

ประสบการณ์การใช้ชีวิตกับภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Experiences of Living with Dysphagia in Stroke Patients

อภิญา ถิ่นเดิม^{1*} อุดมศรี เดชแสง² และจุฬารณย์ เหตุทอง³Apinya Thindoem^{1*}, Udomsri Dechsang², and Julaporn Hetthong³¹ โรงพยาบาลกำแพงเพชร อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000² โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110³ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านควนปอม อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง 93170¹ Kamphaengphet Hospital, Mueang District, Kamphaengphet Province. 62000² Hatyai Hospital, Hatyai District, Songkhla Province. 90110³ Bankhuanpom Queen Sirikit Health Center, Pabon District, Phatthalung Province. 93170

* Corresponding Author: อภิญา ถิ่นเดิม E-mail: apinyayha@gmail.com

Received : 7 September 2025

Revised : 16 October 2025

Accepted : 31 October 2025

บทคัดย่อ

ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อกิจกรรมประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ที่มีปัญหาในการกลืนจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะสำลักและอาจนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา การรวบรวมข้อมูลดำเนินการด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้ง 12 ราย โดยคัดเลือกวิธีการแบบเจาะจง ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการเก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อค้นพบจากการศึกษาพบประสบการณ์การใช้ชีวิตกับภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ประเด็น คือ (1) ภาวะกลืนลำบาก: ความทุกข์ที่ลึกซึ้งและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว (2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนจากหน่วยงาน (3) การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในสังคม และ (4) อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าข้อมูลสามารถนำไปใช้ในการวางแผนนโยบายด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก นอกจากนี้ควรพัฒนาบริการในชุมชนพร้อมช่องทางให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการฟื้นฟู โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย ความพร้อมและศักยภาพของครอบครัวรวมทั้งทรัพยากรของหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้การฟื้นฟูมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การฟื้นฟูในชุมชน ประสบการณ์ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกลืนลำบาก

Abstract

Dysphagia is a common complication among stroke patients. This condition affects daily activities and quality of life. Individuals with swallowing difficulties are at increased risk of aspiration and may develop aspiration pneumonia. This qualitative study aimed to explore the experiences of stroke patients living with dysphagia in a hospital in Songkhla Province, Southern Thailand. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews with two groups of stakeholders: patients and caregivers, totaling 12 participants, selected using

purposive sampling. Interviews continued until data saturation was achieved, and the data were analyzed using content analysis. The study findings revealed four themes regarding the experience of living with dysphagia among stroke patients: (1) dysphagia as profound suffering and a cause of changes in family life, (2) family involvement and organizational support, (3) restoration of identity and social roles, and (4) obstacles to rehabilitation among dysphagia patients. The findings suggest that the data can inform policy development for stroke patients with dysphagia. Additionally, community services should be developed, along with telephone or application-based counseling, to increase the continuity and effectiveness of rehabilitation, and be based on consideration of the individual needs of patients, the readiness and capabilities of their families, and the resources of healthcare facilities to ensure effective and sustainable rehabilitation outcomes.

Keywords: Community-based rehabilitation, Patient experience, Stroke patients, Dysphagia

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและพิการในประชากรทั่วโลก รายงานจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World stroke organization) พบว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ราว 12 ล้านราย ในจำนวนนี้ 6.5 ล้านรายเสียชีวิต และอีก 100 ล้านราย มีประสบการณ์โรคหลอดเลือดสมองในชีวิตของตนเอง [1] สำหรับประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 349,126 ราย มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10.0 และอัตราการพิการ ร้อยละ 60.0 โดยส่วนใหญ่ของผู้เสียชีวิตมีอายุไม่เกิน 70 ปี [2] จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สร้างภาระต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข การทำความเข้าใจและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ [1, 2]

ภาวะกลืนลำบากเป็นภัยคุกคามของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย การดำเนินชีวิต การมีส่วนร่วม และการเข้าสังคม อาการกลืนลำบากพบได้มากถึงร้อยละ 50 – 80 ในช่วง 2 - 4 สัปดาห์แรกหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเฉียบพลันพบได้สูงถึงร้อยละ 65.0 [3] ประเทศไทยพบความชุกผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 30.0 [4] ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะกลับมารับประทานอาหารได้เองภายใน 2 - 4 สัปดาห์ และร้อยละ 11.0 - 50.0 จะคงภาวะกลืนลำบากยาวนานเกินกว่า 6 เดือน กลุ่มผู้ป่วยที่คงภาวะกลืนลำบากยาวนานเกินกว่า 1 ปี มีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารทางสายไปตลอดชีวิต [5] ภาวะกลืนลำบากมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางด้านโครงสร้างกายวิภาคและความผิดปกติของกลไกการทำงานจากระบบประสาทส่วนกลางหรือส่วนปลายส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการเคี้ยว คลุกเคล้าอาหาร การส่งอาหารไปยังคอหอยล่าช้า ความบกพร่องในกลไกป้องกันระบบทางเดินหายใจ เกิดอาการไอ สำลัก เสียงพลาเครือ อาหารย้อนกลับมาทางจมูก และหลุดส่วนต้นของกระเพาะอาหารไม่เปิด [6] ผลกระทบด้านสุขภาพที่สำคัญของการกลืนลำบาก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ และภาวะโภชนาการที่ไม่เพียงพอ [6, 7] รวมถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนและกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ที่สามารถพัฒนาเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตได้ [8, 9] ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากอาจสูญเสียบทบาททางครอบครัวและสังคม สูญเสียรายได้ ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยผู้ป่วยจำนวนมากต้องการกลับไปรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวและเพื่อนตามปกติ แต่เมื่อมีอาการมักรู้สึกอึดอัดหากต้องร่วมโต๊ะอาหาร ส่งผลให้การออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านหรืองานสังสรรค์ลดลง [10-12]

ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากควรได้รับการฟื้นฟูทันทีเมื่ออาการโรคหลอดเลือดสมองคงที่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการกลับมารับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ ผู้ป่วยในเขตเมืองมักเข้าถึงบริการฟื้นฟูได้ต่อเนื่อง แต่บางรายยังประสบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยปรับตัว สนับสนุนการฝึกกลืน และจัดสิ่งแวดล้อมให้อาหารให้เหมาะสมตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ [4, 13-15] หลักฐานจากงานวิจัยชี้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์สำคัญต่อความสำเร็จของการฝึกกลืน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนมักปฏิบัติตามแบบฝึกหัดได้สม่ำเสมอ และมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น [16, 17] อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยจำนวนมากขาดการติดตามจากทีมฟื้นฟู ส่งผลให้บทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลยิ่งมีความสำคัญในการกระตุ้นและดูแลการฝึกกลืน ปัญหาที่พบในการดูแล ผู้ดูแลบางรายจะเผชิญอุปสรรคในการฟื้นฟู เช่น ขาดความมั่นใจ ความรู้ ความต่อเนื่อง รวมถึงจำกัดจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเอง [9, 10, 13, 17] ดังนั้นการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็น

โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ให้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกครอบคลุมทั้งโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีหน่วยบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลืนลำบากรองรับผู้ป่วย จากสถิติงานกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้รับบริการกลืนลำบากทั้งสิ้น 254 ราย เป็นผู้รับบริการภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 83.0 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากยาวนานเกินกว่า 6 เดือน ร้อยละ 25.5 และมากถึงร้อยละ 76.0 กลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวที่บ้าน มีเพียงร้อยละ 24.0 ที่ถูกส่งไปฟื้นฟูสภาพต่อยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง [18] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการดูแลและฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้านและกลับไปอยู่ในชุมชน ปัญหาการดูแลผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากในชุมชน อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระของครอบครัว การศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากยังมีข้อมูลจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศและมุ่งเน้นเพียงช่วงเวลา 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค ไม่พบการศึกษาในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในระยะยาวหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ซึ่งเป็นช่วงที่การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพลดลง และภาระการดูแลตกอยู่กับครอบครัวอย่างมาก [4, 8, 10, 11] ดังนั้น งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและนำผลไปออกแบบบริการฟื้นฟูที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ได้บูรณาการประยุกต์แนวคิดจากกรอบ Biopsychosocial-spiritual model, Family-centered care model และ Continuity of care model เพื่ออธิบายประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากแบบองค์รวมใน 3 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคล เพื่อเข้าใจผลกระทบของภาวะกลืนลำบากต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) ระดับครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจบทบาทการรับรู้ และภาระของครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย 3) ระดับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเข้าใจการเชื่อมโยงและความต่อเนื่องของการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในชีวิตประจำวันที่มาใช้บริการฟื้นฟูสภาพทางการกลืน ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลจากความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) จาก 2 กลุ่มหลัก คือ 1) ผู้ป่วย โดยได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองและการวินิจฉัยรองภาวะกลืนลำบาก มีอาการกลืนลำบากมาไม่น้อยกว่า 1 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ 2) ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากอย่างน้อย 1 เดือน และมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม ถูกแนะนำโดยนักกิจกรรมบำบัดประจำหน่วยบริการกลืนลำบากของโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ประเมินและติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการกลืนของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้รับรายชื่อเบื้องต้นและเป็นผู้ติดต่อเชิญผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา รวมทั้งขอความยินยอมอย่างเป็นทางการก่อนเริ่มการสัมภาษณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และแนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแนวคำถามปลายเปิด มีคำถามหลัก คำถามรอง และคำถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง ประเด็นคำถามครอบคลุมประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การรับรู้ภาวะกลืนลำบาก 2) ผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์จิตใจ 3) การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคม 4) การปรับตัวและการจัดการชีวิตประจำวัน 5) ประสบการณ์กับระบบสุขภาพและการฟื้นฟู 6) ความต้องการและอุปสรรคของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert validation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความชัดเจนของคำถาม ปรับปรุงเครื่องมือจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทดลองใช้เครื่องมือสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงจริง จำนวน 1 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจและความชัดเจนของคำถาม ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

4. การรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 14 ครั้ง ครั้งละ 40 - 60 นาที ในผู้ป่วย จำนวน 6 ราย และผู้ดูแล จำนวน 6 ราย บางรายมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2564 สถานที่ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ห้องกิจกรรมบำบัด ห้องประชุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ และบ้านของผู้ป่วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยบันทึกเสียง (Audio recording) ด้วยโทรศัพท์มือถือผ่านความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเสียงจากการสัมภาษณ์ถูกถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) โดยผู้ร่วมวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องเทียบกับไฟล์เสียงต้นฉบับ รวมทั้งตรวจสอบซ้ำ (Cross-check) จากผู้วิจัย ไฟล์เสียงและเอกสารถอดเทปทั้งหมดถูกจัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์มีรหัสผ่านป้องกัน มีการใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อปกปิดตัวตนและรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 5 ปี หลังสิ้นสุด

การวิจัยจะถูกกลบและทำลายอย่างถาวร ในรายงานการวิจัยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลจะถูกแทนด้วยรหัส เพื่อรักษาความลับและป้องกันการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อกระบวนการ ได้แก่ ผู้วิจัยให้อิสระแก่ผู้เข้าร่วมในการให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย การจัดสภาพแวดล้อมการสัมภาษณ์ให้มีความเป็นส่วนตัว ปราศจากเสียงรบกวน และเอื้อต่อการสื่อสารอย่างเป็นธรรมชาติ มีการสร้างสัมพันธภาพที่เป็นมิตรและเคารพซึ่งกันและกัน เช่น การจัดทำนั่งในระดัเดียวกัน การใช้ภาษาสุภาพ เข้าใจง่าย และการตั้งคำถามแบบกึ่งโครงสร้างเพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสะท้อนประสบการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาจากการสัมภาษณ์กลับไปยังผู้ให้ข้อมูลทันทีหลังการสนทนา เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ตรงกัน และผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้งเพื่อประเมินว่ามีข้อมูลหรือประเด็นใหม่เกิดขึ้นหรือไม่ จนกระทั่งข้อมูลเริ่มซ้ำและไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม จึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูลเมื่อถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation)

ตารางที่ 1 ตารางสรุปการเก็บข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล	บทบาท	จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์	ระยะเวลา (นาที)	วันที่สัมภาษณ์	สถานที่สัมภาษณ์
P1	ผู้ป่วย	1	55	20 มิ.ย. 2563	บ้านผู้ป่วย
P2	ผู้ป่วย	1	48	5 ก.ค. 2563	บ้านผู้ป่วย
P3	ผู้ป่วย	2	44, 52	13, 28 ส.ค. 2563	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
P4	ผู้ป่วย	1	53	15 ก.ย. 2563	ห้องประชุม หน่วยบริการปฐมภูมิ
P5	ผู้ป่วย	1	50	3 พ.ย. 2563	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
P6	ผู้ป่วย	1	55	25 ม.ค. 2564	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
C1	ผู้ดูแล	1	60	20 มิ.ย. 2563	บ้านผู้ป่วย
C2	ผู้ดูแล	1	58	5 ก.ค. 2563	บ้านผู้ป่วย
C3	ผู้ดูแล	1	40	28 ส.ค. 2563	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
C4	ผู้ดูแล	1	60	15 ก.ย. 2563	ห้องประชุม หน่วยบริการปฐมภูมิ
C5	ผู้ดูแล	2	40, 50	3, 10 พ.ย. 2563	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
C6	ผู้ดูแล	1	48	28 ม.ค. 2564	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลถูกแจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละ ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถูกวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจบริบท แยกหน่วยความหมาย (Meaning units) ทำการย่อหน่วย (Condensation) และตั้งรหัส (Coding) เพื่อแทนความหมายหลักของข้อมูล รหัสที่มีความคล้ายคลึงกันถูกจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ย่อย (Sub-theme) และจัดระบบต่อเป็นหมวดหมู่หลัก (Themes) ที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่มีความเหมือนกันถูกจัดรวมไว้ด้วยกัน ส่วนข้อมูลที่แตกต่างกันจะถูกจัดกลุ่มใหม่ตามบริบทและความหมาย สรุปความตามประเด็นและเขียนคำบรรยายอย่างเป็นระบบตามเนื้อหาที่ปรากฏโดยละเอียด

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยตรวจสอบซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) และการหารือกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) เพื่อตรวจสอบรหัสและการวิเคราะห์ประเด็นหลักให้เกิดความสม่ำเสมอและลดอคติของผู้วิจัย และความมั่นคงของผลการวิจัย (Dependability) ทำโดยการจัดทำบันทึกขั้นตอนการวิเคราะห์ (Audit trail) เพื่อให้กระบวนการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา และสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ การวิเคราะห์ทั้งหมด ความเป็นกลางตรวจสอบได้ (Confirmability) ทำได้โดยแยกมุมมองส่วนตัว

ของผู้วิจัยออกจากข้อมูล ผู้วิจัยใช้การตั้งรหัสด้วยวิธี Manual กำหนดรหัสและเปรียบเทียบผลการให้รหัสร่วมกับผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์เพื่อสร้างความสม่ำเสมอ (Intercoder reliability)

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือช่วงอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 33.3 และกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 16.7 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกลืนลำบากส่วนใหญ่อยู่ในระยะเวลาภายใน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 33.3 ระดับอาหารตาม FOIS score อยู่ในระดับรับประทานทางปาก จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 และรับประทานอาหารทางสาย ร้อยละ 33.3 การรับบริการฝึกกลืนมารับบริการฝึกกลืนที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและฝึกกลืนพร้อมแพทย์นัด เท่ากันที่ร้อยละ 50.0 บทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่ มีบทบาทเป็นมารดา และแม่บ้าน ร้อยละ 50.0 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 33.3 และเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.7

ส่วนผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 และเพศชาย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.32 ขณะที่ช่วงอายุ 21 – 30 ปี, 31 – 40 ปี, 41 – 50 ปี, และ 61 – 70 ปี มีจำนวนเท่ากันคือช่วงละ ร้อยละ 16.7 และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าเป็นบุตรและสามีภรรยา อย่างละร้อยละ 50.0

การสรุปประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อค้นพบในประเด็นหลักและประเด็นย่อย

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
ภาวะกลืนลำบาก : ความทุกข์ที่ลึกซึ้งและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ความทุกข์จากการกินอาหารไม่ได้ - ภาวะกลืนลำบากเปลี่ยนชีวิตของครอบครัว
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนจากหน่วยงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวช่วยฝึกกินอย่างปลอดภัย - กระบวนการฟื้นคืนสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - การคืนสู่บทบาทเดิม - การคืนสู่ความสัมพันธ์ทางสังคม
อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก	<ul style="list-style-type: none"> - อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและผู้ดูแล - อุปสรรคด้านระบบสุขภาพและบุคลากร

ประเด็นหลักที่ 1 : ภาวะกลืนลำบาก : ความทุกข์ที่ลึกซึ้งและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว เป็นผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณความเป็นมนุษย์ แสดงให้เห็นถึงภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและครอบครัวในมิติของสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1.1 : ความทุกข์จากการกินอาหารไม่ได้ เป็นความรู้สึกด้านลบหรือความทุกข์ใจที่เกิดจากความสามารถในการกลืนอาหารลดลงหรือไม่สามารถกินอาหารตามปกติได้ ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเจ็บปวดขณะรับประทานอาหาร ความทรมานเมื่อเกิดการสำลัก ไร้ความสุขกับการรับรสชาติ และเกิดความทุกข์ที่ต้องใช้ชีวิตไม่เหมือนบุคคลอื่น ได้แก่

กินเหมือนไม่ได้กิน ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย รู้สึกว่าการรับประทานอาหารทางสายเป็นการกินที่ไม่รู้สึกว่าได้กินอาหารตามปกติ แม้ว่าทางกายภาพร่างกายจะได้รับพลังงาน สารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอทางสายให้อาหาร แต่กลับไม่รู้สึกอิ่มท้องเหมือนไม่ได้กินอะไร ผู้ป่วยหลายรายมองว่าการกินผ่านสายว่าเป็นกระบวนการ

ที่ขาดความสุข ไม่ก่อให้เกิดความพึงพอใจหรืออึดอัดใจ เนื่องจากไม่มีการเคี้ยวหรือการรับรสอาหารผ่านช่องปาก ผู้ป่วยยังคงมีความรู้สึกอยากอาหารและกระหายน้ำอยู่ตลอดเวลา และมักแสดงพฤติกรรมร้องขออาหารจากผู้ดูแลเป็นประจำ จึงกลายเป็นช่วงเวลาแห่งความทุกข์ในช่วงมื้ออาหาร ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “ไม่มีรสชาติ กินเหมือนไม่ได้กิน กินทางจมูกไม่ผ่านปาก ไม่มีความสุขขณะกิน” P1

ความเจ็บปวดของมนุษย์ ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย กล่าวถึงความเจ็บปวด อึดอัด และไม่สบายตัวจากการที่ร่างกายต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัดในการรับประทานอาหารและของเหลวจากการใส่สาย ในบางรายส่งผลต่อการสื่อสาร มีอาการเสียงแหบหรือเสียงขึ้นจมูกร่วมด้วย เมื่อถึงเวลาที่จะต้องเปลี่ยนสายให้อาหาร ผู้ป่วยหลายรายแสดงพฤติกรรมต่อต้าน หลีกเลียง หรือขัดขืนการใส่สาย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “เวลากินก็ปวดเพราะมีสายวางอยู่ ปวดในคอ เลยไม่อยากใส่สาย มีแต่ความทรมาน” P1 ส่วนสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทางจิตใจ เช่น เครียด กังวลใจ อารมณ์หงุดหงิด กลัวการสำลักหรือหายใจไม่ออก ทำให้ผู้ป่วยต้องระมัดระวังและใช้เวลานานในการกินแต่ละคำ ผู้ป่วยสูงอายุหลายรายที่การรับรู้ดีหรือกลุ่มที่พูดคุยสื่อสารได้ตามปกติจึงเลือกปฏิเสธกลับไปใส่สายเนื่องจากไม่อยากทรมานกับความเจ็บปวดขณะใส่สาย เลือกวิธีที่จะกินทางปากอย่างอดทน และยอมรับความเสี่ยงที่จะเกิดการสำลักขึ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “พอสายหลุด จะพาไปโรงพยาบาล แก (ผู้ป่วย) บอกไม่ไป ไปก็อดตาย ไม่ได้กินอะไร ทรมาน อยู่แบบกินทางสาย” C1

ไม่เหมือนมนุษย์ ผู้ดูแล 4 ราย กล่าวถึงรูปลักษณ์ภายนอกของผู้ป่วยที่มีสายวางให้อาหารว่าแตกต่างจากบุคคลทั่วไป การลดลงของน้ำหนักตัวและความซบเซมจากภาวะขาดสารอาหารทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมองว่าสายให้อาหารเป็นสิ่งแปลกปลอมที่ร่างกายไม่ได้สร้างขึ้นตามธรรมชาติ และเปรียบเสมือนส่วนเกินของร่างกายที่ส่งผลต่อสภาพลักษณะ แม้ในช่วงบั้นปลายชีวิต ผู้ดูแลหลายรายยังให้ความสำคัญต่อประเด็นนี้ โดยเชื่อว่าการถอดสายให้อาหารก่อนเสียชีวิตเป็นสิ่งที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “คุณพ่อใส่สายอาหารทางจมูกเหมือนมิงวง สายระโยงระยางไปหมด” C1, และ “การคาสายเป็นอะไรที่น้ำกลัว มุมมองที่มันผิดปกติกินได้ทางปากเป็นจิตวิญญาณของการเป็นมนุษย์จะตายก็อยากให้ครบ” C6

ประเด็นย่อยที่ 1.2 : ภาวะกลืนลำบากเปลี่ยนชีวิตของครอบครัว การกลืนลำบากส่งผลโดยตรงต่อบทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัว วิธีชีวิตความเป็นอยู่ต้องปรับเปลี่ยนไป การดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากไม่ได้จำกัดอยู่ในขอบเขตของการให้อาหารหรือการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเท่านั้น แต่ครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านของชีวิต ดังนี้

ภาระของการดูแลในโรคที่เป็น ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึงความรับผิดชอบหรือสิ่งที่ต้องแบกรับของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยแบบใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวทั้งที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน อาทิ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร รวมถึงญาติที่มีได้อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ต่างผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มกลับมาพักฟื้นที่บ้าน หน้าที่ในการดูแลจะตกอยู่กับสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมกันเป็นหลัก โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตรต้องปรับตารางชีวิตเพื่อรองรับภารกิจใหม่ที่เพิ่มขึ้นในชีวิตประจำวัน หน้าที่ของผู้ดูแลครอบคลุมหลายด้าน เช่น การดูแลสุขอนามัยในช่องปาก การจัดหา เตรียมอาหาร รวมถึงการจดบันทึกตรงตามมือ และการทำความสะอาดอุปกรณ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทุกขั้นตอน รวมถึงการดูแลความปลอดภัยขณะรับประทานอาหาร นอกจากนี้ หน้าที่ของผู้ดูแลยังครอบคลุมถึงการพาผู้ป่วยไปรับบริการทางการแพทย์ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “พาไปหาหมอทุกเดือน กินต้องนั่งเฝ้า กลัวสำลัก การดูแลทุกอย่างเพราะพ่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้” C4

ภาระทางการเงินที่ถาโถมสู่ครอบครัว ผู้ป่วย 3 ราย และผู้ดูแล 5 ราย กล่าวถึงความยากลำบากของครอบครัวที่เผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากความจำเป็นในการจัดหาอาหารเฉพาะทาง ทั้งรูปแบบอาหารทางสายและอาหารฝึกกลืนทางปาก ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันสูงขึ้น ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลรายวันหรือรายเดือน ผู้ป่วยหลายรายอยู่ในวัยสูงอายุไม่มีรายได้ทำให้แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายมาจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบางรายมีเงินออมจากการทำงาน

ก่อนหน้าจำเป็นต้องนำเงินดังกล่าวมาใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “เราหารายได้คนเดียว แต่ค่าใช้จ่ายเยอะมาก ค่าอาหารที่พอกินไม่เหมือนคนอื่น” C1, และ คำบอกเล่าของผู้ป่วย “ป้ามีเงินเก็บจากการขายของ เอาเงินส่วนนั้นมารักษาตัว จ้างลูกหลานมาช่วยกันดู” P3

การเปลี่ยนแปลงในวิถีการทำงานของครอบครัว ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะหน้าที่การทำงาน สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยทำงานและเป็นครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ คู่สมรสหรือบุตร ต้องปรับเปลี่ยนตารางชีวิต และภาระหน้าที่เดิมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด หลายครอบครัวต้องปรับลักษณะการทำงาน เช่น ทำงานจากที่บ้าน ลดชั่วโมงการทำงาน หรือยุติอาชีพเสริม และงานนอกบ้านชั่วคราวหรือถาวร ผู้ดูแลบางรายที่กำลังศึกษาหรือประกอบอาชีพที่ไม่เอื้อต่อการลาหยุดบ่อยครั้ง อาจจำเป็นต้องหยุดเรียน หยุดงานหรือแม้กระทั่งลาออกจากงาน สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่ครอบครัวต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “หนูต้องลาออกจากงานมาดูแลแม่ พยายามหางานออนไลน์ทำแทน” C5

ภาวะที่บั่นทอนสุขภาพและความสัมพันธ์ ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึงการประสบปัญหาทางสุขภาพร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ เนื่องจากต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยควบคู่กับภารกิจในชีวิตประจำวัน เวลาพักผ่อนที่ลดลงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคประจำตัว อาจเกิดการกำเริบหรือเจ็บป่วยเพิ่มเติม ในระยะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกร่างกายหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลต้องดูแลใกล้ชิดและตอบสนองต่ออารมณ์ของผู้ป่วยที่มักแสดงถึงความหงุดหงิดหรือฉุนเฉียวจากความไม่สบายกายและการสูญเสียความสามารถเดิม ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความอ่อนล้า และภาวะทุกข์ทางจิตใจที่สะสมต่อเนื่อง อีกทั้งบทบาทการดูแลที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น การเกิดความขัดแย้ง การแบ่งหน้าที่ไม่ชัดเจน หรือการปฏิเสธความรับผิดชอบ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “ผมเครียดมากกว่าเขา (ผู้ป่วย) ไหนจะเรื่องงาน ไหนจะเรื่องเขาด้วย นอนก็ไม่หลับ ต้องดูแลเขา 24 ชั่วโมง” C4, และ “ป้าก็ป่วย หลังจากดูแลลุง (ผู้ป่วย) ได้ 6 เดือน ตอนนี้นำก็อ่อนแรงครึ่งซีก” C2

ประเด็นหลักที่ 2 : การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนจากหน่วยงาน เมื่อคนในครอบครัวเผชิญกับภาวะกลืนลำบาก ผู้ดูแลจึงปรับตัวเพื่อเรียนรู้กับอาการของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจในตัวโรคปรับเปลี่ยนร่วมมือกันดูแลบุคคลที่ป่วยและได้รับการดูแลฟื้นฟูสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 2.1 : ครอบครัวช่วยฝึกกินอย่างปลอดภัย ครอบครัวร่วมดูแลจัดการอาหารและการจัดหาอุปกรณ์ รวมทั้งปรับวิธีการกิน ให้ผู้ป่วยกลืนอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะกลืนอาหาร ได้แก่

การจัดการอาหาร ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึงการช่วยกันดูแลอาหารสำหรับผู้ป่วย รวมถึงจัดหาวัตถุดิบที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ป่วย โดยเริ่มจากการปรับอาหารให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการสำลักและให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยปรับตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล และปรับตามประสบการณ์เดิมในอดีตของตนเอง เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ดูแลจึงได้รับคำแนะนำให้ปรับอาหารเริ่มฝึกกินอาหารปั่นละเอียดทางปาก ตามด้วยบดละเอียด ต่อด้วยอาหารอ่อนนุ่ม ส่วนเนื้อสัตว์ยังคงไว้เรื่องการทำให้ نرمง่ายต่อการบดเคี้ยว นำมาปรุงโดยการต้มให้นุ่มและบดสับให้ละเอียด ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “ป้ากินข้าวยังไม่ปกติ ข้าวก็ปั้น ต้มเปื่อย ๆ เอาข้าวท่อนเล็ก ๆ มาต้ม เอาผักมาต้ม ต้มปลา หมู ไก่ ยังบดอยู่” P3 ส่วนผลไม้เลือกรับประทานเนื้อสุกนิ่ม เลี่ยงรับประทานผลไม้ที่มีน้ำมากโดยตรง ใช้การปรับเนื้อให้ชื้น ปั่นละเอียดเป็นเนื้อเดียวกัน “กินมะละกอสุก กล้วยก็ชอบ ส้มป้าก็บิบนาน้ำมาทำน้ำปั่น น้ำชมพูปั่น” C2 นอกจากนี้ การวางแผนมื้ออาหารล่วงหน้า ในกลุ่มที่ประกอบอาหารด้วยตนเองช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและจัดการเวลาได้เป็นอย่างดี ผู้ดูแลจะทำตารางอาหารประจำวันและสอบถามความต้องการจากผู้ป่วย วางแผนการจับจ่ายอาหาร โดยวัตถุดิบหลักซื้อแบบรายเดือน เช่น ข้าวสาร ส่วนอาหารประเภทของสด ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่ วางแผนเป็นรายสัปดาห์ ในบางวันจะผลิตอาหารหรือซื้ออาหารไว้ตั้งแต่ช่วงเช้าของวันและแบ่งไว้อุ่นรับประทานในมื้อถัดไป ผู้ดูแล

ที่ไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ จะสั่งอาหารจากร้านอาหารที่ไว้ใจได้และนำส่งถึงบ้าน ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “ไปซื้อของสดบ้างหนึ่ง สามถึงสี่วัน หลัก ๆ จะเลือกซื้อปลา ผัก ผลไม้ ส่วนข้าวซื้อมาเดือนละครั้ง แบ่งหุงแบ่งต้มเอา” C5

การป้องกันการล้าจากการกิน ผู้ดูแล 5 จาก 6 ราย กล่าวถึง คนในครอบครัวช่วยดูแลวิธีรับประทานอาหาร โดยปรับท่าทางการกลืนและการจัดหาอุปกรณ์ เพื่อให้เกิดการกลืนที่ปลอดภัย ดังนี้ การปรับรูปแบบและท่าทางการรับประทานอาหาร การฝึกรับประทานอาหารทางปากในช่วงแรกต้องรับประทานอาหารอย่างช้า คำเล็ก หากรับประทานได้ไม่มากให้เพิ่มมื้ออาหารให้ถี่ขึ้น รับประทานในท่านั่ง ก้มหน้าเล็กน้อยขณะกลืน ผู้ดูแลจะสำรวจอาหารที่ค้างอยู่ในช่องปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “ใช้เวลากินข้าวสักยี่สิบนาทีได้ ค่อย ๆ กินไป กินช้า ๆ คำเล็ก ๆ รอจังหวะก้มหน้ากิน” P3 การเตรียมอุปกรณ์ ผู้ป่วยมักประสบปัญหาการดื่มน้ำในปริมาณมากและเกิดอาการล้า ผู้ดูแลใช้วิธีการจัดหาดัดแปลงอุปกรณ์โดยใช้ประสบการณ์เดิมมาปรับใช้ เช่น ขวดนม ขวดน้ำดื่มหนักกีฬา หลอดดูดขนาดเล็ก ซ้อนกาแฟ และดวงปริมาณให้ผู้ป่วยดื่มให้เพียงพอวัน ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “ผมใช้ขวดน้ำนักกีฬา ปากขวดเล็กลง ดื่มไม่ล้า” C4 การดูแลอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ผู้ดูแลจะต้องดูแลเรื่องความสะอาดของอุปกรณ์ที่ใช้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ฆ่าเชื้อด้วยการนึ่งหรือต้ม ก่อนใช้ต้องฆ่าเชื้อด้วยแอลกอฮอล์ จัดวางในกล่องเพื่อป้องกันการใช้งานและแยกไม่ให้ปนเปื้อนกับบุคคลในบ้าน

ประเด็นย่อยที่ 2.2 : กระบวนการฟื้นคืนสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลไปจนถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติได้อย่างปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

การฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ผู้ดูแล 5 ราย ให้ข้อมูลความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ตั้งแต่การรักษานในหอผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน การฟื้นฟูยังคงดำเนินการต่อผ่านบริการผู้ป่วยนอก โดยนัดหมายเข้ารับการฝึกเฉพาะราย ความถี่ในการเข้ารับบริการแตกต่างกันตั้งแต่สัปดาห์ละ 1 – 3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหาเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อนสูง เช่น ผู้ที่มีอาการสำลักน้ำลายตลอดเวลา กลืนลำบากอย่างรุนแรง ถือเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการฟื้นฟูด้วยความถี่สูงและต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เฉพาะทาง นักกิจกรรมบำบัดจะพิจารณาการใช้เครื่องกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าบริเวณกล้ามเนื้อกลุ่มการกลืน ควบคุมไปกับการบริหารกล้ามเนื้อ การฝึกรับประทานอาหารทางปาก และการปรับรูปแบบอาหารให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “นักกิจกรรมบำบัดนัดที่สัปดาห์ละ 3 วัน ที่มาฝึก มาติดเครื่องกระตุ้นกลืน ไม่เคยขาดนัด จนตอนนี้จะ 4 เดือนแล้ว จากกลืนไม่ได้ กลืนไม่ลงเลย ตอนนี้เริ่มกินได้” P4

การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ดูแล 4 ราย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลในชุมชน เมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน และถูกจำหน่ายกลับไปเยี่ยมชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงดำเนินการผ่านระบบการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพในพื้นที่จะทำหน้าที่ติดตามผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการฟื้นฟู ณ โรงพยาบาลได้ในช่วง 6 เดือนแรกหลังจำหน่าย ทีมเยี่ยมบ้านจะเข้าติดตามอย่างสม่ำเสมอในกรณีที่เหลือทุกสองสัปดาห์ การดูแลเบื้องต้นด้านการกลืนในบริบทชุมชนดำเนินการโดยนักกายภาพบำบัดและพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการฟื้นฟูการกลืน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความซับซ้อนต่ำ โดยการบริหารกล้ามเนื้อ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ รวมถึงดูแลเปลี่ยนสายให้อาหาร ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “ไปที่โรงพยาบาลตามนัดบ่อย ๆ ไม่ได้ ทางมันไกล ต้องรอเขามาเยี่ยม มาบ่อย 2 สัปดาห์มาครั้ง เป็นพยาบาลหมอนักกายภาพ” C1

ประเด็นหลักที่ 3 : การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในสังคม เป็นความต้องการของผู้ป่วยในการกลับไปใช้ชีวิตเหมือนก่อนป่วย เพื่อคืนสู่บทบาทเดิมในครอบครัว ชีวิตส่วนตัว และสังคม ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 3.1 : การคืนสู่บทบาทเดิม ผู้ป่วยจำนวนมากปรารถนาจะกลับไปปฏิบัติตามบทบาทเดิมที่ตนเคยทำในชีวิตประจำวันในสถานการณ์ทางสังคมอย่างอิสระ โดยเฉพาะในบริบทของหน้าที่และความรับผิดชอบที่เคยดำรงมาก่อนช่วงเจ็บป่วย ได้แก่

การกลับไปสู่บทบาทในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วย 5 ราย กล่าวถึง ความต้องการหลังจากหายเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวมีความต้องการกลับมาทำหน้าที่ในฐานะผู้นำและดูแลรับผิดชอบด้านต่าง ๆ เช่นเดิม ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยเป็นมารดาหรือภรรยา แสดงความมุ่งหวังจะกลับมาดูแลกิจกรรมภายในบ้าน อาทิ การจัดเตรียมอาหาร การจับจ่ายซื้อของ และการดูแลความเป็นอยู่ของบุตรหลาน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุต้องการกลับไปใช้เวลาอย่างมีคุณค่าร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนความต้องการเชิงจิตใจและความผูกพันทางครอบครัว มีผลต่อความรู้สึกมีความหมายและศักดิ์ศรีในชีวิต ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “*ไม่คิดว่าอยากตาย ไม่เคยท้อ อยากให้ได้อยู่ได้เห็นโลกภายนอกแบบนี้ อยากจะทำอะไรสักอย่างเพื่อลูกหลาน*” P1

การกลับไปทำงานเพื่อความหมายในชีวิต ผู้ป่วย 4 ราย กล่าวถึง ความต้องการที่จะกลับไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองและบุคคลในครอบครัว การกลับเข้าสู่กระบวนการทำงานไม่เพียงแต่ตอบสนองต่อความต้องการทางเศรษฐกิจ หากยังสำคัญในการฟื้นฟูความรู้สึกว่าตนเองยังสามารถเป็นผู้มีคุณค่า การมีส่วนร่วมในอาชีพช่วยให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอีกครั้ง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่เคยค้าขายแสดงความต้องการจะกลับไปประกอบอาชีพ แม้จะลดระยะเวลาหรือภาระงานลงเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ แต่ยังคงเลือกทำงานต่อไปโดยไม่ต้องเป็นภาระแก่บุตรหลาน ไม่ถูกจำกัดให้ดำรงชีวิตอยู่เพียงในบทบาทของผู้รับการดูแลเท่านั้น ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “*อยากหายแล้ว ถ้าอดสายเราอยากกลับไปขายของ ไม่ขายเยอะ ขายขนมเล็ก ๆ มีแค่กระเพาะใบเดียว*” P3, และ “*อยากกลับไปทำงาน ไม่อยากเป็นภาระ เราดูไม่มีคุณค่า*” P5

ประเด็นย่อยที่ 3.2 : การคืนสู่ความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ป่วยต้องการกลับไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามวิถีปกติของชีวิตประจำวัน ดังนี้

การกลับมามีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว ผู้ป่วย 3 ราย กล่าวถึงการอยากกลับไปร่วมกิจกรรมในครอบครัว ผู้ป่วยจำนวนมากมักถูกแยกหรือแยกตัวออกจากครอบครัวหรือรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว เนื่องจากความกังวลต่อการสำลัก ความรู้สึกอับอายหรือการมองว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น ผู้ป่วยอยากกลับมาเข้าร่วมสังสรรค์กับครอบครัวได้อีกครั้ง ไม่เพียงแต่เป็นกระบวนการทางโภชนาการ หากยังสะท้อนถึงการฟื้นฟูความสัมพันธ์ ความผูกพัน และการตระหนักถึงคุณค่าของการเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกันในชีวิตประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษของครอบครัว ทั้งในมิติการรับประทานอาหารและในพิธีกรรมสัญลักษณ์ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “*เวลากินเขาก็แยกจัดอาหารเฉพาะเรากิน อยากไปนั่งพร้อมเขา*” P4, และ “*อยากจัดงานวันเกิด เป่าเค้ก กินเค้กกับลูก*” P6

การฟื้นคืนความมั่นใจในตนเองและการสร้างปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วย 5 ราย กล่าวถึงการมีสายให้อาหารทางจมูกถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น และส่งผลกระทบต่อความมั่นใจของผู้ป่วยในการเผชิญหน้ากับสังคม สายให้อาหารที่ปรากฏภายนอกร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างจากผู้อื่นและไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ การใช้สายให้อาหารยังมีข้อจำกัดหลายประการในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจำนวนมากแสดงความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการสำลักต่อหน้าผู้อื่น ความไม่มั่นคงของสายซึ่งอาจเลื่อนหลุดระหว่างการเคลื่อนไหว และการเผชิญกับสายตาของบุคคลภายนอกที่อาจทำให้รู้สึกอับอาย ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยจึงเลือกใช้วิธีการปกปิดหรืออำพรางสายให้อาหารเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยอย่างชัดเจนในที่สาธารณะ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “*วันก่อนไปช่วยเพื่อนขายของ เอาสายใส่ในแมส (หน้ากากอนามัย) ไม่มีใครรู้ ซ่อนไว้*” P3 นอกจากนี้ ผู้ป่วยหลายรายยังแสดงความต้องการที่จะกลับมาทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การจับจ่ายซื้อของในตลาดหรือห้างสรรพสินค้า การพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูง รวมถึงการท่องเที่ยว

โดยไม่ต้องเป็นภาระให้แก่ผู้อื่นในเรื่องการดูแลหรือการจัดการอาหารในแต่ละมื้อ “แม่ (ผู้ป่วย) แค่อยากไปคุยไปเที่ยวกับเพื่อน เขานั่งกินกัน เราก็นั่งคุย ถ้าหายจะไปกินกาแฟกัน ชวนกันไว้แล้วไปร้องคาราโอเกะ” P5

ประเด็นหลักที่ 4 : อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก เป็นปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ขัดขวางต่อการฟื้นฟูความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือระบบสนับสนุนด้านบริการสุขภาพ ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 4.1 : อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและผู้ดูแล ในบริบทของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก อุปสรรคประเภทนี้หมายถึง ปัจจัยที่มาจากความสามารถ ทักษะ สภาพจิตใจ และทรัพยากรของครอบครัวหรือผู้ดูแล ได้แก่

ขาดความรู้หรือทักษะ ผู้ดูแล 4 ราย กล่าวถึง ครอบครัวและผู้ดูแลมักเผชิญปัญหาการขาดความรู้ในการจัดเตรียมอาหารดัดแปลง เช่น การปรับเนื้อสัมผัส การทำให้อาหารมีความชื้นหนืดที่เหมาะสมหรือการจัดท่าทางในการป้อนอาหาร ซึ่งความไม่เข้าใจดังกล่าวส่งผลให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และบางครั้งอาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เช่น การให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเปล่าโดยตรงจากแก้วในปริมาณมากจนสำลัก ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “เรียนที่โรงพยาบาลจำได้ไม่หมด กลับมาก็แถม (พยายาม) ทำเอา...บางทีกินไปหมัก (สำลัก) ไป แค้น (ผืน) กินไป” C2

ความเครียดทางอารมณ์ ผู้ดูแล 5 ราย กล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากในชีวิตประจำวันสร้างภาระทางอารมณ์แก่ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างมาก ทั้งความวิตกกังวลว่าจะเกิดการสำลัก ความกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ รวมถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าและหมดกำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธอาหารที่ถูกปรับลักษณะแล้ว การต้องปรับพฤติกรรมการกินทั้งครอบครัวเพื่อให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยที่เพิ่มความตึงเครียดความกดดันหรือความหงุดหงิดในครอบครัว อาจลดการสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “พี่ก็เครียด เราดูแลคุณพ่อตลอดเวลา เกือบ 6 เดือน เวลาแกคือ แก่ดิ่งสาย เราก็ดูว่าดูพุดจาไม่ดีใส่ จะชวนฝึกก็ไม่เอา ก็ไม่ต้องฝึก พอเราเบาโกรธเราก็ไปขอโทษเขา” C1

อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึง หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่จำกัดการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบครัวและผู้ดูแลต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงอาหารดัดแปลงหรือสูตรเฉพาะโรค และต้องปรับอาหารที่ใช้รับประทานร่วมกันในครอบครัวให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อประหยัดวัตถุดิบ ผู้ดูแลยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล การใช้บริการรถเข็นหรือรถรับส่ง รวมถึงเวลาที่ผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยไปฝึกกลืน การพึ่งพาการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลจึงไม่สะดวกหรือไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลบางครอบครัวจึงเลือกฝึกกลืนทางปากที่บ้านด้วยตนเอง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “แม่เป็นไต ต้องเป็นสูตรเฉพาะโรค ราคาหลักพัน จะซื้อมาตุ๋นก็ทำไม่ได้” C5

ประเด็นย่อยที่ 4.2 : อุปสรรคด้านระบบสุขภาพและบุคลากร เป็นข้อจำกัดหรือความไม่เพียงพอของโครงสร้างบริการสุขภาพ ทรัพยากร บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ และการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องหรือมีประสิทธิภาพ ได้แก่

ขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ผู้ดูแล 5 ราย กล่าวถึงความกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกลจากโรงพยาบาลหลัก มักประสบกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะการขาดแคลนนักกิจกรรมบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางไปรับบริการยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลในเขตเมือง การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนจึงอาศัยการติดตามอาการและการดูแลเบื้องต้นโดยทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ ปรับบทบาทและหน้าที่ ตัวอย่างเช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย ซึ่งทำหน้าที่ร่วมกันในการดูแล ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยในลักษณะทดแทนการขาดแคลนนักกิจกรรมบำบัด อาจจะไม่สามารถทดแทนในกรณีที่ซับซ้อนได้โดยตรงทั้งหมด ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “นักกิจกรรมบำบัดฝึกกลืน ต้องเดินทางไปฝึก ไกลไปไม่ได้ อยากให้เขามาฝึกที่หน่วยใกล้ ๆ บ้าน” C2

ขาดช่องทางการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงง่าย ผู้ดูแล 3 ราย ให้ข้อมูลในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักประสบกับความไม่แน่ใจ มีข้อสงสัยเกี่ยวกับกระบวนการดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกังวลเหล่านี้มักถูกเก็บไว้รอสอบถามในวันนัดพบแพทย์ครั้งถัดไป ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแลและการพลาดโอกาสสำคัญในการฟื้นฟู หรือแม้กระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ การที่ผู้ดูแลไม่สามารถตัดสินใจหรือจัดการสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างทันท่วงที สะท้อนถึงความจำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลและคำปรึกษาทางสุขภาพที่มีความรวดเร็วและหลากหลายรูปแบบ ผู้ดูแลจึงต้องการช่องทางการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพที่สะดวกต่อการเข้าถึง ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การฝึกปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “*ต้องการคำแนะนำ คำถามจะเกิดตอนกลับบ้าน เราจะจัดการอย่างไรต่อ อยากให้มีช่องทางการปรึกษา*” C5

ขาดแคลนอาหารที่ปลอดภัยและเหมาะสม ผู้ดูแลทุกรายสะท้อนความยากลำบากในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับภาวะกลืนลำบาก อาหารเหล่านี้มักไม่มีจำหน่ายตามร้านทั่วไป และการทำเองต้องใช้เวลาและความรู้เฉพาะทาง ผู้ป่วยต้องการเข้าถึงร้านค้าที่สะดวก ปลอดภัย และราคาอย่าแพง ในประเภทอาหารปั่นทางสายยาง ผู้ป่วยต้องเดินทางไปซื้ออาหารในโรงพยาบาลหรือร้านค้าในตัวเมืองซึ่งมีระยะทางมากกว่า 20 กิโลเมตร และส่วนใหญ่มีราคาแพง หากจะซื้อมาตุ๋นไว้จะเกินกำลังด้านการเงิน ส่วนการประกอบอาหารทางสายด้วยตนเองสร้างความยุ่งยากและใช้เวลาในปรุง นอกจากนี้ยังต้องการอาหารฝึกกลืนทางปากในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มฝึกกลืนทางปาก ญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีประกอบอาหารเองให้มีความหนืดข้นตามคู่มือญาติบางรายมีข้อจำกัดในการประกอบอาหาร เช่น เป็นผู้สูงอายุ เป็นผู้ป่วยอ่อนแรง เป็นเด็ก ต้องสั่งซื้อรายวันจากร้านขายอาหารเข้าในชุมชน และใช้วิธีอุ่นรับประทาน เกิดปัญหาเรื่องความชื้นหนืดของอาหารไม่ได้มาตรฐานตามระดับการกลืนของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “*ผูก (ปั่นโต) ลิบวันทำร้อย ลิ้นเปลือง เราทำเองมันลำบากถึงพอเราเป็น (ป่วย) กัน (ญาติผู้ดูแลหลักป่วยเป็น Stroke) สับหมูยังไม่ซับ (ถนงค์) มีอนี้ก็ไม่ซับ*” C2

อภิปราย

ประเด็นหลักที่ 1 ภาวะกลืนลำบาก : ความทุกข์ที่ลึกซึ้งและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว อธิบายได้ว่า การรับประทานอาหารทางสายเป็นความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว มุมมองการได้รับอาหารผ่านทางสายให้อาหารเป็นเพียงการป้อนอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างจำกัดผ่านความเจ็บปวดและไม่เหมือนมนุษย์ ประเด็นกินเหมือนไม่ได้กิน อธิบายภายใต้กรอบแนวคิด Biopsychosocial-spiritual model ในมิติทางชีวภาพ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความไม่สบายตัว สูญเสียการรับรสชาติที่เคยเป็นกิจกรรมพื้นฐานของชีวิต ในมิติทางจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตนและความสุขในการกิน อันเป็นกิจกรรมที่เคยเชื่อมโยงกับความพึงพอใจและความปกติในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bushuven and et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยมองว่ารสชาติและความพึงพอใจในการกินเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่ดี การได้รับสารอาหารทางสายเป็นการกินที่ถูกจำกัดความสุขและความเพลิดเพลิน แต่จำเป็นต้องกินเพื่อให้ชีวิตอยู่รอด [9] ประเด็น ไม่เหมือนมนุษย์ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองว่ารูปลักษณ์ภายนอกของผู้ป่วยไม่เหมือนคนปกติ ภายใต้มิติทางจิตวิญญาณ การมีสายให้อาหารติดตัวเป็นสิ่งที่ไม่มองเห็นและสัมผัสได้อย่างเป็นรูปธรรม บ่งชี้ให้คนรอบข้างรับรู้ถึงความเจ็บป่วยโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมองว่าการกินทางปากได้เป็นเรื่องจิตวิญญาณที่มนุษย์ทุกคนต้องมี สอดคล้องกับงานวิจัย Carlsson and et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการมีสายให้อาหารทำให้ผู้ป่วยไม่เหมือนมนุษย์ เนื่องจากการมีสายให้อาหารติดตัวตลอดเวลาทำให้รู้สึกต่างจากคนทั่วไปและเหมือนเครื่องจักรที่ต้องได้รับอาหารผ่านท่อ [19] และการศึกษาของ Brotherton and et al. (2019) พบว่าผู้ป่วยรู้สึกอับอายจากรูปลักษณ์ภายนอกที่เปลี่ยนไปทำให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์และการรับรู้คุณค่าตนเองลดลงอย่างต่อเนื่อง [20] ยังพบการศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีการให้อาหารทางสาย ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างในรูปลักษณ์ โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ในสภาพสาธารณะ จึงพยายามซ่อนสายให้เพื่อไม่ให้สายตาผู้อื่นสังเกตเห็น [21] ความเจ็บปวดของมนุษย์ อธิบายได้ว่า ภาวะกลืนลำบากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญกับความเจ็บปวด

ขณะกินและกลืนอาหาร อีตอัดขณะมีสายให้อาหารอยู่ในร่างกาย รวมทั้งทราบจากการสุตสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Brotherton and et al. (2019) พบว่าผู้ที่ต้องใช้สายให้อาหารมักรู้สึกไม่สบายตัว อีตอัด รำคาญ และเจ็บแผลรอบจุดใส่สาย [20]

ประเด็นย่อยภาวะกลืนลำบากเปลี่ยนชีวิตของครอบครัว อธิบายได้ว่า การกลืนลำบากไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเพียงเฉพาะผู้ป่วยแต่ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ บทบาท และความสัมพันธ์ ครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด ภายใต้กรอบ Biopsychosocial model การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวจากภาวะกลืนลำบากสามารถมองได้ในมิติทางสังคม ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอาจเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น ความขัดแย้งในการจัดสรรเวลาและภาระทางการเงิน ขณะเดียวกันบางครอบครัวกลับมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นขึ้นจากการร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย [14] สอดคล้องกับการศึกษาของ Giray and et al. (2023) พบว่าผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากมีการดูแลสูงกว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยทั่วไป มีความลำบากในการจัดการมื้ออาหาร ผู้ดูแลต้องเผชิญความยากลำบากในการจัดการมื้ออาหารให้ตรงตามมื้ออาหารและมีความจำเพาะเหมาะสมกับผู้ป่วย [22]

ประเด็นหลักที่ 2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนจากหน่วยงาน อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและหลายหน่วยงาน อธิบายภายใต้แนวคิด Family-centered care model ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ดูแลหลักที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดโดยเฉพาะในช่วงของการพักฟื้นและการฝึกที่บ้าน การฝึกกลืนที่ประสบผลสำเร็จได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนมักเกิดขึ้นในครอบครัวที่มีผู้ดูแลที่เข้าใจขั้นตอนการฝึกกลืน เข้าร่วมในโปรแกรมฝึกอย่างสม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมของครอบครัวยังช่วยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยพบว่าครอบครัวมีหน้าที่สำคัญในการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับระดับการกลืนของผู้ป่วยเผื่อระวังขณะรับประทาน และให้กำลังใจผู้ป่วยขณะฝึกกลืน ผู้ป่วยและครอบครัวพยายามปรับพฤติกรรมกิน การเตรียมอาหาร เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน [15, 16] ส่วนการสนับสนุนจากหน่วยงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้กลับมารับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัยได้เร็วยิ่งขึ้น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูการกลืนได้เร็วขึ้น ภายใต้แนวคิด Continuity of care model การดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากต้องอาศัยความต่อเนื่องของการบริการระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน การเชื่อมโยงการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด และพยาบาล ไปสู่การสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาฟื้นตัว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น [14]

ประเด็นหลักที่ 3 การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในสังคม อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลืนลำบากต้องการอยู่อย่างมีคุณค่าในบริบทของครอบครัวและสังคม โดยกลับไปใช้ชีวิตตามบทบาทและกลับไปร่วมกิจกรรมทางสังคม อธิบายได้ในมิติทางจิตวิญญาณ การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในชีวิตสะท้อนถึงคุณค่าของการมีชีวิต ยังมีประโยชน์ต่อผู้อื่น ผู้ป่วยคิดว่าตนยังอยากใช้ความสามารถและมีคุณค่าในสายตาของผู้อื่น ลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dornan and et al. (2022) พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการสูงในการกลับไปใช้ชีวิตตามเดิม โดยเฉพาะบทบาทในครอบครัว เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว การเป็นแม่บ้าน และการกลับไปทำงานเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว และต้องการกลับไปร่วมกิจกรรมทางสังคม พยายามรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และหาวิธีการเข้าสังคมหรือซ่อนความยากลำบากเมื่ออยู่กับผู้อื่น [23] การคืนสู่ความสัมพันธ์ทางสังคม อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเกือบทุกรายยังต้องการกลับมาทำกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ไม่อยากถูกแยก แต่ด้วยข้อจำกัดด้านสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้ประสบการณ์ทางสังคมลดลง และบางครั้งนำไปสู่การถอนตัวออกจากกิจกรรมสังคม ในมิติทางสังคม การร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การทำงานหรือการอยู่ร่วมในครอบครัวอย่างเท่าเทียม เป็นปัจจัยสำคัญที่เสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และได้รับพลัง

ใจในการต่อสู้กับข้อจำกัดของตน สอดคล้องกับการศึกษา Helldén and et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยต้องการออกไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อน และครอบครัว ในรูปแบบที่สามารถรับประทานอาหารร่วมกันได้อย่างไม่อับอาย [13]

ประเด็นหลักที่ 4 อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก อธิบายได้ว่าการขัดขวางความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการฟื้นฟูการกลืน คือข้อจำกัดทั้งในระดับผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถอธิบายได้ภายใต้กรอบ Biopsychosocial-spiritual model มองสุขภาพในมิติสหปัจจัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีข้อจำกัดทางกล้ามเนื้อ ความอ่อนแรง หรือภาวะเหนื่อยล้า ทำให้การฝึกกลืนต้องอาศัยความต่อเนื่องและการดูแลเฉพาะทาง ขณะที่มิติทางจิตใจ ความวิตกกังวลและความท้อแท้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลส่งผลให้เกิดการขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟู ส่วนมิติทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ความรู้ ทักษะ และภาระของครอบครัวล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ลดประสิทธิภาพของการฝึกกลืน ขณะที่มิติทางจิตวิญญาณสะท้อนถึงความรู้สึกสิ้นหวังหรือการยอมรับต่อสภาพความเจ็บป่วย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูในระยะยาว ส่วนอุปสรรคด้านระบบสุขภาพและบุคลากร อธิบายได้ว่า การฟื้นฟูสภาพการกลืนต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะนักกิจกรรมบำบัดและบุคลากรสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านภาวะกลืนลำบาก สามารถอธิบายภายใต้กรอบ Continuity of care model ปัญหาการขาดความต่อเนื่องของการติดตามจากทีมฟื้นฟูหลังผู้ป่วยกลับบ้าน แสดงถึงช่องว่างของการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน การที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง เป็นอุปสรรคต่อการคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการฝึกกลืนและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยยังมีจำนวนบุคลากรเฉพาะทางด้านนี้ไม่เพียงพอในระดับปฐมภูมิและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยในต่างจังหวัดหรือพื้นที่ห่างไกลขาดโอกาสเข้าถึงการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความไม่พร้อมของบุคลากรเฉพาะทางเป็นอุปสรรคสำคัญของการให้บริการในระดับปฐมภูมิและผู้ป่วยกลืนลำบากที่กลับไปอยู่ในชุมชน [4, 14, 24] สอดคล้องกับการศึกษาของ Speyer and et al. (2022) พบว่า ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหลายแห่งในนอร์เวย์ไม่มีนักแก้ไขการพูดและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการกลืนอยู่ในทีมงาน ผู้ป่วยในบางพื้นที่จึงขาดการฟื้นฟูและการประเมินที่เหมาะสม [24]

ประเด็นขาดช่องทางการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงง่าย อธิบายได้ว่า ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะเรื้อรังที่อาการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จำเป็นต้องมีระบบให้คำปรึกษาที่ต่อเนื่องที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่มั่นใจว่าจะจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร การขาดช่องทางเหล่านี้อาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และการกลับมาแอดมิทซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mile and et al. (2022) พบว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและ Telehealth เพื่อสนับสนุนการดูแลด้านการกลืนในสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกรณีที่บุคลากรสหสาขาไม่สามารถให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้าได้อย่างต่อเนื่อง เป็นช่องทางที่ช่วยให้การติดตามประเมินภาวะการกลืนและการปรับเนื้ออาหารสามารถทำได้สะดวก รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ [25] ประเด็นการขาดแคลนอาหารที่ปลอดภัยและเหมาะสม อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลหลายรายขาดอาหารที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้ป่วยกลืนลำบาก ความต้องการสำคัญของผู้ป่วยกลืนลำบากคือการเข้าถึงอาหารที่มีลักษณะตรงตามคำแนะนำ การสนับสนุนอาหารหรือช่องทางจำหน่ายที่เข้าถึงได้ง่ายและราคาไม่แพง เช่น ความขุ่นหนืด เนื้อสัมผัส และคุณค่าทางโภชนาการ รวมถึงความน่ารับประทาน [13] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทรัพยากรอาหารจากหน่วยงานโดยไม่มีค่าใช้จ่าย การที่หน่วยงานในชุมชนหรือส่วนกลางจัดอาหารสำเร็จรูปจะช่วยลดภาระครอบครัว ลดความซับซ้อนในการเตรียมอาหาร และเพิ่มโอกาสที่จะได้รับอาหารที่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Helldén and et al. (2018) พบว่า การฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากต้องให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยกลืน โภชนาการและอาหารที่เหมาะสม จึงจะส่งเสริมความปลอดภัยในการรับประทานอาหารได้ [13] ตัวอย่างจากประเทศออสเตรเลีย ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากสามารถรับเงินช่วยเหลือจากโครงการ National disability insurance scheme เพื่อซื้ออาหารที่ปรับเนื้อสัมผัสมารับประทานได้ ถือเป็นสิทธิด้านความพิการ [25]

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลเฉพาะกลุ่มและอิงบริบทเฉพาะของผู้เข้าร่วมเท่านั้น ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียวในภาคใต้ และขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัดยังมีจำนวนน้อย ถึงแม้จะถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล แต่อาจไม่ครอบคลุมความหลากหลายของประสบการณ์ทั้งหมดทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถขยายผลไปยังบริบทอื่นได้โดยตรง การศึกษาครั้งถัดไปอาจศึกษาเพิ่มเติมในบริบทอื่น ๆ เช่น ต่างวัฒนธรรมหรือระบบบริการสุขภาพที่ต่างกัน

สรุป

การศึกษานี้ให้ข้อมูลภาวะกลืนลำบากไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อจิตใจ สังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลืนลำบาก ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ด้านบริการสุขภาพ

ควรพัฒนาระบบการดูแลและการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยการกลืนและอาหารเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยกลืนลำบาก การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฟื้นฟูเฉพาะทาง และการสร้างช่องทางให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย เช่น ผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน

2) ด้านนโยบาย

หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีนโยบายการดูแลผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพในชุมชน และพัฒนากลไกการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลหลักกับหน่วยบริการใกล้บ้าน เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง และลดภาระของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาต้นแบบการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากในบริบทชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development) และต่อยอดประเมินผลในเชิงปริมาณ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบบริการดังกล่าวในพื้นที่บริบทแตกต่างกัน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่รับรอง EC 19/2563 ผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัยก่อนเข้าร่วม และสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษาได้โดยอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิอื่นใด ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงการใช้คำถามที่อาจก่อให้เกิดความรู้สึกคุกคาม และให้การรับรองว่าจะรักษาความลับของข้อมูลทั้งหมดอย่างเคร่งครัด ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผย และนำเสนอในลักษณะรวมเพื่อมิให้สามารถระบุตัวบุคคลได้ เทียบบันทึกเสียงและเอกสารการศึกษารายอื่น ๆ ที่สามารถระบุตัวตนได้จะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและจะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการศึกษา ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

การอ้างอิง

อภิญญา ถิ่นเดิม, อุดมศรี เดชแสง, และจุฬารณณ์ เหตุทอง. ประสบการณ์การใช้ชีวิตกับภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 1-18.

Thindoem A, Dechsang U, and Hetthong J. Experiences of living with dysphagia in stroke patients. *Journal of Education and Research in Public Health*. 2026; 4(1): 1-18.

เอกสารอ้างอิง

- [1] World stroke organization. Impact of stroke. Accessed 11 October 2025 from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke>.
- [2] กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566. สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2568 จาก <https://www.nationthailand.com/health-wellness/40045217>.
- [3] Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, and et al. European stroke organization and European society for swallowing disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*. 2021; 6(3): 89-115. DOI: 10.1177/239698732111039721.
- [4] Wattanapan P, Kovindha A, Permsiripanich V, Manimmanakorn N, and Kuptniratsaikul V. Prevalence and characteristics of dysphagia in Thai stroke patients. *Thai Journal of Physical Therapy*. 2016; 38(2): 40–6.
- [5] Abdel-Jalil AA, Katzka DA, and Castell DO. Approach to the patient with dysphagia. *American Journal of Medicine*. 2015; 128(10): 1138. DOI: 10.1016/j.amjmed. 2015.04.031.
- [6] Asefa T, Tesfaye W, Bitew G, and Tezera H. Lived experiences of dysphagia-related quality of life among esophageal cancer patients: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2025; 23(1): 1-10. DOI: 10.1186/s12955-024-02319-x.
- [7] Smith R, Bryant L, and Hemsley B. The true cost of dysphagia on quality of life: the views of adults with swallowing disability. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2023; 58(2): 451–66. DOI: 10.1111/1460-6984.12804.
- [8] Ueshima J, Shimizu A, Maeda K, Uno C, Shirai Y, Sono M, and et al. Nutritional management in adult patients with dysphagia: position paper from Japanese working Group on integrated nutrition for dysphagic people. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2022; 23(10): 1676–82. DOI: 10.1016/j.jamda. 2022.07.009.
- [9] Bushuven S, Niebel I, Huber J, and Diesener P. Emotional and psychological effects of dysphagia: validation of the jugendwerk dysphagia emotion and family assessment (JDEFA). *Dysphagia*. 2022; 37(2): 375–91. DOI: 10.1007/s00455-021-10289-1.
- [10] George RG, and Jagtap M. Impact of swallowing impairment on quality of life of individuals with dysphagia. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2022; 74(Suppl 3): 5473–7. DOI: 10.1007/s12070-021-02798-0.
- [11] Namasivayam-MacDonald AM, and Shune SE. The burden of dysphagia on family caregivers of the elderly: a systematic review. *Geriatrics*. 2018; 3(2): 1-14. DOI: 10.3390/geriatrics3020030.

- [12] Yi Q, Mao L, Li W, Shen F, Liao Z, Huang H, and et al. The perceptions and experiences of caregivers of patients with dysphagia: a qualitative meta-synthesis. *Nursing Open*. 2024; 11(9): e2223. DOI: 10.1002/nop2.2223.
- [13] Helldén J, Bergström L, and Karlsson S. Experiences of living with persisting post-stroke dysphagia and of dysphagia management: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2018; 13(sup1): 1-10. DOI: 10.1080/17482631.2018.1522194.
- [14] Chen J, Wang Y, Cui Y, Liao L, Yan M, Luo Y, and et al. Transition experiences of patients with post-stroke dysphagia and family caregivers: a longitudinal, qualitative study. *Public Library of Science ONE*. 2024; 19(6): e0304325. DOI: 10.1371/journal.pone.0304325.
- [15] Ramkishun A, Faur M, and Namasivayam-MacDonald AM. A first-person account of caring for a parent with dysphagia. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2024; 33(6): 2698–715. DOI: 10.1044/2024_AJSLP-24-00186.
- [16] Govender R, Wood CE, Taylor SA, Barratt H, Smith CH, and Gardner B. Patient experiences of swallowing exercises after head and neck cancer: a qualitative study examining barriers and facilitators using behavior change theory. *Dysphagia*. 2017; 32(4): 559–69. DOI: 10.1007/s00455-016-9758-5.
- [17] Jayes M, Madima V, Marshall J, and Pillay M. Dysphagia management in community/home settings: a scoping review investigating practices in Africa. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2024; 26(6): 861–72. DOI: 10.1080/17549507.2023.2287992.
- [18] โรงพยาบาลหาดใหญ่. รายงานสถิติงานกิจกรรมบำบัด พ.ศ. 2562. สงขลา. 2562.
- [19] Carlsson E, Ehrenberg A, and Ehnfors M. Stroke and eating difficulties: long-term experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13(7): 825–34. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01023.x.
- [20] Brotherton A, Abbott J, Hurley M, and Aggett PJ. Home enteral tube feeding in children following percutaneous endoscopic gastrostomy: perceptions of parents, pediatrics dietitians and pediatrics nurses. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2007; (5): 431-9. DOI: 10.1111/j.1365-277X.2007.00811.x.
- [21] Mårtensson U, Cederlund M, Jenholt NM, Mellgren K, Wijk H, and Nilsson S. Experiences before and after nasogastric and gastrostomy tube insertion with emphasis on mealtimes: a case study of an adolescent with cerebral palsy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2021; 16(1): 1942415. DOI: 10.1080/17482631.2021.1942415.
- [22] Giray E, Eyigör S, Çalık Y, Gezer I A, Sar Aı, Umay E and et al. The caregiver burden of informal caregivers for stroke patients with and without dysphagia: A multi-center, cross-sectional study in Türkiye. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2023; 69(4): 453-68. DOI: 10.5606/tftrd.2023.11894.
- [23] Doman M, Semple C, and Moorhead A. Experiences and perceptions of social eating for patients living with and beyond head and neck cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 2022; 30(5): 4129–37. DOI: 10.1007/s00520-022-06853-6.

- [24] Speyer R, Sandbekkbråten A, Rosseland I, and Moore JL. Dysphagia care and management in rehabilitation: a national survey. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(19): 1-16. DOI: 10.3390/jcm11195730.
- [25] Miles A, Liang V, Sekula J, Broadmore S, Owen P, and Braakhuis A. Texture-modified diets in aged care facilities: nutrition, swallow safety and mealtime experience. *Australasian Journal on Ageing*. 2020; 39(1): 31–9. DOI: 10.1111/ajag.12734.