

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร*

THE DEVELOPMENT OF CARE MODEL FOR STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA, CHUMPHON KHET UDOMSAKDI HOSPITAL, CHUMPHON PROVINCE

บังอร นูบรจ*

Bangon Nubanjong

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

Chumphon Khet Udomsakdi Hospital, Chumphon Province, Thailand

*Corresponding author E-mail: bangon.nubanjong@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มี 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพัฒนารูปแบบจำนวน 7 คน พยาบาลผู้รู้รูปแบบจำนวน 12 คน ผู้ป่วยจำนวน 72 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 72 คน พัฒนารูปแบบตามแนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ของกรมการแพทย์ ร่วมกับ 7 Aspects of care และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสังเกต แบบสนทนากลุ่ม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการรู้รูปแบบ แบบวัดความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาล แบบวัดความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบประเมินระดับความสามารถด้านการกลืนและแบบบันทึกอัตราการเกิดภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลักของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Paired t – test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้รูปแบบมีความคิดเห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ ร้อยละ 95.77 ผู้ป่วยมีความสามารถด้านการกลืนเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 1,2,4,8,12 ร้อยละ 6.94,31.94,54.17,68.06,70.83 ตามลำดับ ไม่พบการเกิดภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยเสนอแนะว่า ในการดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากควรมีการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะกลืนลำบาก

Abstract

This research and development the objective were to develop a model and evaluate the use of a care model for stroke patients with dysphagia. Sample specifically selected, there are 4 groups : 7 person developed the model, 12 nurses who use the model, 72 patients and 72

* Received April 10, 2023; Revised April 29, 2023; Accepted May 19, 2023

caregiver. Develop the pattern according to the clinical practice guidelines for dysphagia patient of the medical department. In collaboration with 7 Aspects of care and discharge planning. The tool used in this research were observation, focus group, model of care for stroke patients with dysphagia, assessment form nurse opinion on the use of the model, knowledge test and practice assessment form of nurse, knowledge test and practice assessment form of caregiver, assessment level of swallowing ability, record about aspirate pneumonia. The data were analysis using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Paired t – test and qualitative data analysis. The results showed that the pattern users commented that the pattern developed with a probability of 95.77%. Patients had improved swallowing ability by week 1, 2, 4, 8, 12 have a number 6.94,31.94,54.17,68.06,70.83 % respectively and no aspirate pneumonia. Nurse have more knowledge and practice with statistical significance at the level of 0.05. caregiver have more knowledge and practice with statistical significance at the level of 0.05. The research results suggest that care of patients with dysphagia requires a developed model that will benefit the patient quality of life.

Keywords: Development of model, Stroke, Dysphagia

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยและมีอัตราการความพิการสูงจากการสำรวจทั่วโลก ในปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 34,545 คน โดยคิดเป็นอัตราตาย 53 คน ต่อประชากร แสนคน เป็นเพศชายร้อยละ 58 เพศหญิงร้อยละ 42 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งปี 2560 – 2563 พบผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 479,534,588 และ645 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565) ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มีการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการรักษารักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกว่า 1,000 ราย จากสถาบันทั่วประเทศ พบว่า ณ วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 และพิการร้อยละ 70 (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2563) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจากภาวะเฉียบพลันและวิกฤตมักมีความพิการหลงเหลือและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองซึ่งรวมถึงปัญหาการกลืนลำบาก นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความพิการทุพพลภาพมักมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัวเนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อปากและใบหน้า ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาทคู่ที่ 5,7,9,10 และ12 ทำให้ริมฝีปากปิดไม่สนิทและสูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการกลืน (ภัทรา วัฒนพันธุ์, 2562) ซึ่ง Vose ได้กล่าวถึง ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) ว่าเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีภาวะยากลำบากในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ซึ่งทำหน้าที่ในการรับรู้และสั่งการกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน และบริเวณก้านสมอง (Brainstem) ซึ่งมีศูนย์ควบคุมการกลืน (Swallowing center) ที่ทำหน้าที่ในการรับคำสั่ง จากสมองส่วนหน้า และสั่งกระแสประสาทสมอง 5 คู่เพื่อสั่งงานให้กล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน มีการหดตัวคลายตัว และเกิดการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กัน เพื่อให้อาหารผ่านจากปากไปสู่คอหอย และหลอดอาหารได้อย่างปลอดภัย (ดวงใจ บุญคง และคณะ, 2562) ภาวะกลืนลำบากจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ



ตามมา ได้แก่ การสำลักและติดเชื้อที่ปอด (Aspirate pneumonia) การขาดน้ำและสารอาหารส่งผลให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยล่าช้า และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต (Ebrahiem, E.et al., 2018) นอกจากนี้ยังพบว่า สาเหตุของการเกิดปอดติดเชื้อจากการสำลัก เกิดจากการมีเชื้อโรคที่อยู่ในปากและคอหอยโดยมีการสูดสำลักลงไปปอด และมักเกิดกับปอดข้างขวามากกว่าข้างซ้ายเนื่องจากหลอดลมข้างขวาหักมน้อยกว่าข้างซ้าย จากรายงานวิจัยของ นิตินาถ วงษ์ตระหง่าน ได้ศึกษาผลการใช้แนวทางการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการประเมินการกลืนอาหาร มีภาวะกลืนลำบากร้อยละ 15 และขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลมีการสำลักอาหารร้อยละ 5.1 (นิตินาถ วงษ์ตระหง่าน, 2561)

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบว่า ในปี 2561 – 2563 จังหวัดชุมพรมีผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,065 ราย 1,380 ราย และ 1,443 รายตามลำดับและพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ที่มีปัญหาการกลืนลำบากและต้องกลับมารักษาซ้ำจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดติดเชื้อจากการสำลัก มีจำนวน 81, 89 และ 108 ราย ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ.2563 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้งทุกกลุ่มอายุ เฉลี่ยรายละ 66,058.89 บาท และพบว่า ในผู้ป่วยสูงอายุมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งสูงขึ้นถึง 90,727.01 บาท (โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, 2564) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ยังไม่ได้รับการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกัน แต่ละหอผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติแตกต่างกันโดยเฉพาะในด้านการดูแลและส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยซึ่งจากการทบทวนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ใน 2 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะเวลาที่มีปัญหาและผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) มีความยากลำบากในการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากยังขาดแนวทางการดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ส่วนใหญ่จะถูกดูแลรักษาให้พ้นระยะเฉียบพลัน และป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำ แต่ผู้ป่วยจะถูกปล่อยในเรื่องของการประเมินการกลืนลำบากและรักษาอาการที่เกี่ยวข้องกับการกลืนลำบาก ในการศึกษาถึงการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและการจัดการอาการกลืนลำบาก พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่รู้สึกว่าตัวเองถูกทอดทิ้งและไม่ได้ได้รับการสนับสนุนการดูแลในเรื่องการกลืนลำบาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะเกิดความรู้สึก ถูกแบ่งแยกจากสังคม โดยเฉพาะเมื่ออาหารเมื่อเห็นบุคคลอื่นในครอบครัว กำลังรับประทานอาหารแต่ตนเองไม่สามารถรับประทานได้ (Malhi, H., 2016) ซึ่งควรที่จะมีการส่งเสริมการกลืนให้ผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ในระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยจัดตั้งทีมสหวิชาชีพมาร่วมดูแลและควรมีการดูแลต่อเนื่องลงถึงชุมชนเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน (Hellden, J.et al., 2018)

บุคคลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนลำบากมีการกลืนที่ดีขึ้นคือทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและฝึกให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ามารักษาในหอผู้ป่วย ผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงนั้น ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพนั่นเอง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพต้องมีการดำเนินงานตามรูปแบบอย่างมีคุณภาพด้วยการวางแผนและจัดสรรบริการรวมถึงการประสานงานให้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการเรื่องการดูแลต่อเนื่อง ทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและประสานงานหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วย หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและองค์รวม จากรายงานวิจัยของ วชิราภรณ์ เรืองเดช และคณะ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการ

ทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร พบว่า โปรแกรมการจัดการรายกรณี ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะและสนับสนุนให้ญาติผู้ป่วย การประสานงานกันระหว่างสหวิชาชีพ การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ติดตามและการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ภายหลังได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วชิราภรณ์ เรืองเดช และคณะ, 2563) สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากด้วยนั้น สิ่งสำคัญในการดูแลคือการประเมินอาการบ่งชี้ว่า มีการกลืนลำบาก รวมถึงการประเมินว่า ผู้ป่วยแต่ละราย สามารถกลืนได้ในระดับใดและอวัยวะใดที่เกี่ยวข้องกับการกลืนมีความผิดปกติ ซึ่งถือว่ามีความจำเป็นอย่างมากที่เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้อง

การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์และเครือข่ายจังหวัดชุมพร ที่ผ่านมายังไม่มีการพัฒนาการดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลไปจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน และพบว่า มีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยปอดติดเชื้อจากการสำลักทั้งในขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านทำให้ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ยังไม่มีการนำเครื่องมือประเมินการกลืนและแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการกลืนมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างจริงจัง ยังขาดการร่วมมือการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้ทำการศึกษาวิจัย โดยมีความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ตามแนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ของกรมการแพทย์ ร่วมกับ นำ 7 Aspects of care และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของสำนักการพยาบาลมาดำเนินการพัฒนาซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพงานบริการดูแลผู้ป่วย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพในเรื่องการกลืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในการดำเนินการวิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือกลุ่มพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ จำนวน 7 คน กลุ่มผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาราชการ (full time) ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 72 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก (caregiver) จำนวน 72 คน



2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แนวการสนทนากลุ่ม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินรูปแบบและแบบประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พิจารณาความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน เครื่องมือประกอบด้วย

1. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย มีประเด็นการสังเกต ดังนี้ การประเมินการกลืนผู้ป่วยแรกเริ่ม การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD มีค่า IOC = 1

2. การสนทนากลุ่ม โดยมีประเด็นสนทนากลุ่ม ดังนี้ การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากในปัจจุบันของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน สิ่งที่ต้องปรับปรุงในการดำเนินงาน สิ่งที่ต้องพัฒนาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ มีค่า IOC = 1

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จัดทำโดยกลุ่มพัฒนารูปแบบประยุกต์มาจากแนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562 ร่วมกับ 7 Aspect of care และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ของสำนักการพยาบาล พ.ศ. 2551 มีค่า IOC = .92

4. แบบประเมินความคิดเห็นต่อการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งในแต่ละข้อถ้าตอบว่ามีความเป็นไปได้ ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่าเป็นไปไม่ได้ ให้ 0 คะแนน มีค่า IOC = 1

5. แบบวัดความรู้สำหรับพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากจำนวน 20 ข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีค่า IOC = .98 มีค่า KR20 = 0.76 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง .17 - .83

6. แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 16 ข้อ ถ้าปฏิบัติให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน มีค่า IOC = .83 ค่าความเที่ยง (reliability) .730

7.แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 15 ข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้ 0 คะแนนมีค่า IOC =1 มีค่า KR20 = 0.82 มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง .27 - .87

8. แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 12 ข้อ ถ้าปฏิบัติให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน มีค่าIOC =.77 มีค่าความเที่ยง (reliability) = .875

9. แบบประเมินระดับความสามารถด้านการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก มีทั้งหมด 7 ระดับโดยมีการแบ่งระดับการกลืนอาหารที่เรียกว่า Function Oral Intake Scale ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562 ดังนี้

Level 1 ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

Level 2 รับประทานอาหารและของเหลวทางปากได้บ้าง แต่ยังต้องให้อาหารทางสายยาง

Level 3 รับประทานอาหารและของเหลวทางปากได้สม่ำเสมอ แต่ยังต้องให้อาหารทางสายยาง

Level 4 รับประทานอาหารและของเหลวที่มีความหนืดข้นชนิดเดียวทางปากได้เพียงพอ

Level 5 รับประทานอาหารและของเหลวที่มีความหนืดข้นหลายชนิดทางปากได้เพียงพอแต่ต้องเตรียมอาหารเป็นพิเศษหรือใช้วิธีกลืนแบบ compensation

Level 6 รับประทานอาหารและของเหลวที่มีความหนืดข้นหลายชนิดทางปากได้เพียงพอ โดยไม่ต้องเตรียมอาหารเป็นพิเศษ

Level 7 รับประทานอาหารและของเหลวทางปากได้โดยไม่มีข้อจำกัด

10. แบบบันทึกอัตราการเกิดภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

จริยธรรมการวิจัย ได้รับหนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 2021 –PP-Go 002 (External) ลงวันที่ 11 มกราคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสรุปเนื้อหาอย่างง่าย จัดกลุ่มและจำแนกข้อมูลเป็นประเด็น ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t – test

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ของกิตติยา วงษ์ขันธุ์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์
2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก
3. การประเมินผลของการใช้รูปแบบ (กิตติยา วงษ์ขันธุ์, 2561)

ระยะที่ 1. ศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์

ด้วยการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ใส่สายให้อาหารเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของปี 2564 จำนวน 87 ราย การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีม สหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโดยสังเกต แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ที่ดำเนินงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2565 การสนทนากลุ่ม ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ จำนวน 9 คน

ระยะที่ 2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

2.1 นำข้อมูลและประเด็นปัญหามาจัดทำ ‘ร่าง’ รูปแบบ โดยกลุ่มพัฒนารูปแบบประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 7 คน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาของ ‘ร่าง’ รูปแบบโดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่อาจารย์แพทย์จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ดังกล่าว ได้ประยุกต์ ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มาจัดทำรูปแบบ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ร่วมกับการใช้ 7 Aspect of care และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (สำนักการพยาบาล, 2551) นำรูปแบบที่ร่างขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 5 คนโดยก่อนใช้รูปแบบมีการให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยจัดการเรียนการสอนเรื่องการกลืนลำบากและการใช้รูปแบบ ก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วย มีการสะท้อนและปรับปรุงรูปแบบ โดยนำผลการดำเนินงานรวมถึงการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลกลุ่มผู้ใช้รูปแบบนำมาเข้าที่ประชุมร่วมกับกลุ่มพัฒนารูปแบบ เพื่อพิจารณาพัฒนาขั้นตอนและเนื้อหากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น



2.2 นำรูปแบบที่พัฒนามาใช้กับกลุ่มพยาบาลประจำการผู้ใช้รูปแบบจำนวน 12 คน ให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่ใส่สายให้อาหาร จำนวน 72 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่ใส่สายให้อาหาร จำนวน 72 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย

1.1 การประเมินอาการด้วยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการกลืนลำบาก ดังนี้

1.1.1 การซักประวัติโรคประจำตัวและยาที่ได้รับมีผลให้กลืนลำบาก

1.1.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการกลืนที่ผ่านมา

1.1.3 ความรู้สึกตัวการตอบสนองต่อการพูด การทำตามคำสั่ง ค่า Glasgow coma score

1.1.4 การควบคุมศีรษะและการทรงตัวในท่านั่ง

1.1.5 การทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน

1.2 การประเมินภาวะโภชนาการ ตามแบบฟอร์ม Nutrition Alert Form (NAF)

1.3 การประเมินสุขภาพช่องปาก

1.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการใส่ท่อเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) ประสานนักกิจกรรมบำบัด

เพื่อประเมินการกลืน

2. การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ด้วยการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้ หรือ ป้อนอาหารผู้ป่วยให้อยู่ในที่เงียบสงบ ไม่ชวนพูดคุย ปิดทีวี

3. การดูแลความปลอดภัย

3.1 การดูแลก่อนให้อาหารทางสายให้อาหาร หรือก่อนให้อาหารฝึกกลืน

3.2 การดูแลขณะให้อาหารทางสายให้อาหาร หรือขณะให้อาหารฝึกกลืน

3.3 การดูแลหลังจากให้อาหารทางสายให้อาหาร หรือหลังจากให้อาหารฝึกกลืน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

4.1 การป้องกันปอดติดเชื้อจากการสำลัก

4.2 การป้องกันภาวะทุโภชนาการ

4.3 การป้องกันภาวะขาดน้ำ

5. การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

5.1 การฝึกบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืนร่วมกับนักกิจกรรมบำบัด

5.2 การประเมินภาวะโภชนาการ ร่วมกับนักโภชนาการ

5.3 การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลเพื่อให้ติดตามเยี่ยมบ้านด้วยระบบสารสนเทศ โปรแกรม Thai COC มีการติดตามและลงบันทึกข้อมูลการกลืน

5.4 การเยี่ยมทางโทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอล ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ใน 1 สัปดาห์

5.5 การติดตามการเยี่ยมบ้าน ของพยาบาลชุมชน ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ใน 1 สัปดาห์

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ด้วยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D METHOD โดยสหวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยมีการให้ความรู้ และ มีการฝึกปฏิบัติผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีการบันทึก ดังนี้

6.1 Diagnosis: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็น รวมถึงทบทวนและให้คำแนะนำญาติ ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ

6.2 Medication: อธิบายผลข้างเคียงของยา ข้อควรระวังเกี่ยวกับยา ทั้งในเรื่องอธิบายการละลายยาก่อนให้ทางสายให้อาหารด้วยวิธีต่าง ๆ ในข้อจำกัดของยาแต่ละชนิด รวมถึงการแบ่งเม็ดยาสำหรับการฝึกกลืน เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและสั่งยา ให้พยาบาลเพิ่มการบันทึกในใบสั่งยาที่บ้านดังกล่าวว่า “ผู้ป่วยกลืนลำบากใส่สายให้อาหาร” เพื่อเภสัชกร ร่วมให้คำปรึกษาญาติ

6.3 Environment, Economic: อธิบายการจัดสิ่งแวดล้อมขณะให้อาหาร ผู้ป่วยฝึกกลืน ควรเงียบสงบ ไม่ชวนพูดคุยยกเว้นการบอกให้คนไข้ปฏิบัติขณะให้อาหาร การจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น ชามก้นลึกถ้วยมีหู แก้วมีหลอดดูด แก้วปากเว้า ซ้อนที่มีที่ยึดติดกับมือ นอกจากนี้ ควรมีการประเมินภาวะทางเศรษฐกิจ สิทธิการรักษา มีการแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน

6.4 Treatment: ทบทวนความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายการฟื้นฟูและส่งเสริมการกลืนการฝึกผู้ป่วยตามโปรแกรมการฝึกกลืนเนื้อในการกลืนอาหาร

6.5 Health: ทบทวนและให้คำปรึกษาในการจัดการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่นจากการสำลัก การจัดการในการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ นอกจากนี้ควรมีการประสานงานนักกิจกรรมบำบัดร่วมดูแลต่อเนื่อง รวมถึงฝึกให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ค้นหาข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยจาก เว็บไซต์ ในโทรศัพท์มือถือ

6.6 Out patient referral: อธิบายให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูด้านการกลืนร่วมกับปัญหาร่างกายด้านอื่น ๆ รวมถึงในใบตรวจตามนัดให้เพิ่มการระบุ นัดตรวจที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู คลินิกให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ทุกครั้ง

6.7 Diet: ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารปั่น อาหารฝึกกลืน ที่เหมาะสมตามระยะการกลืน และประสานการส่งต่อแผนโภชนาการศาสตร์ ร่วมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติผู้ดูแลผู้ป่วยทำอาหารฝึกกลืน

7. การสร้างความพึงพอใจ โดยการทำกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ บนพื้นฐานของสัมพันธภาพด้วยการทักทายการให้คุณค่าการให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย และการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบ

การใช้รูปแบบที่พัฒนาแล้วจากฉบับร่าง พบว่า การประเมินสุขภาพในช่องปาก ในช่วงแรกของการรักษาในโรงพยาบาลทำได้ยาก เพราะผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ไม่สามารถตอบสนองต่อคำสั่งเพื่อใช้ไม้กดลิ้นตรวจในช่องปากได้ เนื่องจากความรู้สึกตัวไม่ดี ดังนั้นจึงมีการตรวจสุขภาพในช่องปาก เมื่อผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ แต่ในการทำ ความสะอาดช่องปากเพื่อป้องกันลิ้นเป็นฝ้าขาวหรือลดเชื้อโรคที่มีในช่องปาก ที่เสี่ยงต่อการสำลักน้ำลายและเกิด ปอดอักเสบได้ง่ายนั้น ให้มีการแปรงฟันให้ผู้ป่วยโดยไม่ใช้น้ำและใช้ผ้าก๊อชเช็ดตามและให้ทำในขณะท้องว่าง หรือ หลังจากให้อาหารแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ในด้านการจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อป้องกันการ รบกวนขณะให้อาหารเป็นสิ่งที่ทำได้ยากขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเนื่องจากหอผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วย สามัญต้องนอนรวมกันและมีกิจกรรมการรักษากับผู้ป่วยคนอื่น ๆ อยู่ตลอดเวลา จึงทำได้เพียงปิดทีวีและไม่ชวน ผู้ป่วยพูดคุยขณะฝึกบ้วนอาหารฝึกกลืน สำหรับการฝึกญาติร่วมดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ทางหอ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดไม่ได้ให้ญาติเฝ้าไข้ได้ตลอดเวลาเนื่องจากอยู่ในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด ผู้วิจัยจึงร่วมในการ เตรียมความพร้อมของญาติโดยร่วมทำกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในรูปแบบ DMETHOD ร่วมกับพยาบาล กลุ่มผู้ใช้รูปแบบด้วยการจัดห้องเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีการจัดทำนวัตกรรมตุ๊กตาสื่อการสอนเพื่อให้ญาติผู้ป่วย ได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริงพร้อมทั้งมีการสอนด้วยวิดีโอ มีการจัดทำ QR Code ความรู้ต่าง ๆ เพื่อให้ ญาตินำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน



ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์

1.1 การศึกษาเวชระเบียน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ยังใส่สายให้อาหารเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของปี 2564 จำนวน 87 ราย พบว่า

ระยะแรกรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก มีการประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติของสถาบันประสาทวิทยา โดยมีการประเมินการกลืน ตั้งแต่แรกรับ แต่ยังขาดการประเมินลักษณะทางคลินิกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการกลืนลำบากของผู้ป่วย ไม่พบการบันทึกพยาธิสภาพการกลืนทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะช่องปาก ระยะคอหอย ระยะหลอดอาหาร นอกจากนั้นยังขาดการประเมินส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้สึกตัว การควบคุมการทรงตัวในท่านั่ง ขาดการประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ในกรณีที่มิบันทึกในรายที่สามารถกลืนได้ ไม่พบประเด็นเรื่องอาหารที่ให้ผู้ป่วยเหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยทุกรายให้อาหารอ่อนเหมือนกันทั้งหมด ระยะดูแลต่อเนื่อง พบประเด็นการขาดการประสานงานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ร่วมดำเนินงานต่อเนื่อง เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ ไม่มีการบันทึกเรื่องการฝึกกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ขาดการบันทึกการดูแลช่องปากเพื่อป้องกันปอดติดเชื้อจากการสำลัก การบันทึกจำนวนอาหารที่ได้รับทั้งจากอาหารปั่นที่ให้ทางสายให้อาหารและอาหารฝึกกลืนทางปาก ขาดการประเมินภาวะโภชนาการซ้ำทุก 7 วัน ระยะเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบประเด็นขาดการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลเรื่องการฟื้นฟูการกลืน ขาดการนัดตรวจซ้ำเพื่อพบนักกิจกรรมบำบัดเรื่องการส่งเสริมการกลืน ในแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยขาดการประเมินชนิดของอาหารฝึกกลืนที่มีอยู่ที่บ้านและไม่ได้ประสานงานให้นักโภชนาการร่วมดูแลเรื่องพลังงานของอาหาร หรือสอนการทำอาหารฝึกกลืน มีการสอนแนะนำเรื่องการจัดการให้อาหาร การดูแลตามปกติเช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะกลืนปกติ และยังขาดการดูแลด้านจิตใจทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 สังเกตการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2565 พบประเด็นและความต้องการพัฒนา ดังนี้ การประเมินประวัติผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการกลืนลำบากที่ผ่านมา เช่น ขาดการซักประวัติที่ไปถึงภาวะกลืนลำบากให้ครบถ้วน ขาดการซักประวัติโรค และยาที่ทำให้เกิดการกลืนลำบาก รวมถึงสุขอนามัยของช่องปาก ระบบการหายใจ ระบบการทำงานของเส้นประสาทสมองการออกเสียง เมื่อผู้ป่วยเริ่มฝึกกลืนได้ การให้ญาติป้อนอาหารให้ผู้ป่วยเองไม่ได้กำกับดูแลร่วมกับญาติ ไม่ได้ลงข้อมูลจำนวนอาหาร ไม่มีบันทึกทางการพยาบาลเรื่องอาหารฝึกกลืน ยังขาดการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (oxygen saturation) ขณะทดสอบการกลืน และขณะให้อาหารฝึกกลืน ไม่มีนักโภชนาการร่วมดูแลพลังงานอาหารที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย

1.3 การสนทนากลุ่ม ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พบประเด็น การขาดการประสานงานเพื่อดำเนินงานร่วมกัน เช่น ยังไม่มีการทำ flow chart การดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากร่วมกันสำหรับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นักโภชนาการไม่ได้ทำอาหารฝึกกลืนระดับต่าง ๆ มีเพียงอาหารปั่น อาหารเหลว อาหารอ่อน อาหารธรรมดา เนื่องจากไม่มีการเบิกอาหารฝึกกลืนระดับต่าง ๆ จากหอผู้ป่วย ประเด็นเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลืนลำบาก ประเด็นการเยี่ยมบ้านและการส่งต่อข้อมูล โดยพยาบาลชุมชนไม่ได้ดูแลต่อเนื่องเรื่องการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย ไม่ทราบเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก ไม่มีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบาก นอกจากนี้ ไม่มีการส่งต่อในการตรวจประเมินเพิ่มเติมในโรงพยาบาลหรือสถาบันที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะ หรือที่มีเครื่องมือเพื่อตรวจหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่มีการติดตามความก้าวหน้าในด้านการกลืน รวมถึงขาดการคัดกรองภาวะทุโภชนาการต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยใช้รูปแบบกับผู้ป่วยในระยะ “ร่าง” รูปแบบ พบว่า แบบฟอร์มที่ลงบันทึกข้อมูลมีมากเกินไป และการประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ควรเป็นหน้าที่ของนักกิจกรรมบำบัดรวมถึงการประเมินภาวะโภชนาการ ควรเป็นหน้าที่ของนักโภชนาการ การประเมินสุขภาพช่องปาก ควรเป็นหน้าที่ของงานทันตกรรม และควรมีการติดตามต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพเอง ตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาลและการนัดตรวจซ้ำเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ ควรให้งานการพยาบาลชุมชนติดตาม การตอบกลับจากงานเยี่ยมบ้านของ หน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน ควรมีการเยี่ยมบ้านและตอบกลับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ภายใน 1 สัปดาห์ และมีการคืนข้อมูลที่สำคัญจากการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมงานในชุมชน

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบ มีดังนี้

ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากสำหรับพยาบาลวิชาชีพแยกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบด้านต่าง ๆ ของรูปแบบ	ร้อยละความเป็นไปได้
1. ความสะดวกในการใช้รูปแบบ	93.21
2. ความชัดเจนของการใช้รูปแบบ	98.73
3. ความสามารถในการนำรูปแบบไปปฏิบัติ	93.04
4. การมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	99.07
5. ข้อเสนอแนะในการให้ปฏิบัติมีความเข้าใจได้ง่าย	98.35
6. การระบุทางเลือก สำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์	95.83
7. ความพึงพอใจในการปฏิบัติตามรูปแบบ	92.17
ค่าเฉลี่ย รวมทุกข้อ ร้อยละ 95.77	

ตารางที่ 2 ร้อยละความสามารถด้านการกลืนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 1 ระดับ

ระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ
สัปดาห์ที่ 1	5	6.94
สัปดาห์ที่ 2	23	31.94
สัปดาห์ที่ 4	39	54.17
สัปดาห์ที่ 8	49	68.06
สัปดาห์ที่ 12	51	70.83

ตารางที่ 3 อัตราการเกิดปอดติดเชื้อจากการสำลักของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน

ระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ
สัปดาห์ที่ 1	0	0
สัปดาห์ที่ 2	0	0
สัปดาห์ที่ 4	0	0
สัปดาห์ที่ 8	0	0
สัปดาห์ที่ 12	0	0



ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของพยาบาลวิชาชีพก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ก่อนใช้รูปแบบ	13.33	2.23	3.684	.004*
หลังใช้รูปแบบ 3 เดือน	15.92	1.68		

*p<0.05

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของพยาบาลวิชาชีพก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน พบว่า หลังใช้รูปแบบ 3 เดือน พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 15.92 คะแนน สูงกว่าคะแนนความรู้ก่อนใช้รูปแบบ มีคะแนนความรู้ เฉลี่ย 13.33 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของพยาบาลวิชาชีพก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน

การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	T	p
ก่อนใช้รูปแบบ	9.25	1.71	4.776	.001*
หลังใช้รูปแบบ 3 เดือน	13.58	2.19		

*p<0.05

การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน พบว่า หลังจากใช้รูปแบบ 3 เดือน พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย เท่ากับ 13.58 คะแนน สูงกว่าคะแนนการปฏิบัติก่อนใช้รูปแบบ มีคะแนนการปฏิบัติ เฉลี่ย 9.25 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	T	p
ก่อนใช้รูปแบบ	11.61	1.89	5.011	.000*
หลังใช้รูปแบบ 3 เดือน	12.89	2.19		

*p<0.05

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน พบว่า หลังจากใช้รูปแบบ 3 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 12.89 คะแนน สูงกว่าคะแนนความรู้ก่อนใช้รูปแบบ มีคะแนนความรู้ เฉลี่ย 11.61คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน

การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	T	p
ก่อนใช้รูปแบบ	8.33	2.46	4.392	.000*
หลังใช้รูปแบบ 3 เดือน	8.85	2.36		

*p<0.05

การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน พบว่า หลังจากใช้รูปแบบ 3 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 8.85 คะแนน สูงกว่าคะแนนการปฏิบัติก่อนใช้รูปแบบ มีคะแนนการปฏิบัติ เฉลี่ย 8.33 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก มีค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้โดยรวม ร้อยละ 95.77 ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนารูปแบบ ดังกล่าว ได้ประยุกต์รูปแบบตามแนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ที่ มีภาวะกลืนลำบากของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยเปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน การดูแลผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา อันจะนำไปสู่แนวทางปฏิบัติได้จริง ดังที่ วชิราภรณ์ เรืองเดช และคณะ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประสานงานกันระหว่างสหวิชาชีพ ในสัปดาห์ที่ 2 , 6 , 10 ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สูงกว่าก่อนทดลอง (วชิราภรณ์ เรืองเดช และคณะ, 2563) แต่อย่างไรก็ตามในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในเรื่องของการประเมินภาวะโภชนาการและการ ประเมินสุขภาพช่องปากนั้น ผู้ใช้รูปแบบมีความคิดเห็นว่า ควรเป็นหน้าที่โดยตรงของทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่ควร มาร่วมดำเนินการด้วยตั้งแต่แรกที่มีผู้ป่วยเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาลและควรมีความต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วย จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากแพทย์นัดตรวจซ้ำควรมีการส่งต่อผู้ป่วยไปที่แผนกทันตกรรมและโภชนาการร่วม ด้วย นอกจากนี้แล้วในการฝึกปฏิบัติการกลืนให้ผู้ป่วยที่ต้องวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (oxygen saturation) ตลอดเวลา เป็นไปได้ยากเนื่องจากมีความจำกัดของอุปกรณ์ที่มีใช้ในหอผู้ป่วยเพราะขณะที่ให้อาหาร ผู้ป่วยฝึกกลืนมักจะให้อาหารพร้อมกันหลายราย รวมถึงยังมีผู้ป่วยรายอื่น ๆ ในหอผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องวัด ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ควรใช้การสังเกตอาการอื่นร่วมด้วยแทนการใช้เครื่องวัดออกซิเจนปลาย นีว อีกทั้ง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลญาติผู้ป่วยบางรายไม่สามารถหาซื้ออุปกรณ์ดังกล่าวกลับไปใช้ที่ บ้านได้ นอกจากนี้ ในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รายที่ผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นผู้สูงอายุเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน อาจมีการหลงลืมในสิ่งที่ฝึกปฏิบัติให้ นอกจากมีการโทรติดตามจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแล้ว ควรมีการโทร แจ้งไปที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านในเขตรับผิดชอบดำเนินการ ติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์ สำหรับความสามารถด้านการกลืนของผู้ป่วย พบว่า มีระดับการกลืนดีขึ้นอย่าง น้อย 1 ระดับร้อยละ 70.83 ภายในระยะเวลา 3 เดือน รวมถึงไม่มีภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อในปอดจากการ สำลักเลย เนื่องจาก ในรูปแบบการดูแลมีการติดตามนิเทศการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง การฝึกปฏิบัติ ญาติผู้ดูแลและการติดตามต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงานในชุมชน เป็น ระยะเวลาถึง 3 เดือน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะ มีกำลังใจ ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการวิจัยของ รุ่งนิภา จ่างทอง ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและ วางแผนจำหน่ายร่วมกันของสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านการกลืนดีขึ้น (รุ่ง นิภา จ่างทอง, 2564) และในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากในครั้งนี้ ได้มีการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ ผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องทั้งขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและกลับไป อยู่ที่บ้าน รวมถึงมีการดูแลด้านจิตใจ และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยการให้กำลังใจ แสดงความ ห่วงใย จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกำลังใจและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ดังที่ อริญาพร จันทราสินธุ์ ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร รวมถึงด้านจิตใจ ในระดับมาก (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) ในการพัฒนารูปแบบที่ร่วมกันของสหวิชาชีพในครั้งนี้นอกจากจะส่งผลถึงผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถเพิ่มความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มพยาบาลผู้นำรูปแบบรูปแบบไปใช้ และผู้ดูแลผู้ป่วยอีกด้วย โดยพบว่า หลังพัฒนารูปแบบ พยาบาลมีความรู้มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ เนื่องจากในการดำเนินงานวิจัยนั้น ในการ ปฏิบัติการพยาบาลได้มีการติดตามนิเทศ และให้ความรู้จากผู้วิจัยอยู่ตลอดเวลา รวมถึงให้มีการบันทึกและการ ประสานงานและดำเนินงานร่วมกัน ของทีมสหวิชาชีพที่เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ได้รับความรู้ต่อเนื่องและ



นำไปปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และยังส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้มากขึ้นเช่นกัน

สรุป/ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์โดยมีการพัฒนารูปแบบ โดยใช้หลัก 7 Aspect of care ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างความพึงพอใจ ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การประยุกต์ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก ของกรมการแพทย์ โดยมีสหวิชาชีพร่วมดำเนินงาน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบดังกล่าวมีความเป็นไปได้ ร้อยละ 95.77 ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนดีขึ้น ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดติดเชื้อจากการสำลัก และกลุ่มพยาบาลผู้นำรูปแบบไปใช้มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยขอเสนอแนะข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้ ด้านการบริหาร ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญในการวางแผนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง ด้านการบริการพยาบาล ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ควรมีการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะกลืนลำบาก ทุกราย นอกจากนี้ในการผลิตสื่อการสอนชนิดต่าง ๆ ควรง่ายต่อการเข้าถึงความรู้เหล่านี้ ด้วยการทำให้เป็น QR Code ด้านวิชาการ ควรมีการจัดอบรมพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลืนลำบาก ทั้งในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 10 แห่ง รวมถึงพยาบาลเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการทดสอบความรู้ ในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ นอกจากนี้ในการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกงานในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ควรมีการสอนรวมถึงฝึกปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากร่วมด้วย สำหรับการทําวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องการทำอาหารฝึกกลืนระดับต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่มีภูมิสำเนาทางภาคใต้ และการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยาอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคมแก่ญาติผู้ดูแล เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการเคลื่อนไหวร่วมด้วย และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลซึ่งต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาและมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้เกิดความเครียดสะสม อาจส่งผลต่อการดูแลที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กรมควบคุมโรค. (2565). วันหลอดเลือดสมองโลก. เรียกใช้เมื่อ 30 ตุลาคม 2565 จาก <http://pr.moph.go.th>>print>print
- กิตติยา วงษ์จันทร์. (2561). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา(R&D)และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR). ใน เอกสารการประชุมนักวิจัยรุ่นใหม่ลูกไก่รุ่นที่ 1. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2563). ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช. เรียกใช้เมื่อ 30 ตุลาคม 2565 จาก <http://www.si.mahidol.ac.th>>history
- ดวงใจ บุญคง และคณะ. (2562). การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี, 35(1), 13 – 21.

- นิตินาถ วงษ์ตระหง่าน. (2561). ผลการใช้แนวทางการคัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. เรียกใช้เมื่อ 1 ตุลาคม 2564 จาก <http://www.cmneuro.go.th>
- ภัทรา วัฒนพันธุ์. (2562). การฟื้นฟูสภาพการกลืน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- รุ่งนิภา จ่างทอง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพรั่งบุรี, 4(1), 55-73.
- โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. (2564). สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน รายงานการประชุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์.
- วชิราภรณ์ เรืองเดช และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34(1), 112-126.
- สำนักการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อริญาพร จันทราศิริ. (2560). การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา โรงพยาบาลนครนายก. ใน วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Ebrahiem, E. et al. (2018). Effect of swallowing training program on dysphagia following cerebrovascular stroke. Egyptian Nursing Journal, 15(1), 125-134.
- Hellden, J. et al. (2018). Experiences of living with persisting post stroke dysphagia and of dysphagia management a qualitative study. International journal of qualitative student, 13(1), 1-9.
- Malhi, H. (2016). Dysphagia: warning signs and management. British Journal of Nursing, 25(10), 546-549.