

ผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: กรณีศึกษา

Effects of Self-efficacy Promotion on Swallowing Rehabilitation
in Stroke Patient with Dysphagia: Case study

ชัยณรงค์ เลขราบ*, เบญญพร บรรณสาร และ จินพิชญา สาทิยามาส

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

Chainarong Lakrab*, Banyaporn Bannaasan and Jinpitcha Sathiyamas

Adult and Gerontological Nursing, Thammasat University, Rangsit Centre

Received: March 29, 2024 ; Revisions: June 20, 2024 ; Accepted: June 21, 2024

บทคัดย่อ

ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพช้า และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไม่ดี พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะการกลืนลำบาก และจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพการกลืนที่เหมาะสมตามหลักวิธีอย่างถูกต้อง โดยเริ่มจากการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน ซึ่งประกอบด้วย 1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว 2. การประเมินความสามารถในการทำตามคำสั่ง 3. การจัดท่านั่งศีรษะสูง 90 องศา และ 4. การประเมินความพร้อมก่อนการเริ่มกลืนและการทดสอบการกลืน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพด้วยการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อปากและลิ้น โดยการให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะการกลืนลำบากกลับมาได้มีการกลืนที่ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ภาวะกลืนลำบาก; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; การฟื้นฟูสภาพการกลืน

Abstract

One major issue that affects stroke patients is dysphagia. Patients thus heal more slowly. It plays a significant role in creating issues including resulting in a low quality of life. Therefore, nurses are crucial in providing care for stroke patients in order to avoid dysphagia-related problems. It is critical that nurses support appropriate swallowing therapy using the right techniques. Before beginning to swallow, the patient's readiness must be determined consisting of the following: 1. Assessing

awareness; 2. Evaluating verbal response; 3. Placing the patient in a high Fowler's position (90 degrees); and 4. Conducting a swallowing test. Including strengthening the swallowing muscles as part of recovery to encourage the mouth's strength and tongue muscles by allowing family member to participate in care and to enable stroke patients who have difficulty swallowing to return to safe swallowing and a good quality of life.

Keyword: Dysphagia; Stroke Patient; Swallowing Rehabilitation

1. บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดความพิการและการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประชากรโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (Feigin et al., 2021) และเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก และทุกๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน เป็นการเสียชีวิตมากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life year) อันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมเมื่อผู้ป่วยหายฟื้นสภาพแล้วมักมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) และมีความต้องการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งในจำนวนนี้ผู้ป่วยร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ (World Stroke Organization, 2022) นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นเกิดขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันการเกิดความพิการหรืออาการหลงเหลือ ซึ่งรวมถึงภาวะกลืนลำบากจากความผิดปกติของระบบประสาทที่พบได้บ่อยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561)

ภาวะกลืนลำบากภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke dysphagia: PSD) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ที่ทำหน้าที่ในการรับรู้และสั่งการกลืนเนื้อที่เกี่ยวกับการกลืน และบริเวณก้านสมอง (Brainstem) ซึ่งมีศูนย์การควบคุมการกลืน (Swallowing center) ที่ทำหน้าที่ในการรับคำสั่งจากสมองส่วนหน้าและสื่อกระแสประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 เพื่อสั่งงานให้กล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนมีการหดตัว คลายตัวและเกิดการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กันเพื่อให้อาหารผ่านจากปากไปสู่คอหอย และหลอดอาหารได้อย่างปลอดภัย (สมบัติ มุ่งทวีวัฒนา, 2564; สถาบันประสาทวิทยา, 2559; Banda et al, 2022) ซึ่งภาวะกลืนลำบากสามารถพบได้บ่อยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบได้ ร้อยละ 30-81 (ไพฑูรย์ เบญจพรเลิศ, 2561; สมบัติ มุ่งทวีวัฒนา, 2564; Banda et al, 2022; Wang et al, 2020) นอกจากนี้ภาวะกลืนลำบากพบได้มากที่สุด chez ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันถึงร้อยละ 68 และมีภาวะกลืนลำบากระดับปากและคอหอย ร้อยละ 38 และพบว่าร้อยละ 50 จะมีการฟื้นฟูตัวจากภาวะกลืนลำบากในช่วง 2-4 สัปดาห์จากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังมีผู้ป่วยที่ยังคงมีภาวะกลืนลำบากเหลืออยู่ ร้อยละ 15 ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเป็นเวลานาน (ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561; Marin et al, 2020) โดยที่ไม่

สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ หรือต้องใส่สายอาหารทางจมูก (Nasogastric tube; NG tube) ทำให้ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลและเกิดภาวะพึ่งพาเกิดขึ้น ในลักษณะของการใช้เวลาในการเตรียมอาหารและอุปกรณ์ ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดขณะให้อาหาร และทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (สมบัติ มุ่งทวีวัฒนา, 2564)

ทั้งนี้ ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพบริเวณสมองอาจส่งผลกระทบต่อที่ต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองใหญ่ (Cerebral hemisphere) จะส่งผลกระทบต่อทั้งระบบประสาทสั่งการและระบบประสาทรับความรู้สึกของกระบวนการกลืน ส่วนพยาธิสภาพบริเวณสมองซีกซ้าย (Left hemisphere) ส่งผลต่อความเข้าใจและการใช้ภาษาในการสื่อสารของผู้ป่วย รวมถึงส่งผลการทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้าบริเวณซีกขวา ริมฝีปาก และลิ้น ทำให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกาย เกิดอาการอ่อนแรง รวมถึงการทำงานไม่สัมพันธ์กัน ในส่วนของพยาธิสภาพบริเวณสมองซีกขวา (Right hemisphere) จะส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้าบริเวณซีกซ้าย ซึ่งอาจทำให้ความสามารถในการจดจำขั้นตอนของการกลืนลดลง นอกจากนี้ ในส่วนของพยาธิสภาพบริเวณก้านสมอง (Brain stem) จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกลืนลำบากในระยะคอหอยได้ (สมบัติ มุ่งทวีวัฒนา, 2564)

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสรีรวิทยา และการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ถดถอยลงซึ่งค่อยเป็นค่อยไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยภาวะกลืนลำบากมีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) ภาวะขาดสารน้ำ (Dehydration) ภาวะสำลัก (Aspiration) และภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) (ศศิธร สายยศ, 2561; ภัทราภรณ์ ขาวผองอำไพ และคณะ, 2563; อภิญญา ถิ่นเดิม และคณะ, 2564) จากการศึกษาของ Banda KJ และคณะ (2022) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบได้ถึง 4.08 เท่า ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 4.07 เท่า ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะปอดอักเสบ (ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561; Banda et al, 2022) ซึ่งผู้ป่วยต้องให้อาหารทางสายยางซึ่งทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อของทางเดินอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาต้องมีผู้ดูแล และส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการเข้าสังคม และมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยตามมาได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการสำลักและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ด้วยตนเอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2552; Nguyen Thi Thu Hien และคณะ, 2017)

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากภาวะการกลืนลำบาก คือ การดูแลจัดการและฟื้นฟูสภาพภาวะการกลืนลำบากที่ตีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลยังเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากให้มีความสามารถในการกลืนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพด้วยกระบวนการต่างๆ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการดูแลสุขภาพ จากประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับเพียงการประเมินความพร้อมในการกลืนตามมาตรฐาน โดยใช้แบบประเมินการกลืนของสถาบันประสาท (2552) และพบว่าในรายที่มีปัญหาการสำลักและรับประทานอาหารไม่ได้ ผู้ป่วยมักได้รับการใส่

สายยางทางจมูก ดังนั้นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามพระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก คือ การบริหารกล้ามเนื้อช่องปากและลิ้น เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคี้ยวอาหาร ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้มีความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยมีผลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ และป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้รวดเร็ว และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งเป็นหนึ่งบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัย

2. วิธีการ

2.1 ภาวะการกลืนลำบากภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะการกลืนลำบากภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้านและยังเป็นสาเหตุของการหายใจลำบาก อาการไอ นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถอธิบายด้วยกลไกการเกิดความผิดปกติตามสรีรวิทยาของกระบวนการกลืน โดยสรีรวิทยาของการกลืนลำบาก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ภัทรา วัฒนาพันธุ์ , 2561) ดังนี้

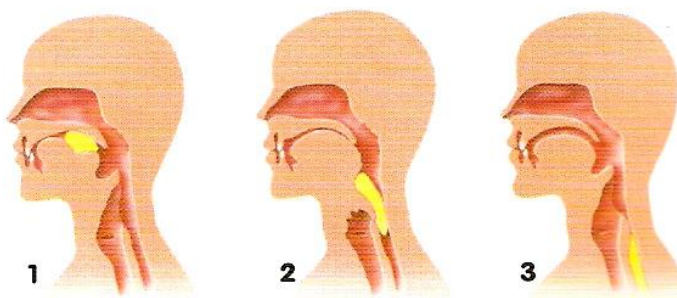


Figure 1 Swallowing physical (1. oral dysphagia 2. pharyngeal dysphagia 3. esophageal dysphagia) from <https://www.sansirihomecare.com/การกลืนลำบาก-53119.page>

2.1.1 ระยะการกลืนลำบากเมื่ออาหารอยู่ในช่องปาก (Oral dysphagia) มักเกิดความผิดปกติของระบบประสาทที่ทำให้สูญเสียทักษะในการเคลื่อนไหว (Apraxia) ทำให้ไม่สามารถควบคุมการสั่งการและการรับรู้ลิ้นบริเวณช่องปากได้ เช่น ไม่สามารถควบคุมการไหลของน้ำลายได้ เป็นต้น

2.1.2 ระยะการกลืนลำบากเมื่ออาหารอยู่ในระยะคอดอย (Pharyngeal dysphagia) ในระยะนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเริ่มต้นปฏิกิริยาเพื่กลืนการกลืน (Gag reflex) ได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ปวยมีอาการน้ำลายไหลออกจากมุมปาก ไม่

สามารถควบคุมน้ำลายได้ มีอาการไอ หรืออาจเกิดการสำลักอาหารเข้าไปในระบบทางเดินหายใจระหว่างการรับประทานอาหาร

2.1.3 ระยะการกลืนลำบากเมื่ออาหารอยู่ในหลอดอาหาร (Esophageal dysphagia) เกิดจากกล้ามเนื้อบริเวณหลอดอาหารเคลื่อนตัวลำบาก ทำให้อาหารไม่สามารถผ่านหลอดอาหารไปยังกระเพาะอาหารได้ โดยผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนมีอะไรติดอยู่บริเวณลำคอหรือกลางหน้าอก หรือมีการไหลย้อนกลับของอาหารลักษณะคล้ายกรดไหลย้อน

จะเห็นได้ว่าการกลืนลำบากทั้ง 3 ชนิด ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน (เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล, 2565; ภัทรา วัฒนพันธุ์, 2561; อัลซลี พงศ์ชัยเดชา, 2562) ซึ่งโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมีผู้เชี่ยวชาญด้านการพูด (Speech therapist) และนักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) มีจำนวนน้อยและให้บริการผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล ทั้งในส่วนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องใช้ระยะเวลานานจึงได้รับการประเมินภาวะกลืนลำบาก ส่งผลให้การฝึกการกลืนช้าลง ซึ่งถ้าเวลายาวนานขึ้น ผู้ป่วยจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่สำคัญในการประเมินการกลืนเบื้องต้น จะช่วยลดระยะเวลาการรอ และลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถช่วยฟื้นฟูสภาพการกลืนลำบากได้

จากปรากฏการณ์ทางการแพทย์ การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้เขียนขอเสนอกรณีศึกษาในการประยุกต์ใช้การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากด้วยการบริหารกล้ามเนื้อปากและลิ้น ดังต่อไปนี้

2.2 ทฤษฎีทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นแนวคิดของของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกระทำการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ ซึ่งแบนดูรามองว่ามนุษย์มีความกระตือรือร้นและมีแรงบันดาลใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมอย่างไร โดยที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) แหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตน แบนดูรากล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของบุคคลเกิดจาก 4 แหล่งที่สำคัญดังต่อไปนี้ 1. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) 2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience) 3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) และ 4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states)

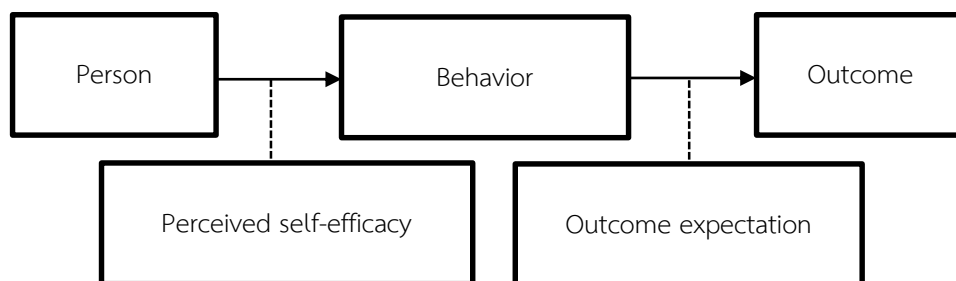


Figure 2 The relationship between self-efficacy perception and outcome expectations on results

2.3 กรณีศึกษา: การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

ข้อมูลกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 82 ปี วัยผู้สูงอายุ ปัจจุบันเป็นพระภิกษุสงฆ์ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ มีบุตรอยู่ในวัยทำงาน 3 คน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะมากกว่า 10 ปี รักษาด้วยการรับประทานยา ผู้ป่วยมีประวัติไม่ได้รับประทานยาละลายลิ่มเลือดเป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแขนและขาซีกซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด 13 ชั่วโมง 27 นาที แรกได้รับผู้ป่วย Glasgow coma scale (GCS) E₄V₅M₆ pupil 3 mm RTLBE. motor power right side grade 5, left side arm grade 2, leg grade 3 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Acute ischemic stroke ผลการตรวจรังสีวิทยา CTA brain พบว่า right distal M1 occlusion at MCA territory ประเมินคะแนน NIHSS แกร็บ = 16 คะแนน และได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (mechanical thrombectomy) หลังได้รับการรักษา 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (E₄V₅M₆) pupil 3 mm RTLBE. motor power right side grade 5, left side grade 4⁺ ประเมินคะแนน NIHSS = 13 คะแนน ผู้ป่วยหายใจ room air ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถสื่อสารและพูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ตรวจร่างกายพบ left facial palsy, mild dysarthria และการประเมิน Swallowing assessment: Gag reflex left negative, right hypo-gag reflex, Full tongue ROM, weak BOT and late tongue strength both side (weak Lt. > Rt.) ประเมินความพร้อมก่อนการกลืนโดยใช้แบบประเมินพบว่าผู้ป่วยยังมีเสียงแหบและมีน้ำลายในลำคอ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยยังไม่พร้อมการกลืน แพทย์เจ้าของไข้มีแผนการรักษาให้อาหารทางสายยางให้อาหาร และพิจารณาให้ผู้ป่วยย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อให้ได้รับการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก โดยพยาบาลสามารถใช้แบบคัดกรองการกลืนที่หลากหลาย (ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561) โดยในเคสกรณีศึกษาพยาบาลเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ดังนี้

2.4.1 Standardized Swallowing Assessment (SSA) ประกอบด้วยการประเมินทั่วไป ได้แก่ ระดับสติสัมปชัญญะ การนั่งทรงตัว เพื่อประเมินเบื้องต้นว่าผู้ป่วยสามารถเข้าสู่การคัดกรองได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังประเมินความสามารถในการกลืนน้ำลาย การหายใจ และคุณภาพเสียง หลังจากนั้นทดสอบโดยให้ตมน้ำจากช้อน และตมน้ำจากแก้วตามลำดับ ซึ่งขณะทดสอบจะต้องสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการไอ หรือเสียงเปลี่ยนไป เป็นต้น

2.4.2 แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและพร้อมที่จะรับการประเมินหรือไม่ สามารถนั่งทรงตัวได้ จัดให้นั่งตัวตรง 90 องศา/Glasgow Coma Score มากกว่า 11 และให้จิบน้ำเปล่า 1 ช้อนชา ครั้งที่ 1, 2 และ 3 หากผู้ป่วยไม่พบปัญหา เช่น ไอ สำลัก มีน้ำไหลออกปาก หายใจเหนื่อย และให้จิบน้ำเปล่าครั้งแก้ว (50 ml.) หากไม่พบปัญหาจึงจะให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้

2.4.3 Acute stroke dysphagia screen ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ดังนี้ 1. Glasgow Coma Score น้อยกว่า 13 หรือไม่ 2. มีอาการอ่อนแรงของใบหน้าหรือไม่ 3. มีอาการอ่อนแรงของลิ้นหรือไม่ 4. มีอาการอ่อนแรงของ

เพดานอ่อนหรือไม่หากตอบว่า “ไม่” ทั้ง 4 ข้อ จึงประเมินข้อ 5. มีอาการไอหรือเสียงเปลี่ยน หลังจากดื่มน้ำ 3 ออนซ์หรือไม่ หากตอบว่า “ไม่” ทั้ง 5 ข้อ จึงจะให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้

2.5 การวางแผนการฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพจะทำโดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการร่วมวางแผนกิจกรรมการพยาบาลและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ โดยการฟื้นฟูสภาพด้านการกลืนมีเป้าหมาย (ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561) ดังนี้

- 2.5.1 เพื่อส่งเสริมความสามารถในการกลืนอาหารทางปากอย่างปลอดภัย
- 2.5.2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม
- 2.5.3 เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงจากการสำลักอาหาร น้ำ และน้ำลาย
- 2.5.4 เพื่อส่งเสริมและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ปากและลิ้น
- 2.5.5 เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

2.6 การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินในช่วง 24- 48 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลหรือก่อนให้ได้รับอาหาร น้ำ หรือยาทางปากครั้งแรก แพทย์จะพิจารณาแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้และสามารถทำการฟื้นฟูสภาพได้ (ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561; สมบัติ มุ่งทวีวัฒนา, 2564) พยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งภายในและต่างประเทศก่อนเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารจะต้องทำการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืนและประเมินการกลืนด้วยวิธีที่เหมาะสม พยาบาลได้ประยุกต์ใช้การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน และประเมินการออกเสียงของผู้ป่วย (ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561) ดังนี้

2.6.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินระดับความรู้สึกตัวสามารถประเมินได้ 2 วิธี คือ การประเมินจากระดับการตื่นตัว (Alertness) และการประเมินระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale; GCS เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทำให้พยาบาลทราบถึงอาการที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการกลืน หากผู้ป่วยมีอาการซึม สับสน อาจเกิดความเสี่ยงต่อการสำลักขณะรับประทานอาหารได้ การประเมินความพร้อมผู้ป่วยจะต้องมีความรู้สึกตัวดี หรือมีคะแนน GCS $\geq$ 11 คะแนน

2.6.2 การประเมินความสามารถในการทำตามคำสั่ง โดยใช้คำสั่งง่ายๆ ให้ผู้ป่วยทำตามอย่างน้อย 2-3 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยแสดงท่าทางหรือพูดออกมา เช่น ให้ผู้ป่วยก้มและเงยศีรษะ อ้าปากกว้างและหุบปาก ยิ้มยิ่ฟัน แลบลิ้น เป็นต้น รวมทั้งให้ผู้ป่วยออกเสียง “อา อุ อี เอ โอ” ซึ่งเป็นการประเมินกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน

2.6.3 การจัดท่านั่งศีรษะสูง 90 องศา ซึ่งเป็นท่าที่เหมาะสมในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่มีกล้ามเนื้อช่องปากอ่อนแรง เพื่อป้องกันการเกิดการสำลัก

2.6.4 การประเมินความพร้อมก่อนการเริ่มกลืนและการทดสอบการกลืน โดยใช้แบบประเมินความพร้อมกลืนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินการกลืนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561)

ในผู้ป่วยประเมินความพร้อมการกลืนครั้งแรกพบว่าผู้ป่วยมีเสียงสแลบและเสียงครีคราดในลำคอ และได้ทำการประเมินซ้ำ พบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการกลืนและทำการประเมินการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืนผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยจิบน้ำเปล่า 1 ช้อนชา พบว่ามีน้ำไหลออกมาจากมุมปาก จึงงดการรับประทานอาหารทางปากให้รับประทานอาหารทางสายยางตามแผนการรักษา และการออกเสียง อู ออ อี เอ โอ ผู้ป่วยออกเสียงยาวสุดได้ 2 วินาที แล้วเสียงแผ่วเบาไป และพูดประโยค “กรุงเทพมหานคร” “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” พบว่ามีหยุดระหว่างประโยค และพยาบาลจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องการฟื้นฟูสภาพการกลืนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

นอกจากนี้ภายหลังจากการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ญาติและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมและลดความวิตกกังวล และประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ วางแผนร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัวที่อาจเกิดขึ้นในการส่งเสริมการกลืน จากนั้นพยาบาลได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ดังนี้ 1.) การประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) ทำการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยในการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองที่สำเร็จได้ในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและกำลังใจในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพการกลืนในครั้งนี้ นอกจากนั้นยังมีสื่อภาพวีดิทัศน์การออกกำลังกาย ที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจน รวมทั้งทำการสอนและสาธิต ทำให้ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวเกิดการเรียนรู้และเข้าใจมากขึ้น 2.) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience) ใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model) ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์การฝึกการกลืนสำเร็จในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสร้างทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องผู้ป่วย ญาติและครอบครัวเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ 3.) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) ทำการพูดคุยกับผู้ป่วย ญาติและครอบครัวให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และให้คำชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพต่อไป และ 4.) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) สร้างเสริมพลังทั้งในผู้ป่วยและครอบครัว พูดคุย เพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางบวก เกิดความเชื่อมั่นและใช้ศักยภาพสูงสุด

2.7 การบำบัดการฟื้นฟูสภาพด้านการกลืน (swallowing rehabilitation)

ในเคสกรณีศึกษาใช้การบำบัดโดยอ้อม (Indirect therapy) ซึ่งเป็นวิธีที่ส่งเสริมความสามารถการกลืนโดยที่ไม่ได้รับประทานอาหารหรือน้ำ ได้แก่ การบริหารเพื่อคงพิสัยการเคลื่อนไหว (range of motion) การฝึกสหสัมพันธ์ของกระบวนการกลืน (coordination exercise) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของอวัยวะในช่องปาก คอหอย และกล่องเสียง (strengthening of pharyngeal and laryngeal structure) การกระตุ้นความรู้สึก (sensory stimulation) การกระตุ้น/ยับยั้งปฏิกิริยาการกลืนให้เป็นปกติ (reflex normalization) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อกระตุ้นการกลืน (environment manipulation) (ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561) ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

2.8 กิจกรรมการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (พรชัย จุลมณี, 2566; ภัทรา วัฒนาพันธุ์, 2561) ประกอบด้วยทำการบริหาร 15 ท่า ดังนี้

2.8.1 ทำบริหารกล้ามเนื้อรอบริมฝีปากและแก้ม (lip and cheek exercise)

ท่าที่ 1 ให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างแล้วออกเสียง “อา” ยาวๆ 5-10 วินาที

ท่าที่ 2 ให้ผู้ป่วยเม้มปากแน่นแล้วคลายออก ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 3 ให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาที แล้วหุบปากให้ฟันกระทบกัน ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 4 ให้ผู้ป่วยทำปากจุกออกเสียง “อุ” สลับกับฉีกยิ้มพร้อมออกเสียง “อิ” ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 5 ให้ผู้ป่วยกักลมในปากให้แก้มปองและค่อยๆ ปลดปล่อยลมออกช้าๆ ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 6 ให้ผู้ป่วยดูดหลอดให้ลมเข้าไปกักในช่องปากและค่อยๆ เป่าลมออกมาช้าๆ ทำซ้ำ 10 รอบ

2.8.2 ทำบริหารกล้ามเนื้อขากรรไกร (jaw exercise)

ท่าที่ 7 ให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาทีและออกเสียง “อา” แล้วหุบปากให้ฟันกระทบกัน ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 8 ให้ผู้ป่วยเคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างสลับกันซ้ายขวา ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 9 ให้ผู้ป่วยเคลื่อนขากรรไกรในลักษณะการเคี้ยวข้าวหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง ทำซ้ำ 10 รอบ

2.8.3 ทำบริหารกล้ามเนื้อลิ้น (tongue exercise)

ท่าที่ 10 ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้ง 2 ข้างสลับกัน ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 11 ให้ผู้ป่วยแลบลิ้นออกมาด้านหน้าแล้วเคาะลิ้นขึ้นลง ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 12 ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้ม ทั้ง 2 ข้างสลับกัน ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 13 ให้ผู้ป่วยออกเสียง “ลาลาลา” สลับ “คาคาคา” ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 14 ให้ผู้ป่วยออกเสียง “คาลา คาลา คาลา” ให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ ทำซ้ำ 10 รอบ

ท่าที่ 15 ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นเลียรอบบริเวณริมฝีปาก ทำซ้ำ 10 รอบ

การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรม จำนวน 3 ครั้งต่อวัน โดยให้ปฏิบัติเวลา 07.00 น., 10.00 น. และ 16.00 น.

3. ผลการวิจัยและวิจารณ์

การประเมินผลการพยาบาล

ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยผ่านการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มการกลืน แต่ยังไม่สามารถดื่มน้ำในปริมาณที่เพิ่มจาก 5 มิลลิลิตรได้ และพบว่ายังมีน้ำไหลออกมาจากมุมปากด้านซ้าย แสดงว่ากล้ามเนื้อปากและลิ้นยังไม่แข็งแรงที่จะสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการสำลัก ผู้ป่วยต้องได้รับการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอย่างต่อเนื่อง และประเมินการออกเสียง อุ อา อี เอ โอ ผู้ป่วยสามารถออกเสียงได้ยาวขึ้นเป็น 4 วินาที และพูดประโยค “กรุงเทพมหานคร” “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” มีความต่อเนื่องกัน ไม่หยุดพูดระหว่างประโยค พยาบาลจึงได้รายงานแพทย์ และให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางตามแผนการรักษา

การฟื้นฟูสภาพด้วยการออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี พยาบาลจะต้องส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโดยได้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล และการให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสภาพในการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน และส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของภัทราภรณ์ ขาวผ่องอำไพ และคณะ, 2563 เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยกิจกรรมในโปรแกรมให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ ฝึกการกลืนน้ำลาย การออกกำลังกายกล้ามเนื้อปากและลิ้น พบว่ากลุ่ม

ทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถของตนเองในการกลืนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. สรุป

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสรีรวิทยา และการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ถดถอยลง ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท รวมทั้งมีโรคร่วมอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการกลืนลำบากซึ่งพบมากกว่าวัยอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะขาดสารอาหาร ขาดสารน้ำ และการสำลัก ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดการพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท แบบแผนในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อดูแลผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและติดตามประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถประเมินและรายงานความผิดปกติหรือปัญหาที่พบ รวมทั้งมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพการกลืนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งเสริมความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

6. References

- Banda, K.J., Chu, H., Kang, X.L., Liu, D., Pien, L.C., Jen, H.J., Hsiao, S.S., Chou, K.R. (2022). Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: a meta- analysis. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-10.
- Benjapornlert, P., Arayavichanont, P., Manimmanakorn, N. & Wattanapan, P. (2018). The Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Stroke Patients at Srinagarind Hospital. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 28(2), 49-53. (in Thai)
- Bunchorntavakul, C. , Kongkam, P. , Pittayanon, R. , Chirapongsathorn, S. , Treeprasertsuk, S. & Phaowadi, K. (2023). *Textbook of Gastroenterology: Diagnosis and Current Management*. 2nd edition. Location: Bangkok, Thailand. (in Thai)
- Feigin, V. L. , Krishnamurthi, R. V. , Parmar, P. , Norrving, B. , Mensah, G. A. , Bennett, D. A. , et al. (2021). Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990- 2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*, 45(3), 161-76.
- Jullamate, P. (2023). *NURSE CARE FOR OLDER ADULT WITH STROKE*. (2nd edition). Location: Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi. (in Thai)

- Khowpongampai, B., Piyakong, D. & Tepsuriyanont, S. (2020). The Effect of the Self-Efficacy Promoting Program on Self-Efficacy and Swallowing Ability in Stroke Patients with Dysphagia. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(1), 122-134. (in Thai)
- Mamom, J., & Daovisan, H. (2022). Listening to Caregivers' Voices: The Informal Family Caregiver Burden of Caring for Chronically Ill Bedridden Elderly Patients. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 567.
- Marin, S., Serra-Prat, M., Ortega, O., Clavé, P. (2020). Healthcare-related cost of oropharyngeal dysphagia and its complications pneumonia and malnutrition after stroke: a systematic review. *BMJ Open*, 10(8), 1-13.
- Muengtaweepongsa, S. (2022). *Cerebrovascular and Critical Care Neurology*. 2nd edition. Location : Thammasat University Press, Pathum Thani. (in Thai)
- Neurological Institute of Thailand. (2016). *Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke*. Location: TanaPress Co., Ltd., Bangkok. (in Thai)
- Hien, N.T.T., Puwarawuttipanit, W. & Chanruangvanich, W. (2017). Factors Related to Health Status among Ischemic Stroke Patients with Dysphagia. *Journal of Nursing Science*, 35(2), 38-47. (in Thai)
- Panrit, A., Bangkewn, K., Jitprasert, T. & Sinla, N. (2022). The Effect of Nursing Guidelines to Enhancing Swallowing Capacity of Patients with Acute Stroke for Preventing Aspiration Pneumonia. *Journal of Health science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 6(2), 1-15. (in Thai)
- Pongchaidecha, A. (2019). *Physiology of Gastrointestinal System*. Location: Department of Physiology, Faculty of Medicine, Chaing Mai University, Chaing Mai. (in Thai)
- Prasat Neurological Institute. (2009). *Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke Patients with Dysphagia*. Location: The War Veterans Organization of Thailand, Bangkok. (in Thai)
- Saiyo, S. (2018). Prevalence of dysphagia in hospitalized stroke patients in Sisaket Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 33(2), 119-128. (in Thai)
- Sathiyamas, J., Rungroungdouyboon, B., Muengtaweepongsa, S., et al. (2022). Developing a Repositioning- assisted Device for the Prevention of Pressure Ulcers for Bedridden Patients: A Pilot Study. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 9(2), 130-142. (in Thai)
- Thaihealth. (2017). Stroke results in a death every 6 seconds. [cited 2024 February 14]. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th/?p=255331> (in Thai)
- Thindoem, A., Hongchayangkool, K., Rodklai, A., et al. (2021). Community Participation for Rehabilitation of Dysphagia in Post-Stroke Patients. *Christian University Journal*, 27(4), 35-49. (in Thai)

- Tiamkao, S. (2022). Stroke incident in Thailand. *Thai Journal of Neurology*, 39(2), 39-46. (in Thai)
- Wang, Y. J., Zhao, X. Q., Wang, S. S., Ji, R. J., Wang, C. X. (2020). Chinese consensus on standardized nutrition management in patients with stroke. *Chinese Journal of Stroke*, 15, 681–689.
- Wattanapan, P. (2018). *Swallowing rehabilitation*. 2nd editon. Location: Khon Kaen University Printing, Khon Kaen. (in Thai)
- World Stroke Organization. (2022). Up again after stroke. 2022 [cited 2024 February 14]. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/>