

- Supportive program การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยหลัง stroke ที่มีภาวะซึมเศร้า ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เน้นกาย, จิต, สังคม ให้ความรู้ กำลังใจ อาจเป็น
- Music therapy ให้ผู้ป่วยฟังเพลง เพื่อให้ระบายอารมณ์ออกมา

● การป้องกันการสูดสำลักและการประเมนการกลืน

กลุ่มผู้ป่วยที่ประเมิน

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ป่วยต้องนั่งทรงตัวได้ดี สามารถสื่อสารและทำตามคำสั่งได้ ระดับความรู้สึกตัวประเมินจาก Glasgow coma scale > ๑๑ คะแนน
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับอาหารและน้ำทางปาก

ข้อควรปฏิบัติก่อนการฝึกกลืน

1. จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม
2. ผู้ป่วยต้องรู้ตัวดี/รู้เรื่อง
3. ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ
4. ดูดเสมหะในปาก คอ ทำความสะอาดปาก ฟัน
5. กระตุ้นการหลั่งน้ำลาย เช่น อาหารรสเปรี้ยว หวาน
6. ผู้ป้อนอาหารควรอยู่ในระดับสายตาของผู้ป่วย
7. หลีกเลี่ยงการสนทนา
8. ป้อนอาหารครั้งละ ๕ - ๑๐ ซีซี หรือครั้งละ ๑ คำ
9. วางอาหาร/ยา บนลิ้นข้างที่มีแรง
10. ไม่ป้อนอาหารเข้าไปลึกจนเกินไป
11. กระตุ้นให้อือหลังการกลืน
12. หลีกเลี่ยงการใช้หลอดดูดอาหารและน้ำ
13. ส่งปรึกษา Occupational therapist

การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย

1. การดูแลความสะอาดปากและฟัน ก่อนและหลังการรับประทานอาหารทุกครั้ง
2. การบริหารกล้ามเนื้อการกลืน
 - การบริหารกล้ามเนื้อปาก เข้มปาก/ ทำปากจู๋/ฉีกยิ้ม/อ้าปาก-ปิดปากสลับกัน/ ฝึกออกเสียง อา - อี - อ
 - การบริหารกล้ามเนื้อลิ้น แลบลิ้นออกมาด้านหน้าให้มากที่สุด/ ใช้ปลายลิ้นแตะริมฝีปากบน/ ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกันซ้าย-ขวา/ ฝึกออกเสียง ลากๆๆ ทากๆๆ
3. การฝึกการกลืนและการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน
 - ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS > ๑๑

- ประเมินความสามารถในการไต่ตามทึบอกได้
- ประเมินความสามารถในการควบคุมน้ำลายของผู้ป่วย
- ประเมินการหายใจ
- ประเมินคุณภาพของการใช้เสียงของผู้ป่วย

วิธีการประเมินการกลืนโดยพยาบาลประจำ Ward

- จัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง ๙๐ องศา
- ให้จิบน้ำเปล่าช้อนชาที่ ๑ และสังเกตอาการตามรายการที่ระบุใน กรอบด้านขวามือก่อนที่จะทดสอบขั้นต่อไป
- ให้จิบน้ำเปล่าช้อนชาที่ ๒ และสังเกตอาการตามรายการที่ระบุใน กรอบด้านขวามือก่อนที่จะทดสอบขั้นต่อไป
- ถ้าการทดสอบถึงช้อนชาที่ ๓ แล้วผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการกลืน ต่อไป ให้ผู้ป่วยทดลองดื่มน้ำครึ่งแก้วหรือประมาณ ๕๐ ซีซี พร้อมทั้งสังเกตอาการ ถ้าผลการกลืนไม่มีปัญหา ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ตาม แผนการรักษาของแพทย์ แต่ต้องประเมินการกลืนอีกครั้งในมื้อถัดไป ถ้าผลการกลืนมีปัญหา ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำทางปาก ต่อไปก่อนและให้ dysphagia nurse/พยาบาลที่มีประสบการณ์/นักกิจกรรมบำบัด ประเมินซ้ำ หากประเมินซ้ำแล้วยังพบมีปัญหาในการกลืน ให้ notify แพทย์ เพื่อใส่สายยางให้อาหาร

ลักษณะอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก

- Level ๑.** Think puree - no liquid อาหารปั่นข้นเป็นเนื้อเดียวกัน อาหารในระดับนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มการรับประทานอาหารทางปาก หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคี้ยวอาหารแข็งหรือกลืนอาหารเหลวได้
- Level ๒.** Thick and thin puree - thick liquids เนื้อละเอียดเหลวกว่า level ๑ เหมาะกับผู้ป่วยที่เคี้ยวได้บ้างเล็กน้อย แต่ไม่สามารถกลืนอาหารที่เป็น น้ำเหลวๆ ได้โดยไม่สำลัก
- Level ๓.** Mechanical soft - thick liquids อาหารอ่อนมีน้ำขลุกขลิก เนื้ออาหารหยาบมากขึ้น เหมาะกับผู้ป่วยที่เคี้ยวลำบากและมีปัญหาการกลืน อาหารบางชนิด ผู้ป่วยที่ไม่มีฟันหรือใส่ฟันปลอม
- Level ๔.** Mechanical soft diet - liquids as tolerated อาหารอ่อน ปกติเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ ไม่จำเป็นต้องบดหรือสับ แต่ให้หั่นชิ้นเล็กกว่า เหมาะ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องการกลืนเล็กน้อย สามารถเคี้ยวอาหารอ่อนได้ และกลืนของเหลวได้

● Discharge planning and Continuing Care

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย (D/C)

- เร็วที่สุด
- โดยทีมวิชาชีพ
- ๔๘ ชั่วโมงหลังผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

- เตรียมความพร้อมผู้ป่วย / ครอบครัว
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
- ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย /ญาติ / ผู้ดูแล
- ลดค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล / ครอบครัว
- ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่บ้าน
- เพิ่มคุณภาพชีวิต (Quality of Care)

บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

- ความพร้อมของผู้ป่วยด้านจิตใจ, อารมณ์, สังคม, เศรษฐกิจ
 - ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
 - ใช้หลัก DMETHOD Model
- DMETHOD Model
- D = Diagnosis
 - M = Medication
 - E = Environments & Economics
 - T = Treatment
 - H = Health
 - O = Outpatient referral
 - D = Dietary

การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

- การออกกำลังกาย / การทำกายภาพบำบัด
- การปฏิบัติกิจวัตร
- การสังเกตอาการผิดปกติ ที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะมาก แขน - ขาอ่อนแรงมากขึ้น กลืนลำบาก ตาพร่ามัว ฯลฯ
- การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง
- การมาตรวจตามนัด

-การใช้แหล่งประโยชน์ เช่น แหล่งบริการสุขภาพในชุมชนใกล้บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วย /
ญาติสามารถวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนและช่วยเหลือ
ของบุคลากรในทีมสุขภาพ

ปัญหาที่พบหลังจำหน่าย

- ญาติเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติ มีความขัดแย้งในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- บทบาทหน้าที่ของญาติเปลี่ยนแปลง
- ผู้ป่วย / ญาติ / ครอบครัว / ผู้ดูแล ไม่พร้อม
- ทีมที่ติดตามการดูแลไม่ต่อเนื่อง
- ขาดเอกสารบันทึก คู่มือการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการสื่อสารระหว่างทีม
- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง รับประทานอาหารไม่เพียงพอ

การเยี่ยมบ้าน

๑. ควรวางแผนเยี่ยมบ้าน หลังจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

- ครั้งที่ ๑ หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยประมาณ ๑ - ๒ สัปดาห์ โดยควรเป็นทีมสหวิชาชีพ
- ครั้งที่ ๒ - ๔ ทุก ๑ - ๒ สัปดาห์ อาจเป็นทีมพยาบาล
- ครั้งที่ ๕ อาจทุก ๑ เดือน (ถ้า care giver ทำได้ดีแล้ว)

๒. การให้คำปรึกษาสามารถให้ได้หลายช่องทาง

- การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย / ญาติ
- การให้คำปรึกษารายบุคคล / ปรึกษากลุ่มแก่ญาติ
- กลุ่มให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วย
- ครอบครัวบำบัด

Case Study:

4th ventricle tumor with obstructive hydrocephalus