

บทบาทพยาบาลในการประเมินและจัดการกับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ

Nurses' Role in Assessment and Management of Dysphagia in the Elderly

นพภัช ทองคำวงศ์

อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

E-mail: napapat.k@rsu.ac.th

บทคัดย่อ

ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะคุกคามสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีอุบัติการณ์เป็นวงกว้างจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ การเสื่อมของอวัยวะที่ทำหน้าที่ในการกลืน ทำให้มีปัจจัยที่ทำให้การกลืนลำบากมากขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมอง และมีภาวะสมองเสื่อม จะพบอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น การกลืนลำบากทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพโภชนาการ และปอดอักเสบตามมา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม การได้รับการประเมินและวินิจฉัยอย่างรวดเร็วจะทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ การประเมินให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรก การจัดการทางการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การประเมินและการจัดการทางการพยาบาล ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ

ABSTRACT

Dysphagia, or difficulty swallowing, is a condition of which nurses should be aware when considering health status of the elderly, as it becomes prevalent. Due to physiological changes associate with aging, the more changes in swallowing physiology, the more factors contributing to dysphagia in healthy elderly and particularly higher rate among the elderly with stroke and dementia. Dysphagia is commonly associated with malnutrition and pneumonia, subsequently, causes suffering in the elderly. It affects physical, emotional and social well-being of the elderly. Prompt assessment and diagnosis can enable nurses to effectively plan the care to prevent potentially avoidable complications. Nurses have significant role in assessing health status of the elderly. Therefore, it is imperative that nurses possess knowledge and understanding of the issue related to swallowing difficulty among aging adults, ability to early recognize the condition after initial assessment, managing nursing care, and effectively working with the multi-professional team during rehabilitation.

KEYWORDS: Nurses' Role, Nursing Assessment and Management, Dysphagia in the Elderly

บทนำ

ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) หมายถึง ความยากลำบากในการกลืนเพื่อให้อาหารหรือน้ำเคลื่อนที่จากช่องปากลงไปถึงกระเพาะอาหาร ซึ่งสาเหตุของภาวะกลืน

ลำบากเกิดจากปัจจัยด้านระบบประสาท กล้ามเนื้อ หรือปัจจัยด้านจิตใจ ภาวะกลืนลำบากพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยมีอุบัติการณ์ตั้งแต่อายุ 10-77 ของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล (Chu, 2014) ผู้สูงอายุมักมี

ปัญหาบางส่วนหรือทั้งหมดของกระบวนการกลืน (Swallowing process) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสรีรวิทยาการกลืน ร่วมกับภาวะสุขภาพหรือโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการกลืนลำบากมากกว่าวัยอื่น ทำให้อาหารหรือเครื่องดื่มหลุดเข้าไปในกล่องเสียง และมีอาการสำคัญตามมา (Lancaster, 2015) ผลการวิจัยในประเทศสเปน (Carmen et al., 2016) พบอุบัติการณ์ผู้สูงอายุ ที่ได้รับผลกระทบจากการกลืนลำบาก ในชุมชนร้อยละ 15 ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร้อยละ 69.6 และผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 70 และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะกลืนลำบากมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นสำหรับในประเทศไทยยังไม่พบรายงานสถิติในเรื่องนี้ที่ชัดเจน

ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินและคัดกรองภาวะกลืนลำบากตั้งแต่วัยแรกๆ เพื่อที่จะวางแผนจัดการกับปัญหาการกลืนได้อย่างเหมาะสมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยการซักประวัติทางสุขภาพ และการประเมินสภาพ โดยเฉพาะการซักประวัติทางสุขภาพนั้นสามารถคัดกรองผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากได้ถึงร้อยละ 80 (Hines et al., 2014) การจัดการทางการแพทย์บาลมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสำลัก คงไว้ซึ่งความสมดุลของสารน้ำและสารอาหาร และช่วยฟื้นฟูสภาพการกลืน พยาบาลที่มีความรู้และความสามารถในการประเมินและคัดกรอง จะเป็นกุญแจสำคัญต่อการจัดการกับปัญหาการกลืนลำบากได้อย่างเหมาะสม

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก บทบาทของพยาบาลในการประเมินและจัดการ เพื่อสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ

กลไกการกลืนประกอบไปด้วยการทำงานของกล้ามเนื้อและเส้นประสาทมากกว่า 30 ส่วน ก้อนอาหารที่ผ่านจากช่องปากเข้าสู่หลอดอาหารใช้ระยะเวลาเพียง 1 วินาที และกลไกการกลืนทั้งหมดใช้เวลาประมาณ 10-15 วินาที ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะช่องปาก (Oral) ระยะคอหอย (Pharyngeal) และระยะหลอดอาหาร (Esophageal) โดยระยะช่องปากเป็นการเตรียมอาหารเพื่อที่จะส่งไปสู่คอหอย ภายใต้การทำงานของเส้นประสาท

สมองคู่ที่ 5 7 และ 12 (Trigeminal, facial, Hypoglossal) ระยะคอหอย เป็นระยะที่มีการกลืนอาหารลงสู่หลอดอาหาร ร่วมกับการปิดทางเข้าท่อหลอดลม เพื่อให้อาหารลงสู่หลอดอาหาร กลไกนี้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ภายใต้การทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 10 11 และ 12 (Trigeminal, Vagus, Accessory, Hypoglossal) จากนั้นหลอดอาหารจะทำหน้าที่ส่งอาหารลงสู่กระเพาะอาหาร ด้วยการบีบรัดตัว และการคลายตัวของหลอดอาหารส่วนต้น (พรชัย, 2550)

ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านสรีระคือ มวลของกล้ามเนื้อลดลง เนื้อเยื่อเกี่ยวพันและข้อต่อต่างๆ ขาดความยืดหยุ่นและความแข็งแรงลดลง ส่งผลให้กลไกในการกลืนของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ระยะ ซึ่งสัมพันธ์กับระบบประสาทสั่งการและการควบคุมการหายใจ (ปิยะภัทร, 2556; Aslam & Vaezi, 2013) ดังนี้

ระยะช่องปาก ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้สัมผัสลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่ออาหารได้ง่าย การสร้างน้ำลายลดลง การสูญเสียฟัน และกำลังกล้ามเนื้อที่ใช้ในการบดเคี้ยวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุใช้เวลาในการบดเคี้ยวอาหารเพิ่มขึ้น กำลังและการประสานการทำงานของริมฝีปากและลิ้นลดลง ทำให้กระบวนการเตรียมอาหารและการส่งผ่านอาหารใช้เวลานานขึ้น และประสิทธิภาพลดลง บางรายอาจมีอาการเหลือค้ำในปากจึงเป็นแหล่งสะสมของเชื้อก่อโรค เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้ง่าย (ปิยะภัทร, 2556)

ระยะคอหอย รีเฟล็กซ์การกลืนที่คอหอยจะเกิดช้าลง กล่องเสียงยกตัวขึ้นมารับกับฝาปิดกล่องเสียงชั่วคราวในการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณคอหอยลดลง หูรูดของหลอดอาหารส่วนต้นเปิดช้า ส่งผลให้อาหารอยู่ในระยะคอหอยนาน จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดสำลักอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ (ปิยะภัทร, 2556)

ระยะหลอดอาหาร ระยะเวลาที่หูรูดของหลอดอาหารส่วนต้นเปิดจะสั้นลง จึงมีอาหารเหลือค้ำที่คอหอย เสี่ยงต่อการสำลักเข้าทางเดินหายใจ แรงบีบไล่อาหารของหลอดอาหารลดลงร่วมกับการมีน้ำลายลดลงทำให้อาหารค้ำอยู่ในหลอดอาหารนานขึ้น ในด้านการหายใจ การหยุดหายใจขณะกลืนจะเกิดเร็วและนานขึ้น โดยจะเริ่มหยุดหายใจตั้งแต่ระยะหายใจเข้า ทำให้เมื่อกลืนแล้วต้องรีบหายใจทันที ผู้สูงอายุจึงมีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นทันที

หลังการกลืน เมื่อรับประทานอาหารต่อเนื่องกัน ผู้สูงอายุ จึงมีโอกาสเกิดการสำลักอาหารได้ง่าย เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น (ปิยะภัทร, 2556)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของกลไกการกลืนในผู้สูงอายุจึงไม่ได้เป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามปกติของความสูงอายุ แต่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมิน เพื่อหาสาเหตุและหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

สาเหตุของภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุไม่ใช่สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการกลืนลำบาก แต่สาเหตุที่พบได้บ่อยคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม และโรคพาร์กินสัน เป็นต้น โดยสาเหตุหลักของการกลืนลำบาก แบ่งได้ดังนี้ (Aslam & Vaezi, 2013)

1. โรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อม และโรคระบบทางเดินหายใจ โดยความรุนแรงของภาวะกลืนลำบากจะเพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของโรค
2. การใช้ยาบางชนิดที่ส่งผลให้เกิดการกลืนลำบากได้ เช่น ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อ มีผลยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบและกล้ามเนื้อลาย ทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการกลืนทำหน้าที่ได้ไม่ดี

ผลกระทบของการกลืนลำบาก

การกลืนลำบากส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การกลืนลำบากส่งผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารหรือขาดน้ำ ไม่สามารถดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารได้ เกิดการสำลัก ส่งผลให้เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ไม่สุขสบายในช่องปากและลำคอ รู้สึกกระหาย
2. ผลกระทบด้านจิตใจ และสังคม การกลืนลำบากในผู้สูงอายุไม่ได้ส่งผลแต่เพียงผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลด้วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวลดลง (Fletcher, 2015) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล การกลืนลำบากที่ส่งผล

ให้ผู้สูงอายุเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก เกิดภาวะขาดสารอาหาร และขาดน้ำ ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแบ่งแยกจากสังคม โดยเฉพาะมื้ออาหาร เมื่อเห็นบุคคลอื่นในครอบครัว หรือผู้ป่วยคนอื่นในหอผู้ป่วยกำลังรับประทานอาหาร แต่ตนเองไม่สามารถรับประทานอาหารได้ (Malhi, 2016)

บทบาทของพยาบาลในการประเมินและจัดการกับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล การประเมินปัญหาการกลืนสามารถประเมินได้ทุกวัน หรือทุกมื้ออาหาร โดยบทบาทของพยาบาลในการประเมินและจัดการกับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุที่สำคัญมีดังนี้

1. การประเมินและคัดกรอง

การประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรให้ความสนใจ และประเมินให้ได้โดยเร็วที่สุดด้วยรูปแบบที่เหมาะสมทั้งการซักประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง ค้นพบปัญหาให้ได้อย่างรวดเร็ว ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทันที่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่จะตามมา โดยใช้หลักการประเมินที่สำคัญ ดังนี้

1.1 การซักประวัติ พยาบาลควรซักเกี่ยวกับประวัติโรคประจำตัวที่อาจเป็นสาเหตุของการกลืนลำบาก และยาที่ได้รับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และประวัติการกลืนที่ผิดปกติ เช่น อาการเจ็บ ไอ สำลัก ขณะกลืน รู้สึกว่ามีอาหารติดในลำคอ มีน้ำหรืออาหารไหลออกทางจมูก หายใจไม่อิ่ม เสี่ยงเปลี่ยน รับประทานอาหารได้ช้า (Fletcher, 2015)

1.2 การประเมินภาวะโภชนาการ มีความสำคัญมากในผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร แนะนำให้ใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment Instrument ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีความเหมาะสม ประเมินได้ง่าย และรวดเร็ว ใช้ได้ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล (Guigoz, 2006)

1.3 การประเมินการใช้ยา พยาบาลต้องซักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาทั้งหมด เพราะยาบางตัวอาจมีผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่ออาการกลืนของ

ผู้สูงอายุ ได้แก่ ทำให้เกิดอาการปากแห้ง กดระบบประสาทส่วนกลาง กดระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มการหลั่งน้ำลาย ยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาททำให้กล้ามเนื้ออ่อนกำลังขึ้นเยื่อเมือกของหลอดอาหารได้รับบาดเจ็บ และหูดของหลอดอาหารไม่ทำงาน ซึ่งผลเหล่านี้อาจทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากได้ ตัวอย่างเช่น ยาโคลซาพิน (Clozapine) จะทำให้การหลั่งน้ำลายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการกลืนในระยะช่องปากได้ (Fletcher, 2015; Malhi, 2016)

1.4 การตรวจร่างกายและคัดกรองเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจระบบประสาทและกล้ามเนื้ออย่างละเอียด ประเมินด้านจิตใจและสติปัญญา ศีรษะและคอ ระบบประสาทรับความรู้สึก และการเคลื่อนไหว รวมทั้งระบบประสาทอัตโนมัติของช่องปาก โดยวิธีการคัดกรองเบื้องต้นที่พยาบาลสามารถทำได้ทุกวันดังนี้ (Curfman, 2005)

- 1) ประเมินความรู้สึกตัวและการควบคุมการไอ ขับเสมหะ
- 2) ประเมินความสามารถในการทำตามคำบอก
- 3) ให้ผู้ป่วยพูดคำว่า “อา” หรือนับ 1 ถึง 10 เพื่อประเมินคุณภาพของเส้นเสียงจากเสียงที่เปล่งออกมา
- 4) ให้ผู้ป่วยยิ้ม หรือทำหน้าย่น เพื่อประเมินความสมมาตรของใบหน้า
- 5) ให้ทำแก้มป้อง เพื่อประเมินการปิดสนิทของริมฝีปาก
- 6) ให้แลบลิ้น เพื่อประเมินลักษณะและการเคลื่อนไหวของลิ้น
- 7) ให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย เพื่อประเมินความสามารถในการกลืนว่ากลืนได้ทันที หรือกลืนช้า
- 8) ประเมินความสะอาดในช่องปาก
- 9) ให้ผู้ป่วยไอ เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

หลังจากการประเมินหากสงสัยว่ามีภาวะกลืนลำบาก พยาบาลต้องส่งต่อข้อมูลไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินและวินิจฉัยต่อไป ซึ่งสมาชิกในทีมประกอบด้วย พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด แพทย์ โภชนากร รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

1.5 การประเมินด้านจิตใจ โดยประเมินผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุและครอบครัว เนื่องจากอาการกลืนลำบากอาจส่งผลกระทบต่อการใช้

สังคม การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย (Fletcher, 2015; Malhi, 2016)

2. การจัดการกับอาการสำคัญ

เมื่อประเมินได้ว่าผู้สูงอายุมีอาการสำคัญ ไม่ควรให้รับประทานอาหารหรือดื่มทางปากจนกว่าจะได้รับการประเมินการกลืนอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุสามารถกลืนได้ แต่มีความยากลำบากในการกลืนอาหารปกติและน้ำ พยาบาลควรจัดหาอาหารลักษณะเหลวข้นและมีความหนืดมาให้แทน เพราะผู้สูงอายุสามารถกลืนได้ดีกว่า (Hospital Caterer's Association, 2016)

3. การจัดการเรื่องสารอาหารและน้ำ

สิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะค้นพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร คือการเพิ่มความตระหนักในปัญหาและส่งเสริมความรู้ให้กับพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุในเรื่อง อาการ อาการแสดงและสิ่งที่ทำให้เกิดการกลืนลำบาก และการส่งต่อนักกิจกรรมบำบัดที่รวดเร็ว โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการประเมินและการส่งต่อที่รวดเร็ว สามารถลดอัตราการตายและความพิการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาการกลืนได้ (Nursing and Midwifery Council: NMC, 2015) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลืนได้รับการดูแลอย่างถูกต้องขณะรับประทานอาหาร ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ควรมีการจัดการ ดังนี้

3.1 การจัดชนิดอาหารให้เหมาะสม คืออาหารที่มีความหนืด เช่น กล้วยบดละเอียด ฟักทองบด และโจ๊กปั่น เป็นต้น พร้อมทั้งประเมินการได้รับสารอาหารในแต่ละวันว่าเพียงพอหรือไม่ เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ (เตื่อนใจ, 2554; Hospital Caterer's Association, 2016) โดยการเลือกอาหารนั้น แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (อนุชิต, 2555) ดังนี้

ระดับที่ 1 Thick puree-no liquids อาหารในระดับนี้ยกตัวอย่าง เช่น วุ้น เยลลี่ และสังขยา เป็นต้น

ระดับที่ 2 Thick and thin puree-thick liquids เริ่มเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารระดับ 1 ได้ดี เช่น โจ๊กข้นๆ และโยเกิร์ต เป็นต้น

ระดับที่ 3 Mechanical soft-thick liquids เช่น ข้าวต้ม และเนื้อปลา เป็นต้น

ระดับที่ 4 Mechanical soft diet-liquids as tolerated เป็นอาหารธรรมดาที่เคี้ยวง่าย เช่น ก๋วยเตี๋ยว และข้าวต้มเครื่อง เป็นต้น

3.2 จัดทำให้อายุระหว่างการรับประทาน อาหาร คือ จัดทำนั่งตัวตรง 90 องศา ศีรษะตรง หลังจากการรับประทานอาหารแล้วให้นั่งต่ออีก 30 นาที เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุอยู่ในท่าที่เหมาะสมที่จะส่งเสริมให้เกิดการรับประทานหรือดื่มเครื่องดื่มได้ดี (เดือนใจ, 2554; Hospital Caterer's Association, 2016)

3.3 ในโรงพยาบาลหรือสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวควรมีระบบ Red-tray system คือมีการทำสัญลักษณ์ที่ถาดอาหาร เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในขณะรับประทานอาหาร (National Institute for Health and Care Excellence: NICE, 2008)

3.4 ช่วยเหลือในระหว่างการรับประทานอาหาร เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้อย่างปลอดภัย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดี

3.5 บันทึกและการติดตามปริมาณอาหาร และน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละเวร และแต่ละวัน

3.6 ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

4. การติดต่อประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ

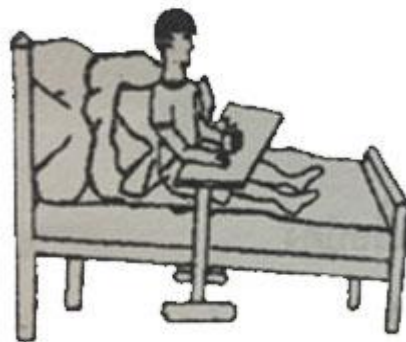
พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่เป็นหูเป็นตาแทนนักกิจกรรมบำบัดหรือ

แพทย์รวมทั้งนักโภชนาการ ในการรายงานปัญหาการกลืน ความก้าวหน้าหรืออาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการกลืน ดังนั้นเมื่อมีการประเมินพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการกลืน พยาบาลมีบทบาทในการดูแลและวางแผนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รายงานแพทย์เจ้าของไข้ และส่งพบนักกิจกรรมบำบัด เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องของการกลืน ต้องมีการส่งต่อเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

5. การบริหารการกลืน

ระยะแรกผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอจากนักกิจกรรมบำบัด เพื่อให้สามารถกลืนอย่างปลอดภัย เมื่อผู้ป่วยมีการกลืนที่ดีขึ้น พยาบาลและนักกิจกรรมบำบัดควรให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุต่อเองที่บ้านได้ โดยมีวิธีบริหารการกลืน ดังนี้(เดือนใจ, 2554)

- 1) ทำความสะอาดภายในช่องปาก เพื่อขจัดเสมหะหรือเศษอาหารที่ตกค้างอยู่ในช่องปาก
- 2) จัดทำผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา ศีรษะตรง (รูปที่ 1)
- 3) ฝึกควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม และลิ้น โดยการยืดยิมฟัน เข็มริมฝีปาก ห่อปาก เป่าลม เคลื่อนไหวลิ้นแตะมุมปาก และริมฝีปากบน-ล่าง (รูปที่ 2)



ท่าทางขณะนั่งบนเตียง
ศีรษะและลำตัวตั้งขึ้นและก้มศีรษะเล็กน้อยขณะกลืน



ท่าทางขณะนั่งเก้าอี้
ศีรษะและลำตัวตั้งขึ้นและก้มศีรษะเล็กน้อย ขณะกลืนเข่าอง 90 องศาและเท้าวางราบบนพื้น

รูปที่ 1 การจัดทำนั่งเพื่อฝึกกลืน

(งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม-เชียงใหม่, 2550)



รูปที่ 2 การบริหารการกลืน

(งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่, 2550)

- 4) ฝึกหัดการกลืน โดยให้หัดกลืนน้ำลายของตนเองก่อน แล้วหัดกลืนน้ำแข็งก้อนเล็กๆ
- 5) เริ่มให้หัดกลืนอาหาร โดยใช้อาหารที่มีความหนืด เช่น กล้วยสุกขูด ฟักทองบดละเอียด หรือโจ๊ก แล้วตามด้วยอาหารอ่อน และอาหารปกติ ตามลำดับ
- 6) ให้ผู้ป่วยก้มศีรษะ เก็บคางชิดคอ ขณะกลืนเพื่อป้องกันอาหารและน้ำเล็ดลอดภายในช่องปากอีกครั้ง
- 7) หลังฝึกเสร็จควรทำความสะอาดภายในช่องปากอีกครั้ง

ข้อควรระวังในขณะฝึกการกลืน ในการบริหารการกลืนโดยญาติหรือผู้ดูแล พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อควรระวังเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย โดยต้องมีการประเมินความเข้าใจและความสามารถของญาติหรือผู้ดูแลหลังให้คำแนะนำด้วย โดยควรให้คำแนะนำดังนี้ (เตื่อนใจ, 2554)

- 1) หากผู้ป่วยมีเสมหะมาก ควรดูดเสมหะหรือให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกก่อน เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
- 2) ไม่ควรให้ผู้ป่วยกลืนน้ำ หรืออาหารทางปาก หากผู้ป่วยยังรู้สึกตัวไม่เต็มที่
- 3) ไม่ควรฝึกกลืนในท่านอนศีรษะราบ ควรจัดให้ศีรษะและลำตัวของผู้ป่วยตั้งขึ้นขณะฝึกกลืน เพื่อป้องกันการสำลักน้ำและอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ

- 4) ขณะที่ผู้ป่วยสำลักน้ำและอาหาร ควรหยุดป้อนน้ำและอาหารก่อน พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและเอาเศษอาหารที่อยู่ในช่องปากออก
- 5) ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ศีรษะและลำตัวตั้งขึ้นประมาณ 30 นาทีหลังจากฝึกกลืน เพื่อป้องกันการย้อนของน้ำและอาหารขึ้นมา

6. การวางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ดูแลหรือญาติ

เมื่อมีการประเมิน และคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในการกลืน ควรให้ครอบครัว และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการส่งต่อสู่การดูแลระยะยาว และจัดการกับปัญหาการกลืนลำบากอย่างเหมาะสม โดยต้องปฏิบัติตามแนวทางดังต่อไปนี้ (Sura et. al., 2012)

- 1) จัดทำนั่งตัวตรง 90 องศา ศีรษะตรง หลังจากการรับประทานอาหารแล้วให้นั่งต่ออีก 30 นาที ไม่กดดันผู้สูงอายุ สร้างบรรยากาศการรับประทานอาหารให้ผ่อนคลาย ไม่พยายามถามคำถามที่ผู้สูงอายุต้องพูดคุยขณะรับประทานอาหาร ไม่เร่งรีบ ตักอาหารคำเล็กๆ และหยุดเมื่ออาหารเต็มปาก รอให้กลืนอาหารในปากให้หมดก่อน
- 2) ให้ผู้สูงอายุก้มหน้า คางชิดคอขณะกลืน เพื่อให้อาหารผ่านเข้าไปในระยาะคอหอยได้ช้าลง ป้องกันการสำลัก

3) ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีการอ่อนแรงของคอหอย และลิ้นด้านใดด้านหนึ่งให้เอียงศีรษะไปทางด้านที่แข็งแรง เพื่อให้อาหารอยู่ในช่องปากด้านที่แข็งแรง พร้อมกับก้มหน้าขณะกลืน เพื่อให้อาหารไหลลงไปในคอหอยด้านที่แข็งแรง และไหลช้าลง ป้องกันความเสี่ยงต่อการสำลัก

4) ลดปริมาณของอาหารลง เพราะการลดปริมาณอาหารจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการสำลัก

5) เปลี่ยนความชื้นของอาหาร เช่น อาหารเหนียวข้น อาหารปั่น เหมาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาในระยะช่องปาก เช่น กลืนได้ช้า เป็นต้น

6) ทำความสะอาดช่องปากและฟัน เพื่อป้องกันการสะสมของเศษอาหาร และแบคทีเรีย ช่วยป้องกันการติดเชื้อ

7) บริหารการกลืน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน และการบริหารการกลืนจะช่วยลดการสำลักได้

8) การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เพื่อรักษาโรคที่เป็นปัจจัยให้เกิดการกลืนลำบาก

การจัดการทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และสามารถระบุวิธีการดูแลได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุตามปกติ รวมทั้งโรคเรื้อรังต่างๆ อาจส่งผลต่อปัญหาการกลืนของผู้สูงอายุได้ จึงต้องมีการประเมิน และป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งบริหารการกลืน และกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพ และป้องกันความเสื่อมถอยตามอายุได้

บทสรุป

ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงทางกายรวมทั้งมีโรคร่วมต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการกลืนลำบากได้ มากกว่าวัยอื่น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะขาดน้ำ ขาดอาหาร ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง หากเป็นรุนแรงจะเกิดปอดอักเสบจากการสำลักซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามมาได้ การกลืนลำบากนั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว เพราะต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนิน

ชีวิตเพื่อดูแลและจัดการกับปัญหาของผู้สูงอายุด้วยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและติดตามประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถประเมิน และรายงานปัญหาที่พบได้ตั้งแต่ระยะแรก และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูการกลืนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลืนได้

เอกสารอ้างอิง

งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2550. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2560. จาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nintmed/2012/interestingarticle/95-dysphagia.html>

เตือนใจ อัฐวงศ์. 2554. คู่มือการปฏิบัติงาน "การบำบัดฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก". เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยะภัทร เดชพระธรรม. 2556. ปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*. 23: 73-80.

พรชัย สลธิปัญญา. 2550. ภาวะการกลืนผิดปกติในโรคระบบประสาท. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 25(6): 561-568.

อนุชิต อุปเวียง. 2555. ภาวะกลืนลำบาก (Dysphasia). สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2560. จาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nintmed/2012/interestingarticle/95-dysphagia.html>

Aslam, M. and Vaezi, F.M. 2013. Dysphagia in the elderly. *Gastroenterology & Hepatology*. 9(12): 784- 795.

Carmen, M.S. 2016. The incidence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients institutionalized: A multicenter

- study in Spain. **Applied Nursing Research**. 30(May): e6–e9.
- Chu, V. 2014. **Evidence summary: Dysphagia: Management**. Retrieved August 10, 2016, from <http://joannabriggslibrary.org/>
- Curfman, S. 2005. Managing dysphagia in residents with dementia. **Nursing Home**. 54: 18-24.
- Fletcher, J. 2015. Dealing with dysphagia: a multidisciplinary approach. **Nursing and Residential Care**. 17(8): 430-2.
- Guigoz, Y. 2006. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? **The Journal of Nutrition Health and Aging**. 10(6): 466-85.
- Hines, S., Kynoch, K. and Munday, J. 2014. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment: A systematic review (new update). **JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Report**. 12(5): 195-236.
- Hospital Caterers' Association. 2016. **Hospital Caterers Association publications**. Association Retrieved August 11, 2016, from www.hospitalcaterers.org/publication/
- Lancaster, J. 2015. Dysphagia: its nature, assessment and management. **British Journal of Community Nursing**. 20(7): p528.
- Malhi, H. 2016. Dysphagia: warning signs and management. **British Journal of Nursing**. 25(10): 546- 549.
- National Institute for Health and Care Excellence. 2008. **Stroke and transient ischemic attack in over 16s: diagnosis and initial management**. Retrieved October 10, 2016, from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg68>
- Nursing and Midwifery Council. 2015. **The code: professional standards of practice and behavior for nurse and midwives**. Retrieved October 10, 2015, from <http://tinyurl.com/ozogs2u>
- Sura, L., Madhavan, A, Camaby, G. and Cray, A.M. 2012. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. **Clinical Interventions in Aging**. 7(2012): 287—298.