

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental research) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการ อาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ไปใช้ แบ่งออกเป็น

- 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
- 2.2 ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เป็นรายชื่อ
- 2.3 ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ทางคลินิกไปใช้ ในภาพรวม

ส่วนที่ 1 ลักษณะของ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการ อาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผู้ศึกษานำเสนอลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นรูปเล่ม และส่วนที่เป็นสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบาก มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่เป็นรูปเล่ม

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ราชานามคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ราชานามคณะกรรมการที่ปรึกษา วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย คำจำกัดความ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
2. เนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก พิจารณาจัดหมวดหมู่อ้างอิงตาม องค์ประกอบของสถาบันรับรองคุณภาพองค์กรสุขภาพ (JCAHO, 2001) ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การคัดกรองและการประเมินอาการกลืนลำบาก 3) การจัดการ อาการกลืนลำบาก 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบาก 5) การดูแล ต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพ บริการ ซึ่งแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานตาม เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนา บริกส์ (JBI, 2004)
3. ภาคผนวก ประกอบด้วย การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน และความ เป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติ หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการ อาการกลืนลำบาก แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ คู่มือการประเมินและการ จัดการอาการกลืนลำบากสำหรับพยาบาล แผนผังแสดงขั้นตอนในการจัดการอาการกลืนลำบาก แบบประเมินอาการกลืนลำบาก แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบบันทึกการรับประทานอาหาร ทางปาก แผ่นพับเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกลืนลำบาก แผ่นพับเรื่องการบริหารริมฝีปาก และลิ้น และราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนที่เป็นเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ จัดการอาการกลืนลำบาก ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย 6 หมวด ดังนี้

1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
 - 1.1 คัดกรองอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ก่อนให้ อาหารและน้ำทุกชนิดทางปาก (level 3a, A)

1.2 คัดกรองความเสี่ยงทางด้านโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (level 3c, A)

1.3 ให้ข้อมูล และให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลทุกราย พร้อมทั้งให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจในการจัดการอาหารกลืนลำบาก (level 4, A)

2. การ คัดกรองและการประเมินอาการกลืนลำบาก

2.1 คัดกรองอาการ กลืนลำบาก ด้วยเครื่องมือการประเมินการกลืนตามมาตรฐาน (level 3a, A) ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความรู้สึกตัว และการควบคุมท่าทาง

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การไอ การเปล่งเสียง การกลืนน้ำลาย การใช้ลิ้น และการหายใจ

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบการกลืนน้ำ (Water Swallow Test [WST])

2.2 วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ทุกครั้ง ขณะการทดสอบการกลืนน้ำ และขณะรับประทานอาหารในรายที่เสี่ยงต่อการสำลัก (level 3c, A)

2.3 ประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

2.3.1 ดัชนีมวลกาย กรณีที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงได้ หรือวัดเส้นรอบวงต้นแขน กรณีที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงไม่ได้

2.3.2 serum albumin และ lymphocyte count

2.3.3 ความสามารถในการรับประทานอาหาร และ

2.3.4 อาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าต้องการพลังงานมากกว่าปกติ เช่น ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการมีภาวะเครียด

หากพบความผิดปกติมากกว่า 2 อย่างถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ (level 4, B)

2.4 ประเมินความต้องการพลังงานต่อวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อวางแผนการดูแลภาวะโภชนาการในระยะยาว โดยคำนวณจากค่า BMR (Basal Metabolic Rate) และบวกเพิ่มร้อยละ 30-40 หากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ หรือบวกเพิ่มร้อยละ 20-30 หากผู้ป่วยนอนติดเตียง หรือนั่งล้อเข็น (level 4, B)

2.5 สังเกตอาการในขณะรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก และผลกระทบจากอาการกลืนลำบาก ได้แก่ ไอไม่แรง ไอขณะกลืนหรือหลังกลืน เสียงเปลี่ยนหลังกลืน มีเสียงน้ำ

ในคอ พูดไม่ชัด ใช้เวลากินนานกว่าปกติ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง มากกว่าร้อยละ 2 (level 3b, A)

3. การจัดการอาการกลืนลำบาก

3.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการประเมินทุกขั้นตอน ให้เริ่มรับประทานอาหารได้ตามแพทย์สั่ง โดยปฏิบัติตามดังนี้

3.1.1 สังเกตและบันทึกปริมาณของการรับประทานอาหารและน้ำทางปาก เพื่อให้ได้ตามปริมาณที่ต้องการต่อวัน (level 3c, A)

3.1.2 สังเกตและบันทึกอาการผิปกติของการกลืน อย่างน้อยภายใน 24-48 ชั่วโมง หากมีความผิปกติของการกลืน ใ้ห้ดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก พร้อมทั้งปรึกษาหรือส่งต่อนักกิจกรรมบำบัด (level 3c, A)

3.2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ผ่านการประเมินขั้นตอนที่ 1 หรือไม่ตื่นทำตามคำบอกไม่ได้ และ/หรือทรงตัวอยู่ในท่านั่งไม่ได้ ให้ปฏิบัติตามดังนี้

3.2.1 งดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก และประเมินซ้ำทุกวัน (level 3c, A)

3.2.2 ประเมินภาวะโภชนาการภายใน 24-48 ชั่วโมง หากพบว่ามีภาวะโภชนาการต่ำให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารทดแทนภายใน 24-72 ชั่วโมง และหากมีภาวะโภชนาการปกติ พิจารณาให้อาหารทดแทนภายใน 5-7 วัน (level 4, A)

3.2.3 หากประเมินแล้วเห็นว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางนานมากกว่า 4-6 สัปดาห์ ให้ปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพิจารณาใส่ Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) (level 2, B)

3.3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ผ่านการประเมินขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 หรือสงสัยว่ามีอาการกลืนลำบาก ให้ปฏิบัติตามดังนี้

3.3.1 งดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก และส่งต่อนักกิจกรรมบำบัดเพื่อประเมินซ้ำ (level 4, A)

3.3.2 ประเมินภาวะโภชนาการภายใน 24-48 ชั่วโมง หากพบว่ามีภาวะโภชนาการต่ำให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารทดแทนภายใน 24-72 ชั่วโมง และหากมีภาวะโภชนาการปกติ พิจารณาให้อาหารทดแทนภายใน 5-7 วัน (level 4, A)

3.3.3 หากประเมินแล้วเห็นว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางนานมากกว่า 4-6 สัปดาห์ ให้ปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพิจารณาใส่ Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) (level 2, B)

3.4 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อไปยังนักกิจกรรมบำบัด และพิจารณาแล้วเห็นควรให้รับประทานอาหารดัดแปลงได้ ให้ปฏิบัติดังนี้

3.4.1 ดูแลให้ได้รับอาหารและสารเหลวดัดแปลงตามคำแนะนำของนักกิจกรรมบำบัด (level 3c, B) ได้แก่

ก) ดัดแปลงอาหารให้มีลักษณะเป็นเนื้อเดียวกัน มีความชุ่มชื้น เคี้ยวและกลืนง่าย เช่น กล้วยบด ฟักทองบด และโจ๊กข้น เป็นต้น

ข) ดัดแปลงสารเหลวตามความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย

ค) หลีกเลี่ยงอาหารประเภทของขบเคี้ยว อาหารแห้ง อาหารที่แข็งเหนียวและเคี้ยวยาก อาหารน้ำเงี้ยว อาหารที่ร้อนหรือเย็นเกินไป และอาหารที่มีของเหลวและของแข็งปนกันอยู่ในถ้วยเดียว

3.4.2 จัดทำทางก่อนรับประทานอาหาร (level 4, A) ดังนี้

ก) ผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถนั่งได้ จัดให้เข้าและสะโพกงอเป็นมุม 90 องศา ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ก้มศีรษะเล็กน้อย

ข) ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถนั่งได้ ให้จัดทำศีรษะสูง 60-90 องศา ใช้หมอนหนุนคอและศีรษะให้อยู่ในแนวกลางลำตัว และก้มศีรษะเล็กน้อย

3.4.3 ใช้เทคนิคในการให้อาหาร (level 4, A) ดังนี้

ก) ขจัดสิ่งรบกวน ไม่ชวนคุย และไม่เร่งรัดผู้ป่วยในขณะที่รับประทานอาหาร

ข) การป้อนอาหาร ให้ป้อนคำละน้อย หลีกเลี่ยงการสัมผัสฟัน ไม่ป้อนลึกเกินไป และหากผู้ป่วยมีอาการอัมพาตครึ่งซีกให้วางอาหารด้านที่มีแรง

ค) การกลืน หากพบว่ากลืนช้า ให้กลืนหลายๆ ครั้ง หรือหากพบว่ามี ความผิดปกติของเสียงภายหลังการกลืน ให้ไอหลังกลืน

ง) การดูแลหลังรับประทาน โดยตรวจสอบว่ามีเศษอาหารติดค้างอยู่ในปากหรือไม่ ทำความสะอาดในช่องปาก และให้อยู่ในท่านั่งต่อไปอีก 30-60 นาที

3.4.4 ใช้วิธีทางเลือกเพื่อบำบัดอาการกลืนในผู้ป่วยแต่ละราย ตามคำแนะนำของนักกิจกรรมบำบัด ได้แก่

ก) แนะนำและกระตุ้นให้บริหารริมฝีปาก ลิ้น ขากรรไกร และคอ ในรายที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (level 3c, B)

ข) การใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ (level 3b, B) ได้แก่ supraglottic swallowing โดยกลืนหายใจก่อนกลืน จากนั้นให้กลืน 2 ครั้ง และไอออกอย่างรวดเร็ว modified

supraglottic swallowing โดยหายใจเข้าแล้วกลืนไว้ ป้อนอาหาร กดคางลงแล้วกลืน จากนั้นให้ยกคางขึ้นและไอออกมา และ Mendelson's manoeuvre โดยการยกกล่องเสียงค้างไว้ขณะกลืน

ค) การจัดทำทางขณะกลืน เช่น การกดคางลง (chin down posture) หรือ การหมุนศีรษะ (lateral head rotation) หากมีอาการอัมพาตครึ่งซีก (level 3c, A)

ง) การใช้อุปกรณ์เสริม เช่น แก้วเว้าจมูก และอุปกรณ์ช่วยปิดปาก (level 4, A)

3.4.5 สังเกตและบันทึกปริมาณของการรับประทานอาหารและสารเหลวทางปาก เพื่อให้ได้ตามปริมาณที่ต้องการ (level 3c, A)

3.4.6 ผู้ป่วยสูงอายุที่รับประทานอาหารและสารเหลวทางปากได้ไม่เพียงพอหรือรับประทานได้น้อยกว่าร้อยละ 75 ของปริมาณที่ต้องการต่อวัน ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารและสารน้ำทดแทน (level 4, A)

3.4.7 สังเกตและบันทึกความผิดปกติของการกลืนในขณะรับประทานอาหาร หากมีความผิดปกติหรือมีอาการบ่งชี้ของอาการกลืนลำบาก ให้น้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นพร้อมทั้งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อให้การช่วยเหลือและบำบัดอาการกลืนลำบากอย่างเหมาะสม (level 3c, A)

3.4.8 ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเกี่ยวกับวิถีทางให้ยาที่เหมาะสม เช่น การบดยาเม็ด หรือการแกะแคปซูลยาบางชนิดอาจทำให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไป (level 4, B)

4. การให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบาก

4.1 ให้ความรู้แก่ผู้ ป่วยสูงอายุ และ ครอบครัว เกี่ยวกับ อาการกลืนลำบาก การ จัดเตรียมอาหาร การจัดทำทาง เทคนิคการให้อาหาร การดูแลความสะอาดในช่องปาก และการ จัดการกับการสำลักหรือการขย้อน (level 4, A)

4.2 ให้ความรู้แก่บุคลากร เกี่ยวกับ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของการกลืน ความผิดปกติจากการกลืน อาการแสดงของการกลืนลำบาก การประเมินและการจัดการอาการกลืนลำบาก ได้แก่ การเตรียมอาหาร ภาวะโภชนาการ การจัดทำ และเทคนิคการให้อาหาร (level 4, A)

5. การดูแลต่อเนื่อง

5.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นแล้วพบว่าเสี่ยงต่อการสำลัก หรือสงสัย อาการกลืนลำบาก ให้ส่งต่อนักกิจกรรมบำบัดเพื่อรับการประเมินอาการกลืนลำบากอย่างเต็มรูปแบบ และบำบัดอาการกลืนลำบาก (level 4, A)

5.2 ติดตามอาการกลืนลำบากทุกวันในช่วงสัปดาห์แรก และตรวจเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งบันทึกไว้ในแผนการดูแล (level 3c, A)

5.3 ประเมินภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ โดยเฉพาะในรายที่เสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (level 4, B)

5.4 ฝึกให้ผู้ดูแลและครอบครัวคอยติดตามผลการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และชั่งน้ำหนักผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (level 4, A)

6. การ พัฒนาคุณภาพบริการ

6.1 จัดอบรมพยาบาลให้สามารถใช้เครื่องมือในการประเมินอาการกลืนลำบากตามมาตรฐาน (SSA) ได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ (level 3a, A)

6.2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เจ็บพลันที่มีอาการกลืนลำบาก ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการประเมินทางคลินิก และการจัดการอาการกลืนลำบากอย่างเหมาะสม เช่น การดัดแปลงอาหาร การจัดทำ การป้อนอาหาร การฝึกกลืน และการบริหารกล้ามเนื้อ เป็นต้น (level 3a, A)

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ไปทดลองใช้ แบ่งออกเป็น

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบาก และเป็นผู้ตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีจำนวน 15 คน ประกอบด้วย พยาบาลจำนวน 13 คน และแพทย์ประจำบ้านจำนวน 2 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมตั้งแต่ 1-5 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และทุกคนไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำแนกตามตำแหน่ง เพศ วุฒิการศึกษา
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการอาหารกลิ่นลำบาก
(n=15)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
แพทย์ประจำบ้าน	2	13.3
พยาบาล	13	86.7
เพศ		
ชาย	3	20
หญิง	12	80
วุฒิการศึกษา		
แพทยศาสตรบัณฑิต	2	13.3
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	2	13.3
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	11	73.4
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
1- 5 ปี	9	60.0
6-10 ปี	1	6.7
10-15 ปี	1	6.7
> 15 ปี	4	26.6
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการอาหารกลิ่นลำบาก		
ได้รับการอบรม	0	0
ไม่ได้รับการอบรม	100	100

2.2 ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เป็นรายชื่อ

ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งออกเป็น การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมจำนวน 3 ข้อ การคัดกรองและการประเมินอาการกลืนลำบากจำนวน 5 ข้อ การจัดการอาการกลืนลำบากจำนวน 19 ข้อ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากจำนวน 2 ข้อ การดูแลต่อเนื่องจำนวน 4 ข้อ และการพัฒนาคุณภาพบริการจำนวน 2 ข้อ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 100 จำนวน 19 ข้อ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 93.3 จำนวน 10 ข้อ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 86.7 จำนวน 1 ข้อ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 80 จำนวน 2 ข้อ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 73.3 จำนวน 1 ข้อ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 66.7 จำนวน 2 ข้อ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ จำแนกเป็นรายชื่อ (n =15)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม		
1.1 คัดกรองอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ก่อนให้อาหารและน้ำทุกชนิดทางปาก	14	93.3
1.2 คัดกรองความเสี่ยงทางด้านโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล	12	80.0
1.3 ให้ข้อมูล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลทุกราย พร้อมทั้งให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจในการจัดการอาการกลืนลำบาก	14	93.3
2. การคัดกรองและประเมินอาการกลืนลำบาก		
2.1 คัดกรองอาการกลืนลำบาก ด้วยเครื่องมือในการประเมินการกลืนตามมาตรฐาน (Standardized Swallowing Assessment [SSA]) ประกอบด้วย	12	80.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
<p>ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความรู้สึกตัว และการควบคุมท่าทาง</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การไอ การเปล่งเสียง การกลืนน้ำลาย การใช้ลิ้น และการหายใจ</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบการกลืนน้ำ (Water Swallow Test [WST])</p>		
<p>2.2 วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (pulse oximetry) ทุกครั้ง ขณะการทดสอบการกลืนน้ำ และขณะรับประทานอาหารในรายที่เสี่ยงต่อการสำลัก</p>	15	100
<p>2.3 การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดัชนีมวลกาย กรณีที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงได้ หรือวัดเส้นรอบวงต้นแขน กรณีที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงไม่ได้ - serum albumin และ lymphocyte count - ความสามารถในการรับประทานอาหาร และ - อาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าต้องการพลังงานมากกว่าปกติ <p>เช่น ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการมีภาวะเครียด หากพบความผิดปกติมากกว่า 2 อย่างถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ</p>	14	93.3
<p>2.4 ประเมินความต้องการพลังงานต่อวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อวางแผนการดูแลภาวะโภชนาการในระยะยาว โดยคำนวณจากค่า BMR (Basal Metabolic Rate) และ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บวกเพิ่มร้อยละ 30-40 หากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ - บวกเพิ่มร้อยละ 20-30 หากผู้ป่วยนอนติดเตียง หรือนั่งล้อเข็น 	11	73.3
<p>2.5 สังเกตอาการในขณะที่รับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก และผลกระทบจากอาการกลืนลำบาก ได้แก่ ไอไม่แรง ไอขณะกลืนหรือหลังกลืน เสียงเปลี่ยนหลังกลืน มีเสียงน้ำในคอ</p>	15	100

ตารางที่ 2 (ต่อ)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
พูดไม่ชัด ใช้เวลากินนานกว่าปกติ และค่าความอึดตัวของออกซิเจนลดลงมากกว่าร้อยละ 2		
3. การจัดการอาการกลืนลำบาก		
3.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการประเมินทุกขั้นตอน ให้เริ่มรับประทานอาหารได้ตามแพทย์สั่ง โดยปฏิบัติตามดังนี้		
3.1.1 สังเกตและบันทึกปริมาณของการรับประทานอาหารและน้ำทางปาก เพื่อให้ได้ตามปริมาณที่ต้องการต่อวัน	15	100
3.1.2 สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของการกลืน อย่างน้อยภายใน 24-48 ชั่วโมง หากมีความผิดปกติของการกลืน ให้งดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก พร้อมทั้งปรึกษาหรือส่งต่อนักกิจกรรมบำบัด	14	93.3
3.2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ผ่านการประเมินขั้นตอนที่ 1 หรือไม่ตื่น ทำตามคำบอกไม่ได้ และ/หรือทรงตัวอยู่ในท่านั่งไม่ได้ ให้ปฏิบัติตามดังนี้		
3.2.1 งดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก และประเมินซ้ำทุกวัน	10	66.7
3.2.2 ประเมินภาวะโภชนาการภายใน 24-48 ชั่วโมง หากพบว่ามีภาวะโภชนาการต่ำให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารทดแทนภายใน 24-72 ชั่วโมง และหากมีภาวะโภชนาการปกติพิจารณาให้อาหารทดแทนภายใน 5-7 วัน	15	100
3.2.3 หากประเมินแล้วเห็นว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางนานมากกว่า 4-6 สัปดาห์ ให้ปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพิจารณาใส่ Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG)	14	93.3
3.3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ผ่านการประเมินขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 หรือสงสัยว่ามีอาการกลืนลำบาก ให้ปฏิบัติตามดังนี้		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
3.3.1 งดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก และส่งต่อนักกิจกรรมบำบัดเพื่อประเมินซ้ำ	13	86.7
3.3.2 ประเมินภาวะโภชนาการภายใน 24-48 ชั่วโมง หากพบว่ามีภาวะโภชนาการต่ำให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารทดแทนภายใน 24-72 ชั่วโมง และหากมีภาวะโภชนาการปกติพิจารณาให้อาหารทดแทนภายใน 5-7 วัน	15	100
3.3.3 หากประเมินแล้วเห็นว่าจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางนานมากกว่า 4-6 สัปดาห์ ให้ปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพิจารณาใส่ Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG)	14	93.3
3.4 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อไปยังนักกิจกรรมบำบัด และพิจารณาแล้วเห็นควรให้รับประทานอาหารดัดแปลงได้ ให้ปฏิบัติดังนี้		
3.4.1 ดูแลให้ได้รับอาหารและสารเหลวดัดแปลงตามคำแนะนำของนักกิจกรรมบำบัด ได้แก่	15	100
ก) ดัดแปลงอาหารให้มีลักษณะเป็นเนื้อเดียวกัน มีความชุ่มชื้น เคี้ยวและกลืนง่าย เช่น กล้วยบด ฟักทองบด และ โจ๊กข้น		
ข) ดัดแปลงสารเหลวตามความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย		
ค) หลีกเลี่ยงอาหารประเภทของขบเคี้ยว อาหารแห้ง แข็ง เหนียวและเคี้ยวยาก อาหารน้ำเงี้ยว อาหารที่ร้อนหรือเย็นเกินไป และอาหารที่มีช่องเหลวและของแข็งปนกันอยู่ในถ้วยเดียว		
3.4.2 จัดท่าทาง ก่อนรับประทานอาหาร ดังนี้	15	100
ก) ผู้ป่วยที่สามารถนั่งได้ จัดให้เข้าและสะโพกงอเป็นมุม 90 องศา ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ก้มศีรษะเล็กน้อย		
ข) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถนั่งได้ ให้จัดท่าศีรษะสูง 60-90 องศา ใช้หมอนหนุนคอและศีรษะให้อยู่แนวกลางลำตัว และก้มศีรษะลง		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
3.4.3 ใช้เทคนิคในการให้อาหาร ดังนี้	15	100
ก) จัดสิ่งแวดล้อม ไม่ชวนคุย และไม่เร่งรัดผู้ป่วยในขณะที่รับประทานอาหาร		
ข) การป้อนอาหาร ให้ป้อนคำละน้อย หลีกเลียงการสัมผัสฟัน ไม่ป้อนลึกเกินไป และหากผู้ป่วยมีอาการอัมพาตครึ่งซีกให้วางอาหารด้านที่มีแรง		
ค) การกลืน หากพบว่ากลืนช้า ให้กลืนหลายๆ ครั้ง หรือหากพบว่ามีความผิดปกติของเสียงภายหลังการกลืน ให้ไอหลังกลืน		
ง) การดูแลหลังรับประทาน โดยตรวจสอบว่ามีเศษอาหารติดค้างอยู่ในปากหรือไม่ ทำความสะอาดในช่องปาก และให้อยู่ในท่านั่งต่อไปอีก 30-60 นาที		
3.4.4 ใช้วิธีทางเลือกเพื่อบำบัดอาการกลืนในผู้ป่วยแต่ละราย ตามคำแนะนำของนักกิจกรรมบำบัด ได้แก่		
ก) แนะนำและกระตุ้นให้บริหารริมฝีปาก ลิ้น ขากรรไกร และคอ ในรายที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน	14	93.3
ข) การใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ ได้แก่	10	66.7
- supraglottic swallowing โดยกลืนหายใจก่อนกลืน จากนั้นให้กลืน 2 ครั้ง และไอออกอย่างรวดเร็ว		
- modified supraglottic swallowing โดยหายใจเข้าแล้วกลืนไว้ ป้อนอาหาร กดคางลงแล้วกลืน จากนั้นให้ยกคางขึ้นและไอออกมา		
- Mendelson's manoeuvre โดยการยกกล่องเสียงค้างไว้ขณะกลืน		
ค) การจัดทำทางขณะกลืน เช่น การกดคางลง (chin down posture) หรือการหมุนศีรษะ (lateral head rotation) หากมีอาการอัมพาตครึ่งซีก	14	93.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ง) การใช้อุปกรณ์เสริม เช่น แก้วเว้าจุ่ม และอุปกรณ์ช่วย ปิดปาก	15	100
3.4.5 สังเกตและบันทึกปริมาณของการรับประทานอาหาร และสารเหลวทางปาก เพื่อให้ได้ตามปริมาณที่ต้องการ	15	100
3.4.6 ผู้ป่วยสูงอายุที่รับประทานอาหารและสารเหลวทาง ปากได้ไม่เพียงพอ หรือรับประทานได้น้อยกว่าร้อยละ 75 ของ ปริมาณที่ต้องการต่อวัน ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหาร และสารน้ำทดแทน	15	100
3.4.7 สังเกตและบันทึกความผิดปกติของการกลืนในขณะ รับประทานอาหาร หากมีความผิดปกติหรือมีอาการบ่งชี้ของอาการ กลืนลำบาก ใ้ห้ดื่มน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก ให้การช่วยเหลือ เบื้องต้นพร้อมทั้งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อให้การช่วยเหลือและ บำบัดอาการกลืนลำบากอย่างเหมาะสม	15	100
3.4.8 ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเกี่ยวกับวิถีทางให้ยาที่ เหมาะสม เช่น การบดยาเม็ด หรือการแกะแคปซูลยาบางชนิดอาจ ทำให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลงไป	15	100
4. การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบาก โดย		
4.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับ อาการกลืน ลำบาก การจัดเตรียมอาหาร การจัดทำทาง เทคนิคการให้อาหาร การดูแลความสะอาดในช่องปาก และการจัดการกับการสำลักหรือ การขย้อน	15	100
4.2 ให้ความรู้แก่บุคลากร เกี่ยวกับ กายวิภาคศาสตร์และ สรีรวิทยาของการกลืน ความผิดปกติจากการกลืน อาการแสดงของ การกลืนลำบากการประเมินและการจัดการอาการกลืนลำบาก ได้แก่ การเตรียมอาหาร ภาวะโภชนาการ การจัดทำ และเทคนิคการ ให้อาหาร	15	100

ตารางที่ 2 (ต่อ)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
5. การดูแลต่อเนื่อง		
5.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นแล้วพบว่าเสี่ยงต่อการสำลัก หรือสงสัยอาการกลืนลำบาก ให้ส่งต่อนักกิจกรรมบำบัด เพื่อรับการประเมินอาการกลืนลำบากอย่างเต็มรูปแบบ และบำบัดอาการกลืนลำบาก	15	100
5.2 ติดตามอาการกลืนลำบากทุกวันในช่วงสัปดาห์แรก และตรวจเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งบันทึกไว้ในแผนการดูแล	14	93.3
5.3 ประเมินภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ โดยเฉพาะในรายที่เสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	15	100
5.4 ฝึกให้ผู้ดูแลและครอบครัวคอยติดตามผลการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และชั่งน้ำหนักผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	15	100
6. การพัฒนาคุณภาพบริการ		
6.1 จัดอบรมพยาบาลให้สามารถใช้เครื่องมือในการประเมินอาการกลืนลำบากตามมาตรฐาน (SSA) ได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ	15	100
6.2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีอาการกลืนลำบาก ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการประเมินทางคลินิก และการจัดการอาการกลืนลำบากอย่างเหมาะสม เช่น การตัดแปรงอาหาร การจัดทำ การป้อนอาหาร การฝึกกลืน และการบริหารกล้ามเนื้อ เป็นต้น	14	93.3

2.3 ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ต่อความ เป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในภาพรวม

ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกร้อยละ 86.7 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความสะดวกในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจนในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 มีความคิดเห็นว่าข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจได้ง่าย มีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ และพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 46.7 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงานในระดับมาก และระดับปานกลาง เท่าๆ กัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในภาพรวม ($n = 15$)

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. ความสะดวก	2 (13.3)	13 (86.7)	0
2. ความชัดเจน	5 (33.3)	10 (66.7)	0
3. สามารถนำไปปฏิบัติได้	6 (40.0)	8 (53.3)	1 (6.7)
4. ประโยชน์ต่อหน่วยงาน	7 (46.7)	7 (46.7)	1 (6.7)
5. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจได้ง่าย	5 (33.3)	9 (60.0)	1 (6.7)
6. การระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์	5 (33.3)	9 (60.0)	1 (6.7)
7. ความพึงพอใจ	6 (40.0)	9 (60.0)	0

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การจัดการอาการกลืนลำบาก ในผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษานำเสนอการ อภิปรายผลใน 2 ประเด็น คือ 1) ลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ และ 2) ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ไปใช้ ดังนี้

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่

ผู้ศึกษาแบ่งการอภิปรายลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ เป็น 2 ประเด็น คือ ลักษณะทั่วไปของแนวปฏิบัติทางคลินิก และกระบวนการพัฒนาและการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ดังนี้

1.1 ลักษณะทั่วไปของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ลักษณะทั่วไปของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ได้รับการสังเคราะห์ขึ้นโดยครอบคลุม 6 องค์ประกอบ อ้างอิงตามมาตรฐานของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประเทศสหรัฐอเมริกา (JCAHO, 2001) ประกอบด้วย 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การคัดกรองและการประเมินอาการกลืนลำบาก 3) การจัดการอาการกลืนลำบาก 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบาก 5) การดูแลต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ

เนื้อหา สาระ ของแนวปฏิบัติทางคลินิกได้พัฒนามาจากหลักฐาน ที่ผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Pearson, Field, & Jordan, 2007) จำนวน 19 ฉบับ ประกอบด้วย งานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 1 ฉบับ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 3 ฉบับ งานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 5 ฉบับ งานวิจัยเชิงสำรวจจำนวน 4 ฉบับ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ฉบับ ซึ่งทำให้ข้อเสนอแนะที่ปรากฏในแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่อยู่ในระดับ 2 ถึงระดับ 4 ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ประกอบกับมีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) พัฒนาโดยสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด โภชนากร และพยาบาล และมีการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ จึงทำให้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ฟองคำ ติลกสกุลชัย (2549) ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี มีคุณภาพจะต้องพัฒนาอย่างเป็นระบบ ถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ และต้องพัฒนามาจากกลุ่มซึ่งมีผู้แทนที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย รวมทั้งผู้ป่วยด้วย แม้ว่าการศึกษารุ่นนี้ ผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สีกตัว และมีภาวะพึ่งพา จึงไม่สะดวกที่จะให้เข้าร่วมเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาและทีมได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยให้สิทธิผู้ป่วยทุกคนที่จะได้รับการประเมิน การจัดการอาการกลืนลำบาก และให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลและฝึกทักษะแก่ญาติในการประเมินความผิดปกติ และการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบากอย่างเพียงพอ

1.2 กระบวนการพัฒนา และการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

ผู้ศึกษาดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ โดยเริ่มต้นจากการกำหนดประเด็น จากปัญหาที่พบบ่อย มีการปฏิบัติที่หลากหลาย และมีความเสี่ยงสูงในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น จึงต้องการปรับปรุงคุณภาพการดูแล และหน่วยงานมีความเห็นพ้องที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และกำหนดทีมพัฒนาจากสาขาวิชาชีพ โดยคัดเลือกจากคุณสมบัติ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบาก เพื่อสามารถจัดการกับอาการกลืนลำบากอย่างได้ผล และครอบคลุม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนากร และผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษาหรือนักกิจกรรมบำบัด (Morris, 2006; Terrado, Russel, & Bowman, 2001) ซึ่งผู้ศึกษาได้รับความร่วมมือจากทีมพัฒนาทุกคนเป็นอย่างดี เนื่องจากทุกคนเห็นความสำคัญของปัญหา และความจำเป็นในการที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบาก เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จากนั้น จึงได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ตามขั้นตอน การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ประกอบด้วย 1) การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และกำหนดขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การคัดเลือกและแต่งตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) การกำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย 4) การกำหนดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 5) การทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) การยกร่างหรือการสังเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิก 7) การจัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8) การจัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข 9) การจัดทำรายงานรูปแบบของแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับยกร่าง 10) การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 11) การประเมินเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้เชี่ยวชาญ และนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 12) การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วม ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือ และมีประสิทธิผล โดยเฉพาะขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมนั้นต้องมาจากหลักฐานที่ดีที่สุด และมีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548; ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) ซึ่งการสืบค้น และการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกระบวนการที่ใช้เวลา ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เวลา 3 เดือน ในการทบทวน วิเคราะห์ และประเมินคุณค่าของหลักฐานจากหลักฐานทั้งหมด 51 ฉบับ ให้เหลือเพียง 19 ฉบับ และสกัดข้อมูลจากหลักฐานงานวิจัยที่เลือกสรร รวบรวมเป็นข้อเสนอแนะที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วจึงยกร่างเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกลืนลำบาก โดยการบูรณาการจากข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด และการตัดสินใจจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล และอาจารย์กิจกรรมบำบัด ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกด้านการวิจัย และมีความเป็นเลิศในทฤษฎีเฉพาะสาขา ซึ่งถือว่าการควบคุมคุณภาพภายนอก และเป็นขั้นตอนสำคัญของการศึกษาเชิงพัฒนา (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) เพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจในการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และมีการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งซึ่งส่งเสริมการเผยแพร่ และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (NHMRC, 1998) และนำผลของการทดลองใช้ และการเสวนาแนวปฏิบัติจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก มาเป็นข้อเสนอแนะสู่การนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อให้สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้จริง และมีประสิทธิผล

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ ไปใช้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จากแบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ ดังแสดงใน ตารางที่ 2 และ 3 ซึ่งอภิปรายผล ได้ดังนี้

2.1 ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นรายชื่อ

ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 15 คน มีความคิดเห็นว่าข้อเสนอแนะมีความ เป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากกว่าและเท่ากับร้อยละ 80 จำนวน 32 ข้อ มีเพียง 3 ข้อที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทางคลินิกมีความคิดเห็นว่าข้อเสนอแนะมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 80 ซึ่ง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1.1 ข้อเสนอแนะ ข้อ 2.4 การประเมินความต้องการพลังงานต่อวันของผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกราย โดยคำนวณจากค่า BMR (Basal Metabolic Rate) มีความ เป็นไปได้ในทางปฏิบัติร้อยละ 26.7 เนื่องจากเป็นสิ่งใหม่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จึงใช้ เวลาในการคำนวณนาน และต้องใช้น้ำหนัก ส่วนสูงในการคำนวณ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยื่นชั่งน้ำหนัก ไม่ได้ และในหน่วยงานยังไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยที่นอนบนเตียง ดังนั้น จึงต้องใช้วิธี ประเมินการ หรือซักถามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย จากญาติและผู้ใกล้ชิดเพื่อให้ได้ค่าที่ใกล้เคียงที่สุด จากการเสวนาภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติ มีข้อตกลงให้คงข้อนี้ไว้เพื่อเป็นประโยชน์ในการที่ จะช่วยในการคำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยควรจะได้รับต่อวัน และช่วยวางแผนในการจัดเตรียมอาหาร หรือให้สารอาหารทดแทน กรณีที่ผู้ป่วยได้รับทางปากไม่เพียงพอ

2.1.2 ข้อเสนอแนะข้อ 3.2.1 การงดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก และประเมิน ซ้ำทุกวัน ผู้ป่วยไม่ผ่านการประเมินในขั้นตอนที่ 1 หรือไม่คืน ทำตามคำบอกไม่ได้ และไม่สามารถ ทรงตัวอยู่ในท่านั่งได้ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ร้อยละ 33.3 ซึ่งข้อมูลจากแบบสอบถาม ความเป็นไปได้ แนะนำให้ประเมินซ้ำทุก 3 วัน แต่จากการเสวนาแนวปฏิบัติแล้วยังให้คงข้อปฏิบัติ นี้ไว้โดยให้ประเมินซ้ำทุกวัน เนื่องจากการผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท ต้องได้รับการประเมินระดับความรู้สึกตัวอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมงอยู่แล้ว ส่วนการประเมินการควบคุมท่าทาง แนะนำให้ประเมินในขณะที่ทำความสะอาด ร่างกายให้ผู้ป่วย ซึ่งกระทำอยู่แล้วทุกวัน ในช่วงเช้า เพื่อลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน

2.1.3 ข้อเสนอแนะข้อ 3.4.4 (ข) การใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ ได้แก่ subglottic swallowing, modified supraglottic swallowing และ Mendelson's manoeuvre มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ร้อยละ 33.3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 100 ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการกลืนลำบากมาก่อน และความรู้ที่ได้รับจากการอบรมความรู้ก่อนนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความรู้ทางทฤษฎี และใช้เวลาเพียง 90 นาที จึงยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละรายที่มีลักษณะของอาการกลืนลำบากแตกต่างกันได้ ซึ่งจากการเสวนาแนวปฏิบัติภายหลังการทดลองใช้ เห็นว่าควรเพิ่มระยะเวลาในการจัดอบรมความรู้ และฝึกทักษะเพิ่มเติมในเรื่องดังกล่าวให้แก่ พยาบาล หรือผู้ใช้แนวปฏิบัติ

2.2 ความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในภาพรวม

จากการสอบถามผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในภาพรวม ในเรื่องความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ แนวปฏิบัติมีความชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติสามารถเข้าใจง่าย มีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ และมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลในแต่ละประเด็น ดังนี้

2.2.1 ความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ พบว่า ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 86.7 และระดับมาก ร้อยละ 13.3 อภิปรายได้ว่า การจัดอบรม การจัดเตรียมอุปกรณ์ และเอกสารต่างๆ ได้แก่ แก้วและช้อนชา สำหรับทดสอบการกลืนน้ำ แก้วเว้าจมูก แผ่นผังแสดงขั้นตอนในการจัดการอาการกลืนลำบาก แบบประเมินอาการกลืนลำบาก แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบบันทึกการรับประทานอาหารทางปาก แผ่นพับเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก และแผ่นพับเรื่องการบริหารริมฝีปากและลิ้น อาจยังไม่เพียงพอ เนื่องจากในเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติบางข้อยังไม่มีความสะดวกในการนำไปใช้ ได้แก่ การคำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยควรจะได้รับต่อวัน ซึ่งเป็นสิ่งใหม่สำหรับพยาบาล จึงยังไม่สามารถจดจำสูตรในการคำนวณได้ ทำให้รู้สึกไม่สะดวกในการนำไปปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตาม จากการเสวนาภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีความคิดเห็นว่า ควรเน้นย้ำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเห็นถึงความจำเป็นในการติดตามภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

2.2.2 ความสะดวกของแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบาก มีความชัดเจนระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และระดับมาก ร้อยละ 33.3 อภิปรายได้ว่า ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติบางข้อต้องอาศัยทักษะและความชำนาญ เช่น การคัดกรองอาการกลืนลำบาก ซึ่งผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่สามารถ

ตัดสินใจได้ถึงลักษณะของความผิดปกติที่ควรส่งต่อนักกิจกรรมบำบัด และการจัดการอาการกลืนลำบากโดยใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ ซึ่งไม่แน่ใจว่าควรใช้เทคนิควิธีใด เป็นต้น จากการเสวนาภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติ ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีความคิดเห็นว่า ควรให้มีการฝึกทักษะ และฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความชัดเจนในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในการปฏิบัติดังกล่าวมากขึ้น

2.2.3 ความสามารถนำไปปฏิบัติได้ ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการกลืนลำบาก สามารถนำไปปฏิบัติได้ในระดับน้อยร้อยละ 6.7 ระดับปานกลางร้อยละ 53.3 และระดับมากร้อยละ 40 เนื่องจาก ขั้นตอนปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ จึงรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงมากเกินไป อย่างไรก็ตาม มีบางข้อที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่ายากต่อการปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินความต้องการพลังงานต่อวัน การฝึกกลืน และการใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ ซึ่งจากการเสวนาทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีความคิดเห็นว่าข้อเสนอแนะการปฏิบัติดังกล่าวมีความจำเป็นจึงให้คงไว้ แต่ควรมีการฝึกฝนเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชำนาญ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

2.2.4 แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีประโยชน์ในระดับน้อยร้อยละ 6.7 ระดับปานกลาง และระดับมากเท่ากัน คือ ร้อยละ 46.7 เนื่องจาก แม้จะเห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย และรับประทานอาหารได้มากขึ้น แต่ผลที่ได้ไม่ค่อยชัดเจน และเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น ในการศึกษาของลินและคณะ (Lin, Wang, Chen, Wang, Chen, & Wu, 2003) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากจำนวน 35 ราย ใช้โปรแกรมในการจัดการอาการกลืนลำบาก ระยะเวลา 8 สัปดาห์ จึงจะเกิดประสิทธิผล และการศึกษาของคาร์นابیและคณะ (Carnaby, Hankey, & Pizzi, 2006) ซึ่งแบ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการกลืนลำบากตามมาตรฐานเป็นระยะเวลา 1 เดือน และติดตามผลของผู้ป่วยที่สามารถรับประทานอาหารธรรมดาในระยะเวลาจนถึง 6 เดือน ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยทุกรายที่สามารถกลับมารับประทานอาหารธรรมดาได้ภายใน 6 เดือน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการกลืนลำบากตามมาตรฐานสามารถกลับมารับประทานอาหารธรรมดาได้มากกว่า และใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมื่อได้รับการรักษาจนพ้นระยะวิกฤตแล้ว ส่วนใหญ่มักได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการจัดการเตียงที่เหมาะสม จึงอาจทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติไม่เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนในระยะเวลาดังกล่าว

2.2.5 ข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจได้ง่าย พบว่า ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจได้ง่ายในระดับน้อยร้อยละ 6.7 ระดับปานกลางร้อยละ 60 และระดับมากร้อยละ 33.3 เนื่องจากข้อปฏิบัติส่วนใหญ่ใช้ภาษาที่ไม่ซับซ้อน ตรงไปตรงมา และสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที นอกจากนี้ ยังได้จัดทำแผนผังแสดงขั้นตอนในการจัดการอาการกลืนลำบาก เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติบางข้อ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ และต้องทำความเข้าใจเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง เช่น การคัดกรองอาการกลืนลำบาก การฝึกกลืน และการใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ เป็นต้น

2.2.6 แนวปฏิบัติมีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่า มีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ในระดับน้อยร้อยละ 6.7 ระดับปานกลางร้อยละ 60 และระดับมากร้อยละ 33.3 อภิปรายได้ว่า แม้จะมีการจัดการอาการกลืนลำบากออกเป็นส่วนๆ ตามขั้นตอนของการคัดกรองและการประเมินอาการกลืนลำบาก ซึ่งมี 3 ขั้นตอน และในแต่ละขั้นตอนได้แบ่งการจัดการออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ผ่านการประเมินหรือไม่พบความผิดปกติ และส่วนที่ไม่ผ่านการประเมินหรือสงสัยว่าผู้ป่วยสูงอายุมีอาการกลืนลำบาก แต่อย่างไรก็ตาม ก็ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ทั้งหมด เนื่องจากมีบางสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ เช่น ลักษณะความผิดปกติบางอย่างที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติไม่แน่ใจว่าควรประเมินต่อ หรือควรปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อการจัดการที่เหมาะสม หรือควรตัดสินใจให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ เป็นต้น ซึ่งจากการเสวนาของผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีความคิดเห็นว่า ความไม่แน่ใจดังกล่าวเกิดจากการมีความรู้ไม่เพียงพอ รวมทั้งขาดทักษะในการประเมินความผิดปกติของอาการกลืนลำบาก จึงต้องการการฝึกทักษะเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความชำนาญ และสามารถตัดสินใจให้การดูแลทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

2.2.7 ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 60 และ มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 40 เนื่องจากข้อปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ เพียงแต่เลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง และเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเพียงเล็กน้อย ก็สามารถช่วยป้องกันการสำลัก หรือผลกระทบจากอาการกลืนลำบากได้ ผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ กล่าวว่า เป็นความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้การแก้ปัญหาในการกลืนของผู้ป่วยตั้งแต่เบื้องต้น และอาจช่วยป้องกันการผลกระทบที่จะตามมาจากอาการกลืนลำบากได้ ขณะที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติบางคนเห็นว่า ข้อปฏิบัติบางข้อมีความยุ่งยาก และต้องใช้เวลาอาจต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมจึงจะสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ เช่น การประเมินอาการกลืนลำบาก การประเมินภาวะโภชนาการและความต้องการพลังงาน และการใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ เป็นต้น