

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์¹

ภาพตะวัน ชำนาญ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)²

ประทุม สร้อยวงศ์ Ph.D. (Nursing)³

วราวรรณ อุดมความสุข Ph.D. (Nursing)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง ถึง 7 วัน หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยมีโอกาสเกิดสูงสุดในช่วง 72 ชั่วโมงแรก หากภาวะปอดอักเสบเกิดขึ้นในระยะเฉียบพลันของโรค ส่งผลให้มีการขยายขนาดบริเวณขาดเลือดในสมอง ทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยลดลงและความพิการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนมีโอกาสเกิดการสำลักเนื่องจากหลายปัจจัย เช่น การมีระดับความรู้สึกตัวลดลง อายุที่มากขึ้น หรือมีภาวะกลืนลำบาก จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายต่อภาวะหายใจล้มเหลว ระยะเวลานานอนโรพยาบาลนานขึ้น และเสียชีวิตในโรงพยาบาลตามมา การป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองควรมีการดูแลร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาและนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยให้อุบัติการณ์ของปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงได้

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ และศึกษาคุณภาพและความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การออกแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ (operational research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้แนวทางและขั้นตอนขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก (The ADAPTE Collaboration, version 2.0) ประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ระยะเตรียมความพร้อม ได้แก่ การตรวจสอบความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ การจัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ การตรวจสอบแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง การกำหนดทักษะสำคัญของทีม การสรุปกิจกรรมของทีม และการดำเนินการเขียนโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติ 2) ระยะปรับปรุง ได้แก่ การกำหนดขอบเขตและเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติ การสืบค้นคัดกรอง และคัดแยกแนวปฏิบัติ การตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติ และการยกร่างแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงสาระสำคัญใหม่ และ 3) ระยะประเมินผล ได้แก่ การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก การนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและการปรับแก้ไข และจัดพิมพ์แนวปฏิบัติ สำหรับนำไปใช้ในหน่วยงาน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 22 สัปดาห์

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มบุคลากรผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 6 คน 2) กลุ่มบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 7 คน และ 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นโรคสมองขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมองแตก มีระดับ

¹วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, E-mail: pratum.soivong@cmu.ac.th

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ความรู้สึกรู้ตัวจากมาตรวัดกลาสโกว์โคมาสเกลมากกว่า 8 คะแนน มีอาการทางคลินิกและการไหลเวียนเลือดคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง เกณฑ์การคัดออกคือ มีภาวะหายใจล้มเหลว ผ่าตัดสมอง หรืออาการอื่นๆ ที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ มีการสูญเสียการสื่อความหมายชนิดการรับรู้ผิดปกติ ไม่มีญาติผู้ดูแลหลัก และมีปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่เดิม เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เสียชีวิต หรือย้ายไปหอผู้ป่วยอื่น การกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นไปตามข้อเสนอแนะของการวิจัยดำเนินการสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองแนวปฏิบัติ ได้แก่ แบบฟอร์มตารางบันทึกลักษณะของแนวปฏิบัติ และแบบฟอร์มตารางสรุปเนื้อหาของแนวปฏิบัติ 2) เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล ฉบับภาษาไทย 3) มาตรวัดกลาสโกว์โคมาสเกล และ 4) แบบรวบรวมผลลัพธ์ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ ได้แก่ แบบประเมินปอดอักเสบจากการสำลัก แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ และแบบรวบรวมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นมีกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ คือ บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด และผู้ช่วยพยาบาล ประกอบด้วย 81 ข้อเสนอแนะ แบ่งเป็น 6 หมวด ตามแนวทางการตรวจสอบและรับรองคุณภาพด้านการให้บริการของคณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ หมวดที่ 1 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมตามหลักการพิทักษ์สิทธิและหลักจริยธรรมเกี่ยวกับสุขภาพ หมวดที่ 2 การคัดกรองและการประเมินภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนต้องได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก และผู้ที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการประเมินภาวะกลืนลำบากด้วยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ หมวดที่ 3 การป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนมีความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากความบกพร่องของร่างกาย จึงควรได้รับการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมวดที่ 4 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมวดที่ 5 การจัดการภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากควรได้รับการดูแลจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และหมวดที่ 6 การติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการพัฒนาคุณภาพ โดยกำหนดระดับข้อเสนอแนะตามเกณฑ์ของศูนย์การแพทย์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์มหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าแนวปฏิบัติฯ มีคะแนนของ AGREE II มากกว่าร้อยละ 90 ทุกหมวด มีรายละเอียดครบถ้วน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง ผลการทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะกลืนลำบาก 1 คน มีภาวะกลืนลำบากแต่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ 2 คน และผู้ที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก 2 คน พบว่ามี 77 ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติฯ ที่ถูกนำไปใช้ และมี 4 ข้อเสนอแนะไม่ได้ถูกนำไปใช้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ไม่มีอาการหรือสภาวะที่ต้องได้รับการดูแลตามข้อเสนอแนะนั้น ผลการใช้แนวปฏิบัติฯ กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 5 คน พบว่าทุกคนไม่เกิดอุบัติการณ์ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจโดยรวมทั้งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ และบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ ควรมีการส่งเสริมให้นำแนวปฏิบัติฯ นี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง และศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฯ ต่อผลลัพธ์ด้านคลินิกและผลลัพธ์ด้านกระบวนการต่อไป

คำสำคัญ ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แนวปฏิบัติทางคลินิก การพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

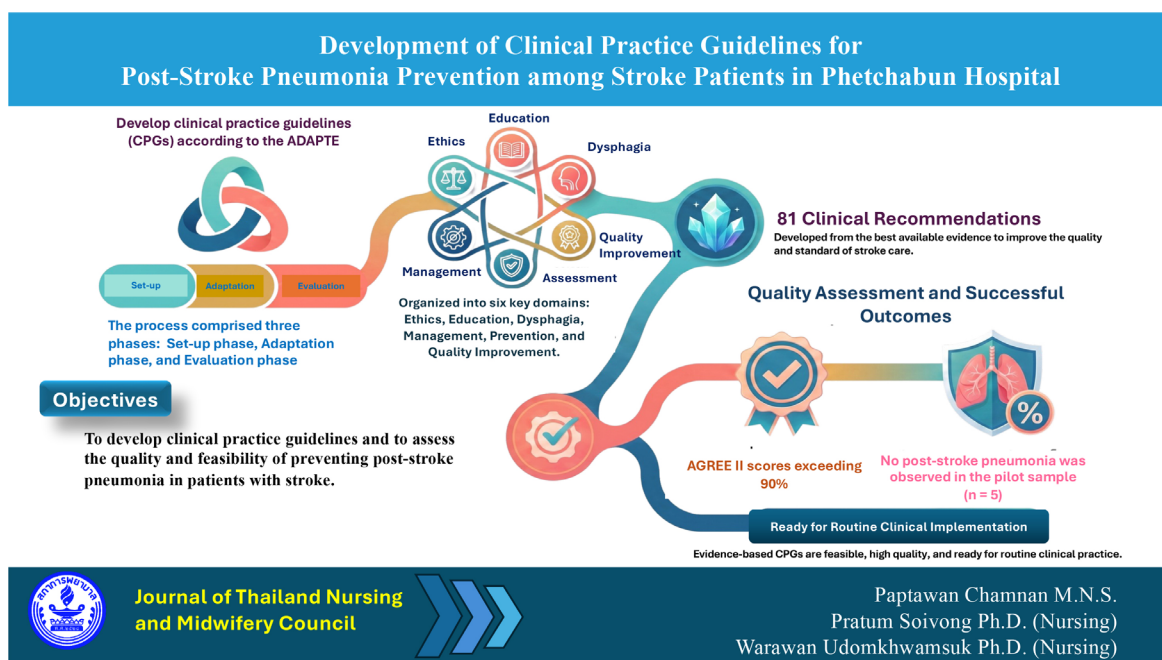
วันที่ได้รับ 11 ม.ค. 69 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 มี.ค. 69 วันที่รับตีพิมพ์ 30 เม.ย. 69

Development of Clinical Practice Guidelines for Post-Stroke Pneumonia Prevention among Stroke Patients in Phetchabun Hospital¹

Paptawan Chamnan M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)²

Pratum Soivong, Ph.D. (Nursing)³

Warawan Udomkhamsuk, Ph.D. (Nursing)⁴



Extended Abstract

Introduction Post-stroke pneumonia is a clinical condition that typically occurs within 48 hours to 7 days after the onset of stroke in non-intubated stroke patients, with the highest incidence observed during the first 72 hours. When pneumonia develops in the acute phase of stroke, it can expand the ischemic area, thereby reducing recovery potential and increasing disability. All stroke patients are at risk of aspiration due to multiple factors, such as decreased consciousness, advanced age, or dysphagia. These conditions elevate the risk of post-stroke pneumonia, with subsequently increase the likelihood of respiratory failure, prolong hospitalization, and increase in-hospital mortality. Prevention of post-stroke pneumonia requires coordinated care among multidisciplinary teams. Thus, the development and implementation of evidence-based clinical practice guidelines can provide a unified framework for healthcare teams, ensuring consistent patient management and reducing the incidence of post-stroke pneumonia.

Objectives: To develop clinical practice guidelines and to assess the quality and feasibility of preventing post-stroke pneumonia in patients with stroke.

¹ Thesis, Master's degree of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

² Graduate student, Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

³ Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand;
E-mail: pratum.soivong@cmu.ac.th

⁴ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

Design This study employed an operational research design to develop clinical practice guidelines (CPGs) according to the ADAPTE Collaboration, version 2.0. The process comprised three phases: (1) set-up phase: checking whether the adaptation is feasible, establishing the guideline development team, reviewing relevant existing guidelines, identifying essential team competencies, outlining team activities, and drafting the guideline development protocol. (2) adaptation phase: defining the scope and objectives of the guideline, conducting systematic searches, screening and appraising existing guidelines, selecting appropriate guidelines, and drafting the adapted guideline with revised core content. (3) evaluation phase: assessing guideline quality by external experts, pilot testing with patients and revising accordingly, and finalizing the guideline for institutional implementation. Data collection was conducted over a period of 22 weeks.

Methodology The participants comprised three groups: (1) six healthcare professionals who served as the guideline development team, (2) seven healthcare personnel who acted as guideline users, and (3) five stroke patients admitted to the stroke unit at Phetchabun Hospital who received care based on the developed guideline. Patients were eligible if they were aged 20 years or older, diagnosed with either ischemic or hemorrhagic stroke, had a glasgow coma scale, (GCS) score greater than 8, and demonstrated stable clinical symptoms and hemodynamic status for at least 24 hours. Exclusion criteria included respiratory failure, brain surgery or other conditions requiring endotracheal intubation, severe receptive aphasia, absence of a primary caregiver, and presence of pre-existing post-stroke pneumonia. Participation was terminated in cases of death or transfer to another ward. The sample size was determined in accordance with recommendations for operational research in guideline development. Research instruments included (1) a guideline screening form including a table for summarizing guideline characteristics and a table for summarizing guideline content, (2) Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II), (3) the GCS, and (4) outcome evaluation tools including an aspiration pneumonia assessment form, patient and caregiver satisfaction questionnaires regarding the CPGs, staff satisfaction questionnaires, and CPGs practice adherence checklists. All instruments were validated for quality prior to use. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage.

Results The CPG developed in this study was intended for use by multidisciplinary healthcare professionals involved in the care of stroke patients, including physicians, nurses, nutritionists, occupational therapists, and nurse aides. The guideline comprised 81 recommendations organized into six categories, aligned with The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). The categories were: (1) patient rights protection and ethics, ensuring that all stroke patients receive care consistent with principles of patient rights and health ethics; (2) screening and assessment of dysphagia, requiring all stroke patients to undergo dysphagia screening, with high-risk patients assessed using validated tools; (3) prevention of post-stroke pneumonia, recognizing that all stroke patients are at risk of pneumonia due to physical impairments and therefore should receive preventive measures; (4) patient and family education, providing knowledge to patients and caregivers regarding pneumonia prevention; (5) management of dysphagia, ensuring effective care for stroke patients with swallowing difficulties; and (6) continuous monitoring and quality improvement, promoting ongoing evaluation and enhancement of care practices. The strength of recommendations was determined according to the evidence-based criteria of the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. A quality assessment of the CPGs by five experts indicated that all domains achieved AGREE II scores exceeding 90%. The CPGs were judged to be comprehensive, clearly written, and feasible for implementation. Feasibility testing was conducted with five stroke patients: one without dysphagia, two with dysphagia who were able to eat orally, and two receiving nasogastric tube feeding. Of the 81 recommendations, 77 were applied in practice, while four were not applicable due to the absence of relevant conditions among the sample patients. Implementation of the guideline in this patient group resulted in no incidence of post-stroke pneumonia. Overall satisfaction with the guideline-based care was rated at a high level by both patients and their families, as well as by the healthcare personnel who applied the CPGs.

Recommendation: It is recommended that the CPGs be promoted for implementation in routine practice, and that further studies be conducted to evaluate their effectiveness on both clinical outcomes and process-related outcomes.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(3) 407-428

Keywords post-stroke pneumonia/ clinical practice guideline/ guideline development/ stroke patients

Received 11 January 2026, Revised 23 March 2026, Accepted 30 April 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และความพิการอันดับ 3 ของโลก โดย พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย พ.ศ. 2560 พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 278.49 คนต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 330.72 คนต่อแสนประชากร ในปี 2565² และจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566³ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 36,214 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี จากสถิติสะท้อนให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรโลกและประชากรไทย ที่ควรให้ความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายอาจเกิดภาวะกลืนไม่ลงหรือหดรัดเกร็ง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน⁴ หรือปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (post-stroke pneumonia) ซึ่งมีอัตราการเกิดสูงสุดในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁵ แม้ว่าปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นผลกระทบด้านร่างกายที่มีอุบัติการณ์ไม่แตกต่างจากผลกระทบอื่นๆ แต่ระยะการพักตัวของเชื้อจุลินทรีย์อยู่ระหว่าง 1-3 วัน หากเกิดขึ้นในระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลให้โปรตีนที่ตอบสนองต่อการอักเสบเพิ่มขึ้นในกระแสเลือด สามารถขยายขนาดบริเวณขาดเลือดในสมอง (ischemic penumbra) ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพลดลงและมีความพิการเพิ่มขึ้นในระยะหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ 90 วัน⁶

โดยพบว่าผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) มีอัตราการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 11.7 และ 16.8 ตามลำดับ⁷

ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่ปอดอักเสบเกิดขึ้นตั้งแต่ 48 ชั่วโมง ถึงก่อน 7 วัน ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ⁸ หรือเป็นการอักเสบและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 48 ชั่วโมง⁹ โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจมีอุบัติการณ์ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากการสำลัก เนื่องจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศ ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) และภาวะโรคร่วม¹¹ และเมื่อเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะหายใจล้มเหลว การนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และการเสียชีวิตในโรงพยาบาล¹²

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวทางการป้องกันสามารถสรุปตามหมวดการดูแลของแนวปฏิบัติในปัจจุบัน ได้แก่ 1) การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก 2) การประเมินภาวะกลืนลำบากอย่างละเอียด¹³ 3) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ 4) การจัดทำศีรษะสูงและการระบายเสมหะ¹⁵ 5) การฟื้นฟูการกลืน¹⁴⁻¹⁵ 6) การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ 7) การดูแลช่องปาก^{13,15} 8) การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ¹⁵ และ 9) การติดตามอาการ¹⁴ จะเห็นได้ว่าการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิด

โรคหลอดเลือดสมองไม่ได้เน้นที่การป้องกันการล้มด้วยการคัดกรองหรือประเมินภาวะกลืนลำบากของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เป็นการดูแลที่ใช้องค์ประกอบของการปฏิบัติในด้านอื่นๆ ซึ่งต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมด้วย โดยแพทย์ประเมินปัญหาและให้การรักษาที่สอดคล้องกับสภาพการกลืน และส่งปรึกษาบุคลากรเฉพาะทางตามปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลคัดกรองภาวะกลืนลำบาก ติดตามภาวะโภชนาการ ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และประสานการดูแลระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ช่วยพยาบาลดูแลช่องปาก จัดเสมหะ ดูแลให้อาหารทางสายยาง นักกิจกรรมบำบัด กำหนดรูปแบบอาหารที่เหมาะสม ฟันฟู และติดตามภาวะกลืนลำบาก และนักโภชนาการจัดเตรียมอาหาร ประเมินภาวะโภชนาการ และให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วย ดังนั้น หากมีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับมากยิ่งขึ้น¹⁶ และอาจช่วยลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมของการทำงานร่วมกัน

การสำรวจสถานการณ์การเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ณ สถานที่วิจัย คือ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2566 พบอัตราการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 5.21¹⁷ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตามตัวชี้วัดของแนวทาง การประเมินคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง มาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข (standard stroke center certification, SSCC) ที่ควรน้อยกว่าร้อยละ 5⁹ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลานอนในโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย

14 วัน และมีค่ารักษาเพิ่มขึ้นประมาณ 6,000 บาท¹⁷ ลักษณะการปฏิบัติงานในการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล พบว่า ภายหลังแพทย์ประเมินผู้ป่วยว่าสามารถรับประทานอาหารได้ พยาบาลจึงคัดกรองภาวะกลืนลำบากด้วยการกลืนน้ำ ก่อนเริ่มอาหารมื้อแรก ในกรณีที่คัดกรองแล้วพบความเสี่ยงในการกลืนที่ไม่ปลอดภัยจึงใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และผู้ช่วยพยาบาลทดสอบปริมาณของเหลวที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร ก่อนเริ่มให้อาหารผ่านกระบอกให้อาหาร ดูดเสมหะ และดูแลช่องปากวันละ 2-4 ครั้ง จากสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ยังพบความหลากหลายของการดูแลช่องปาก การดูดเสมหะ และการให้อาหารทางสายยาง นอกจากนี้แพทย์และพยาบาลมีการปฏิบัติตามความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่มี เนื่องจาก การไม่มีแนวปฏิบัติในหน่วยงาน การปฏิบัติในลักษณะดังกล่าวพบว่าผลลัพธ์การดูแลยังไม่เป็นไปตาม เกณฑ์ตัวชี้วัดของศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง มาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ในการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวปฏิบัติเกี่ยวข้อง 11 แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในประเทศไทย 3 แนวปฏิบัติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2562 และแนวปฏิบัติในต่างประเทศ 8 แนวปฏิบัติ ตั้งแต่ ค.ศ. 2019-2024 เมื่อวิเคราะห์ รายละเอียดของแนวปฏิบัติในประเทศไทย พบว่า ยังไม่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน¹³ เกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่ให้คัดกรองภาวะกลืนลำบาก ด้วยการประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (oxygen oximetry)¹⁵ ในต่างประเทศ แนวปฏิบัติมี

กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา มีข้อเสนอแนะที่เน้นการดูแลเฉพาะด้าน เช่น การวินิจฉัยและการรักษาภาวะกลืนลำบาก¹⁴ และการจัดการภาวะกลืนลำบาก ซึ่งต้องใช้เครื่องมือตรวจพิเศษจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้แก่ การใช้กล้องวิดีโอฟลูออโรสโคป (videofluoroscopic swallowing study, VFSS) การใช้กล้องระบบติจิตอล (functional endoscopic evaluation of swallowing, FEES) และการกระตุ้นกล้ามเนื้อและเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง (transcutaneous electrical stimulation)¹³ ดังนั้น ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติในปัจจุบันจึงไม่สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติในบริบทจริงของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ดังนั้น เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันของบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวบรวมแนวปฏิบัติที่มีกระบวนการพัฒนาที่เป็นไปตามมาตรฐาน ผ่านการสังเคราะห์และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ครอบคลุม และมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในการวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก (The ADAPTE Collaboration)¹⁸ ซึ่งเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติวิธีการหนึ่ง โดยการปรับใช้ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อลดการใช้ทรัพยากรและระยะเวลาการพัฒนาแนวปฏิบัติ และลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนจากแนวปฏิบัติเรื่องเดียวกันที่มีจำนวนมากในปัจจุบัน เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มี

คุณภาพสูงและมีความยืดหยุ่น การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นกระบวนการปรับปรุงสาระสำคัญในแนวปฏิบัติที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมความพร้อม (set up phase) 2) ระยะปรับปรุง (adaptation phase) และ 3) ระยะประเมินผล (finalization phase) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงได้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับนำไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพมีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาคุณภาพและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก (The ADAPTE Collaboration, version 2.0)¹⁸ เป็นแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การตรวจสอบความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ (check whether adaptation is feasible) การจัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ (establish the guideline development

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

team) การตรวจสอบแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง (review of relevant guidelines) การกำหนดทักษะสำคัญของทีม (identify skills needed) การสรุปกิจกรรมของทีม (complete tasks) และการดำเนินการเขียนโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติ (write protocol) 2) ระยะปรับปรุง ประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตและเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติ (determine the health questions) การสืบค้น คัดกรอง และคัดแยกแนวปฏิบัติ (search, screen, and reduce retrieved guidelines) การตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติ (select

guidelines and recommendations) และการยกร่างแนวปฏิบัติ ที่ปรับปรุงสาระสำคัญใหม่ (drafting the CPGs for Post-Stroke Pneumonia Prevention Among Stroke Patients) และ 3) ระยะประเมินผล ประกอบด้วย การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก (external review by experts) การนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและการปรับแก้ไข (pilot testing with patients and solve problems) และจัดพิมพ์แนวปฏิบัติ สำหรับนำไปใช้ในหน่วยงาน (produce final guidelines) ดัง Figure 1

The ADAPTE process for development of clinical practice guidelines

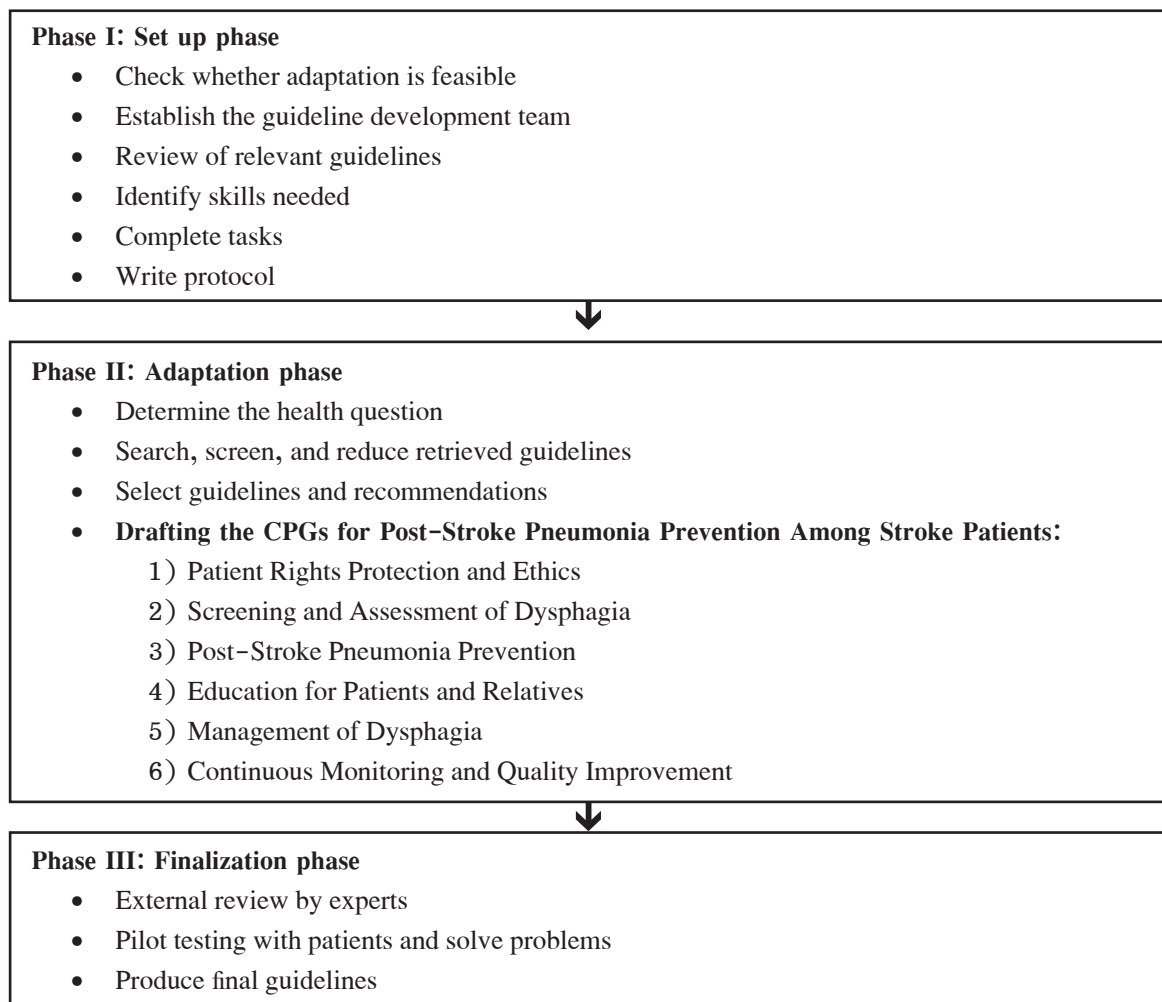


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีการวิจัย

การออกแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ (operational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นบุคลากรผู้พัฒนาแนวปฏิบัติฯ บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มบุคลากรผู้พัฒนาแนวปฏิบัติฯ จำนวน 6 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ระบบประสาท ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โภชนากร นักกิจกรรมบำบัด และผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

2) กลุ่มบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ จำนวน 7 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักกิจกรรมบำบัด 1 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

3) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นโรคสมองขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมองแตก มีระดับความรู้สึกตัวจากมาตรวัดกลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow coma scale, GCS)¹⁹ มากกว่า 8 คะแนน มีอาการทางคลินิกและการไหลเวียนเลือดคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ มีภาวะหายใจล้มเหลว ผ่าตัดสมอง หรืออาการอื่นๆ ที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ มีการสูญเสียการสื่อความหมายชนิด

การรับรู้ผิดปกติ (receptive aphasia) ไม่มีญาติผู้ดูแลหลัก และมีปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่เดิม และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ หลังจากเข้าร่วมการวิจัยแล้วเสียชีวิต หรือย้ายไปหอผู้ป่วยอื่น

การกำหนดขนาดตัวอย่าง เป็นไปตามข้อเสนอแนะของการวิจัยดำเนินการสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ²⁰ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรผู้พัฒนาแนวปฏิบัติฯ และผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ กำหนดจำนวน 5-10 คน ซึ่งสอดคล้องตามบุคลากรกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติฯ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกำหนดจำนวน 3-5 คน เพื่อให้สอดคล้องและมีจำนวนเพียงพอสำหรับการปฏิบัติตามทุกข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติฯ

เครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่

1) แบบคัดกรองแนวปฏิบัติ คือ แบบฟอร์มตารางบันทึกลักษณะของแนวปฏิบัติ²¹ ประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ ผู้แต่ง ประเทศ/ภาษา วันที่ตีพิมพ์ วันที่สิ้นคั่น และข้อสังเกต และแบบฟอร์มตารางสรุปเนื้อหาของแนวปฏิบัติ²¹ ประกอบด้วย ประเด็นคำถาม ประชากร วิธีการ บุคลากร ผลลัพธ์ สถานที่ และสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ มีลักษณะเป็นตารางบันทึก

2) มาตรวัดกลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow coma scale, GCS)¹⁹ ประกอบด้วย การลืมตา การตอบสนองโดยคำพูด และการตอบสนองโดยการเคลื่อนไหว ผลคะแนน 3-15 คะแนน การแปลผลคือ 1) 13-15 คะแนน หมายถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย 2) 9-12 คะแนน หมายถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง และ 3) ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน หมายถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง

2. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal

of Guidelines for Research & Evaluation II, AGREE II) ฉบับภาษาไทย²² ประกอบด้วย 6 หมวด รวม 23 ข้อ ได้แก่ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ การให้คะแนนแบ่งเป็น 7 ระดับ คือ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก ไม่มีข้อมูลที่ตรงกับหัวข้อนั้น ๆ หรือรายงานไว้ไม่ดี และคะแนน 7 หมายถึง เห็นด้วยเป็นอย่างมาก มีข้อมูลที่ตรงกับหัวข้อนั้น ๆ หรือรายงานไว้เป็นอย่างดี การให้คะแนนคุณภาพคิดเป็นร้อยละในแต่ละหมวด โดยคำนวณจากคะแนนที่ได้ ลบด้วย คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คูณด้วย 100 หากด้วย คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ลบด้วยคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ ทั้งนี้คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ เท่ากับ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คูณด้วย 3 (หัวข้อในหมวด) คูณด้วย จำนวนผู้ประเมิน และคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ เท่ากับ 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คูณด้วย 3 (หัวข้อในหมวด) คูณด้วยจำนวนผู้ประเมิน อย่างไรก็ตามสถาบันไม่ได้ กำหนดคะแนนต่ำสุดในแต่ละหมวดไว้ ผู้ประเมินต้อง พิจารณาเองระหว่างความเหมาะสมของบริบทกับ สิ่งที่ประเมิน 23 ข้อ และการประเมินภาพรวม โดยข้อเสนอแนะว่าควรนำไปใช้ได้หรือไม่ แบ่งเป็น 1) ใช่ 2) ใช่โดยมีการแก้ไข 3) ไม่ และ 4) ไม่แน่ใจ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ได้แก่

3.1 แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ

3.2 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก ประกอบด้วย

1) แบบประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก²³ ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ เป็นแบบตรวจสอบรายการ การแปลผล คือ

มีประวัติสำคัญขณะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ร่วมกับ มีลักษณะอาการอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ อุนหภูมิกาย ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียส ฟังเสียงปอดพบเสียงผิดปกติ หายใจเร็วกว่า 22 ครั้งต่อนาที เสมหะคล้ายหนอง หรือปริมาณมากขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มี เม็ดเลือดขาวในเลือดน้อยกว่า 4,000 หรือมากกว่า 12,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผลย้อมแกรม จากเสมหะพบเชื้อหลายชนิด (หากมี) หรือพบเชื้อ ก่อโรคจากการเพาะเชื้อจากเสมหะ (หากมี) และ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบฝ้าทึบ (infiltration) การรวมตัวกันเป็นก้อนแข็ง (consolidation) หรือ มีโพรงหรือช่องเกิดขึ้น (cavitation) ถือว่าเกิดปอดอักเสบ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2) แบบบันทึกการค้นพบอุบัติการณ์ ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นตารางบันทึก ประกอบด้วย วันเข้ารับการรักษา วันจำหน่าย จำนวนวันนอน และจำนวนครั้งของการเกิดปอดอักเสบ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยอุบัติการณ์ คำนวณจากจำนวนครั้งของการเกิดปอดอักเสบหลังเกิด โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา หากด้วยจำนวนวันนอนรวมของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา คูณด้วย 1,000

3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกิจกรรมที่ได้รับการดูแลตาม แนวปฏิบัติฯ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) การประเมิน และติดตามการกลืน 2) การดูแลช่องปาก การขจัดเสมหะ และการรับประทานอาหาร 3) การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) การจัดเตรียมอาหาร และการฝึกกลืน และ

5) ความพึงพอใจโดยรวม เป็นแบบตรวจสอบรายการ แบ่งระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดย 1 คะแนน คือ พึงพอใจน้อยที่สุด และ 5 คะแนน คือ พึงพอใจมากที่สุด ผลคะแนนพิจารณาตามรายชื่อ

3.3 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจต่อการคัดกรอง และประเมินการกลืน 2) ความพึงพอใจต่อคุณภาพการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) ความพึงพอใจต่อความสะดวกง่ายต่อการนำไปใช้ 4) ความพึงพอใจต่อการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของบุคลากร และ 5) ความพึงพอใจโดยรวม เป็นแบบตรวจสอบรายการ แบ่งระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดย 1 คะแนน คือ พึงพอใจน้อยที่สุด และ 5 คะแนน คือ พึงพอใจมากที่สุด ผลคะแนนพิจารณาตามรายชื่อ

2) แบบรวบรวมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนามตามหมวดของแนวปฏิบัติฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการปฏิบัติของบุคลากรที่มสุขภาพว่าเป็นไปตามข้อเสนอนี้ในแนวปฏิบัติฯ หรือไม่ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยหัวข้อหลัก ได้แก่ การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินสารคัดหลั่งและสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขอนามัยช่องปาก การจัดการด้านอาหาร การฟื้นฟูการกลืน การติดตามความสมดุลของสารน้ำและสารอาหาร การติดตามภาวะกลืนลำบาก และการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ เป็นแบบตรวจสอบรายการ แบ่งเป็น 1) ไม่ได้ปฏิบัติ และ 2) ปฏิบัติ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติเป็นผู้ลงบันทึกหลังให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาถึงวันจำหน่าย

ผลที่ได้นำไปวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity) แบบประเมินปอดอักเสบจากการสำลัก²³ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1.0 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ และแบบรวบรวมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนักโภชนาการ ทุกข้อคำถามมีค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence index) อยู่ระหว่าง 0.8-1.0 และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁴

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) มาตรฐานกลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow coma scale, GCS)¹⁹ ผู้วิจัยนำไปประเมินกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 10 คน เปรียบเทียบกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง (inter-rater reliability) 1 คน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) เท่ากับ 1.0 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁵ และแบบประเมินปอดอักเสบจากการสำลัก²³ ผู้วิจัยนำไปประเมินกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 10 คน เปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพด้านการติดเชื้อ 1 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's Kappa coefficient) เท่ากับ 1.0 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁶

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่เอกสาร 042/2568 (2568-FULL003) เมื่อวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2568 และต่ออายุการรับรอง เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ระยะเวลาการรับรอง 1 ปี ถึงวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2570 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เลขที่เอกสาร พช.033.201/5358 เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป มีกระบวนการขอความยินยอม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และประโยชน์ที่อาจได้รับจากการวิจัย สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มเปราะบาง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้มีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีข้อจำกัดในการสื่อสาร กรณีผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี อาการคงที่ แต่ยังมีโอกาสที่โรคแย่ลงได้ ผู้วิจัยขอความยินยอมโดยขอความตกลงร่วม (assent) จากผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย (consent) และกรณีผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่สามารถคิดตัดสินใจได้ หรือมีความบกพร่องในการสื่อสาร ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตัวเองได้ ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย สำหรับกลุ่มบุคลากร ผู้วิจัยขอความยินยอมด้วยตนเอง ในสถานที่ทำงานของบุคลากรที่เสียและเป็นส่วนตัว ผู้ป่วย ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย และบุคลากร มีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมเป็นการสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย ผู้วิจัยชี้แจงว่าการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย ส่วนกลุ่มบุคลากรจะไม่มีผลต่อการประเมินผลงานของบุคลากร และให้การดูแล

ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยจะประสานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วย ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย และบุคลากรสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนาในการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน ถึงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2568 และดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1-3 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 ดำเนินกิจกรรม คือ

1) ตรวจสอบความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในหน่วยงาน โดยบุคลากรมีความเห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2) จัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ระบบประสาท ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด และผู้วิจัย รวม 6 คน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีม

3) ตรวจสอบแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าจำนวนเพียงพอต่อการนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติฯ หรือไม่ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบว่ามีจำนวนเพียงพอสำหรับการสืบค้นและการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรม คือ

1) กำหนดทักษะสำคัญของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยฝึกการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ

สำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) ฉบับภาษาไทย²²

2) สรุปกิจกรรมของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย งานที่ต้องปฏิบัติ ประเด็นที่ทีมให้ความสนใจ กระบวนการทำประชาพิจารณ์ ผู้กว้างแนวปฏิบัติ และกลยุทธ์ในการเผยแพร่และใช้แนวปฏิบัติ

3) ดำเนินการเขียนโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 ระยะปรับปรุง ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4-7 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมประกอบด้วย

1) กำหนดขอบเขตและเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ตามหลัก PIPOH ได้แก่ P (population) เช่น stroke patients, cerebrovascular accident เป็นต้น I (intervention) เช่น clinical practice guideline for pneumonia prevention, recommendations for pneumonia prevention เป็นต้น P (professionals) เช่น health personnel, healthcare workers เป็นต้น O (outcome) เช่น post-stroke pneumonia incidence, respiratory tract infection incidence เป็นต้น และ H (health setting) เช่น stroke unit, medical ward เป็นต้น

2) สืบค้นแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ThaiJo, Thai Digital Collection, CINAHL, PubMed, Clinical Key, Google scholar, MEDLINE และ ProQuest ตั้งแต่ ค.ศ. 2010-2024 พบแนวปฏิบัติเกี่ยวข้อง 11 แนวปฏิบัติ คัดกรองแนวปฏิบัติที่สืบค้น โดยระบุเนื้อหาของแนวปฏิบัติลงในแบบคัดกรองแนวปฏิบัติ²¹ และคัดแยกแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพไม่เป็นไปตามเกณฑ์ออก โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าคือ แนวปฏิบัติต้องมีย่อประกอบครบตาม PIPOH ที่กำหนด ใช้ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย แนวปฏิบัติพัฒนาไม่เกิน 5 ปีสำหรับในต่างประเทศ และไม่เกิน

15 ปีสำหรับในประเทศไทย และเกณฑ์คัดออก คือ พัฒนามาจากบุคคลเพียงคนเดียวหรือไม่ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเนื้อหาของการพัฒนาแนวปฏิบัติไม่เพียงพอสำหรับการประเมิน จึงเหลือ 9 แนวปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 5 คัดแยกแนวปฏิบัติที่คัดกรองได้โดยการประเมินจากทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 6 คน ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ คุณภาพ ความแพร่หลาย เนื้อหา ความสอดคล้อง และการยอมรับและความเหมาะสมของการนำไปใช้ ด้วยเครื่องมือประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) ฉบับภาษาไทย²² พบว่าทั้ง 9 แนวปฏิบัติ มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 70 ทุกหมวดซึ่งมีคุณภาพดี

สัปดาห์ที่ 6-7 ดำเนินกิจกรรม คือ

1) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติสำหรับปรับปรุงสาระสำคัญใหม่ โดยพิจารณาความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์และระดับข้อเสนอแนะ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ A, B, C และ D²⁷

2) ยกร่างแนวปฏิบัติ ที่ปรับปรุงสาระสำคัญใหม่ และจัดทำรายละเอียดของร่างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ภาพรวมของแนวปฏิบัติ ที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประเด็นคำถามทางสุขภาพ ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ข้อเสนอแนะและระดับความเข้มแข็ง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนข้อเสนอแนะ นิยามศัพท์แผนผังการปฏิบัติ เอกสารอ้างอิงและภาคผนวก

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8-22 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 8-16 นำแนวปฏิบัติ ที่ปรับปรุงสาระสำคัญใหม่ไปตรวจสอบความตรงโดยให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนักโภชนาการ ด้วยเครื่องมือประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) ฉบับภาษาไทย²² พบว่ามีคะแนนมากกว่าร้อยละ 90 ทุกหมวด ซึ่งมีคุณภาพ มีรายละเอียดครบถ้วน ใช้ภาษา ที่เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง

สัปดาห์ที่ 17-20 นำแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ หอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 5 คน และบุคลากร จำนวน 7 คน และ ประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก คือ อุบัติการณ์ปอดอักเสบ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความพึงพอใจ ของผู้ป่วยและญาติต่อการได้รับการดูแลตาม แนวปฏิบัติฯ และผลลัพธ์ด้านกระบวนการ คือ ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ

สัปดาห์ที่ 21-22 ปรับแก้ไขแนวปฏิบัติฯ ตามข้อเสนอแนะ และจัดพิมพ์แนวปฏิบัติฯ สำหรับ การนำไปใช้ในหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และการเกิด ปอดอักเสบหลังโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วย สถิติพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ข้อมูลผลลัพธ์ ด้านคลินิกและผลลัพธ์ด้านกระบวนการ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน เป็นเพศชาย 2 คน และเพศหญิง 3 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองขาดเลือดทั้งหมด

มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย 2 คน และระดับปานกลางถึงรุนแรง 3 คน ไม่มี ภาวะกลืนลำบาก 1 คน มีภาวะกลืนลำบากแต่สามารถ รับประทานทางปากได้ 2 คน และมีภาวะกลืนลำบาก ที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก 2 คน

กลุ่มตัวอย่างบุคลากร จำนวน 7 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ระบบประสาท 1 คน นักโภชนาการ 1 คน พยาบาล 4 คน และนักกิจกรรมบำบัด 1 คน เป็น เพศชาย 1 คน และเพศหญิง 6 คน จบการศึกษาระดับ ปริญญาโท 1 คน และปริญญาตรี 6 คน ประสบการณ์ ทำงาน 3-6 ปี 5 คน และ 13-15 ปี 2 คน ทุกคน ไม่มีประสบการณ์การใช้แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ การป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกัน ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 6 หมวดตามแนวทาง การตรวจสอบและรับรองคุณภาพด้านการให้บริการ ของคณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กร ด้านการดูแลสุขภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO)²⁸ เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่กำหนดมาตรฐานและ การประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล (accreditation) เพื่อยกระดับความปลอดภัยและคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยระดับสากล และกำหนดระดับข้อเสนอแนะ ตามเกณฑ์ของศูนย์การแพทย์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด (The Oxford Centre for Evidence-Based Medicine)²⁷

หมวดที่ 1 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและ จริยธรรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคน ต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมตามหลัก การพิทักษ์สิทธิและหลักจริยธรรมเกี่ยวกับสุขภาพ มีข้อเสนอแนะพอสังเขป ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ทุกคนต้องได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบากโดยพยาบาล ด้วยแนวทางที่เป็นรูปธรรมและมีการบันทึกทุกครั้ง แล้วพบว่าปลอดภัยก่อนได้รับการให้สารน้ำ อาหาร หรือยาทางปาก (grade A)

1.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนต้องได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการภายใน 48 ชั่วโมงโดยพยาบาล หลังเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ (grade A) หากพบความเสี่ยงควรส่งต่อนักโภชนาการภายใน 24 ชั่วโมง (grade A)

1.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนควรได้รับการประเมินผลลัพธ์ของการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นที่การประเมินประสิทธิภาพ คือ การลดการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน (grade A)

หมวดที่ 2 การคัดกรองและการประเมินภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนต้องได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก และผู้ที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการประเมินภาวะกลืนลำบากด้วยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ มีข้อเสนอแนะพอสังเขปดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ใช่กลุ่มความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะกลืนลำบากทุกคนควรได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบากด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ด้วยการกลืนน้ำหรือการกลืนอาหารที่มีเนื้อสัมผัสที่หลากหลาย (grade A) การฟังคุณภาพเสียง (voice change after swallow) (grade A) และการกลืนเม็ดยา ตามลำดับ (grade B)

2.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะกลืนลำบากทุกคน

ควรได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบากด้วยการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก ร่วมกับขั้นตอนของการคัดกรองเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ใช่กลุ่มความเสี่ยงสูง (grade B)

2.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่คัดกรองพบความเสี่ยงต่อการกลืนที่ไม่ปลอดภัย ควรได้รับการส่งต่อให้นักกิจกรรมบำบัด (grade B) หรืออาจส่งต่อไปยังสถาบันเฉพาะทาง เพื่อใช้เครื่องมือตรวจพิเศษสำหรับการวินิจฉัยภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ กล้องวิดีโอฟลูออโรสโคปี (videofluoroscopic swallowing study, VFSS) หรือกล้องระบบดีจิตอล (functional endoscopic evaluation of swallowing, FEES) (grade A)

หมวดที่ 3 การป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนมีความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากความบกพร่องของร่างกาย จึงควรได้รับการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อเสนอแนะพอสังเขป ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนต้องได้รับการประเมินสารคัดหลั่งในช่องปากและลำคอ (throat clearing) โดยพยาบาล หากมีปริมาณมากควรได้รับการจัดทำระบายนเสมหะ (grade A) หรือรายงานแพทย์เพื่อส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดสำหรับการเคาะปอด (grade B) หรือการสั่นปอดตามความเหมาะสม (grade B)

3.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่รับประทานทางปากควรได้รับการจัดท่านั่งศีรษะสูง (upright position) การรับประทานอาหารอย่างถูกวิธี และการทำความสะอาดช่องปาก (grade A)

3.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกควรได้รับการจัดทำ

นั่งกึ่งนอน (reclining position) การให้อาหารทางสายยางตามแนวทางมาตรฐาน และการทำความสะอาดช่องปากหลังให้อาหารทางสายยาง (grade A)

3.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนต้องได้รับการสังเกตและการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการสำลักและหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ หากพบควรรายงานแพทย์ (grade A)

หมวดที่ 4 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อเสนอแนะพอสังเขป ดังนี้

4.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติควรได้รับการวางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่แรกเริ่ม โดยครอบคลุมหัวข้อหลัก ได้แก่ ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การจัดเสมหะและการดูแลสุขอนามัยช่องปาก การรับประทานอาหาร การฟื้นฟูการกลืน และการสังเกตอาการของปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (grade A)

4.2 บุคลากรที่มีสุขภาพควรมีการประเมินผลลัพธ์ของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติอย่างต่อเนื่อง (grade A)

4.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติควรได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรที่มีสุขภาพ ได้แก่ การฝึกทักษะการดูแลอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือในการจัดเตรียมอุปกรณ์ และการใช้ประโยชน์จากแหล่งช่วยเหลือทางสังคม เพื่อให้เกิดกำลังใจและความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างถูกต้อง (grade A)

หมวดที่ 5 การจัดการภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากควรได้รับการดูแลจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ มีข้อเสนอแนะพอสังเขป ดังนี้

5.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากควรได้รับการจัดการด้านอาหารตามระดับความรุนแรงของภาวะกลืนลำบาก โดยนักกิจกรรมบำบัดกำหนดรูปแบบอาหารที่เหมาะสม พยาบาลประสานให้นักโภชนาการจัดเตรียมอาหาร (grade A)

5.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจากการคัดกรองโดยพยาบาล แพทย์ควรส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อให้ได้รับโภชนาการที่เหมาะสม และการติดตามภาวะทุพโภชนาการอย่างต่อเนื่อง (grade A)

5.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากจากปัญหาด้านโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูด พยาบาลควรประสานนักกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก (oro-muscular exercises) ซึ่งเป็นทางเลือกหลัก (First – line modality) (grade A)

5.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พยาบาลอาจประสานนักกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกกลืนทางอ้อมเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของอวัยวะการกลืน (maneuver) ซึ่งเป็นทางเลือกรอง (second-line modality) (grade B)

5.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่คาดว่าจะต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูกเกิน 1 เดือน ควรได้รับการพิจารณาทำสายให้อาหารผ่านหน้าท้อง (percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG) เพื่อลดความเสี่ยงในการช้อนอาหารเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ (grade B)

หมวดที่ 6 การติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการพัฒนาคุณภาพ การใช้แนวปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพควรนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลและการรับรองคุณภาพ มีข้อเสนอแนะพอสังเขป ดังนี้

6.1 หน่วยงานควรกำหนดให้มีการใช้ แนวปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรที่มีสุขภาพมีแนวทางดูแล เดียวกัน และส่งเสริมประสิทธิภาพของการป้องกัน ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (grade A)

6.2 บุคลากรที่มีสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองควรได้รับความรู้และการฝึกทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้อง จากทีมที่ปรึกษา ซึ่งเป็นทีมเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อใช้ เป็นแนวทางในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ (grade A)

6.3 หน่วยงานควรกำหนดตัวชี้วัดของ การใช้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุม ด้วยเครื่องมือ การจัดเก็บมาตรฐาน ประกอบด้วย ตัวชี้วัดจากผู้รับบริการ และตัวชี้วัดจากผู้ให้บริการ และติดตามผลลัพธ์จาก ตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องทุก 1 ปี (grade A)

6.4 แนวปฏิบัติควรมีการปรับปรุงอย่างน้อย ทุก 2-3 ปี หรือเมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม (grade A)

ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ ผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ ดังนี้ หมวดที่ 1 ขอบเขต และวัตถุประสงค์ ร้อยละ 92.22 หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 96.67 หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 95.83 หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 95.56 หมวดที่ 5 การนำไปใช้ ร้อยละ 97.50 และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ร้อยละ 98.33 ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นว่าแนวปฏิบัติฯ นี้ สามารถนำไปใช้ได้ มีรายละเอียดครบถ้วน ใช้ภาษา ที่เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง

ผลการทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ การทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ ในผู้ป่วย ที่ไม่มีภาวะกลืนลำบาก 1 คน มีภาวะกลืนลำบากแต่

สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ 2 คน และผู้ที่ ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก 2 คน พบว่ามี 77 ข้อเสนอแนะ จาก 81 ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติฯ ที่ถูกนำไปใช้ และ 4 ข้อเสนอแนะที่ไม่ถูกนำไปใช้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ไม่มีอาการหรือ ภาวะที่ต้องได้รับการดูแลตามข้อเสนอแนะดังกล่าว ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากอาจส่งต่อไปยัง สถาบันเฉพาะทาง เพื่อใช้เครื่องมือตรวจพิเศษสำหรับ การวินิจฉัยภาวะกลืนลำบาก (grade A) 2) ผู้ป่วย ภาวะกลืนลำบากระดับปานกลาง (moderate) ควรได้รับอาหารเหลวข้น (liquidized) และเครื่องดื่ม หนืดปานกลาง (moderate thick) (grade A) 3) ผู้ป่วย ภาวะกลืนลำบากชัดเจน (substantial) ควรได้รับอาหาร บดละเอียด (pureed) และเครื่องดื่มหนืดมาก (extremely thick) (grade A) และ 4) ผู้ป่วยที่คาดว่า ต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูกเกิน 1 เดือน ควรได้รับการพิจารณาทำสายให้อาหารผ่านหน้าท้อง (percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG) เพื่อลดความเสี่ยงในการช้อนอาหารเข้าสู่ระบบ ทางเดินหายใจ (grade B)

ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 คนไม่เกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้ารับการรักษา 48 ชั่วโมง ผู้ป่วย 4 คน พึงพอใจ มากที่สุดต่อการได้รับการประเมินและติดตามการกลืน ผู้ป่วย 3 คน พึงพอใจมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลช่องปาก การจัดเสมีหะ และการรับประทานอาหาร และพึงพอใจ มากที่สุดเกี่ยวกับการได้รับการจัดเตรียมอาหาร การฝึกกลืน และการฝึกบริหารเพื่อฟื้นฟูการกลืน และ ผู้ป่วย 4 คน พึงพอใจมากที่สุดต่อการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิด โรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ป่วย 3 คน มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการได้รับการดูแลตาม

แนวปฏิบัติฯ นี้ในระดับมาก สำหรับความพึงพอใจของบุคลากร พบว่าบุคลากร 4 คน พึงพอใจมากที่สุดต่อการช่วยคัดกรองและประเมินการกลืน บุคลากร 5 คน พึงพอใจมากที่สุดต่อการมีคุณภาพในการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากร 4 คน พึงพอใจปานกลางต่อความสะดวก และง่ายต่อการนำไปใช้ และพึงพอใจมากที่สุดต่อการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรที่มีสุขภาพในการป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าบุคลากร 5 คน พึงพอใจโดยรวมต่อการใช้นโยบายฯ นี้ในระดับมาก

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผลการทดสอบแสดงถึงแนวปฏิบัติฯ นี้สามารถนำไปใช้ได้จริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

คุณภาพของแนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยและทีมได้พัฒนาแนวปฏิบัติฯ ตามกรอบแนวคิดขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก แบ่งเป็น 6 หมวด ซึ่งแต่ละหมวดประกอบด้วยข้อเสนอแนะที่ดี น่าเชื่อถือ เนื่องจากข้อเสนอแนะอยู่ในระดับ A และ B ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีถึงดีมาก และมีประสิทธิภาพในการแสดงผลลัพธ์ปานกลางถึงชัดเจน ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติฯ จึงสามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทของหน่วยงานและขอบเขตการปฏิบัติงานของวิชาชีพนั้น ๆ

แนวปฏิบัติฯ นี้เป็นแนวปฏิบัติแบบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด และผู้ช่วยพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมด้วยแนวทางเดียวกัน โดยแนวปฏิบัติฯ นี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา คือ 1) หมวดที่ 2 การคัดกรองและการประเมินภาวะกลืนลำบาก ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เพิ่มเติมการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจบ่งชี้ถึงการมีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วย ทำให้บุคลากรสามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงสูงได้ สามารถคัดกรองและประเมินภาวะกลืนลำบากโดยละเอียด เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้มากขึ้น 2) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เพิ่มหมวดที่ 3 การป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเน้นความสำคัญของการดูแลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วย ซึ่งเพิ่มเติมการประเมินสุขภาพช่องปากเมื่อแรกรับ วิธีการจัดเสมหะ และการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธี และ 3) หมวดที่ 4 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ จัดกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระดับความรุนแรงของภาวะกลืนลำบาก และระบุการให้ความรู้ที่เหมาะสมและครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดองค์ความรู้และทักษะการดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ ตามแนวคิดของสถาบันโจแอนนา บริกส์ (JBI)²⁹ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ (effectiveness) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 คน ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ นี้ ไม่เกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ อย่างเป็นระบบ ตามแนวทางขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก ทำให้ได้แนวปฏิบัติฯ ที่มีคุณภาพ มีความทันสมัย และสอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติงานจริงใน

หน่วยงาน แนวปฏิบัติฯ นี้สะท้อนให้เห็นบทบาท การดูแลและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ สำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวันแรก พยาบาล คัดกรองภาวะโภชนาการและภาวะกลืนลำบาก ก่อนเริ่มให้รับประทานอาหาร แล้วรายงานแพทย์ เมื่อพบภาวะกลืนลำบากหรือมีความเสี่ยงในการเกิด ภาวะทุพโภชนาการ แพทย์ประเมินปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วย ให้การรักษาที่สอดคล้องกับสภาพการกลืน ดูแลความสมดุลของสารน้ำและสารอาหาร และ ส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดและนักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัดประเมินภาวะกลืนลำบากผู้ป่วย โดยละเอียด กำหนดรูปแบบอาหารและโปรแกรม การฟื้นฟูที่เหมาะสม และติดตามภาวะกลืนลำบาก ของผู้ป่วย นักโภชนาการจัดเตรียมอาหารแก่ผู้ป่วย ประเมินภาวะโภชนาการโดยละเอียด และให้โภชนาบำบัด แก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้ช่วยพยาบาลดูแล สุขอนามัยช่องปากและการรับประทานอาหาร พยาบาล ติดตามผลการดูแล ประสานการดูแลระหว่างบุคลากร ทีมสุขภาพ และวางแผนให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วย และญาติจนกระทั่งจำหน่าย แนวปฏิบัติฯ นี้จึงเสริม ประสิทธิภาพการดูแลแบบองค์รวมในการป้องกัน ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

2) ด้านความเป็นไปได้ (feasibility) พบว่า บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถนำข้อเสนอแนะ ในแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ตามสภาวะผู้ป่วยที่สอดคล้อง และส่วนใหญ่พึงพอใจมากต่อการใช้นโยบายฯ เนื่องจากแนวปฏิบัติฯ มีสาระสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในขอบเขตการปฏิบัติพื้นฐานของวิชาชีพนั้นๆ จึง

แสดงให้เห็นความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้ แม้ว่าบางข้อเสนอแนะไม่ถูกนำไปใช้ในระยะนี้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการหรือสภาวะ ที่ต้องได้รับการดูแลตามข้อเสนอแนะนั้น

3) ด้านความเหมาะสม (appropriateness) แนวปฏิบัติฯ นี้มีความเหมาะสมตามบริบทของหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เนื่องจาก กลุ่มเป้าหมายและการใช้ทรัพยากรตามแนวปฏิบัติฯ สอดคล้องกับหน่วยงาน ที่เน้นการส่งเสริมให้ประชาชน ในเขตรับผิดชอบมีสุขภาวะดี มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ มีธรรมาภิบาล และพัฒนา บุคลากรทีมสุขภาพให้มีมาตรฐาน รวมถึงเป็นการ ส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามมาตรฐานการดูแล นอกจากนี้แนวปฏิบัติฯ ยัง ส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพนำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ ได้มาตรฐานของการดูแลที่ดี เป็นที่ยอมรับ และ สอดคล้องตามนโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องการ พัฒนาคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

4) ด้านความมีคุณค่า (meaningfulness) พบว่า แนวปฏิบัติฯ มีคุณค่าต่อผู้ป่วยและบุคลากร ดังนี้ 1) คุณค่าต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 คน ไม่เกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้ารับการรักษา 48 ชั่วโมง และส่วนใหญ่พึงพอใจ มากต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ นี้ และ 2) คุณค่าต่อบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ เป็นการส่งเสริม วัฒนธรรมการสื่อสารดูแลภายใน การมีส่วนร่วมของ บุคลากรในหน่วยงาน และมีแนวทางเดียวกันใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิด ผลการดูแลที่ดีแก่ผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากรในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติ ตามกรอบแนวคิดขององค์กรความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จากผลลัพธ์ด้านคลินิกและด้านกระบวนการที่ดีในระยะประเมินผลของแนวปฏิบัติ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อให้สามารถนำไปใช้หน่วยงาน ลักษณะของข้อเสนอแนะจึงสอดคล้องตามบริบทของหน่วยงาน ดังนั้น หน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรพิจารณาความเป็นไปได้และความสอดคล้องตามบริบท ทรัพยากรด้านบุคลากร เครื่องมือทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในการใช้แนวปฏิบัติ นี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติ นี้ไปใช้ในหน่วยงาน โดยประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกและผลลัพธ์ด้านกระบวนการ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนใช้แนวปฏิบัติ และเมื่อใช้แนวปฏิบัติ เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้

การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ และเครื่องมือวิจัย และให้ข้อคิดเห็นสำหรับปรับแก้ไขให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

Declaration Statements

Conflict of interest: No conflict of interest

Author contribution: **Chamnan P:** Conceptualization, Methodology, Project administration, Data curation, Draft the manuscript, Manuscript revision; **Soivong P:** Conceptualization, Methodology, Data curation, Supervision, Review and Editing, Project administration, Writing—review & editing; **Udomkhamsuk W:** Conceptualization, Methodology, Data curation, Review and Editing

AI Use disclosure: The authors declare that Grammarly was used for proofreading and editing, and that Matthew AI and Gemini were used to translate the text.

References

1. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795–820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0) PMID: 34487721
2. Teimkao S. Stroke incidence in Thailand. *Thai Journal of Neurology.* 2565;39(2):39–46. Available from: <https://thaijoneuro.com/files/2024/62b7cffe96144bd877a240cc68a6b8b.pdf> (in Thai)
3. Ministry of Public Health, Department of Disease Control. The Department of Disease Control is campaigning for World Stroke Day 2023, revealing that Thailand has seen over 300,000 cases of stroke this year, emphasizing that the disease is preventable [Internet]. Nonthaburi: Division of Non-Communicable Disease. 2023. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37914&deptcode=> (in Thai)

4. American Heart Association. Let's talk about complications after stroke [Internet]. Taxes: American Stroke Association. 2023. Available from: <https://www.stroke.org/en/help-and-support/resource-library/lets-talk-about-stroke/complications-after-stroke>
5. de Jonge JC, van de Beek D, Lyden P, Brady MC, Bath PM, van der Worp HB. Temporal profile of pneumonia after stroke. *Stroke*. 2022;53(1):53–60. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.032787> PMID: 34517764
6. Sabir Rashid A, Huang-Link Y, Johnsson M, Wetterhäll S, Gauffin H. Predictors of early neurological deterioration and functional outcome in acute ischemic stroke: the importance of large artery disease, hyperglycemia and inflammatory blood biomarkers. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022;18:1993–2002. <https://doi.org/10.2147/ndt.S365758> PMID: 36097537
7. Badve MS, Zhou Z, van de Beek D, Anderson CS, Hackett ML. Frequency of post-stroke pneumonia: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2019;14(2):125–36. <https://doi.org/10.1177/1747493018806196> PMID: 30346258
8. Smith CJ, Kishore AK, Vail A, Chamorro A, Garau J, Hopkins SJ, et al. Diagnosis of stroke-associated pneumonia: recommendations from the pneumonia in Stroke Consensus Group. *Stroke*. 2015;46(8):2335–40. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.115.009617> PMID: 26111886
9. Ministry of Public Health, Department of Medical Services, Neurological Institute of Thailand. Standard stroke certification center: SSCC. Bangkok: Thanapress; 2023. Available from: <https://neuronetworks.org/wp-content/uploads/2024/02/SSCCPlus.pdf> (in Thai)
10. Tran KH, Akhtar N, Ali A, Joseph S, Morgan D, Babu B, Uy RT, Shuaib A. Impact of stroke severity on aspiration pneumonia risks in the medical ward versus the stroke unit: a 10-year retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2025;15(3):e093328. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-093328>. PMID: 40118473
11. Getie A, Dessalew E, Tadesse A, Gedfew M, Amlak BT, Akalu TY. Time to develop aspiration pneumonia and its predictors among stroke patients admitted at specialized hospitals in Western Amhara during the armed conflict period, 2024. *Sci Rep*. 2025;15(1):31710. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-15074-w>. PMID: 40877344
12. Barlas RS, Clark AB, Bettencourt-Silva JH, Sawanyawisuth K, Kongbunkiat K, Kasemsap N, et al. Pneumonia and risk of serious adverse outcomes in hospitalized strokes in Thailand. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2019;28(6):1448–54. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.03.024> PMID: 30956056
13. Dziewas R, Allescher HD, Aroyo I, Bartolome G, Beilenhoff U, Bohlender J, et al. Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia – S1 guideline of the German Society of Neurology. *Neurol Res Pract*. 2021;3(1):1–30. <https://doi.org/10.1186/s42466-021-00122-3> PMID: 33941289
14. Umay E, Eyigor S, Ertekin C, Unlu Z, Selcuk B, Bahat G, et al. Best practice recommendations for stroke patients with dysphagia: a Delphi-based consensus study of experts in Turkey-part I: management, diagnosis, and follow-up. *Dysphagia*. 2022;37(2):217–36. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10273-9> PMID: 33687558
15. Seetasan U. Development of clinical practice guidelines for dysphagia management among elderly stroke patients in surgical unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2010. (in Thai)

**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์**

16. Tilokskulchai F. Evidence-based nursing practice: principles and methods. 4th ed. Bangkok: Pri-One; 2008. (in Thai)
17. Phetchabun Hospital, Department of Medical Record. Phetchabun: Phetchabun Hospital; 2567. (in Thai)
18. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: resource toolkit for guideline adaptation, version 2.0. Hamilton (Canada): Guideline International Network; 2010. Available from: <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>
19. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet. 1974;2(7872):81-4. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0) PMID: 4136544
20. Thongchai C. Clinical practice guidelines development. The Thai Journal of Nursing Council. 2005;20(2): 63-76. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/viewFile/2245/1883> (in Thai)
20. Lasuka D. Clinical practice guidelines adaptation: concept and process. Nursing Journal. 2013;4097-104. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/19087/16790> (in Thai)
21. Ministry of Public Health, Department of Medical Services, Institute of Medical Research & Technology Assessment. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II: AGREE II (Thai version). Nonthaburi: Institute of Medical Research & Technology Assessment; 2013. Available from: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf> (in Thai)
22. Moolkhaew R, Soivong P, Chaiard J. Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for dysphagia management among stroke patients. tjnmp. 2016;3(2):44-57. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/120342> (in Thai)
23. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift Voor Onderwijs Research, 1977;2(2):49-60.
24. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. J Chiropr Med. 2016;15(2): 155-63. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012> PMID: 27330520
25. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. Biochem Med (Zagreb). 2012;22(3):276-82. PMID: 23092060
26. Ball CM, Phillips RS, editors. Acute medicine: evidence based on-call. Edinburgh (United Kingdom): Churchill Livingstone; 2001.
27. Saufl NM, Joint Commission on Accreditation of Healthcare O. The joint commission on A+accreditation of healthcare organizations revises standards for 2004. J Perianesth Nurs. 2003;18(5):352-7. [https://doi.org/10.1016/s1089-9472\(03\)00184-9](https://doi.org/10.1016/s1089-9472(03)00184-9) PMID: 14569546
28. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers, manual: 2008 edition. Adelaide (Australia): Joanna Briggs Institute; 2008.