

EFFECTS OF THE SWALLOWING ASSESSMENT TO PREVENTION ASPIRATION IN ALCOHOL WITHDRAWAL PATIENTS

Phutcharaporn DEEYANGWAI^{1*}

1 Male Medicine Department, Nursing Organization, Lomsak Hospital, Phetchabun, Thailand;
deenurse4@gmail.com (Corresponding Author)

ARTICLE HISTORY

Received: 24 November 2023

Revised: 13 December 2023

Published: 25 December 2023

ABSTRACT

The purpose of this research was to examine effects of the swallowing assessment to prevention aspiration in alcohol withdrawal patients. The sample consisted of 60 patients with alcohol withdrawal and were selected through purposive sampling and the eligibility criteria. Subjects were equally divided into two groups: the control group received the hospital routine care the experimental group received a swallowing assessment. The assessment comprised of three phase: 1) level of consciousness 2) water swallowing test 3) food intake. The assessment. The content validities of the assessment and study instruments were determined by three experts. Data were analyzed through descriptive statistics and the Fisher's exact probability test. Thus, it can be concluded that, the researchers suggest that aspiration should be assessed while the patients are eating and after they finish their meal. The alcohol withdrawal patients should be continuously assessed for pneumonia after they are discharged from the hospital.

Keywords: Aspiration, Swallowing Assessment, Aspiration Pneumonia, Alcohol Withdrawal Symptoms

CITATION INFORMATION: Deeyangwai, P. (2023). Effects of the Swallowing Assessment to Prevention Aspiration in Alcohol Withdrawal Patients. *Procedia of Multidisciplinary Research*, 1(12), 15

ผลการใช้แบบประเมินการกลืนเพื่อป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยระยะ ถอนฤทธิ์สุรา

พัชรภรณ์ ดิยาวงาย^{1*}

1 งานพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์;
deenurse4@gmail.com (ผู้ประพันธ์บทความ)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แบบประเมินการกลืนเพื่อป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุราและเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดการสูดสำลัก การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการรับประทานอาหาร และกลุ่มทดลองได้รับการประเมินการกลืน ได้แก่ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การประเมินโดยการดื่มน้ำ และการประเมินโดยการให้กลืนอาหาร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติการประเมินของฟิชเชอร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมมีการเกิดการสูดสำลัก ร้อยละ 3.33 และการเกิดปอดอักเสบ ร้อยละ 3.33 ส่วนกลุ่มตัวอย่างไม่มีการเกิดการสูดสำลักและปอดอักเสบเลย การวิจัยครั้งนี้ทำให้มองเห็นแนวโน้มของการป้องกันการเกิดการสูดสำลักและปอดอักเสบได้และเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนเนื่องจากสมองได้รับความเสียหายมากกว่าผู้ป่วยในระยะถอนฤทธิ์สุรา เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพักฟื้น

คำสำคัญ: การกลืน, การกลืนลำบาก, การสูดสำลัก, ผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุรา, ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก

ข้อมูลอ้างอิง: พัทธภรณ์ ดิยาวงาย. (2566). ผลการใช้แบบประเมินการกลืนเพื่อป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุรา. *Procedia of Multidisciplinary Research*, 1(12), 15

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตรวมทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากสุราเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กดประสาทการออกฤทธิ์ของสุราต่อสมอง ทำให้ผู้เสพยาเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มในผู้ที่ดื่มมาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol Withdrawal) ที่รุนแรงขึ้นได้ (Phunnapa Kittiratanapaiboon, 2552) กลุ่มอาการเนื่องจากการถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol Withdrawal Syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มหรือลดการดื่มสุราลงกะทันหัน หลังจากที่ได้ติดต่อกันมานานเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาการผู้ป่วย Alcohol Withdrawal แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความรุนแรงและช่วงเวลาที่เกิด ได้แก่ 1) อาการตัวสั่น มือ สั่น ร่วมกับ มีอารมณ์หงุดหงิด คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบแรกสุด และบ่อยที่สุด 2) อาการชัก (Alcohol Withdrawal Seizure) พบว่า ร้อยละ 90 เกิดอาการชักในช่วง 7-48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มสุรา 3) อาการประสาทหลอน (Alcohol Hallucinosi) โดยมากเริ่มมีอาการภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่ม ลักษณะอาการเด่นจะเป็นประสาทหลอน และ 4) อาการสับสน ประสาทหลอน (Alcohol Withdrawal Delirium (Delirium Tremens)) อาการมักเกิดขึ้นหลังจากหยุดสุราได้ 2-3 วัน และจะรุนแรงมากที่สุดในวันที่ 4-5 ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ประสาทหลอนเห็นคนจะมาทำร้าย เห็นตำรวจจะมาจับ หรืออาจเห็นเป็นสัตว์ต่างๆ รู้สึกว่ามีอะไรมาไต่ตามตัว (Pattrakorn, Tipyawong, Ranuwattananon, Rathanasang, & Lukkanapichonchut, 2018)

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุรา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ซึ่งเขียนเป็นตัวย่อภาษาอังกฤษ ว่า “5S” ได้แก่ 1) Sedation คือ การทำให้อาการสงบด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepines 2) Support การดูแลประคับประคอง และป้องกันอุบัติเหตุเสี่ยง เช่น การตกเตียง การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายคนอื่นจากอาการประสาทหลอน 3) Supplement เป็นการเสริมด้วยยาที่จำเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหนาวระแวงและประสาทหลอนรุนแรง หรือตอบสนองยาในกลุ่ม Benzodiazepines ได้ไม่ดี 5) Standard Care เป็นการดูแลรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อค้นหาภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งทาง กายและทางจิตเวช และรีบแก้ไข (Pattrakorn, Tipyawong, Ranuwattananon, Rathanasang, & Lukkanapichonchut, 2018) การได้รับยาที่มีผลต่อความรู้สึกตัวและการนอนหลับเพิ่มโอกาสการเกิดการสูดสำลักและภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลักทั้งสิ้น (Mandell, L. A. et al., 2019) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงของการสูดสำลักมากกว่าหนึ่งปัจจัยพบว่าจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลักที่มากขึ้น (Van der Maarel-Wierink, C. D. et al., 2011) อัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น การนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Taylor, J. K. et al., 2013) และผลการรักษาที่แย่ง และ ผู้ที่เสพยาติดสุราจะไวต่อการติดเชื้อจาก *S. Pneumoniae* เพราะเมื่อขาดสติ Gag Reflex จะลดลง และเสี่ยงต่อการที่แบคทีเรียและกรดจะเคลื่อนเข้าสู่ปอดได้มากขึ้น นอกจากนี้ ภูมิคุ้มกันของร่างกายก็ลดลงจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Drug Information Center, 2005)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต้องให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แอลกอฮอล์วินิจัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลซ้ำหลังจากปฏิบัติการพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถอนฤทธิ์สุราและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินการกลืน เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีภาวะกลืนลำบาก จะทำให้มีความรู้และทักษะในการประเมิน การกลืนลำบากได้อย่างถูกต้อง จะช่วยในการเฝ้าระวังและลดภาวะแทรกซ้อนได้มากยิ่งขึ้น (Boonchaipanithwatana, Pattrakorn, Lukkanapichonchut, Renuwattanun, & Chaipichitpun, 2021) หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลหล่มสัก ให้บริการผู้ป่วย โรคทางด้านอายุรกรรม รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยติดสารเสพติด และผู้ป่วยติดสุรา สำหรับผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จะเป็นผู้ป่วยในระยะถอนฤทธิ์สุรา ซึ่งมีระดับการถอนฤทธิ์สุราแตกต่างกัน ในปี 2562-2564 มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 35 ราย พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบในผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุราขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ปีละ 1 ราย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาเพิ่มขึ้น

มีสาเหตุจากการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา ได้แก่ การไม่ประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ตั้งแต่แรกเริ่ม ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับประสาท ไม่ได้รับการประเมินการกลืนก่อนการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูดสำลักและเกิดปอดอักเสบดังกล่าว

จากผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่มีผู้ศึกษาการประเมินการกลืนในผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุรามาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ ทำการศึกษาเพื่อศึกษาผลการใช้แบบประเมินการกลืนเพื่อป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุรา และเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดการสูดสำลัก การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspirate Pneumonia) และการวิจัยครั้งนี้จะช่วยในการเฝ้าระวังและป้องกันการสูดสำลักเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย

การทบทวนวรรณกรรม

การประเมินผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุรา ในประเทศไทยจะพบว่า มีการใช้แบบประเมินอาการขาดสุราอยู่ 2 ชนิด คือ CIWA-Ar และ AWS เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินอาการขาดสุรา แล้วมีเกณฑ์การแปลผลตามคะแนน สำหรับงานวิจัยผลการใช้แบบประเมินการกลืนเพื่อป้องกันการสูดสำลัก สำหรับผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุราครั้งนี้ได้ใช้เครื่องมือในการประเมินอาการขาดสุรา Alcohol Withdrawal Scale (AWS) (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์, 2558)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุรา แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

1) การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย 1) ชักประวัติการดื่มสุราเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง 2) ประเมินและติดตามระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา 3) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงและความถี่เพิ่มขึ้นตามสภาพอาการของผู้ป่วย ประเมิน Aeuurologic Signs และ Glasgow Coma Scale แรกเริ่มทุกราย 4) ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย 5) ดูแลความสะอาด ความสุขสบายและให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างพอเพียง 6) ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยาหลังผู้ป่วยได้รับยาทั้งผลทางด้านร่างกาย จิตใจ การเคลื่อนไหว ความคิด ความจำ 7) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายจากอาการถอนพิษสุรา 8) ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรค สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัว

2) ระยะบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย 1) ประเมินอาการ การรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดสุรา ทศนคติต่อการใช้สุรา ความเชื่อ แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย ทศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย 2) เสริมสร้างทักษะชีวิตในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่น 3) สร้างแรงจูงใจให้ญาติ และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 4) ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการรักษาพยาบาลตามหลัก D-METHOD

3) การพยาบาลระยะการติดตามหลังการรักษา การพยาบาลระยะหลังการรักษาเป็นการพยาบาลที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร สามารถควบคุมการดื่มได้โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีการสร้างการสนับสนุนให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนโดยชุมชน

การประเมินการกลืน แบบประเมินการกลืนเพื่อป้องกันการสูดสำลักสำหรับผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุรา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินการกลืนข้างเดียวที่ถูกพัฒนาโดย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (นลินรัตน์ ทองจันทร์ และคณะ, 2020) โดยเก็บข้อมูล สำหรับผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุราที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และมีคะแนนประเมิน AWS ตั้งแต่ 5 คะแนนเป็นต้นไป หรือได้รับยาระงับประสาท หรือร่วมกับได้รับยาต้านอาการทางจิต และแพทย์ให้รับประทานอาหารได้ตามปกติ หรืองดอาหารแต่ให้กินยาได้ โดยการประเมินการกลืนอาหารและน้ำติดต่อกัน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนการรับประทานอาหารหรือยามื้อแรกของวันแรกที่รับไว้ในหอผู้ป่วย ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 จะประเมินก่อนการรับประทานในมื้อต่อไป จนครบ 3 ครั้ง จึงหยุดประเมินการกลืน และอาการผู้ป่วยสงบคงที่ AWS น้อยกว่า 5 คะแนน และไม่ได้รับได้รับยาระงับประสาท หรือร่วมกับได้รับยาต้านอาการทางจิต โดยแต่ละขั้นตอนของ

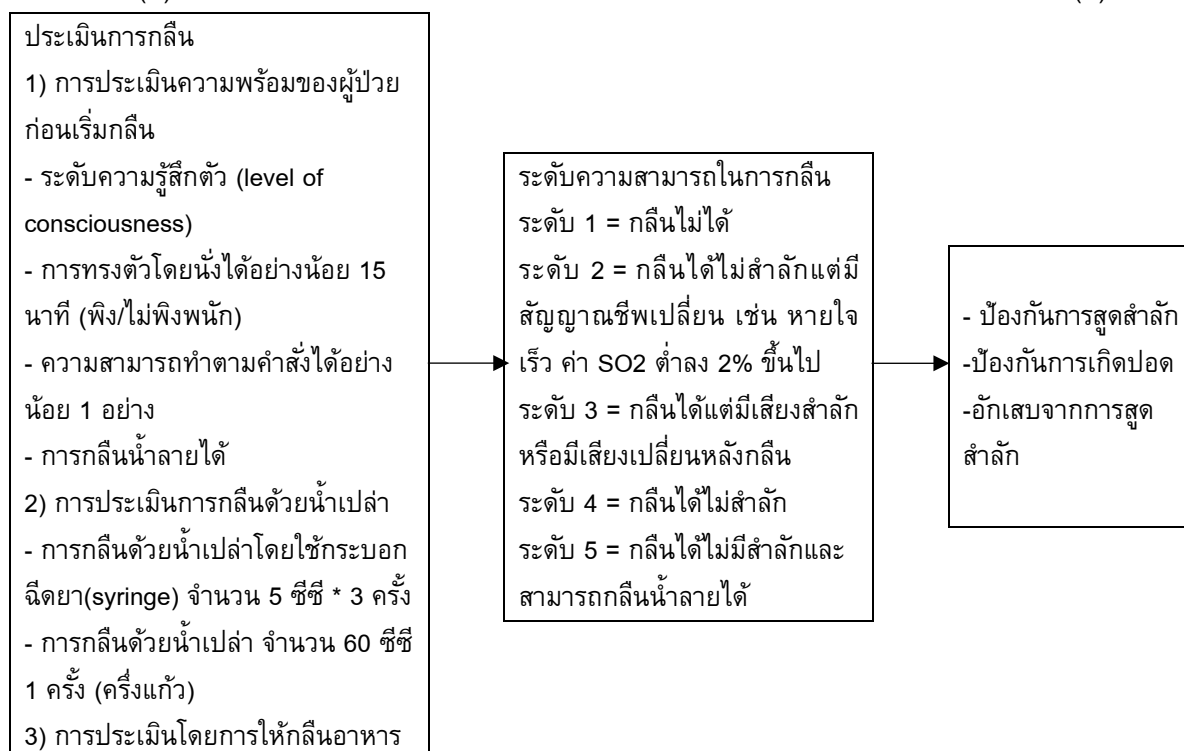
การประเมินจะมีการให้คะแนนความสามารถในการกลืน 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 กลืนไม่ได้ ระดับที่ 2 กลืนได้ ไม่สำคัญ แต่มีสัญญาณชีพเปลี่ยน เช่น หายใจเร็ว ค่า SO₂ ต่ำลง 2% ขึ้นไป ระดับที่ 3 กลืนได้ แต่มีเสียงสำลัก หรือมีเสียงเปลี่ยนหลังกลืน ระดับที่ 4 กลืนได้ ไม่สำคัญ ระดับที่ 5 กลืนได้ ไม่มีสำลักและสามารถกลืนน้ำลายได้ต่อเนื่อง 2 ครั้งใน 30 วินาที หากผลการประเมินได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 จะเท่ากับผ่านในการขั้นตอนนั้น และได้รับการประเมินในขั้นต่อไป หากได้คะแนนต่ำกว่า 4 จะหยุดการประเมินทันที และแจ้งผลต่อแพทย์เจ้าของไข้ว่า ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบาก เพื่อพิจารณาในการวางแผนรักษาต่อไป

การเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration Pneumonia) การเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลักมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกันหลายประการทั้งพยาธิสภาพของโรคเรื้อรัง หลายโรคที่เป็นอยู่เดิม ความถี่และ/หรือปริมาณของสิ่งที่สำลักลงสู่ปอด (Manabe, et al., 2015; DiBardino, Wunderink, 2015) ปัจจัยที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก ภาวะสูญเสียความสามารถในการกลืน (DiBardino, Wunderink, 2015) พบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ ที่สูญเสียรีเฟล็กซ์การไอและการกลืน (Bosch et al., 2012) ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้สติ (Jeffries, Marks, 2013) การสะสมของเชื้อโรคในช่องปากและหลอดลม คือ การดูแลสุขอนามัยช่องปากไม่เหมาะสม ซึ่งมักพบในผู้ที่มีรอยโรคในช่องปากและหลอดอาหารโรคเหงือกอักเสบ หรือสาเหตุจากคราบจุลินทรีย์ (DiBardino, Wunderink, 2015) การสูดสำลักจึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อได้ง่าย (Jeffries, Marks, 2013) ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง การสอดใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษา ทั้งการใส่สายยางให้อาหาร การใส่ท่อหลอดลมคอ มีภาวะเสี่ยงเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (จุญลักษณ์ จันทรญา, 2551) และเมื่อเกิดปอดอักเสบ จากการสูดสำลักต้องรักษาเป็นระยะเวลานานเพิ่มขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น (Wirth et al., 2016) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางการป้องกันและลดผลกระทบจากการเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Maarel-Wierink et al., 2013)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น (X)

ตัวแปรตาม (Y)



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก โปรแกรม n4Studies ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน โดยข้อมูลของกลุ่มควบคุมเก็บย้อนหลังจากเวชระเบียนระหว่างเดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2565 สำหรับกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้โดย

1) ดำเนินการในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทำการเก็บข้อมูลโดยการทบทวนเวชระเบียน ย้อนหลังในช่วงระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2565 โดยการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วย ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

2) ดำเนินการในกลุ่มทดลอง ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 โดยการประเมินการกลืนในผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุรา 3 ขั้นตอน วันละ 1 ครั้ง รวม 3 วัน ติดต่อกัน โดยประเมินการกลืนก่อนการรับประทานอาหารมื้อแรกในแต่ละวัน (ช่วงเวลาก่อนรับประทานอาหารเช้า 07.00-09.00 น.) โดยมีขั้นตอนการประเมิน 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อมเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อน ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการกลืนด้วยน้ำเปล่า (water swallowing test) ขั้นตอนที่ 3 การประเมินโดยการให้กลืนอาหาร เมื่อกลุ่มทดลองผ่านการประเมินแต่ละขั้นตอนของการประเมินจะมีการให้คะแนนความสามารถในการกลืน 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 คือ กลืนไม่ได้ ระดับ 2 คือ กลืนได้ไม่ปลอดภัยแต่มีสัญญาณชีพเปลี่ยน เช่น หายใจเร็ว ค่า SO_2 ต่ำลง 2% ขึ้นไป ระดับ 3 คือ กลืนได้แต่มีเสียงสำลัก หรือมีเสียงเปลี่ยนหลังกลืน ระดับ 4 คือ กลืนได้ไม่ปลอดภัย ระดับ 5 คือ กลืนได้ไม่ปลอดภัยและสามารถกลืนน้ำลายได้ หากการประเมินได้ระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 4 จะเท่ากับผ่านในการขั้นตอนนั้น และได้รับการประเมินในขั้นต่อไป หากได้คะแนนต่ำกว่า ระดับ 4 จะหยุดการประเมินทันที และแจ้งผลต่อแพทย์เจ้าของไข้ว่า ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบากทั้ง 3 ขั้นตอน แพทย์ให้ดน้ำงดอาหารก่อนและให้ประเมินการกลืนซ้ำก่อนการรับประทานอาหารมื้อแรก ในวันที่ 2 และ วันที่ 3 หากพบอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้รับประทานอาหารได้ตามปกติและจะหยุดประเมินเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่ได้รับยาระงับประสาท ได้แก่ Diazepam Injection 10 mg และ/หรือร่วมกับไดยาต้านอาการทางจิต Haloperidol 5 mg/ml และระดับคะแนนการประเมินอาการระยะถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) น้อยกว่า 5 คะแนน และติดตามการเกิดการสูดสำลัก และการเกิดปอดอักเสบขณะผู้ป่วยกลุ่มทดลองรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS มีรายละเอียด ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนาโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติการประเมินของฟิชเชอร์ (The Fisher Exact Probability Test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความแตกต่างของค่าสัดส่วนของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ในการวิจัยนี้ คือ การประเมินความแตกต่างของการเกิดการสูดสำลักและปอดอักเสบของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เอกสารการรับรอง เลขที่ IEC-01-2566 รับรองวันที่ 16 มกราคม 2566 และผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิจัยโดยยึดหลักความปลอดภัย และลดโอกาสการเกิดความเสี่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และ รายละเอียดของขั้นตอนการทำวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม การศึกษาในครั้งนี้รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ระหว่างการทดลองไม่มีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และข้อมูลสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอตั้งต่อไปนี้ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 96.67) อายุเฉลี่ย 41 ปี โดยอายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 77 ปี มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 60.00.) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.33) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50.00) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 90.00) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 96.67) อายุเฉลี่ย 42 ปี โดยอายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 60 ปี มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 53.33) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 76.67) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 73.33) เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูล โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่มีเคยประวัติการเกิดอาการถอนฤทธิ์ (ร้อยละ 46.67) การสูราติ่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย 25-48 ชั่วโมง (ร้อยละ 40.00) มีภาวะเพ้อคลั่ง (ร้อยละ 2.00) มีภาวะชัก (ร้อยละ 40.00) มีจำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 2-5 (ร้อยละ 50.00) มีโรคร่วมทางกายที่สัมพันธ์กับการติ่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 16.67) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 1-4 วัน (ร้อยละ 63.33) มีคะแนน AWS แกร็บ 5-9 คะแนน (Moderate Withdrawal) (ร้อยละ 76.67) วันแรกรับเป็นวันเริ่มมีอาการภาวะถอนฤทธิ์ สูรา หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 96.67) และระดับคะแนน AWS สูงสุดหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 10-14 คะแนน (Severe Withdrawal) (ร้อยละ 76.67) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีเคยประวัติการเกิดอาการถอนฤทธิ์สูรา (ร้อยละ 66.67) การติ่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 43.33) มีภาวะเพ้อคลั่ง (ร้อยละ 3.33) มีภาวะชัก (ร้อยละ 63.33) เป็นครั้งแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 66.67) มีโรคร่วมทางกายที่สัมพันธ์กับการติ่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 16.67) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 1-4 วัน (ร้อยละ 70.00) มีคะแนน AWS แกร็บ 5-9 คะแนน (Moderate Withdrawal) (ร้อยละ 56.67) วันแรกรับเป็นวันเริ่มมีอาการภาวะถอนฤทธิ์ สูรา (AWS > 5) หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 80.00) และ ระดับคะแนน AWS สูงสุดหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 10-14 คะแนน (Severe Withdrawal) (ร้อยละ 50.00) เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า การเกิดอาการถอนฤทธิ์ ภาวะเพ้อคลั่ง โรคร่วมทางกายที่สัมพันธ์กับการติ่มแอลกอฮอล์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล คะแนน AWS แกร็บ และวันที่เริ่มมีอาการภาวะถอนฤทธิ์สูราหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (AWS > 5) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 1 ผลการใช้แบบประเมินการกลืนในระยะถอนฤทธิ์สูรา พบว่า กลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย จากข้อมูลจากเวชระเบียน ไม่พบข้อมูลบันทึกปัญหาการกลืน ทั้ง 30 ราย (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ที่ได้รับการประเมินการกลืน 3 ขั้นตอน ก่อนการรับประทานอาหารมื้อแรก จำนวน 3 วันติดต่อกัน พบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย การประเมินการกลืนวันแรก ขั้นตอนที่ 1 ผลการประเมินพบว่าความสามารถในการกลืนอยู่ระดับ 5 คือ กลืนได้ไม่มีมีสำลักและสามารถกลืนน้ำลายได้ จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 100) การประเมินการกลืน ขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินพบว่าความสามารถในการกลืน อยู่ระดับ 2 คือ กลืนได้ไม่สำลักแต่มีสัญญาณชีพเปลี่ยน เช่น หายใจเร็ว ค่า SO₂ ต่ำลง 2% ขึ้นไป จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 6.66) ทั้งสองราย เมื่อประเมินได้ก่อนและรายงานแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ให้งดน้ำงดอาหารก่อนและให้ประเมินการกลืนในมือต่อไปหากพบอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้รับประทานอาหารได้

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างของการเกิดการสูดสำลัก , การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspirate Pneumonia) พบว่า กลุ่มควบคุม 30 ราย เกิดการสูดสำลัก 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 และเกิดปอดอักเสบ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง 30 ราย ไม่เกิดการสูดสำลักและไม่เกิดปอดอักเสบ เมื่อเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า การเกิดการสุดสำลัก และปอดอักเสบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการประเมินการกลืนในผู้ป่วยระยะถอนฤทธิ์สุรากลุ่มทดลอง (n=30)

การประเมินการกลืน กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	วันแรก (จำนวนผู้ป่วย/ร้อยละ)	วันที่สอง (จำนวนผู้ป่วย/ร้อยละ)	วันที่สาม (จำนวนผู้ป่วย/ร้อยละ)
ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อมเบื้องต้นของผู้ป่วย			
- ระดับ 5 กลืนได้ ไม่มีสำลักและสามารถกลืนน้ำลายได้ต่อเนื่อง	30 (100)	30 (100)	30 (100)
ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการกลืนด้วยน้ำเปล่า			
- ระดับ 2 กลืนได้ไม่สำลักแต่มีสัญญาณชีพเปลี่ยน เช่น หายใจเร็ว ค่า SO2 ต่ำลง 2% ขึ้นไป	2 (6.66)	0	0
- ระดับ 5 กลืนได้ ไม่มีสำลักและสามารถกลืนน้ำลายได้ต่อเนื่อง	28 (93.34)	30 (100)	30 (100)
ขั้นตอนที่ 3 การประเมินการให้กินอาหาร			
- ระดับ 5 กลืนได้ ไม่มีสำลักและสามารถกลืนน้ำลายได้ต่อเนื่อง	28 (100)	30 (100)	30 (100)
สรุป ผลการประเมินการกลืน (ผ่าน/ไม่ผ่าน)	28 (93.34) / 2(6.66)	30 (100) / 0	30 (100) / 0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการเกิดการสุดสำลักและปอดอักเสบของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติการ ประเมินของฟิชเชอร์ (n=60)

ผลการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดการสุดสำลัก				
- เกิดการสุดสำลัก	1	3.33	0	0.00
- ไม่เกิดการสุดสำลัก	29	96.67	30	100
การเกิดปอดอักเสบ				
- เกิดปอดอักเสบ	1	3.33	0	0.00
- ไม่เกิดปอดอักเสบ	29	96.67	30	100

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยผลการวิจัยครั้งนี้มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มีสถานภาพสมรส มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษาพยาบาลใช้ สิทธิประกันสุขภาพและสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องแบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (2565) เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า อัตราความชุกในประชากรหญิงน้อยกว่าความชุกในประชากรชายถึงประมาณสี่เท่า และเมื่อจำแนกตามกลุ่มวัยความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบันสูงที่สุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) โดยประชากรกลุ่มนี้ร้อยละ 36.53 และความชุกของนักดื่มปัจจุบันนี้ต่ำสุดในประชากรอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 8.97) และ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 15.06) ตามลำดับ (Drug Information Center, 2005) และผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่พบผู้ป่วยกลืนลำบาก

แต่พบมีการสูดสลักจำนวน 1 ราย ในวันแรกของการนอนโรงพยาบาล และเกิดปอดอักเสบจำนวน 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายเดียวกัน ทำให้นอนพักรักษาตัว 9 วัน ส่วนกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย การประเมินการกลืนวันแรก ผลการประเมินพบว่า ความสามารถในการกลืน อยู่ระดับ 2 คือ กลืนได้ไม่สำคัญแต่มีสัญญาณชีพเปลี่ยน เช่น หายใจเร็ว ค่า SO₂ ต่ำลง 2% ขึ้นไป จำนวน 2 ราย ในขั้นตอนที่ 2 (ร้อยละ 6.66) ทั้งสองรายการรายงานแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ให้งดน้ำงดอาหารก่อนและให้ประเมินการกลืนในมือต่อไปหากพบอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้รับประทานอาหารได้และพบว่ากลุ่มทดลอง จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 93.33) ความสามารถในการกลืน อยู่ระดับ 5 คือ กลืนได้ไม่สำคัญและสามารถกลืนน้ำลายได้ ส่วนการประเมินการกลืนวันที่ 2 และวันที่ 3 ในกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองวัน กลุ่มทดลอง 30 ราย ความสามารถในการกลืน อยู่ระดับ 5 คือ กลืนได้ไม่สำคัญและสามารถกลืนน้ำลายได้ คิดเป็นร้อยละ 100 อธิบายได้ว่าเมื่อเวลาผ่านไป 1 วัน หลังได้รับการดูแลและให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนฤทธิ์สุราอาการของผู้ป่วยก็จะดีขึ้นและสามารถกลืนได้ปกติ แสดงว่าอาการถอนพิษดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงถูกจำหน่ายได้ในเวลาไม่กี่วัน ในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยรายดังกล่าวมีอาการถอนพิษสุรา คะแนน AWS 11 คะแนน (Severe Withdrawal) วันแรกหลังรับไว้ในโรงพยาบาล และมีภาวะชักขณะรับไว้รักษาตัวใน ร.พ 1 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับยารับยาระบบประสาท ได้แก่ Diazepam Injection 10 mg ร่วมกับได้ยาต้านอาการทางจิต Haloperidol 5 mg/ml ซึ่งอาการชักจากการขาดสุรา (Rum Fit) มักเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่ม 6-48 ชั่วโมง มีลักษณะเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี อาการชักมักเกิดขึ้นครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุด 2-3 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่อง (Atsanankornchai., 2019) การรักษาในระยะนี้ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก (Maximum Care) เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจากการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) เน้นการรักษาโดยการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุรา และการพยาบาลเพื่อป้องกันการปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirated Pneumonia) เนื่องจากการชักอาจจะมี การสูดสลักเศษอาหารและน้ำเข้าไปในปอดได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์มีอัตราการเกิดการติดเชื้อที่ปอด ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน อาทิ Parapneumonic Effusion หรือ Empyema มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ดื่มอย่างชัดเจน อีกทั้งผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์มักพบฟันผุหรือเหงือกอักเสบร่วมด้วย ส่งผลให้ในช่องปากมีการสะสมของ เชื้อแบคทีเรียชนิด Gram-Negative Bacilli (Krumpe, Cummiskey, & Lillington, 1984; Joshi & Guidot, 2007; Guidot & Mehta, 2017)

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการวิจัย แบบประเมินที่จัดทำขึ้นมานี้สามารถนำไปใช้กับผู้ที่มีปัญหาการกลืนกลุ่มอื่นๆ ได้เลย ไม่ต้องสร้างขึ้นใหม่แล้วเช่น ผู้ป่วยอายุมาก 70 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง (Bed Ridden) ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว หรือผู้ป่วยไม่ Full Conscious

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรที่มศึกษาในศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนเนื่องจากสมองได้รับความเสียหายมากกว่าผู้ป่วยในระยะถอนฤทธิ์สุรา เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพักฟื้น เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- จรรยาลักษณ์ จันทรินาย. (2551). โปรแกรมการเตรียมความพร้อม/ความพร้อม/การจำหน่ายกลับบ้าน/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 21*(1), 58-70
- Atsanankornchai, S. (2019). *Facts and Figures Alcohol in Thailand*. Bangkok: Sahamit Phatthana Publishing.
- Antinios, N., Carnaby-Mann, G., Crary, M., Miller, L., Hubbard, H., Hood, K. et.al. (2010). Analysis of a Physician Tool for Evaluating Dysphagia on an Inpatient Stroke Unit: The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 19(1), 49-57.

- Boonchaipanithwatana, S., Pattrakorn, A., Lukkanapichonchut, V., Renuwattanun, A., & Chaipichitpun, N. (2021). *Clinical Practice Guideline of Alcohol Withdrawal Patient*. Nonthaburi: Aksorn Grphic and Design.
- Campbell, G. B., Carter, T., Kring, D., & Martinz, C. (2016). Nursing bedside dysphagia screen: Is it valid?. *J Neurosci Nurs*; 48(2), 75-79.
- Department of Disease Control. (2019). *Pneumonia*. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21 (15 August 2022).
- Drug Information Center. (2005). *Risks Streptococcus Pneumoniae in Alcohol Drinking*. Retrieved from https://pharmacy.mahidol.ac.th/dic/news_week_full.php?id=117. [In Thai]. (25 May 2022).
- Infection Control Committeee Lomsak Hospital. (2022). *Annual Report 2020*. Phetchabun: Lomsak Hospital.
- Janson, C., Johansson, G., Stallberg, B., Lisspers, K., Olsson, P., Keininger, D. L. et al. (2018). Identifying the Associated Risks of Pneumonia in COPD Patients: ARCTIC an Observational Study. *Resp Res*, 19, 172-82.
- Joundi, R. A., Martino, R., Saposnik, G., Giannakeas, V, Fang, J., & Kapral, M. K. (2017). Predictors and Outcomes of Dysphagia Screening after Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, 48(4), 900-906.7.
- Krumpe, P. E., Cummiskey, J. M., & Lillington, G. A. (1984). Alcohol and the Respiratory Tract. *Medical Clinics of North America*, 68(1), 201-219.
- Lomsak Hospital. (2022). *Annual Report 2020*. Phetchabun: Lomsak Hospital.
- Malathum, K., Malathum, P., & Singhanata, S. (2007). Infections in Older Persons. *Ramathibodi Nursing n Journal*, 13(3), 272-287.
- Pattrakorn A., Tipyawong T., Ranuwattananon A., Rathanasang P., & Lukkanapichonchut, V. (2018). *Clinical Practice Guideline of Alcohol Withdrawal Patient for Multidisciplinary Team*. Bangkok: Chulalongkorn University.
- The American Thoracic Society. (2005). *Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia*.
- Thongniran, N., Sripaksa, K., Tuakta, P., & Benjapornlert, P. (2020). The validity and reliability of modified Standardized Swallowing Assessment (SSA) to screen dysphagia in acute stroke patients. *Journal Thai Stroke Society*, 19(1), 16-27.

Data Availability Statement: The raw data supporting the conclusions of this article will be made available by the authors, without undue reservation.

Conflicts of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher's Note: All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.



Copyright: © 2023 by the authors. This is a fully open-access article distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).