Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Effects of a Family-Involved Swallowing Promotion Program for Intermediate Stroke Patients with Dysphagia at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ภัสราภรณ์ จวบบุญ[1] ณัชชวกร เกตุสิริ[2]
Passaraporn Juabboon[1] Natchawakorn Ketsiri[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โปรแกรมประกอบด้วยการประเมินภาวะกลืน การส่งเสริมและฝึกทักษะการกลืน และการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและฝึกต่อเนื่องที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการกลืนและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นจาก 13.90±0.99 เป็น 18.40±1.07 คะแนน และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 10.39±1.57 เป็น 14.22±0.67 คะแนน โดยแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะกลืนลำบาก, โปรแกรมส่งเสริมการกลืน, การมีส่วนร่วมของญาติ, การดูแลระยะกลาง

Abstract

This study aimed to examine the effects of a swallowing promotion program with family participation among intermediate-stage stroke patients with dysphagia at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand. A quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design was conducted among 30 intermediate-stage stroke patients with dysphagia who were purposively selected. The study was conducted from January to December 2023. The swallowing promotion program consisted of swallowing assessment, swallowing exercises and rehabilitation, and family participation in patient care and continued practice at home. Data were collected using a swallowing ability assessment and the Barthel Index for activities of daily living. Data were analyzed using mean, standard deviation, and paired t-test.

Results: After receiving the program, the mean swallowing ability score increased from 13.90±0.99 to 18.40±1.07, while the mean Barthel Index score increased from 10.39±1.57 to 14.22±0.67. Both outcomes showed statistically significant improvements compared with the pre-intervention scores ($p<0.001$). Patients and caregivers reported a high level of satisfaction with the program, particularly regarding knowledge gained, caregiving skills, and confidence in continuing care after discharge.

Keywords: Stroke, Dysphagia, Swallowing Promotion Program, Family Participation, Intermediate Care

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ, กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 44160

[2] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ, งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 44160

Corresponding Author: *E-mail: ji_b77@hotmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ความพิการ และการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของประชากร จากการศึกษาภาระโรคระดับโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่กับความพิการจากโรคในระดับสูง[1] ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนหนึ่งยังคงมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน และการกลืน จึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องภายหลังระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care) ซึ่งเป็นกระบวนการเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ลดความพิการ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม[2] แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงให้ความสำคัญกับการทำงานของทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลในกระบวนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง[3]

การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) เป็นระบบบริการที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังพ้นระยะวิกฤตและมีอาการทางคลินิกคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องของร่างกายและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว การทรงตัว การสื่อสาร การกลืน และการดูแลตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการและภาวะทุพพลภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยระบบ IMC มีเป้าหมายในการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน และลดช่องว่างระหว่างการรักษาระยะเฉียบพลันกับการฟื้นฟูระยะต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ[3]

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก การฟื้นฟูในระยะกลางมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากอาจส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ไม่เพียงพอ เกิดภาวะขาดสารอาหาร ภาวะขาดน้ำ และการสำลักอาหารหรือน้ำเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบจากการสำลักและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การฟื้นฟูจึงควรประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการกลืนอย่างเหมาะสม การฝึกกล้ามเนื้อและการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การจัดท่าทางและปรับรูปแบบการรับประทานอาหาร ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนหนึ่งยังมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองเมื่อกลับสู่ชุมชน ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยฝึกทักษะการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารและการกลืน การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมให้ญาติมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแล จะช่วยให้การฟื้นฟูมีความต่อเนื่องสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และเพิ่มโอกาสในการฟื้นคืนความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นการฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยมีการติดตามผลการฟื้นฟูเป็นระยะ โดยเฉพาะด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น Barthel Index รวมถึงความบกพร่องหลายด้าน

เช่น ปัญหาการกลืน ปัญหาการสื่อสาร และข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูที่มุ่งเน้นปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยร่วมกับการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ IMC ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม[1,2]

ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) หมายถึง ความผิดปกติของกระบวนการเคลื่อนผ่านอาหาร น้ำ หรือสารคัดหลั่งจากช่องปากผ่านคอหอยเข้าสู่หลอดอาหารและกระเพาะอาหาร อันเนื่องมาจากความผิดปกติของระบบประสาท กล้ามเนื้อ หรือโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการกลืน กระบวนการกลืนแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมอาหารในช่องปาก (Oral Preparatory Phase) เป็นระยะที่อาหารถูกบดเคี้ยวและผสมกับน้ำลาย 2) ระยะกลืนในช่องปาก (Oral Phase) ลิ้นดันอาหารไปสู่ด้านหลังของช่องปาก 3) ระยะกลืนในคอหอย (Pharyngeal Phase) เกิดการตอบสนองอัตโนมัติของการกลืน 4) ระยะกลืนในหลอดอาหาร (Esophageal Phase) อาหารเคลื่อนผ่านหลอดอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร ความผิดปกติในระยะใด ระยะหนึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะกลืนลำบากในการรับประทานอาหารและอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การสำลัก ภาวะขาดสารอาหาร และปอดอักเสบจากการสำลัก[5] ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งรอยโรคบริเวณก้านสมอง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก ภาวะกลืนลำบากเป็นความบกพร่องที่พบได้บ่อยภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง และมีความสำคัญเนื่องจากเกี่ยวข้องกับการสำลัก ปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะขาดน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาธิสภาพและสาเหตุของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการทำลายศูนย์ควบคุมการกลืนของประสาทสมองส่วนที่ควบคุมกล้ามเนื้อลายของคอ และหลอดอาหารส่วนบน มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและกลืน จากความผิดปกติของเส้น ประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปิดปากได้สนิทขณะเคี้ยวอาหาร รวมทั้งไม่สามารถผลักอาหารเข้าสู่หลอดอาหารได้

ในประเทศไทยพบปัญหาภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลายบริบท โดยการศึกษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากร้อยละ 30 และพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะกลืนลำบากกับภาวะปอดติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)[6] โดยการศึกษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบความชุกของภาวะกลืนลำบากระดับช่องปากและคอในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน[6] และการศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 327 ราย พบปัญหาการกลืนร้อยละ 15 เมื่อเข้ารับการฟื้นฟู[7]

การแพทย์แผนไทยมีกรอบแนวคิดในการอธิบายสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยให้ความสำคัญกับสมดุลของธาตุ 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ โดยเฉพาะธาตุลมซึ่งเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย และแนวคิดเรื่องธาตุเจ้าเรือนที่ใช้พิจารณาลักษณะพื้นฐานและความสมดุลของแต่ละบุคคล[14] ในกลุ่มผู้ป่วยอัมพฤกษ์–อัมพาต ตำราแพทย์แผนไทยมีการอธิบายความผิดปกติของ “ลม” และอาการที่เกิดขึ้นในบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย โดยคัมภีร์ชวดารใน แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ระบุ “ลมชิวหาสดมภ์” อยู่ในกลุ่มลมมีพิษ และอธิบายอาการเมื่อเริ่มเกิดว่า มีอาการหาวเรอ เหียน ขากรรไกรแข็ง และอ้าขบไม่ได้ ก่อนอาจมีอาการแน่นิ่งและไม่รู้สึกตัวในรายที่รุนแรง[8] และ “ลมทักขิณโรธ” มีอาการเจรจาไม่ได้ ลิ้นกระด้างคางแข็ง และมีอาการมือเท้าเย็นหรือตามัวร่วมด้วย[8] ดังนั้น องค์ความรู้ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าตำราแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับความผิดปกติของลมและการเคลื่อนไหวของลิ้น ขากรรไกร และช่อง

ปาก ซึ่งเป็นบริเวณที่มีบทบาทต่อการพูดและการเตรียมอาหารก่อนการกลืน ทั้งนี้ “ลมชิวหาสดมภ์” และ “ลมทักขิณโรธ” เป็นคำอธิบายตามระบบองค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทย ในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการใช้เป็นกรอบแนวคิดทางการแพทย์แผนไทยเพื่อประกอบการออกแบบกิจกรรมฟื้นฟู โดยไม่ทดแทนการประเมินและการวินิจฉัยภาวะกลืนลำบากตามมาตรฐานการแพทย์ปัจจุบัน

การประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการดำเนินงานในประเทศไทย โดยมีการใช้การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการบริหารร่างกายร่วมกับการรักษาฟื้นฟูมาตรฐาน การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและประคบสมุนไพรร่วมกับการฟื้นฟูมาตรฐานรายงานพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มมีกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาในกลุ่มที่ศึกษา นอกจากนี้ แนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ระบุแนวทางการนวดและการประคบสมุนไพร รวมถึงกรณีผู้ป่วยที่มีอาการบริเวณใบหน้า เช่น ลิ้นกระด้าง คางแข็ง ปากเบี้ยว มุมปากตก และพูดไม่ชัดหรือไม่ได้ ซึ่งมีการกำหนดบริเวณและขั้นตอนการนวดเพิ่มเติมอย่างเหมาะสม[9] ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาประยุกต์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการฟื้นฟูแบบบูรณาการ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากการประยุกต์ใช้ควรดำเนินควบคู่กับการประเมินความปลอดภัย การฝึกกลืน การจัดท่ารับประทานอาหาร การปรับอาหารและของเหลว และการเฝ้าระวังการสำลักตามหลักการแพทย์ปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย

ตามข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ระหว่างปี 2562-2564 มีผู้ป่วยจำนวน 534,588 ราย หรือประมาณ 645 คนต่อประชากรแสนคน อีกทั้งยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคนี้ก็ยังคงเพิ่มขึ้น ในช่วงเวลาเดียวกัน มีอัตราการเสียชีวิต 52.97, 52.80 และ 55.53 คนต่อแสนประชากร[10]

โรงพยาบาลเชียงยืน เป็นโรงพยาบาล 60 เตียง จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางรายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงยืน ตั้งแต่ปี 2563 - 2565 พบว่า ปี 2563 จำนวน 66 ราย ปี 2564 จำนวน 75 ราย และปี 2565 เพิ่มเป็น 78 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลปี 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีภาวะกลืนลำบาก 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.54 ที่ผ่านมาการให้ความรู้ด้านภาวะกลืนลำบากยังไม่มีรูปแบบการให้ ข้อมูลความรู้และสื่อการสอนที่เป็นรูปแบบชัดเจน กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและติดตามหลังจากกลับบ้านแล้ว ส่วนใหญ่เน้นเรื่องของการรักษาและการใช้ยา อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยปัญหาของผู้ป่วย เช่น การกลืน การสื่อสาร พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดกับญาติไม่รู้เรื่อง ถือว่ามีความสำคัญ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า การนวดแผนไทยสายราชสำนักถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าและควบคุมกล้ามเนื้อใบหน้าได้มากขึ้น กระตุ้นต่อระบบกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาท ลดความตึงหรือการเกร็งของกล้ามเนื้อ[5] อีกทั้งการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณรอบปากและในปากมีการเคลื่อนไหว ซึ่งจะช่วยให้เกิดการกระตุ้นการกลืนอย่างปลอดภัย จากปัญหาและองค์ความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของโปรแกรมที่เชื่อมโยงการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยใช้แนวคิดเรื่องสมดุลของธาตุและธาตุลม รวมถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับลมชิวหาสดมภ์และลมทักขิณโรธในฐานะกรอบแนวคิดทางการแพทย์แผนไทย และให้ญาติมีส่วนร่วมตั้งแต่การเรียนรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วย และการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน การ

ดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูระยะกลางที่เน้นความต่อเนื่องของระบบบริการและการมีส่วนร่วมของครอบครัว[2,3,8] และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการกลืน และสนับสนุนศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่รูปแบบการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและสามารถประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกลืนโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบากและเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงระหว่างเดือน มกราคม - ธันวาคม2566

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่มีการวัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง (Paired-samples t-test) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.90 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 28 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลไม่ครบถ้วนระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 30 คน คิดเป็นการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 7.14 จากจำนวนขั้นต่ำที่คำนวณได้ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนจะได้รับการประเมินความสามารถในการกลืนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนโดยให้ญาติมีส่วนร่วม และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่กำหนด จำนวน 30 ราย เกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10: I60-I69)
2. อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายไม่เกิน 6 เดือน
3. มีภาวะกลืนลำบาก ประเมินด้วย Gugging Swallowing Screen (GUSS) < 20 คะแนน
4. มีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่และสามารถเข้าร่วมกระบวนการฟื้นฟูได้
5. ผู้ป่วยนั่งทรงตัวได้ดี รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารทำตามสั่งได้

6. ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำทางปาก

7. ผู้ดูแลหลักสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและช่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้

8. ไม่มีข้อจำกัดด้านการนวด

9. อายุระหว่าง 30-60 ปี

10.ไม่จำกัดเพศ

11.ผู้ดูแลยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

2. มีโรคประจำตัวรุนแรงที่เป็นข้อห้ามต่อการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย

3. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้หรือการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการประเมิน

4. ไม่สามารถติดตามการรักษาต่อเนื่องได้

5. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ขอถอนตัวจากการวิจัย

6. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ 2) แบบประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก 3) แบบประเมินการกลืน Gugging Swallowing Screen (GUSS)[5,11] แบ่งออกเป็น ๒ ขั้นตอน ประเมินโดยไม่ใช้อาหาร (indirect swallowing test) 5 คะแนน ประเมินโดยใช้อาหารและน้ำ (indirect swallowing test) 15 คะแนน ทั้งหมดรวม 20 คะแนน การแปลผลคะแนน 20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะกลืนลำบาก 15 -19 คะแนน หมายถึง มีภาวะกลืนลำบากเล็กน้อย 10 -14 คะแนน หมายถึง มีภาวะกลืนลำบากระดับปานกลาง 0-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะกลืนลำบากรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ 2.1) โปรแกรมส่งเสริมการกลืน โดยผู้วิจัยจะสอนแบบสาธิตย้อนกลับโดยละเอียดให้กับญาติ ประกอบด้วย ท่าการนวดกระตุ้นการกลืน 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 นวดแนวคอด้านหน้า โดยเริ่มจากจุดตัดศอเสมหะเป็นจุดที่หนึ่ง นวดคลาย ออกเบาๆ จนถึงจุดใต้คาง จุดนี้ต้องระวังควรกดนวดคลายเบาๆ เนื่องจาก ใกล้บริเวณของหลอดเลือดแดง ทำซ้ำ 5 รอบ ใช้เวลา 1 นาที

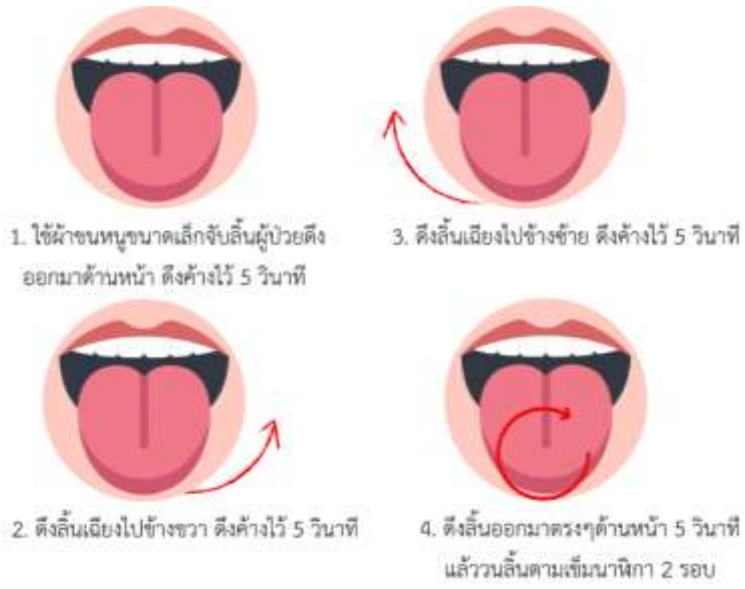


ขั้นตอนที่ 2 นวดแนวเส้นขากรรไกรและจุดใต้คางทั้งสองข้าง โดยเริ่มจากนวดขากรรไกร ทั้งสองข้างไล่ขึ้นมาตามแนวเส้นจนถึง จุดสุดท้ายกดจุดชิวหาสดม ทำซ้ำ 5 รอบ ใช้เวลา 5 นาที



ขั้นตอนการบริหารลิ้น

1) ใช้ผ้าขนหนูขนาดเล็กจับลิ้นผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ดึงออกมาด้านหน้า ค้างไว้ 5 วินาที
2) ดึงลิ้นเฉียงไปข้างขวา ดึงค้างไว้ 5 วินาที
3) ดึงลิ้นเฉียงไปข้างซ้าย ดึงค้างไว้ 5 วินาที
4) ดึงลิ้นออกมาตรง ๆ ด้านหน้า 5 วินาที แล้ววนลิ้นตามเข็มนาฬิกา 2 รอบ ทำซ้ำ 5 รอบ ใช้เวลาประมาณ 4 นวดและบริหารทุกวันก่อนมื้ออาหารเช้า - เย็น ดำเนินการเช่นเดียวกันในครั้งต่อไป จนครบ 7 วัน (14 มื้อ) แล้วประเมินความสามารถในการกลืน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยศึกษาค้นคว้าและตรวจสอบความถูกต้องตามวัตถุประสงค์จากตารางงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 คน โดยการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามเป็นรายข้อกับวัตถุประสงค์ในการวัด(Index of Item Objective Consistency ; IOC) ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนในแต่ละรายข้อ โดยกำหนดระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง -1 มีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) อยู่ระหว่าง

0.66-1 และปรับปรุงแก้ไขเพื่อความชัดเจนของภาษาตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบประเมินการกลืน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha's coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80, 0.80, 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเชียงยืน เลขที่ CY 20/2566 รับรองวันที่ 5 มกราคม 2566

ผลการศึกษาวิจัย จากการศึกษาพบว่า

1.กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบากในพื้นที่อำเภอเชียงยืน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 57 ปี (SD = 8.6) โรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.7 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 20 อื่นๆ ร้อยละ 13.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา (ร้อยละ 60) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 86.67) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70)

2. ผลการประเมินความสามารถในการกลืน พบว่า คะแนนการกลืน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง ค่าเฉลี่ย 13.90 คะแนนการกลืนหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง ค่าเฉลี่ย 18.40 เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบากมีคะแนนความสามารถในการกลืนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกลืนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 13.90 คะแนน เป็น 18.40 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 4.50 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการกลืนในทางที่ดีขึ้น ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการกลืนที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยประกอบด้วยการนวดกระตุ้นบริเวณคอและขากรรไกร การบริหารลิ้นและการฝึกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกลืนก่อนมื้ออาหาร ร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การสาธิตย้อนกลับ และการฝึกปฏิบัติจริง กิจกรรมดังกล่าวช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นและฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอย่างสม่ำเสมอ ขณะเดียวกัน ญาติได้รับความรู้และทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันได้ แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความสำคัญกับการประเมินความบกพร่อง การฟื้นฟูความสามารถในการกลืนตลอดจนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง[1,3] ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูที่เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องของการฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการกลืนภายหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12,13] นอกจากนี้

ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากควรประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการกลืน การจัดท่าที่เหมาะสม การฝึกกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การดูแลสุขอนามัยช่องปาก และการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล[13] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจำเป็นต้องมีระบบติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เนื่องจากการฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลมหาสารคาม สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน[17] ทั้งนี้ การมีระบบติดตามต่อเนื่องอาจช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำตลอดจนสามารถปรับปรุงการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยได้

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรายงานว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนดีขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม[18] อย่างไรก็ตาม โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะเฉพาะที่ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการเรียนรู้ การสาธิตย้อนกลับ การฝึกปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การมีส่วนร่วมดังกล่าวอาจช่วยเพิ่มโอกาสในการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในบริบทของชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน[2,3] การใช้วิธีการสาธิตย้อนกลับเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งของโปรแกรมที่อาจช่วยให้ญาติเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติ สามารถทบทวนความรู้และนำทักษะไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

โปรแกรมส่งเสริมการกลืนที่พัฒนาขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก และสะท้อนถึงความสำคัญของการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ การมีส่วนร่วมของญาติ และการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน ทั้งนี้ การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาร่วมกับการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ และการติดตามความปลอดภัยในการกลืนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators.(2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Neurol. 2024;23(10):973-1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate Care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al.(2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2016;47(6):e98-e169. doi:10.1161/STR.0000000000000098.

5. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al.(2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38(11):2948-52. doi:10.1161/STROKEAHA.107 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17885261/
6. ศศิธร สายยศ.(2561). ความชุกของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561;33(2).
7. เบ็ญจพรเลิศ ไพฑูรย์, อารยาวิชานนท์ ปรีดา, มนิมนากร ณัฐเศรษฐ, วัฒนพันธุ์ ภัทรา.(2561). ความชุกของภาวะกลืนลำบากระดับช่องปากและลำคอในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร. 2561;28(2):49-53.
8. กรมศิลปากร.(2542). แพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2: พระคัมภีร์ชวดาร ว่าด้วยโรคเกิดในกองลมต่างๆ. กรุงเทพฯ: กรมศิลปากร; 2542.
9. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.(2565). แนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย: การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2565.
10. กระทรวงสาธารณสุข (2565). สรุปรายงานการปวย ป พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
11. Park YH, Han HR, Oh BM, Lee J, Park JA, Yu SJ, et al.(2020). The Gugging Swallowing Screen in dysphagia screening for patients with stroke: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2020;103
12. Wattanapan P, Kovindha A, Permsiripanich W, Manimmanakorn N, Kuptniratsaikul V.(2016). Swallowing problem in patients with stroke: multi-center study in Thailand. J Med Assoc Thai. 2016;99 Suppl 7:S76-S80.
13. อรุณี ธรรมเกียรต, ฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก หอผู้ป่วยอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;32(1):813-820.
14. Jongprasitkul H, Kitisomprayoonkul W. Effectiveness of conventional swallowing therapy in acute stroke patients with dysphagia. Rehabil Res Pract. 2020;2020:2907293. doi:10.1155/2020/2907293.
15. ดวงใจ บุญคง, พรหมสาขา ณ สกลนคร, อรุณรัตน์ อุทัยแสง, สมเกียรติ บุญคง.(2562). การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: บทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562;35(2).
16. สุทธิรัตน์ บุษดี.(2565). การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(1):193-206.
17. อภิญญา ถิ่นเดิม, กุลทัต หงส์ชยางกูร, อมร รอดคล้าย, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์.(2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2564;27(4):35-49.
18. ลัดดา ศิลาเรียม. (2557) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
19. ปานียา ณัฐชนาวรเดช.(2563) ผลของการนวดไทยราชสำนักในการรักษาโรคอัมพาตใบหน้าแบบเบลล์.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น (2กรกฎาคม –ธันวาคม 2563), หน้า 345 – 353.