะไรค้างอยู่ในปากไหม เศษอาหาร น้ำ น้ำลาย ให้บ้วนออกให้หมด ทดสอบให้อ้าปากก่อนเลย นอกนั้นก็จะเป็นยกลิ้นขึ้นลง เลียริมฝีปาก ลองให้อิสต์สองสามที ก็เริ่มบ้วนได้พี่เคยทำแบบนี้ตลอดจากเทคนิคของพี่นะ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 8)

“ดูว่ากลืนได้ไหม ถ้ากลืนไม่ได้ น้ำลายไหลออกจากริมฝีปาก เวลากินน้ำก็ไหลออกจากปาก เคสแบบนี้หนูไม่บ้วนเด็ดขาดรายงานหมอก่อนเลยเพราะยังงี้ก็สำคัญ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 13)

“สำคัญดูไม่ยาก เช่น อ้าปากไม่ได้ ลิ้นแข็ง น้ำลายยัด ๆ อย่าบ้วน ประเมินแล้วรายงานหมอขอ feed NG คนไข้จะปลอดภัยกว่า ที่ผ่านมาก็ถ้าเจอเคสแบบนี้หนูรายงานหมอก่อนเลย” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 14)

3. การทดสอบปัญหาการกลืนด้วยวิธีกลืนน้ำ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ตอนพี่ทำงานใหม่ ๆ ยังไม่มั่นใจแต่มีพี่รุ่นเก่าๆเคยสอนพี่ว่าใช้ช้อนที่บ้วนข้าวขึ้นและทดสอบว่าคนไข้กลืนน้ำได้ไหม ห้ามใช้หลอดดูดน้ำนะ เพราะแรงดูดมันเยอะคนไข้หลายคนดูดน้ำนี้แหละสำคัญเหมือนกัน วิธีของพี่คือใช้ช้อนบ้วนข้าวธรรมดาวางไว้ตรงกลางลิ้นแล้วเทน้ำลง ถ้าไหลออกหมดทางปากหยุดเลยไม่ต้องบ้วนต่อ บางเคสอาจจะไอช่วงนี้แหละ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 3)

“จริง ๆ ถ้ามีแนวทางพวกนี้เคสไหนที่เสี่ยง ๆ ต้องช่วยกันเอาเข้าแนวทาง เช่น จากประสบการณ์พี่เอง ถ้ากลืนน้ำไม่ได้ กลืนน้ำลายยังยาก เคสแบบนี้ไม่ควรบ้วน ทั้งไอ ทั้งสำลัก พี่ว่าวางระบบให้เป็นแนวทางเดียวกันก็ดี มีหัวข้อประเมินจะได้ช่วยคนไข้ให้ปลอดภัย” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 5)

“ปริมาณน้ำพี่ก็จะเอาสักช้อนหนึ่ง ลองทดสอบดูกลืนได้ไหม ถ้ากลืนได้บางเคสพี่ก็ให้ลองจิบน้ำจากแก้วเล็ก ๆ แต่ก็ต้องจับแก้วให้คนไข้ ทดสอบดูถ้ากลืนได้สัก 2-3 รอบ ก็เริ่มต้นบ้วนข้าวได้เลยแต่อาจจะต้องใช้อาหารอ่อนย่อยง่าย ไม่ควรเป็นข้าวเหนียวในเคสที่ง่วง ๆ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 7)

“น้ำเอาสัก 3-5 ซีซี ไม่ต้องเยอะมากแล้วถ้ากลืนได้ก็ค่อยไต่ระดับขึ้นสัก 3 รอบ พี่เคยอ่านนะเขาบอกว่าไม่เกิน 20-30 ซีซี คนไข้กลืนได้ค่อยบ้วนข้าวเป็นการทดสอบวิธีหนึ่ง” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 10)

“ถ้าเป็นหนู หนูก็ให้กลืนน้ำเปล่า หรือน้ำเต้าหู้ก็ได้ แต่เอาแค่เป็นน้ำ ๆ นะ กลืนได้ค่อยบ้วน ส่วนใหญ่ถ้าทำแบบนี้ก็มั่นใจว่าคนไข้เรากลืนได้” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 14)

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

พยาบาลในฐานะผู้ทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยมีรูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช มีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) ประเมินสภาพร่างกายประจำวันของผู้ป่วย คือ การมีระดับของความรู้สึกตัว การรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ ของผู้ป่วยที่ตอบสนองในทิศทางที่ดี สื่อสารได้ ตอบคำถามถูกต้อง ตรงประเด็น และมีความสามารถในการนั่งทรงตัวดี ช่วยให้พยาบาลที่ประเมินผู้ป่วยตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม การมีรูปแบบในการใช้คำถามในการประเมินผู้ป่วยและการอธิบายปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุที่ชัดเจน และการใช้เทคนิคการจัดทำนึ่งมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อจุดประสงค์การทำให้อาหารเข้าสู่หลอดอาหาร ลดการสำลักอาหารเข้าทางเดินหายใจ โดยแนะนำให้นั่งตัวตรงขณะรับประทานอาหารและหลังอาหารควรนั่งต่ออีกอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้เกิดความปลอดภัยขณะรับประทานอาหาร^{15,16,17}

(2) การทดสอบภาวะกลืนลำบาก ช่วยลดโอกาสการสำลักน้ำ อาหารของผู้ป่วยด้วยวิธีการทดสอบภาวะกลืนลำบาก สอดคล้องกับการกำหนดเป้าหมายของการรักษาภาวะกลืนลำบาก คือ การกลืนอาหารและน้ำได้อย่างปลอดภัย ได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ และป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก¹⁷ จึงต้องมีการฝึกกลืนในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบาก 4 ระดับ ได้แก่ อาหารระดับที่ 1 คือ อาหารปั่นข้น เนื้อเดียวกันเกาะกันเป็นก้อน ไม่มีน้ำ และผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องบดเคี้ยวมาก (pureed) จะมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากปานกลางถึงมาก อาหารระดับที่ 2 คือ อาหารปั่นข้นปานกลางถึงมาก เนื้อนุ่มเกาะกันเป็นก้อนได้ง่าย และผู้ป่วยต้องการการบดเคี้ยว (semi- solid) อาหารระดับที่ 3 คือ อาหารอ่อนเคี้ยวง่าย ย่อยง่าย (soft- solid) เหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเล็กน้อย และอาหารระดับที่ 4 คือ อาหารปกติ^{18,19} สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินความสามารถของผู้ป่วยที่ทดสอบการปิดปากได้สนิท สามารถเคลื่อนไหวลิ้นได้ ทำตามคำสั่ง ทดสอบการไอ การกลืน และการเลือกชนิดของอาหาร ช่วยลดอุบัติการณ์ที่นำไปสู่การสำลักได้ และ (3) การทดสอบปัญหาการกลืนด้วยวิธีกลืนน้ำ มีวิธีการประเมินโดยเริ่มต้นป้อนน้ำปริมาณ 3-5 ซีซีโดยพยาบาลวางข้อบนลิ้นแล้วให้ผู้ป่วยกลืนน้ำ ถ้ากลืนได้ให้ทดสอบอีก 2 ครั้ง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นต้องหยุดประเมินทันที หรือหากเริ่มต้นป้อนไปแล้ว สังเกตอาการไอ สำลัก เสียงเปลี่ยน เช่นเดียวกับคำแนะนำให้ใช้การกลืนน้ำปริมาณน้อย ใช้น้ำประมาณ 5 มิลลิลิตร จำนวน 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งต้องสังเกตว่ามีการที่บ่งชี้ว่ามีน้ำหรืออาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจหรือไม่ หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นต้องหยุดการประเมินทันที¹⁸ และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการกลืนอย่างความปลอดภัย คือ การติดตามอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับปัญหาการกลืนเฉพาะราย การจัดทำที่ส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย การเลือกลักษณะตามประเภทอาหารที่เหมาะสมในแต่ละราย การดูแลสังเกตขณะรับประทานอาหารและยา การปรับวิธีการให้อาหารและยาให้เหมาะสมในแต่ละเวอร์หรือวัน อีกทั้งการทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างทีมการรักษาอย่างครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจากผลกระทบจากภาวะกลืนลำบากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาขาดสารอาหาร (malnutrition) ภาวะขาดน้ำ (dehydration) การติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ซึ่งถือว่าเป็นภาวะอันตราย²⁰ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการศึกษาวิจัยนี้ จะพบว่าการพัฒนารูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชจะสามารถนำไปปฏิบัติตามรูปแบบได้จริงมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินอยู่ในระดับมาก เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักได้อย่างครอบคลุม และลดอุบัติการณ์สำคัญที่นำไปสู่การเกิดปอดอักเสบ พยาบาลจึงควรตระหนักถึงบทบาทในการทำหน้าที่ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักขณะอยู่โรงพยาบาลและผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. นำรูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชไปทดลองใช้ในห้องผู้ป่วยอื่น ๆ บริบทอื่น ที่มีกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายกัน
2. ควรนำรูปแบบการประเมินนี้มาฝึกอบรมพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุก 6 เดือน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) หรือวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากยาต้านโรคจิตบาง

ชนิดส่งผลกระทบต่ออาการคลื่นไส้ สำลัก หรือผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด เนื่องจากยาในกลุ่ม benzodiazepine ส่งผลกระทบต่อสำลัก เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์และคุณภาพชีวิตหลังการใช้รูปแบบการประเมิน

4. นำรูปแบบการประเมินที่ได้ไปพัฒนาเป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการสำลัก เพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและครอบคลุม

ข้อจำกัดการศึกษา

กลุ่มโรคทางจิตเวชมีความหลากหลายแต่ละโรคมีความจำเพาะของอาการที่แตกต่างกัน เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตจากสารเสพติด (แอมเฟตามีน แอลกอฮอล์ ฝิ่น และใช้สารเสพติดหลายขนาน) ทำให้การประเมินทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีความยุ่งยากซับซ้อน เพื่อแยกระหว่างอาการสืบสวนของภาวะโรค การถอนพิษสารเสพติด หรือปัจจัยจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตเวช และยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบรายโรค หรือเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลทำให้ไม่มีข้อมูลความแตกต่าง แม้จะมีข้อจำกัด แต่การศึกษานี้ช่วยให้เห็นมิติการประเมินระดับความรู้สึกตัว และการเตรียมความพร้อมก่อนการประเมินการเคี้ยวกลืน ที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division. Standard coding guidelines. Saeng Chan Press Limited Partnership; 2017. (in Thai)
2. World Health Organization. Pneumonia [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/pneumonia> tab=tab_1
3. Sanivarapu RR, Vaqar S, Gibson J. Aspiration Pneumonia. [Updated 2024 Mar 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470459>.
4. Department of Disease Control. Annual epidemiological surveillance report 2022. (in Thai)
5. Jaikarn T, Wongcharoen N. Incidence Rates and Impact of Pneumonia in Pong Hospital. J Royal Thai Army Nurses. 2021 Apr 26; 22(1): 351-60. (in Thai)
6. Khonkaen rajanagarindra psychiatric hospital. Annual report 2024. (in Thai)
7. Khonkaen rajanagarindra psychiatric hospital. Review of patient incidence report 2024. (in Thai)
8. Srisookkum T. Action research in health. Bangkok: O. S. Printing House Co.; 2024. (in Thai)
9. Potaya S. Glasgow Coma Scale. J Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1): 30-8. (in Thai)
10. McNett M, Kerber K. Unplanned extubations in Intensive Care Unit: evidences for risk factors. A literature review. JCOM. 2015; 22(7): 303–11.
11. Silva PS, Fonseca MC. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. Anesth Analg. 2012; 114(5): 1003–14.

12. Kiekkas P, Aretha D, Panteli E, Baltopoulos GI, Filos KS. Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review. *Nurs Crit Care*. 2013; 18(3): 123–34.
13. Shaw JM, Kolesar GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sander PA. Development of optimal treatment and effectiveness of Supportive care. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1981; 1(6): 382-389.
14. Khonkaen rajanagarindra psychiatric hospital. Guidelines for Clinical Leadership Teams. 3rd ed. 2024. (in Thai)
15. Barczy SR, Sullivan PA, Robbins J. How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice pattern. *Semin Speech Lang*. 2000; 21: 347-361.
16. Metheny NA. Preventing aspiration in older adults with dysphagia. *ORL Head Neck Nurs*. 2011; 29(3): 20-1.
17. Dajpratham P. Dysphagia in Elderly. *ASEAN J Rehabil Med*. 2015; 23(3): 73-80. (in Thai)
18. Clayton J, editor. *The National Dysphagia Diet: standardization for optimal care*. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2002.
19. Thinchana W. The effect of using a program to preventing aspiration in stroke patients with dysphagia at the kumphawapi hospital udonthani province. *JKKPHO*. 2020; 2(1): 5-20. (in Thai)
20. Chobchuen R. The role of nurses in the rehabilitation of patients with dysphagia. *SRIMEDJ*. 2014; 29(4): 13-5. (in Thai)