

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืน ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

จิตติพร ยูบลพริ้ง, พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่) *

ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, Ph.D. (Nursing) **

สุวิมล กิมปี, คม. (วิจัยการศึกษา) ***

อรพรรณ ไตสิงห์, พย.ด. **

บทคัดย่อ: ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดมักประสบภาวะกลืนลำบากและการสำลัก ทำให้พฤติกรรมรับประทานอาหารผิดปกติไป ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของชูคัพ ในปี ค.ศ. 2000 การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาเพียงระยะที่ 1-3 ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ปัญหาการกลืนลำบากและการสำลักของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด ระยะที่ 2 เป็นการสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือ ระหว่างปี ค.ศ. 1990-2008 จำนวน 35 เรื่อง โดยนำมาใช้ทั้งหมด 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีการสุ่ม 4 เรื่อง งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า 1 เรื่อง และงานวิจัยศึกษาไปข้างหนัาระยะยาว 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินคุณภาพงานวิจัย ก่อนนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล สรุปประเด็นจากงานวิจัยดังกล่าวได้ 3 ประเด็น ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการกลืน การประเมินการกลืนและการสำลัก การฝึกกลืนและการบริหารช่องปากและคอ และการพยาบาลเพื่อการกลืนอย่างปลอดภัย ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา และได้ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามคำแนะนำ โดยระยะที่ 4 การวางแผนเพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก อยู่ระหว่างดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากการศึกษาเบื้องต้น พร้อมทั้งประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ รวมทั้งควรจัดการฝึกอบรมให้กับพยาบาลที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เมื่อนำไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วารสารสภาการพยาบาล 2552; 24(2) 24-38

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การฟื้นฟูการกลืน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศีรษะและคอเป็นบริเวณที่มีอวัยวะสำคัญทั้งในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ จมูก โปรงหลังจมูก (nasopharynx) กล่องเสียง (larynx) ช่องปาก (oral cavity) และคอหอย (pharynx)¹ ในรอบทศวรรษที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ในการเกิดมะเร็งศีรษะและคอสูงเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งในประเทศไทย จากสถิติของการเกิดโรคมะเร็งในโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2549 พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 9.77-10.45 ต่อปีของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด² ซึ่งอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) และการสำลัก (aspiration)³

ภาวะกลืนลำบากและการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นปัญหาสำคัญที่อาจพบได้ทั้งก่อนและหลังการรักษา โดยภาวะกลืนลำบากและการสำลักจะเพิ่มมากขึ้นภายหลังการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอถึงร้อยละ 69⁴ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บและการทำลายของกล้ามเนื้อ กระดูก และกระดูกอ่อนที่เป็นโครงสร้างของกระบวนการกลืน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการสำลักและเกิดปอดอักเสบจากการสำลักหลังการผ่าตัดได้มากกว่าร้อยละ 50⁵ ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากรุนแรงร้อยละ 94 อาจเกิดภาวะติดเชื้อที่ปอดจนนำไปสู่ความตายได้⁶ ผู้ป่วยบางรายที่กลืนไม่ได้เกิดภาวะขาดน้ำและทุพโภชนาการ⁷ อีกทั้งบางรายต้องเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารจากรับประทานทางปากเป็นการใส่สายให้อาหารทางจมูก (NG tube) หรือผ่าตัดใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร (gastrostomy tube) ทำให้ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก³

จากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลและจัดการกับปัญหาข้างต้นนี้และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีรูปแบบการประเมินในเรื่องการกลืนและการสำลักและการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการแนะนำเทคนิคการกลืนที่ชัดเจน รวมทั้งไม่มีการฟื้นฟูอวัยวะและกล้ามเนื้อที่เป็นส่วนประกอบของโครงสร้างการกลืนให้เพียงคำแนะนำและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาหารซึ่งไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากหลังผ่าตัด อาจมีอาการสำลักและได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ³ อีกทั้งพยาบาลผู้ดูแลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกลืนแตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์เดิมที่เคยปฏิบัติมาก่อน ขณะเดียวกันการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในปัจจุบันมักมุ่งไปที่การดูแลเกี่ยวกับการสื่อสาร ทางเดินหายใจ และแผลผ่าตัดมากกว่าปัญหาเรื่องการกลืน⁸ ทั้งยังมีหลายการศึกษาในต่างประเทศที่เสนอวิธีการฟื้นฟูการกลืนที่มีองค์ประกอบต่างๆ โดยแยกเป็นการประเมินความพร้อมในการกลืน เทคนิคการกลืน การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การจัดอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก และการจัดสิ่งแวดล้อม⁹⁻¹³ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเรื่องการฟื้นฟูการกลืนที่นำวิธีฟื้นฟูการกลืนแต่ละองค์ประกอบมาพัฒนาเป็นโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนที่เป็นรูปแบบสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความพร้อม เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง และให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ดีขึ้น ส่งเสริมภาวะโภชนาการ และมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ทั้งยังลดความเสี่ยง

ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก อัตราการตายจากการสำลัก อัตราการกลับเข้ารับการรักษา และระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นมาตรการความปลอดภัยตามมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ถือเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลและหน่วยงานที่สำคัญ ทั้งยังส่งเสริมการใช้นวัตกรรมอิสระทางการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดได้รับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด ที่มีมาตรฐานเดียวกันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย ส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidenced-Based Practice Model) ในการพยาบาลของชุดปี ค.ศ. 2000¹⁴ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase)

1. จากประสบการณ์ (Practice triggered) ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลและจัดการกับปัญหาข้างต้นตามรูปแบบเดิม พบว่า พยาบาลผู้ให้คำแนะนำมักเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเกี่ยวกับการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากโดยตรงยังมีน้อย ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูการกลืนได้ช้า ส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินการกลืนอย่างง่าย โดยจะถามผู้ป่วยว่า “กลืนได้หรือไม่” หรือ “กลืนแล้วเจ็บไหม” และทดสอบการกลืนโดยให้จิบน้ำหรือน้ำหวาน ประมาณ 3-5 มิลลิลิตร เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสำลักหรือมีการรั่วของแผลผ่าตัดหรือไม่

การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วย ในวันแรกที่แพทย์มีคำสั่งให้รับประทานอาหารทางปากได้ พยาบาลผู้ดูแลจะจัดอาหารตามแผนการรักษา โดยเริ่มจากการจิบน้ำหรือน้ำหวาน อาหารอ่อนเหลว หรือโจ๊กปั่น หากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้หรือสำลัก พยาบาลจะดูแลเบื้องต้นและรายงานแพทย์เพื่อหาวิธีการช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่ยังกลืนไม่ได้ แพทย์จะใส่สายให้อาหารทางจมูกหรือผ่าตัดใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร หรือให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำในรายที่มีข้อห้ามในการใส่สายให้อาหารทางจมูก และระหว่างรอการผ่าตัดใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้อาหาร นอกจากสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพิ่มภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติในการดูแลสายให้อาหาร และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของอาหารที่ให้กับผู้ป่วย

จากการสังเกตและสอบถามผู้ป่วยหลายรายที่ให้การพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลกับการกลืนอาหารลำบากหรือกลืนไม่ได้ รู้สึกว่าตนเป็นภาระให้

ครอบครัวต้องคอยจัดการเรื่องอาหาร ต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการซื้ออาหารชนิดผงหรือการเตรียมอุปกรณ์ ส่วนผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อกลับมาตรวจตามนัดส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักลด ผอมลง และสุขภาพทรุดโทรมเนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้ ทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการสำลักอีกด้วย

2. จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggered)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ภาวะกลืนลำบากและการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดมีความซับซ้อนและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น อายุของผู้ป่วย ระยะของโรค ตำแหน่งของเนื้องอก ขนาดของเนื้องอก วิธีการผ่าตัด และวิธีการรักษาพร้อมอื่น ๆ เป็นต้น⁷ โดยเฉพาะรอยโรคที่เกิดขึ้น ทำให้อวัยวะเกี่ยวกับการกลืนทำงานได้ไม่ดีหรือขัดขวางกระบวนการกลืน จากการหดตัวของกล้ามเนื้อไม่มีประสิทธิภาพขณะกลืน ทำให้มีอาการกลืนเจ็บหรือกลืนลำบาก และภายหลังการผ่าตัดปัญหาการกลืนลำบากจะรุนแรงมากขึ้นเป็นผลจากการผ่าตัดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่าตัดเสริมโครงสร้างเนื้อเยื่อ (reconstruction) ด้วยวิธีการนำเนื้อเยื่อจากบริเวณใกล้เคียงหรือส่วนอื่นของร่างกายมาปลูกแทนบริเวณรอยโรคที่ถูกตัดออกไป ทำให้สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก จึงไม่มีตัวช่วยในการรับรู้ความรู้สึกต่ออาหารที่จะผ่านไปยังคอหอยส่วนปาก (oropharynx) และทำให้ไม่มีการสั่งการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและเส้นประสาทของการกลืน เพื่อออกแรงดันอาหารไปยังคอหอย ทำให้การส่งผ่านอาหารช้าลงและเกิดการอุดตันของอาหารได้¹⁵ ส่งผลให้กระบวนการกลืนทำงานไม่ได้ตามปกติ เสี่ยงต่อการสำลักเพิ่มขึ้น และเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากรุนแรง อาจเกิดภาวะติดเชื้อที่ปอดจนนำไปสู่ความตายได้ รวมทั้งเกิดภาวะขาดน้ำและทุพโภชนาการได้

ในการดูแลและจัดการกับปัญหาข้างต้นนี้ จากการศึกษาของเซนและลาร์สัน¹⁶ พบว่า ผู้ป่วยและคู่สมรสร้อยละ 61 และ 81 ตามลำดับ ได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอเกี่ยวกับข้อมูลจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาการกลืนที่เปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด ไม่มีการแนะนำการฟื้นฟูการกลืนและการรับประทานอาหาร คำแนะนำที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นเรื่องการพูดสื่อสาร และการศึกษาของกาซิโน⁷ พบว่า พยาบาลจะแนะนำท่าทางในการกลืนอาหาร โดยก้มหน้าหรือเงยหน้า การกลืนหายใจขณะกลืน อาหารที่จัดสำหรับผู้ป่วยเป็นอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน แต่พบว่าผู้ป่วยยังกลืนอาหารได้ช้า บางรายมีอาการสำลักและได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดที่เป็นรูปแบบชัดเจนยังมีน้อย แต่พบการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูการกลืนหลายการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น อาทิเช่น ดอนเซลลีและแบร์ดี⁹ ศึกษาการหายใจ 3 แบบ ได้แก่ หายใจเข้าปกติแล้วกลืนหายใจ ขณะเดียวกันนับ 1-5 ดังๆ (easy breathing-hold) หายใจลึกๆ แล้วกลืนหายใจ ขณะเดียวกันนับ 1-5 ดังๆ (easy breathing-hold, Inhale/easy breathing-hold) หายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนหายใจแล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก ขณะเดียวกัน นับ 1-5 ดังๆ (hard breathing-hold) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีร่างกายแข็งแรงจำนวน 150 ราย พบว่า เทคนิคการหายใจแบบการสูดหายใจลึกๆ - กลืนหายใจ จะทำให้การปิดของสายเสียงแท้และสายเสียงเทียมมีประสิทธิภาพที่สุด ช่วยป้องกันทางเดินหายใจจากการสำลักในช่วงก่อนและขณะกลืน ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการฝึกกลืนแบบซูพรากลอตติก (supraglottic swallowing) และซูเปอร์-ซูพรากลอตติก (super-supraglottic swallowing) ได้

เลวิน เอิร์ท พัทธัม และดูโบรว¹⁰ ศึกษาทำทางของศีรษะต่อการกลืนในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพแข็งแรงพบว่า วิธีการก้มคอเป็นเทคนิคการจัดท่าทางการกลืนที่ง่าย ควรนำมาใช้เนื่องจากทำให้มีการดันผนังคอหอยส่วนหน้าไปด้านหลัง และดันให้โคนลิ้นและฝาปิดกล่องเสียงอยู่ชิดกับผนังคอหอยส่วนหลัง ทางเดินหายใจจึงแคบลงสามารถลดอาการสำลักได้ และการศึกษาของทิพย์สุดา ขำนาญศรีเพชร¹⁷ ที่ศึกษาผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยนั้น กลืนได้อย่างปลอดภัย โดยมีการกลืนที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยเพื่อฟื้นฟูการกลืนและนำเอาวิธีการฟื้นฟูแต่ละชนิดมาพัฒนาเป็นโปรแกรมฟื้นฟูที่เป็นรูปแบบ ซึ่งมีองค์ประกอบหลายส่วนรวมกันอย่างชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การฝึกกลืนด้วยวิธีต่างๆ เช่น ชูพรากลอดติ๊ก หรือ โมติฟายด์ ชูพรากลอดติ๊ก¹⁰ การจัดท่าศีรษะและคอและท่าในการกลืน¹⁰⁻¹¹ การบริหารอวัยวะส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลืน¹² รวมไปถึงทำการประเมินการกลืนและการสำลักโดยการสังเกตอาการข้างเตียง (bedside swallowing assessment)

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase)

1. การตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้น เพื่อกำหนดขอบเขตของในการค้นคว้าข้อมูล ได้งานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด วัตถุประสงค์ของการสืบค้นครั้งนี้มีดังนี้

1. ผู้ป่วยผู้ใหญ่
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด
3. ครอบคลุมงานวิจัยที่มีรูปแบบงานวิจัย เชิงพรรณนา สำนวน กึ่งทดลอง และทดลอง
4. เป็นงานวิจัยที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990-2008 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Keyword) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นครั้งนี้ คือ Head and neck cancer, Dysphagia, Swallowing difficulty, Mastication, Food, Swallowing assessment, Swallowing rehabilitation

3. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การศึกษาครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากกระบวนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ฐานข้อมูล CINAHL, OVID Full Text, Cochrane Library, Blackwell Synergy, ScienceDirect, SpringerLink, Electronic Journal, HighWire, PubMed, Wiley InterScience, และการสืบค้นด้วยมือ

4. กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น โดยใช้กรอบ PICO ของเคร็กและสมิท¹⁸

Population : ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

Intervention : การฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

Comparison : มีการเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนและการสำลักระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และ

ไม่ให้การพยาบาลตามแนว
ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผล
งานวิจัยที่ได้ผลดีมาใช้ จากการ
ได้ทดลองปฏิบัติในงานวิจัยนั้นๆ

Outcome : ความสามารถในการกลืนเพิ่ม
ขึ้นและไม่มีอาการสำลัก

5. กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับของงาน
วิจัย (Level of Evidence) ใช้เกณฑ์ในการประเมิน
ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของมิวนิกและ
ไพน์เอ้าท์¹⁹ ซึ่งแบ่งงานวิจัยออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการทบทวน
วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic
review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta
analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มี
การสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดหรือ
แนวปฏิบัติการทางคลินิกที่สร้างจาก
หลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรม
อย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลอง
ที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ระดับ 2 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิง
ทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม
(Randomized Control Trial: RCT) หรือ
งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Experimental
study) ที่มีการออกแบบการทดลอง
อย่างดียิ่งอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิง
ทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมมีการออกแบบ
การทดลองอย่างดี (Quasi-experimental
studies: Non-randomize controlled, single
group pre-test, time series, matched
case controlled studies) แต่ไม่มีการสุ่ม

ระดับ 4 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่
เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษา
ติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบ
วิจัยอย่างดี (Retrospective studies,
Prospective studies)

ระดับ 5 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการทบทวน
วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัย
เชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยว
เชิงคุณภาพหรืองานวิจัยเชิงบรรยาย

ระดับ 7 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ
ในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงาน
จากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะ
เรื่อง (Opinion of respected authorities
based on their clinical experience or
the opinion of an expert committee)

จากการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด
6 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยระดับ 3 (Quasi-
experimental study: Randomized) จำนวน 4 เรื่อง
และงานวิจัยระดับ 4 (Longitudinal prospective survey,
Cohort study) จำนวน 2 เรื่อง

6. การประเมินความเป็นไปได้เพื่อนำไปใช้
นำงานวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์หาคำตอบความเป็นไปได้ในการ
นำไปปฏิบัติโดยใช้กรอบแนวคิดของโพลิตและเบค²⁰
ดังนี้

6.1 ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทาง
คลินิก (Clinical relevance) งานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง^{9-13,17}
ที่ทำการศึกษากับปัญหาทางคลินิก คือ ผู้ป่วยที่มี
ภาวะกลืนลำบาก สามารถนำมาแก้ปัญหาการกลืนลำบาก
ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะหลังผ่าตัดได้โดยตรง เพื่อเป็น
แนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีความชัดเจน

และเป็นแนวทางเดียวกันมากขึ้น และจากงานวิจัยที่ศึกษาพยาบาลสามารถนำผลวิจัยมาใช้ได้ แต่ก่อนนำไปใช้ต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติให้ชำนาญก่อน นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

6.2 การมีความหมายเชิงศาสตร์ (Scientific merit) งานวิจัยทั้งหมดเป็นงานวิจัยระดับ 3 จำนวน 4 เรื่อง (Quasi-experimental study: Randomized) และระดับ 4 จำนวน 2 เรื่อง (Longitudinal prospective survey, Cohort study) มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับปานกลาง การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกันตั้งแต่ชื่อเรื่อง ตัวแปร สมมติฐานการวิจัย วัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล ผลการวิจัย การวิเคราะห์ การสรุปและการอภิปรายผล

6.3 แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation potential) งานวิจัยที่ได้ทั้งหมด นำพิจารณาในหัวข้อดังต่อไปนี้

6.3.1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) งานวิจัยที่ศึกษามีกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ซึ่งมีประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเป็นอย่างยิ่ง และการฝึกไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้ระยะเวลาในการฝึกกลืนน้อย ไม่เกิน 30 นาที^{10, 12}

6.3.2 ความเป็นไปได้ (feasibility) ในการฝึกกลืนพยาบาลทุกระดับสามารถกระทำได้และสามารถยุติการฝึกได้เมื่อผู้ป่วยไม่พร้อมหรือมีภาวะเสี่ยง เช่น ล้าล้า เหนื่อย ปวดรุนแรง สัญญาณชีพผิดปกติ เป็นต้น¹² ทั้งนี้พยาบาลต้องได้รับการอบรมการใช้แนวปฏิบัติก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การฝึกกลืนใช้เวลาสั้น จึงสามารถนำมาใช้ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากได้โดยไม่รบกวนการทำงานปกติมากเกินไป

6.3.3 ความคุ้มค่า-ต้นทุน (Cost-benefit ratio) การฝึกกลืนไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน อุปกรณ์ที่ใช้หาได้ทั่วไปในหอผู้ป่วย ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ ส่วนอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยอาจเกิดได้แต่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากก่อนการกลืนจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมจะกลืนหรือไม่ ถ้าไม่พร้อมจะให้หยุดและปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยเหลือหรือให้สารอาหารทางสายให้อาหารหรือทางหลอดเลือดดำต่อไป¹³

7. การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย นำงานวิจัยที่ได้ทั้งหมด 6 เรื่อง มาวิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็นได้ 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การประเมินความพร้อมในการกลืนและการประเมินการกลืนและการสำลัก การประเมินผู้ป่วยควรเริ่มก่อนที่จะเริ่มให้อาหารทางปากแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินความพร้อมในการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืนมาตรฐาน (Standardized Swallowing Assessment หรือ SSA) จากงานวิจัยของเอ็ลลูลล์และคณะ¹³ เป็นแบบประเมินความพร้อมในการกลืนที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่มีค่าความไว (Sensitivity) = 0.97 และความเฉพาะเจาะจง (Specificity) = 0.9 และมีความเหมาะสมสำหรับพยาบาลในการประเมินความพร้อมก่อนการกลืนของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก จากแบบประเมินมีความสั้นกระชับรัดกุม ใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน²¹ และการประเมินการกลืนและการสำลัก โดยใช้แบบประเมินการกลืน (Swallowing Assessment Observation Form หรือ SAOF) จากงานวิจัยของทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร¹⁷ ที่มีค่าความเที่ยง (Reliability) = .63 เพื่อประเมินการกลืนและการสำลักของผู้ป่วยที่ทำการฟื้นฟูการกลืน

ประเด็นที่ 2 การฝึกกลืนและการบริหารช่องปากและคอ^{9, 11-12} เนื่องจากการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อ

กล้ามเนื้อ กระดูก กระดูกอ่อน และโครงสร้างของระบบประสาทเกี่ยวกับการกลืนได้รับบาดเจ็บและบอบช้ำส่งผลให้กระบวนการกลืนผิดปกติ ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระยะของการกลืน ดังนั้นเพื่อกระตุ้นการทำงานของอวัยวะเกี่ยวกับการกลืนให้กลับมาทำหน้าที่ใกล้เคียงกับสภาพปกติ ป้องกันการสำลัก และให้ผู้ป่วยทราบจังหวะและวิธีการกลืนอย่างปลอดภัย จึงจำเป็นต้องมีการฝึกกลืนและการบริหารคอและช่องปาก ดังนี้

1. การฝึกกลืน ด้วยวิธีการฝึกกลืนแบบโมดิฟายด์ซูพรากลอตติก¹⁰ โดยหายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนหายใจก้มหน้าให้คางชิดอก กลืนแรงๆ ขณะที่กลืนหายใจและค่อยๆ ยกคางขึ้น จากนั้นไอหลังกลืน

2. การบริหารช่องปากและคอ โดยวิธีกระตุ้นและสัมผัสด้วยความเย็น เพื่อฟื้นฟูการทำงานของประสาทรับรู้เชิงกล เชิงเคมี และเชิงอุณหภูมิภายในช่องปาก ด้วยวิธีการกลืนแบบพรี-เอมพ์ทีฟ (Pre-emptive swallowing)¹² ประกอบด้วย

2.1 การกระตุ้นด้วยอุณหภูมิและการสัมผัส โดยนำกระจกส่องกล่องเสียง (laryngeal mirror) แช่เย็นอุณหภูมิต่ำ บริเวณส่วนโค้งด้านหน้าเพดานอ่อน

2.2 การกระตุ้นปาก (oral stimulation) กระตุ้นลิ้นเบาๆ ด้วยก้อนหรือแปรงสีฟัน

2.3 การนวดปาก (oral massage) โดยการนวดริมฝีปากและแก้ม

2.4 การใช้มือโยก (digital manipulation) กระตุกไฮอออยด์ใต้กระดูกไทรอยด์

2.5 การออกกำลังกายคอ (cervical range of motion exercise) โดยก้มหน้า เอียงคอ หันหน้าและอำปาก

ประเด็นที่ 3 การพยาบาลเพื่อการกลืนอย่างปลอดภัย¹¹⁻¹² ประกอบด้วย

1. การจัดท่านั่งขณะรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยควรนั่งในท่าตัวตั้งตรง 90 องศา (90° upright)

2. การเคี้ยวอาหาร ค่อยๆ เคี้ยว และควรเคี้ยวให้ละเอียดที่สุดเท่าที่จะทำได้

3. การจัดอาหาร โดยการป้อนหรือรับประทานอาหารคำเล็กๆ แล้วเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน อาหารที่จัดให้ผู้ป่วยไม่ควรมีลักษณะชิ้นเหลวหรือเป็นน้ำผสมกัน

4. การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยควรแปรงฟันหรือทำความสะอาดเพื่อขจัดสิ่งคั่งค้างในปากอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase)

เป็นระยะของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้วนำไปตรวจสอบและทดลองใช้ ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีมาตรฐาน สามารถนำไปใช้ได้จริงในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

1. การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล

ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางการประเมินการกลืนและการสำลักของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

2. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด

ความหมาย

ภาวะกลืนลำบากหลังผ่าตัด หมายถึง การกลืนไม่สะดวกเนื่องจากความผิดปกติของการทำงานร่วม

กันของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืน การอุดกันตั้งแต่ช่องปากถึงหลอดอาหาร ทำให้มีปัญหาในการส่งผ่านอาหารจากทางช่องปากไปยังกระเพาะอาหารภายหลังการผ่าตัดบริเวณช่องปากและคอ²²

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

2. แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้

3. ผู้ป่วยที่ถูกประเมินด้วยแบบประเมินความพร้อมในการกลืน (SSA) มีคะแนนความพร้อมในการกลืน (SSA) มีคะแนนความพร้อมในการกลืน ต้องเท่ากับ 7 คะแนน

กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด ได้รับการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนอย่างมีประสิทธิภาพปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด ที่มีมาตรฐานเดียวกันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ได้แก่ฐานข้อมูล CINAHL, Springer Link, Pub Med, Blackwell Synergy, และสืบค้นด้วยมือ

แนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด จะเริ่มฝึกก่อนมื้ออาหาร 1 ชั่วโมง ทุกมื้อ โดยเริ่มเมื่อแพทย์อนุญาต

ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้หลังผ่าตัด ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินความพร้อมในการกลืนด้วยแบบประเมินความพร้อมในการกลืน ผู้ศึกษาแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินการกลืนมาตรฐาน (Standardized Swallowing Assessment หรือ SSA) ของเอ็ลลูล์และคณะ¹³ เพื่อป้องกันผู้ป่วยพร้อมที่จะฝึกกลืนต้องประเมินก่อนมื้ออาหารทุกมื้อ โดยคะแนนความพร้อมในการกลืน ต้องเท่ากับ 7 คะแนน จึงจะสามารถฝึกกลืนได้

ส่วนที่ 2 การประเมินการกลืนและการสำลักด้วยแบบประเมินการกลืนและการสำลัก ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบประเมินการกลืน (Swallowing Assessment Observation Form) สร้างโดยทิพย์สุดา ขำกาญจน์เพ็ชร¹⁷ เพื่อประเมินการกลืนและการสำลักของผู้ป่วยในมือแรกที่เริ่มรับประทานอาหาร ก่อนได้รับการฟื้นฟูการกลืนและเมื่อสิ้นสุดการรับประทานอาหารภายหลังฟื้นฟูการกลืนทุกมื้อ

ส่วนที่ 3 การฝึกกลืนและการบริหารช่องปากและคอ เริ่มฝึกก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ 30 นาที ดังนี้

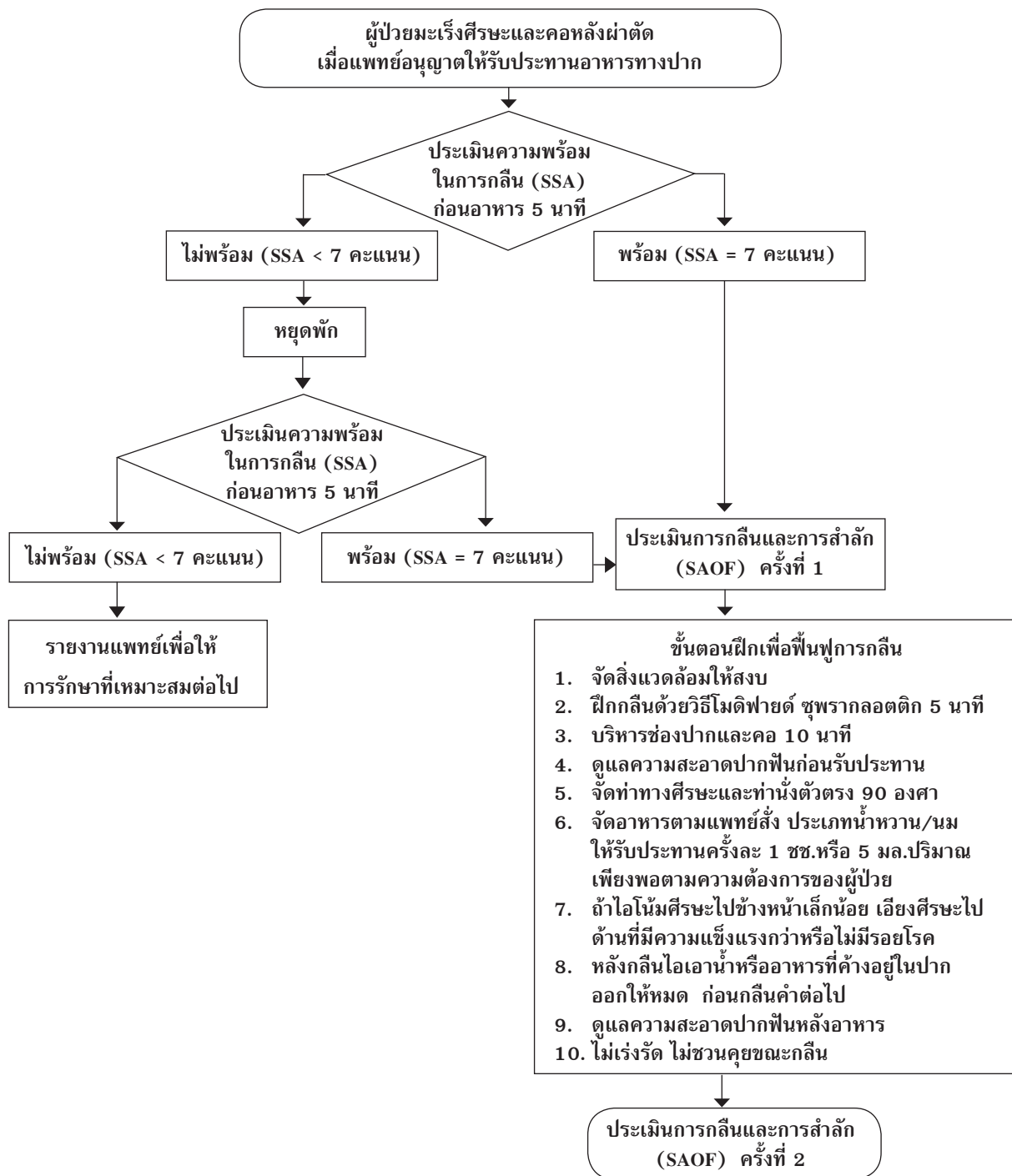
1. การฝึกกลืนด้วยวิธีโมดิไฟด์ ซุพรากลอตติก¹⁰ โดยอธิบายวิธีการกลืนและให้ผู้ป่วยฝึกท่าทางการกลืนก่อนการกลืนอาหารจริง ผู้ป่วยต้องฝึกกลืนดังนี้

1.1 หายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนหายใจ

1.2 ก้มหน้าให้คางชิดอกมากที่สุด (chin tuck position)

1.3 กลืนแรงๆ ขณะที่กำลังกลืนหายใจ แล้วค่อยๆ ยกคางขึ้น

1.4 จากนั้นไอหลังกลืน



แผนภูมิที่ 1 : แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมีเรื้องรังและคอหลังผ่าตัด

ข้อควรระวัง : ให้สังเกตอย่างใกล้ชิดในขณะที่ทำ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจติดขัด หรืออาการและ/หรืออาการแสดงผิดปกติที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจไม่ปลอดภัย ให้หยุดพัก และอาจช่วยเหลือเบื้องต้นโดยให้ออกซิเจน หรือดูดเสมหะ ตามความเหมาะสมจนกว่าอาการดีขึ้น เป็นปกติแล้ว จึงเริ่มฝึกอีกครั้ง แต่ถ้าหากไม่ดีขึ้น หยุดฝึกและรายงานแพทย์

2. การบริหารช่องปากและคอ¹² ด้วยการกระตุ้นด้วยอุณหภูมิเย็นและการสัมผัส โดยทำก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อฟื้นฟูการทำงานของประสาทรับรู้เชิงกลเชิงเคมี และเชิงอุณหภูมิภายในช่องปาก ประกอบด้วย

2.1 การกระตุ้นด้วยอุณหภูมิและการสัมผัส โดยนำกระจกส่องกล่องเสียงแช่เย็นอุณหภูมิต่ำๆ บริเวณส่วนโค้งด้านหน้าเพดานอ่อน

2.2 การกระตุ้นปาก (oral stimulation) กระตุ้นลิ้นเบาๆ ด้วยก้อนหรือแปรงสีฟัน

2.3 การนวดปาก (oral massage) โดยการนวดริมฝีปากและแก้ม

2.4 การใช้มือโยก (digital manipulation) กระตุกไฮอยด์ใต้กระดูกไทรอยด์

2.5 การออกกำลังกายคอ (cervical range of motion exercise) โดยก้มหน้า เอียงคอ หันหน้า อ้าปาก

ข้อควรระวัง : 1. ระหว่างฟื้นฟูการกลืนถ้าแผลผ่าตัดมีเลือดออก ปวดรุนแรง สัญญาณชีพไม่ปกติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤตให้หยุดการฝึก และทำการช่วยเหลือเบื้องต้นตามอาการ หากไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์

2. ระหว่างฟื้นฟูการกลืน ถ้าผู้ป่วยมีอาการไอหรือสำลัก ให้หยุดพักการฝึกและเริ่มฝึกอีกครั้งในมื้ออาหารมื้อต่อไป ถ้ายังมีอาการไอหรือสำลัก อีกให้หยุดการฝึกทันทีและรายงานแพทย์ทราบ

3. การกระตุ้นด้วยอุณหภูมิและการสัมผัส ในขณะที่ใช้กระจกส่องกล่องเสียงเย็นสัมผัสที่เพดาน ควรสัมผัสอย่างเบามือ ระวังผู้ป่วยอาจอาเจียน ถ้าผู้ป่วยมีอาการให้หยุดพัก

ส่วนที่ 4 การพยาบาลเพื่อการกลืนอย่างปลอดภัย¹¹⁻¹² หลังจากฝึกกลืนและบริหารช่องปากและคอในส่วนที่ 3 แล้วอย่างน้อย 30 นาที ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จะรับประทานอาหาร ดังนี้

1. ดูแลความสะดวกปากฟันก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อกระตุ้นความอยากอาหารและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก

2. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90°

3. การจัดอาหารตามแพทย์สั่ง ประเภทน้ำหวานหรือนมให้รับประทาน ครั้งละ 1 ช้อนชาหรือ 5 มิลลิตรจากกระบอกฉีดยา โดยจัดปริมาณให้เพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วย

4. ขณะกลืนอาหารแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามท่าฝึกกลืนเหมือนในส่วนที่ 3 ข้อ 1 อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการไอและสำลักขณะกลืนอาหาร

5. หลังจากกลืนคำแรกให้อาบน้ำหรืออาหารที่ค้างอยู่ในปากออกให้หมดทุกครั้ง และกลืนซ้ำๆ หลายๆ รอบ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยกลืนโดยไม่มีสำลักและให้ผู้ป่วยออกเสียง ถ้าเสียงโล่ง แสดงว่าไม่มีการสำลักหรืออาหารค้าง จากนั้นให้กลืนคำต่อไป จนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกเพียงพอกับความต้องการ

6. ขณะกลืนถ้าผู้ป่วยไอหรือสำลัก ให้หยุดพักการฝึกและเริ่มฝึกอีกครั้งในมื้ออาหาร มื้อต่อไป ถ้ายังมีอาการไอหรือสำลักอีกให้หยุดการฝึกทันทีและรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาให้การรักษาคืออื่นที่เหมาะสม

7. การฝึกกลืนและรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อลดการรบกวนจากภายนอก

และให้เวลากับผู้ป่วย ไม่เร่งรัด ไม่ชวนคุยในขณะที่กลืน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสมาธิขณะกลืน

8. การดูแลความสะอาดปากฟันหลังการรับประทาน อาหารทุกมื้อ

2. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งศีรษะและคอ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 3 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน ดังนี้

1. แบบประเมินความพร้อมในการกลืน ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบประเมินการกลืนมาตรฐาน (Standardized Swallowing Assessment หรือ SSA) ของเฮลลูลล์และคณะ¹³ ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80

2. แบบประเมินการกลืนและการสำลัก ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบประเมินการกลืน (Swallowing Assessment Observation Form หรือ SAOF) ของทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร¹⁷ ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยมีองค์ประกอบตามประเด็นที่กล่าวมาแล้ว เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจน และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

3. การนำไปทดลองใช้ การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาถึงระยะที่ 3 ยังไม่ได้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้ศึกษานำร่อง (pilot study)

ในหน่วยงาน แต่อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาได้วางแผนจะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยหู คอ จมูก โดยประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย และด้านกระบวนการ ดังนี้

1. การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก โดยใช้แบบประเมินการกลืนและการสำลัก ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบประเมินการกลืน (Swallowing Assessment Observation Form หรือ SAOF) ของทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร¹⁷ ในการประเมินความสามารถในการกลืนและการสำลักของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2. ประเมินผลลัพธ์กระบวนการในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจากสิ่งต่อไปนี้

2.1 ปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทำแบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติได้จริง

2.2 ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ผู้ใช้ทำแบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะจากผู้ใช้นำปฏิบัติ

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)

เป็นระยะของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 เพื่อให้ได้รูปแบบการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริง และวางแผนดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติในรูปแบบใหม่ ผู้ศึกษาวางแผนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปใช้ในหน่วยงานเป็นลำดับ ดังนี้

1. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปทำการวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อนำผล

ที่ได้ และปัญหาและอุปสรรคมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมในการใช้ในการบำบัดการพยาบาลทางคลินิก เพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว

2. นำผลการวิจัยเชิงผลลัพธ์ ที่ได้ไปเสนอในที่ประชุมทีมบริหารการพยาบาลและทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้ากับระบบการทำงานที่เป็นอยู่ กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ของโรงพยาบาล และจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI)

3. จัดอบรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัดแก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยเสนอให้เห็นถึงความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปใช้ในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้ ยังไม่มีการนำไปศึกษานำร่อง ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้สนใจที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ดังนี้

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้และประเมินผลทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ พร้อมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับหน่วยงานก่อนนำไปใช้จริง ทั้งยังควรมีการพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นใหม่ บริบทของการให้บริการ และสอดคล้องกับหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์เกี่ยวกับความสามารถในการกลืนและการสำลัก รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ในด้านผลลัพธ์ความคุ้มค่า และต้นทุน

3. ควรจัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติให้กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ภาวิน เกษกุล อาจารย์ พญ. ชลิษา บัณฑิตกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีวิมล มโนเชียวพินิจ นางสาวกนกวรรณ ชิมพัฒนานนท์ นางสาวอารีย์รัตน์ กล้าอาษา นางสาวสมใจ เลชะปราชญ์ นางสาววันทนี ทัพย์ถาวรกุล และนางสาวอำไพ อยู่วัลย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและคำแนะนำในการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ รวมทั้งบริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ที่ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการศึกษาครั้งนี้ (cerebros award 2008)

เอกสารอ้างอิง

1. Doˆbroˆssy L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of problem. *Cancer Metastasis Rev* 2005; 24: 9-17.
2. สถาบันวิทยามะเร็งศิริราช. รายงานสถิติเนื้องอกสถานวิทยามะเร็งศิริราช. กรุงเทพมหานคร: ศุภานิชการพิมพ์; 2549.
3. Garcia-Peris P, Paron L, Velasco C, de la Cuerda C, Cambor M, Breton I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clin Nutr* 2007; 26: 710-7.

4. Perry AR, Shaw MA. Evaluation of functional outcomes (speech, swallowing and voice) in patients attending speech pathology after head and neck cancer treatment (s): development of a multi-centre database. **J Laryngol Otol** 2000; 114: 605-15.
5. Campbell BH, Spinelli K, Marbella AM, Myers KB, Kuhn JC, Layde PM. Aspiration, weight loss, and quality of life in head and neck cancer survivors. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2004; 130: 1100-3.
6. Nguyen NP, Moltz CC, Frank C, Vos P, Smith HJ, Nguyen PD, et al. Impact of swallowing therapy on aspiration rate following treatment for locally advanced head and neck cancer. **Oral Oncol** 2007; 43: 352-7.
7. Gazino JE. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer. **Cancer Control** 2002; 9(5): 400-9.
8. Lennie TA, Christman SK, Jadack RA. Education needs and altered eating habits following a total laryngectomy. **Oncol Nurs Forum** 2001; 28(4): 667-74.
9. Donzelli J, Brady S. The effects of breath-holding on vocal fold adduction implications for safe swallowing. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2004; 130: 208-10.
10. Lewin JS, Hebert TM, Putnum JB, DuBrow RA. Experience with the chin tuck maneuver in postesophagectomy aspirators. **Dysphagia** 2001; 16: 216-9.
11. Saitoh E, Shibata S, Matsuo K, Baba M, Fujii W, Palmer JB. Chewing and food consistency: effects on bolus transport and swallow initiation. **Dysphagia** 2007; 22: 100-7.
12. Hwang CH, Choi KH, Ko YS, Leem CM. Pre-emptive swallowing stimulation in long-term intubated patients. **Clin Rehabil** 2007; 21: 41-6.
13. Ellul J, Barer D, Fall S. Improve detection and management of swallowing problems in acute stroke: a multi-centre study. **Cerebrovasc Dis** 1997; 7(4): 18-25.
14. Soukup M. The center of advance nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. **Nurs Clin North Am** 2000; 35(2): 301-9.
15. McConnell FM, Logemann JA. Diagnosis and treatment swallowing disorder. In: Cumming CW, editor. **Otolaryngol head neck surgery: update II**. St. Louis, MO: Mosby; 1990, p. 57.
16. Zein L, Larson M. Pre-and postoperative counseling for laryngectomees and their spouses: an update. **J Commun Disord** 1999; 32: 51-71.
17. Chamnansripecth T. **The effects of nursing intervention on swallowing among stroke patients with dysphagia utilizing a clinical nursing practice guideline**. Unpublished Master of Nursing Science Degree Thesis Faculty of Graduate Studies Mahidol University; 2003.
18. Craig JV, Smyth RL. **The evidence-based practice manual for nurses**. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone; 2002.
19. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
20. Polit DF, Beck CT. **Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice**. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
21. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. **J Clin Nurs** 2001; 10(4): 463-73.
22. ประสิทธิ์ มหากิจ. การกลืนลำบาก. ใน: กริธา ม่วงทอง, ประสิทธิ์ มหากิจ, ปริญญ์ จารุจินดา, ภาณุวิชญ์ พุ่มหิรัญ, บรรณาธิการ. **ตำราโรค หู คอ จมูก**. กรุงเทพมหานคร: น้าอักษรการพิมพ์; 2548 หน้า 198-212.

Development of the Clinical Nursing Practice Guideline for Swallowing Rehabilitation of Head and Neck Cancer Patients after Surgery

Jittiporn Yubonpring, M.N.S (Adult Nursing) *

Prangtip Chayaput, Ph.D. (Nursing) **

Suvimol Kimpee, M.Ed. (Research) ***

Orapan Thosingha, D.N.S **

Abstract: Head and neck cancer patients undergone surgery usually face problems with dysphagia and aspiration which cause the alternation of eating habit. These also affect patient's daily life. The purpose of this study was to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) for swallowing rehabilitation in those patients. This CNPG was established by using evidence-based practice (EBP) model of Soukup (2000). In this study, phase I-III was conducted. Phase I involved analyzing problems of swallowing difficulty and aspiration among head and neck cancer patients after surgery. Phase II included searching and analyzing the evidence-based literature. Then, the evaluation of research quality and synthesis of results for developing CNPG were performed according to 3 clinical issues arising from the literature, involving evaluation of readiness for swallowing and, swallowing and aspiration assessment, swallowing techniques with oral cavity and neck exercise, and nursing care for safe swallowing. A total of 6 studies, containing 4 quasi experimental studies, 1 longitudinal study, and 1 cohort study, were used. Phase III involved content validation by 7 experts. As for phase IV, implementation of CNPG into practice at ENT unit is in progress.

The recommendations for nursing practice were that a pilot study should be done in order to evaluate the process and desirable outcomes of this CNPG. Short course training for intervening CNPG should be performed in order to obtain optimum effectiveness.

Thai Journal of Nursing Council 2009; 24(2) 24-38

Keyword: Clinical practice guideline, Swallowing rehabilitation, Head and neck cancer

* Registered Nurse, Siriraj Hospital

** Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

*** Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University