ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

The Effect of Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention of Aspiration in Stroke Patients with Dysphagia at Somdech Phra Pinklao Hospital

อุทุมพร รูปเล็ก* กนกเลขา สุวรรณพงษ์** ภูษิตา สินประสิทธิ์* นงนุช จิตรารัชต์***
Utumporn Rubleak,* Kanoklekha Suwannapong** Pusita Sinprasitt,* Nongnuch Jitrarat***
* โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร
* Somdech Phra Pinklao Hospital, Bangkok
,* วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร
,* Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok
*** Corresponding Author: nongnuchj@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลัก และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 30 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และ 1 ตามลำดับ 3) แบบคัดกรองการกลืน มีค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี (k = 0.835) และ 4) แบบประเมินการสำลัก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.28$, $p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.93$, $p < .001$) จากผลการวิจัยในครั้งนี้

Received: February 15, 2025; Revised: April 23, 2025; Accepted: April 30, 2025

แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ช่วยเพิ่มความสามารถในการกลืนและลดโอกาสการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้ จึงควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกลืนลำบาก การสำลัก แนวปฏิบัติการพยาบาล

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to: (1) compare the mean swallowing ability scores of stroke patients with dysphagia before and after the implementation of a clinical nursing practice guideline for aspiration prevention; and (2) compare the mean aspiration scores of stroke patients with dysphagia before and after the implementation of the same guideline. The sample consisted of 30 stroke patients with dysphagia who received treatment at Somdech Phra Pinklao Hospital. Participants were purposively selected based on inclusion criteria. The research instruments included: (1) a clinical nursing practice guideline for aspiration prevention in stroke patients with dysphagia; (2) a personal and health information questionnaire, which demonstrated good item-objective congruence (IOC) indices of 0.82 and 1.00, respectively; (3) the Gugging Swallowing Screen, which demonstrated good interrater reliability (k = 0.835); and (4) an aspiration assessment form. The content validity index (CVI) for these instruments was 0.80, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test. The results of the study revealed that the mean swallowing ability score of the participants after implementing the clinical nursing practice guideline was significantly higher than before ($t = -6.28$, $p < .001$). Additionally, the aspiration score of the participants after implementing the clinical nursing practice guideline was significantly lower than before ($t = 5.93$, $p < .001$). The findings of this study indicate that the clinical nursing practice guideline improves swallowing ability and reduces the risk of aspiration in stroke patients with dysphagia. Therefore, it should be implemented as a standard nursing practice to prevent aspiration in this population.

Keywords: stroke, dysphagia, aspiration, clinical nursing practice guidelines

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นภาวะที่พบร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองได้มากถึงร้อยละ 37 - 78[1] โดยภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากพยาธิสภาพที่ส่งผลต่อศูนย์ควบคุมการกลืนของสมอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อลายบริเวณลำคอและหลอดอาหารส่วนบน ส่งผลให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกลืนอ่อนแรงหรือถูกทำลาย ไม่สามารถทำงานได้เป็นปกติทำให้ความสามารถในการกลืนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม[2] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน โดยเน้นการค้นหาอาการและตำแหน่งของการขาดเลือด ควบคู่ไปกับการ

ประเมินและป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะสำลัก (Aspiration) ซึ่งเป็นภาวะที่น้ำหรืออาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ โดยผ่านทางช่องกล่องเสียง เส้นเสียง ลงไปสู่หลอดลมและปอด[3] พบได้บ่อยและมีความสำคัญอย่างมาก เพราะอาจนำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจนทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และอาจรุนแรงจนเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้[4]

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ อุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยรายใหม่อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป เท่ากับ 330.22 ต่อประชากร 100,000 คน[5] ขณะที่สถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในปี พ.ศ. 2564[6] พบว่า ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 475 ราย มีระยะเวลาในการรักษาโดยเฉลี่ยประมาณ 7 - 10 วัน อย่างไรก็ตามระยะเวลาการรักษาอาจยาวนานขึ้นหากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาอยู่ที่ 21,299.50 บาท อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วันอยู่ที่ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.21 ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ซึ่งพบอุบัติการณ์ร้อยละ 37[7] และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 38 เสียชีวิต เนื่องจากปอดอักเสบในเดือนแรกของการรักษา[8] และเพิ่มอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล[9] และทำให้อาการทางสมองของผู้ป่วยทรุดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่ประกอบด้วยการประเมินการกลืนลำบากของผู้ป่วย การจัดท่า การบริหารกล้ามเนื้อปากและลำคอ การฝึกกลืนด้วยอาหารประเภทต่างๆ สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการสำลักและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสูดสำลัก[10] สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนิภา จ่างทอง[11] พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่ได้รับการประเมินการกลืนและการฝึกกลืน การทรงตัว การพูด การควบคุมลิ้นที่ต่างกัน สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จในระยะต่างกัน ทำให้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักได้ ดังนั้นการป้องกันการสำลัก ควรประกอบด้วยการประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติของการกลืนหรือภาวะกลืนลำบากซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดการสำลักและวิธีการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดการสำลัก[4] จากการทบทวนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า เป็นการปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร โดยการจัดท่าให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูงก่อนการรับประทานอาหาร หากระหว่างรับประทานอาหารผู้ป่วยมีอาการสำลัก จะให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานอาหาร และประเมินอาการของผู้ป่วยพร้อมทั้งรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวทางดังกล่าวเป็นการดูแลเบื้องต้นยังขาดการประเมินความพร้อมในการกลืนของผู้ป่วยตลอดจนการดูแลในระหว่างการรับประทานอาหาร ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติดังกล่าวยังมีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในขณะนั้น แม้ในปัจจุบันจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก แต่แนวทางดังกล่าวยังไม่ได้ถูกนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนของโรงพยาบาล

การป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดมาตรฐานในการพยาบาลที่มีคุณภาพ และช่วยลดการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้ คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ขึ้น และการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

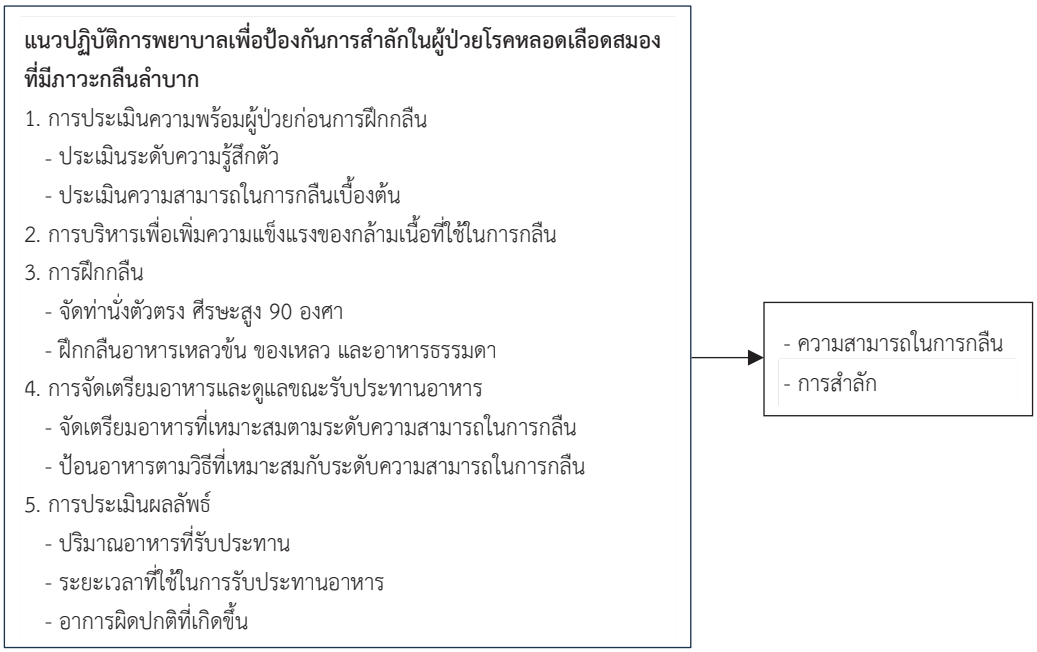
2. ภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ คะแนนเฉลี่ยการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของ Soukup[12] เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เน้นการพัฒนาการปฏิบัติในเชิงคลินิก มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ เน้นการแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วย ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) โดยการทบทวนจากการปฏิบัติงาน หรือประสบการณ์การปฏิบัติงาน และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase) ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการในระยะที่ 3 โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนการฝึกกลืน โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะไม่รู้สึกตัว ซึม หรือสับสน จะเสี่ยงต่อการสำลักระหว่างรับประทานอาหารได้[13] และการประเมินความสามารถในการกลืนเบื้องต้น เช่น ประเมินการเปิด-ปิดปาก ประเมินการทำงานของลิ้น[3,14] 2) การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน ได้แก่ กล้ามเนื้อปาก คอ และลำคอ เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถเม้มริมฝีปากให้สนิท มีการเคี้ยวอาหารบกพร่อง ทำให้ลิ้นไม่สามารถตวัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ และมีกล้ามเนื้อในช่องปากและคอหอยอ่อนแรง จึงไม่สามารถผลักอาหารเข้าสู่หลอดอาหารและเกิดภาวะกลืนลำบาก[3,15]

3) การฝึกกลืน โดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงหรือศีรษะสูง 90 องศาเพื่อให้การกลืนอาหารและน้ำง่ายขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงในการสำลัก[14] และฝึกกลืนอาหารเหลวข้น ของเหลว และอาหารธรรมดา ตามลำดับ 4) การจัดเตรียมอาหารและดูแลขณะรับประทานอาหาร โดยจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมตามระดับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย ปรับเนื้อสัมผัสอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืน[16] และสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีความสามารถในการรับอาหารดีขึ้นหรือไม่ จากนั้นปรับความหนืดของอาหารให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนอาหารและเครื่องดื่มได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น[10] และป้อนอาหารตามวิธีที่เหมาะสมกับระดับความสามารถในการกลืน และ 5) การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยผู้ป่วยรับประทาน ระยะเวลาที่ใช้ในการรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น[15] ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่าง กันยายน 2565 ถึง สิงหาคม 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากระดับเล็กน้อย ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองการกลืน (The Gugging Swallowing Screen: GUSS)[17] มีระดับคะแนน 15 - 19 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 3) ระดับ

ความรู้สึกตัวดี ประเมินโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ระดับความรู้สึกลดลง โดยมีคะแนน Glasgow Coma Score น้อยกว่า 11 คะแนน 2) มีภาวะแทรกซ้อนจากการกลืน เช่น เหนื่อย หายใจเร็ว ฯลฯ และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*power โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) = 0.80 ค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลาง = 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ (α) = .05[18] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลัก ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ Soukup[12] ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการฝึกกลืน ตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่องในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ตามลำดับ ได้แก่ 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วย Glasgow coma scale[15] และ 2) การทดสอบการกลืน โดยใช้แบบคัดกรองการกลืน (GUSS)

1.2 การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนก่อนการรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30 นาที ได้แก่ กล้ามเนื้อปาก เช่น เม้มปาก ทำปากจู๋ ฉีกยิ้ม อ้าปาก และกล้ามเนื้อลิ้น เช่น แลบลิ้นออกมากที่สุด ใช้ปลายลิ้นแตะริมฝีปากบนแตะมุมปากซ้ายขวา ฝึกออกเสียง ท่าบริหารมี 10 ท่า ให้บริหารเช้า-เย็น ท่าละ 10 ครั้ง และทำทุกวัน

1.3 การฝึกการกลืน อาหารเหลวข้น ของเหลว และอาหารธรรมดา ตามลำดับ ดังนี้

1) จัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง ศีรษะสูง 90 องศา ก้มหน้าลงให้คางชิดอก (Chin tuck) และกระตุ้นการกลืนแบบ Supraglottic swallowing โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นหายใจและกลืนอาหาร จากนั้นให้ผู้ป่วยไอหรือกระแอมเพื่อเอาเศษอาหารที่ตกค้างออก

2) ทดสอบกลืนอาหารเหลวข้น (Semi-solid swallowing trial) โดยตักอาหาร 1/3 ถึง 1/2 ช้อนชา ให้ผู้ป่วยกลืนในครั้งแรก ถ้ากลืนได้ทำซ้ำ 5 ครั้ง โดยในครั้งสุดท้ายให้กลืนอาหารเต็มช้อน ขณะประเมินสังเกตอาการสำลักและอาการผิดปกติ ได้แก่ กลืนยาก ไอ น้ำลายไหล และเสียงเปลี่ยน ถ้าพบความผิดปกติแม้เพียงหนึ่งอาการให้ยกเลิกการทดสอบ (เลือกใช้โจ๊กข้น หรือฟักทองบด)

3) ทดสอบกลืนของเหลว (Liquid swallowing trial) เริ่มต้นด้วยการกลืนน้ำปริมาณ 3 มล. ให้สังเกตอย่างใกล้ชิดขณะกลืนครั้งแรก เมื่อกลืนสำเร็จการทดสอบจะดำเนินต่อไปโดยเพิ่มปริมาณน้ำเป็น 5, 10 และ 20 มล. ถ้าผู้ป่วยสามารถทำได้ให้ทำการทดสอบต่อโดยให้ผู้ป่วยดื่มน้ำปริมาณ 50 มล. ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

4) ทดสอบกลืนอาหารธรรมดา (Solid swallowing trial) โดยให้ผู้ป่วยรับประทานขนมปังแห้งชิ้นเล็กๆ ถ้าสามารถกลืนได้ในครั้งแรก ให้ทำการทดสอบด้วยการกลืนขนมปังแห้งชิ้นเล็กๆ ซ้ำ 5 ครั้ง ประเมินระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการกลืนตั้งแต่ระยะเตรียมช่องปาก โดยกำหนดเป็นเวลา 10 วินาที

1.4 การจัดเตรียมอาหารและดูแลขณะรับประทานอาหาร โดยจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมตามระดับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย ปรับเนื้อสัมผัสอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืน และสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามี

ความสามารถในการรับอาหารดีขึ้นหรือไม่ จากนั้นปรับความหนืดของอาหารให้เหมาะสม และป้อนอาหารตามวิธีที่เหมาะสมกับระดับความสามารถในการกลืน

1.5 การประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโดยประเมินจากจำนวนคำของการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการรับประทานอาหารในปริมาณ และลักษณะเหมือนกันมากขึ้นหรือลดลงการสำลักหลังรับประทานอาหารหรือหลังดื่มน้ำหรือไม่ เกิดการสำลักขณะไอหรือไม่ และความสามารถในการกลืนหลังปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารตามความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล และโรคประจำตัว

2.2 แบบคัดกรองการกลืน (GUSS) พัฒนาขึ้นโดย Trapl และคณะ[17] ประกอบด้วยการประเมิน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินการกลืนแบบอ้อมหรือกลืนน้ำลาย (Dry swallowing test) 2) การกลืนอาหารที่มีลักษณะของเหลวที่ข้น (Semi-solid food) 3) การกลืนน้ำ (Liquid swallowing) 4) การกลืนอาหารที่มีลักษณะเป็นของแข็ง (Solid food) ในแต่ละขั้นตอนระหว่างกลืนให้ประเมินการกลืนช้านานกว่า 10 วินาที มีอาการไอ มีน้ำลายไหล มีเสียงแหบ/เสียงแห้ง ปริมาณอาหารที่กลืน ในแต่ละขั้นตอนเป็นการประเมินผ่านหรือไม่ผ่าน ถ้าผ่านคิดเป็น 1 คะแนน ไม่ผ่านเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนแต่ละขั้นตอนมี 5 คะแนน ระดับคะแนนรวม 4 ขั้นตอนเท่ากับ 20 คะแนน การแปลผลจะแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรงของภาวะกลืนลำบาก ดังนี้ คะแนน 0 - 9 หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากระดับรุนแรง เสี่ยงต่อการสำลักสูง คะแนน 10 - 14 หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากระดับปานกลาง มีความเสี่ยงต่อการสำลัก คะแนน 15 - 19 หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากระดับเล็กน้อย เสี่ยงต่อการสำลักต่ำ และคะแนน 20 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีภาวะกลืนลำบาก แบบคัดกรองฉบับนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย มีค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) อยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Kappa = 0.835, p = .001) มีความไว (Sensitivity) = 100% และความจำเพาะ (Specification) = 69%[17]

2.3 แบบประเมินการสำลัก พัฒนาขึ้นโดย จิตติพร ยุบลพริ้ง และคณะ[19] เป็นแบบสอบถามที่ประเมินอาการไอ อาการสำลัก อาการจุกแน่น สะอึก หายใจลำบาก น้ำลายไหลออก หลังกลืน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ มีวิธีให้คะแนน คือ ถ้าตอบว่า ไม่ใช่ หมายถึง คะแนนเท่ากับ 0 และถ้าตอบว่าใช่ หมายถึง คะแนนเท่ากับ 1 คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุด เท่ากับ 0 และ 7 คะแนนตามลำดับ ถ้าคะแนนรวมเท่ากับ 0 คะแนน โดยตอบว่า ไม่ใช่ ทุกข้อ แสดงว่าผู้ร่วมวิจัยกลืนได้อย่างปลอดภัย ไม่มีการสำลัก และถ้าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป โดยตอบว่า ใช่ เพียงข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า มีอาการสำลักเกิดขึ้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และ 1 ตามลำดับ

ภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดสอบความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 12 คน นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.88, SD = 0.44)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เตียงผู้ป่วย แจกเอกสารชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการวิจัย และเชิญชวนเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามให้คำยินยอมและดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นการทดลอง

วันที่ 1 ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตามลำดับ ผู้วิจัยทดสอบการกลืนโดยใช้แบบคัดกรอง GUSS และผู้ป่วยตอบแบบประเมินการสำลัก (Pretest)

วันที่ 2 ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตามลำดับ

วันที่ 3 ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตามลำดับ ผู้วิจัยทดสอบการกลืนโดยใช้แบบคัดกรอง GUSS และผู้ป่วยตอบแบบประเมินการสำลัก (Posttest)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยระยะทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฯ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะการกลืนลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า” ซึ่งได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 047/65 วันที่รับรอง 8 กันยายน 2565 - 7 กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนและคะแนนเฉลี่ยการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.96 อายุเฉลี่ย 64.6 ปี เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.66 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.59 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 36.05 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.44 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 36 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 81.50 และมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.55

2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.28$, $p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (n = 30)

ความสามารถในการกลืน	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	16.70	1.46	-6.28	< .001
หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	17.70	1.64		

3. คะแนนเฉลี่ยการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (t = 5.93, p < .001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสำลักของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (n = 30)

การสำลัก	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	2.81	1.24	5.93	< .001
หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	1.70	1.38		

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.28, p < .001) และคะแนนเฉลี่ยการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (t = 5.93, p < .001) แสดงให้เห็นว่าการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ได้พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ช่วยเพิ่มความสามารถในการกลืนและลดโอกาสการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทั้ง 5 ขั้นตอน ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนการฝึกกลืน และมีการส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน และขณะเดียวกันในการฝึกกลืนผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรง ศีรษะสูง 90 องศา ทำให้ผนังคอหอยส่วนหน้าถูกดันไปด้านหลังโคนลิ้น และฝาปิดกล่องเสียงอยู่ชิดกับผนังคอหอยส่วนหลัง หลอดอาหารจึงกว้างขึ้นทำให้กลืนอาหารและน้ำได้ง่าย[15] และเมื่อผู้ป่วยก้มหน้าลงให้คางชิดอก และมีการกลืนแบบ Supraglottic swallowing จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการชิดกันของสายเสียงมากขึ้นและช่วยให้กล่องเสียงปิด จึงป้องกันการสำลักช่วงก่อนและขณะกลืนรวมทั้งช่วยให้ช่องทางเดินหายใจแคบลงไม่เกิดแรงดันย้อนกลับจึงไม่เกิดการสำลักขึ้นจมูก ช่วยลดระยะทางระหว่างโคนลิ้นกับผนังช่องคอหอยทำให้การเคลื่อนย้ายอาหารมีระยะทางสั้นลง ลดความเร็วในการเคลื่อนที่ของอาหารและน้ำจากปากลงหลอดอาหาร ช่วยป้องกันการสำลักได้[10] นอกจากนั้นการจัดเตรียมอาหารที่มีเนื้อสัมผัสเหมาะสมตามระดับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย และการดูแลอย่างใกล้ชิดขณะรับประทานอาหารจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานได้เพิ่มมากขึ้นอย่างปลอดภัย

สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ถิ่นจะนะ[10] ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ

กลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า การใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากสามารถป้องกันไม่ให้เกิดการสำลัก ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย เกิดการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนิภา จ่างทอง[11] พบว่า การประเมินการกลืนและการฝึกกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากจากการทรงตัว การพูด การควบคุมลิ้น ต่างกัน สามารถฝึกกลืนได้สำเร็จในระยะต่างกัน ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสา คำสัตย์ และ รุ้งระวี นาวีเจริญ[20] ที่พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและกิจกรรมพยาบาลโดยการสอนแนะเกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากช่วยลดการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักและทำให้ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากมีการฟื้นสภาพที่ดีและช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าภายหลังนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ได้พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จึงสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ นี้ไปใช้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง จึงอาจไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนในทางสถิติว่าประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นดีกว่าการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร ซึ่งต้องทำการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากสูงขึ้น ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยการสำลักลดลง แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัตินี้ช่วยเพิ่มความสามารถในการกลืนและลดโอกาสการสำลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และควรติดตามเพื่อประเมินการกลืนและการสำลักเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านต่อไป

2. ด้านการบริหาร

2.1 ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลควรมีนโยบายในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าต่อไป

2.2 ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ก่อนดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากกับการพยาบาลตามปกติ

3.2 เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะห้วงเวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าเท่านั้น จึงควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยเพิ่มเติมการดูแลภายหลังจากที่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Wattanapan P, Kovindha A, Permsiripanich W, Manimmanakorn N, Kuptniratsaikul V. Swallowing problem in patients with stroke: multi-center study in Thailand. J Med Assoc Thai 2016;99(Suppl 7):S76-80.
2. Wattanapan P. Swallowing rehabilitation. 3rd ed. Khon Kaen: Klangnana Witthaya Printing Press; 2019. p. 242. (in Thai).
3. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. Clinical practice guidelines: dysphagia. Nonthaburi: Sahamitr Printing & Publishing; 2019. (in Thai).
4. Charnnarong N. Management of acute ischemic stroke. Bangkok: Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
5. Tiamkao S. Stroke incidence in Thailand. Thai Journal of Neurology 2022;37(4):39-45. (in Thai).
6. Somdech Phra Pinklao Hospital. Medical statistics. Bangkok: Somdech Phra Pinklao Hospital; 2019. (in Thai).
7. Hines S, Kynoch K, Munday JJ. Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: a systematic review update. Neurosci Nurs 2016;48:215-23.
8. Martino R, Martin R, Black S. Dysphagia after stroke and its management. CMAJ 2012;184(10):1127-8.
9. Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath M. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. Cochrane Database Syst Rev 2012;10:CD000323.
10. Thinchana W. The effect of using a program to prevent aspiration in stroke patients with dysphagia at the Kumphawapi hospital, Udonthani province. Journal of Khon Kaen Provincial Health Office 2020;2(1):1-16. (in Thai).
11. Jangtong R. Nursing care in stroke patient with dysphagia: comparative case study. The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi 2021;4(1):55-73. (in Thai).
12. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence- based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am 2000;35(2):301-9.
13. Vose A, Nonnenmacher J, Singer ML, González-Fernández M. Dysphagia management in acute and sub-acute stroke. Curr Phys Med Rehabil Rep 2014;2(4):197-206.
14. Kojima A. Imoto Y, Osawa Y, Fujieda S. Predictor of rehabilitation outcome for dysphagia. Auris Nasus Larynx 2014;41(3):294-8.
15. Boonkong D, Pomsakha Na Sakongnakhon N, Utaisang A, Boonkong S. Enhancing swallowing safety in stroke patients with dysphagia: a challenging role for nurses. JBCN_Bangkok 2019;35(1):13-23. (in Thai).

16. Techasukthavorn V, Charoenporn P, Aungsanam P. Standards of a texture modified diet for elderly and dysphagia patients. Thai JPEN 2019;27(2):41-56. (in Thai).
17. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. Stroke 2007;38(11):2948-52.
18. Leppink J, O'Sullivan P, Winston K. Effect size - large, medium, and small. Perspect Med Educ 2016;5(6):347-9.
19. Yubonpring J, Chayapu P, Kimpee S, Thosingha O. Development of the clinical nursing practice guideline for swallowing rehabilitation of head and neck cancer patients after surgery. JTNMC 2009;24(2):24-38. (in Thai).
20. Kumsat W, Navicharern R. The effect of a nurse coaching intervention on swallowing in ischemic stroke patients with dysphagia. RTN Med J 2016;43(3):17-35. (in Thai).