

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะกลืนลำบาก หอผู้ป่วยอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

อรุณี ธรรมเกียรติ ป.พ.ส., ฐานิชาญณ์ หาญณรงค์ พย.ม.

The Effects of Enhancing Swallowing Program on Swallowing Ability in Stroke Patients with Dysphagia
at Neurological medicine ward, Suratthani Hospital

Abstract

This study is a quasi-experimental pretest - post test design aimed to examine the effects of enhancing swallowing program on swallowing ability in stroke patients with dysphagia at neurological medicine ward, Suratthani Hospital. The thirty subjects were recruited to participate. The instruments for data collection included forms to record : the clinical assessment of dysphagia, the swallowing readiness assessment and the swallowing ability. The data were analyzed using descriptive statistic and paired t-test. The result revealed that after attending the enhanced swallowing program had a higher mean score of swallowing ability than before ($p < .001$).

Arune Thammakiat Dip in
Nursing Science
Thanitchaya Hannarong M.S.N.
Department of Nursing
Surattani Hospital

Keyword : Dysphagia, Stroke Patients

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก หอผู้ป่วยอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากจำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบประเมินการกลืนทางคลินิก แบบประเมินความพร้อมในการกลืน แบบประเมินความสามารถในการกลืนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานและทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติที่

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำรหัส : กลืนลำบาก, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพ (Disability adjusted life year; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง¹ จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวม ปี พ.ศ. 2557– 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่าส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสภาพจากความพิการหรืออาการที่หลงเหลืออยู่และพบว่าภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทนั้นพบได้บ่อยที่สุด²

ภาวะกลืนลำบากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 30-65³ ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากการทำลายศูนย์ควบคุมการกลืนของสมองส่วนที่ควบคุมกล้ามเนื้อลายของคอและหลอดอาหารส่วนบน ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและการกลืน อันเนื่องมาจากความผิดปกติของเส้นประสาท

สมองหลายคู่ ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยวเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ควบคุมเกี่ยวกับการกลืนและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแม้ริมฝีปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถดูดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กลืนเนื้อช่องปากและคอด้อยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้จึงเกิดภาวะกลืนลำบาก⁴

ผลกระทบจากภาวะกลืนลำบากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ภาวะขาดสารน้ำ (Dehydration) และที่สำคัญคือ ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirate pneumonia)³ ซึ่งการสำลักไม่ว่าจะเป็นการสำลักน้ำ อาหารหรือน้ำลายทำให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค โดยเฉพาะแบคทีเรียแกรมลบซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปอดอักเสบ⁵ และทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต⁶ นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้วพบว่าภาวะกลืนลำบากยังส่งผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา ได้แก่ การสูญเสียความภูมิใจในตัวเอง สูญเสียความรู้สึกมั่นคง⁴ และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจาก ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้อย่างอิสระ⁷ และการที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อหาสาเหตุ และความรุนแรง

ของภาวะกลืนลำบาก ความเสี่ยงในการสำลักอาหาร และคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการกลืน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบากลดลง^{4,8} เช่นเดียวกับการศึกษา⁹ เกี่ยวกับกลวิธีในการฟื้นฟูสภาพการกลืนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแบ่งลักษณะอาหารเป็น 4 ระดับและจัดอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยร่วมกับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อคอเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยต้องมีการส่งเสริมให้มีการกลืนที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากให้มีความสามารถในการกลืนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพด้วยกระบวนการต่างๆ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการดูแลสุขภาพ พยาบาลต้องอาศัยทั้งหลักศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมถูกต้องยิ่งขึ้นการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นหลักแนวคิดที่พยาบาลนำมาใช้ในการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Self-determination) มีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ควบคุมตนเองได้ (Self of control) มีแรงจูงใจ (Motivation) เรียนรู้ (Learning) มีความรู้สึกเป็นนายตนเอง (Sense of mastery) และต้องการปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Improved quality of life) สุขภาพดีขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถดึงศักยภาพภายในตนเองมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson)¹⁰ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และตระหนัก ตลอดจนมีการพัฒนาความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน

4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นโปรแกรมและรูปแบบที่มีเป้าหมายชัดเจน มีความต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการพยาบาลในเชิงบำบัดที่ผู้คุณสมบัติโดดเด่นและถือว่าเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจซึ่งเป็นแรงผลักดันทางจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในภาวะสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาลแบบองค์รวม

จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมระบบประสาทของผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับเพียงการประเมินความพร้อมในการกลืนตามมาตรฐาน โดยใช้แบบประเมินการกลืนของสถาบันประสาท (2552) และพบว่าในรายที่มีปัญหาการสำลักและรับประทานอาหารไม่ได้ ผู้ป่วยมักได้รับการใส่สายยางทางจมูก และบางรายต้องคาสายยางทางจมูกกลับบ้านเนื่องจากไม่ได้รับการส่งเสริมหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการกลืนอย่างปลอดภัยดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม มีความเห็นว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้มีความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยมีผลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ และป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้รวดเร็วและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการกลืน

วิธีการ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและ

หลังการทดลอง (One group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่มารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมระบบประสาท โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) มีภาวะกลืนลำบากเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินการกลืน 3) ผู้ป่วยนั่งทรงตัวได้ดี สามารถสื่อสารทำตามสั่งได้ ระดับความรู้สึกตัวประเมินจาก Glasgow coma scale มากกว่า 11 คะแนน 4) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับอาหารและน้ำทางปาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน การวินิจฉัยโรคและตำแหน่งรอยโรค 2) แบบประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก¹¹ ซึ่งจะประเมิน gag reflex ประเมิน Swallowing reflex ประเมินการไอ ประเมินการเปล่งเสียง ประเมินความแข็งแรงและความสมดุลของกล้ามเนื้อหน้า ประเมินความแข็งแรงของลิ้น ประเมินการปิดปากและประเมินความแข็งแรงของขากรรไกร 3) แบบประเมินความพร้อมของการกลืน¹² เป็นแบบประเมินความพร้อมในการกลืนในแต่ละมื้อมีคำตอบว่า ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 9 ข้อ 4) แบบประเมินความสามารถในการกลืน 13 คำตอบว่า ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 9 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความพร้อมของการกลืน และแบบประเมินความสามารถในการกลืนซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินคือ ผู้วิจัยและผู้สังเกตการณ์ (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 และ 0.95 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยใช้การนำกระบวนการการเสริมสร้างพลัง

อำนาจตามแนวคิดของกิบสันในแผนการพยาบาล 1) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบจากการกลืนลำบากและการฝึกกลืนเพื่อลดการกลืนลำบาก 2) การสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน และการฝึกกลืนทุกขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดี และการค้นพบสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบากและผลกระทบจากภาวะกลืนลำบาก

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ประกอบด้วย การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการฝึกการกลืน

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

1) ให้ผู้ป่วยฝึกกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน และการฝึกกลืนก่อนกลืนจริงทุกมื้ออาหาร 3 มื้อ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที พัก 30 นาทีหรือตามความสามารถของผู้ป่วยเป็นหลัก

2) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร โดยทำความสะอาดในช่องปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่ง ศีรษะและลำตัวตรง 90 องศา

3) ประเมินและบันทึกความสามารถในการกลืน สังเกตและประเมินการสำลักตลอดการกลืนอาหารเพื่อช่วยเหลือ และดำเนินการเช่นเดียวกันในครั้งต่อไป จนครบในมือที่ 14

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการกลืนด้วยสถิติค่าที (Paired t-test)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการโปรแกรมส่งเสริมการกลืนตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1993) 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. เสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรม

การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์
สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการกลืน
ดังนี้

3.1 การค้นพบสถานการณ์จริง ได้แก่ การ
สร้างสัมพันธภาพที่ดีและการค้นพบสภาพปัญหาของ
ผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบากและผล
กระทบจากภาวะกลืนลำบาก

3.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
ประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพ
ปัญหาที่เกิดขึ้น

3.3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่
เหมาะสมกับตนเอง ประกอบด้วย การสาธิตและ
ฝึกปฏิบัติในการฝึกการกลืน

3.4 การคงไว้ซึ่ง การ ปฏิบัติ ที่มี
ประสิทธิภาพ ดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยฝึกกลืนเนื้อที่ช่วยในการ
กลืนและการฝึกกลืนก่อนกลืนจริงทุกมื้ออาหาร 3 มื้อ
ใช้เวลาประมาณ 20 นาที พัก 30 นาทีหรือตามความ
สามารถของผู้ป่วย

2) ดูแลการรับประทานอาหาร
ทำความสะอาดช่องปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จัดให้นั่งศีรษะและลำตัว
ตรง 90 องศา

3) สังเกตและประเมินการสำลัก
ตลอดการกลืนอาหารเพื่อช่วยเหลือ ประเมินและบันทึก
ความสามารถในการกลืน และดำเนินการเช่นเดียวกัน
จนครบ 14 มื้อ

ผลการวิจัย พบดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่มีรอยโรคที่เกิดบริเวณเปลือกสมองส่วนนอกมีการขาด
เลือดมากที่สุดร้อยละ 65.30 พบในเพศชายมากกว่าเพศ
หญิง มีอายุเฉลี่ย 59.92 ปี (SD. =11.63) กลุ่มตัวอย่างมี
โรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดัน
โลหิตสูง ร้อยละ 30 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.6-22.9
กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ 23-24.9
ร้อยละ 20 ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนหลัง
เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง (Mean = 7.19, SD = 1.16) สูงกว่าก่อนเข้า
ร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืน (Mean = 5.76, SD =
1.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.71, p < .01$) ดังตาราง

ตาราง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติที่สัมพันธ์ (paired t-test) (n=30)

การเข้าร่วมโปรแกรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		T	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความสามารถในการกลืน	5.76	1.14	7.19	1.16	5.71	0.01

วิจารณ์ผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรม
ส่งเสริมการกลืนสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น
การสำลักลดลง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการ
กลืนหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) ทั้งนี้

เพราะการส่งเสริมความสามารถในการกลืนโดยใช้
กระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹⁰ ที่เริ่ม
จาก 1) การให้ผู้ป่วยได้ค้นพบสถานการณ์จริง โดย
การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย สร้าง
บรรยากาศไว้วางใจและเชื่อใจกัน เกิดการเรียนรู้เรื่อง
การเจ็บป่วยของตนเอง จึงหาทางเลือกและรับผิดชอบ

ในทางเลือกที่ได้ตัดสินใจแล้ว รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การที่ผู้ป่วยพบว่ามีปัญหาการกลืนลำบาก และอาจเกิดผลกระทบจากการกลืนลำบากของตนเอง จึงตัดสินใจเลือกกิจกรรม การฝึกกลืน เพราะทราบจากพยาบาลว่าช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบากได้ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ สามารถกลืนได้ถูกต้องวิธี ไม่มีอาการไอหรือสำลักระหว่างการกลืนอาหารและน้ำ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 การให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้ป่วยจะเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นว่าไม่สามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้ และร่วมกับพยาบาลในการตั้งเป้าหมายการกลืนไม่สำลัก และรับประทานอาหารได้หมดตามระยะเวลาที่กำหนด ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่การสาธิตการกลืนและฝึกปฏิบัติการกลืนแต่ละมื้อ ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยฝึกกลืนเนื้อที่ช่วยในการกลืนและการฝึกกลืนก่อนกลืนจริงทุกมื้ออาหาร ประมาณ 20 นาที พัก 30 นาที ตามความสามารถของผู้ป่วย ผู้วิจัยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร จัดให้นั่งศีรษะและลำตัวตรง 90 องศา ทำความสะอาดช่องปากและฟันก่อนและหลังมื้ออาหาร จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ โดยผู้วิจัยประเมินและบันทึกความสามารถในการกลืน สังเกตและประเมินการสำลักตลอดการกลืนอาหารเพื่อช่วยเหลือ และดำเนินการเช่นเดียวกันจนครบในมื้อที่ 14 ซึ่งผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมาย รับประทานอาหารได้เพิ่มมากขึ้น มีอาการสำลักลดลง จากการที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการฝึกกลืนเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อการกลืนทำให้ความสามารถในการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ฝึก และผู้ป่วยจะมีอาการสำลักลดลง 14 ครั้งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยได้รับการฝึกกลืนและบริหารกล้ามเนื้อในแต่ละมื้อนาน 20 นาที พัก 15-20 นาที โดยให้ผู้ป่วยฝึกก่อนมื้ออาหารเช้า เที่ยง เย็น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถฝึกกลืนเนื้อในท่าต่างๆได้ ประเมินความสามารถในการกลืนในวันแรกที่ได้รับใหม่ พบว่าผู้ป่วยทำได้น้อย จนถึงมื้อที่ 14 ผู้ป่วย

สามารถเคลื่อนไหวลิ้นและควบคุมกล้ามเนื้อปากได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในการควบคุมกล้ามเนื้อของตนเองจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องภาวะการกลืนลำบากและผลกระทบจากภาวะการกลืนลำบาก ผู้ป่วยยอมรับสภาพของตนเองที่เป็นอยู่จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้และได้รับการคาสายยางให้อาหาร ทำให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายการพัฒนาความสามารถของตนเองร่วมกับพยาบาล และ ยอมรับกิจกรรมการพยาบาลที่ตนเองจะเลือกปฏิบัติ จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการกลืนตามขั้นตอน พยาบาลเป็นผู้ให้กำลังใจและดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อเกิดการสำลักก็จะอธิบายสาเหตุของการสำลัก และหาแนวทางปรับปรุงการสำลักในครั้งต่อไป เช่น การเปลี่ยนลักษณะของอาหาร การเสริมสร้างความมั่นใจในการกลืนมากขึ้น รวมทั้งการประเมินความสามารถในการกลืนแต่ละครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในพัฒนาการของความสามารถในการกลืนเมื่อผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นก็จะคงไว้ซึ่งความสามารถนั้นๆ ทำให้ความสามารถในการกลืนคงอยู่ในการกลืนครั้งต่อไปจึงทำให้อัตราการสำลักลดลง กระบวนการดังกล่าวจึงเป็นการเสริมสร้างกำลังอำนาจในตนเองตามกระบวนการของกิบสัน 10 ทำให้กระบวนการเสริมสร้างพลังเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

สรุปผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหาการกลืนและการรับประทานอาหารบดที่สุกและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยจะเกิดการสำลักและเกิดปอดอักเสบตามมา ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการประยุกต์ แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ซึ่งเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพของชีวิต ให้ผู้ป่วยตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพ ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการกลืนลำบาก ทำให้ผู้ป่วยรับทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการ

กับปัญหานี้ๆ ฝึกกลืนอาหารด้วยตนเอง ให้กำลังใจให้
คำแนะนำ ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ทำให้
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากมีความ
สามารถในการกลืนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการ
พยาบาลควรสนับสนุนและจัดให้มีการฝึกอบรมพยาบาล
เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการฝึกการกลืนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในหอผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดการสำลัก และ
การคายอาหารทางจมูกที่เป็นภาวะแทรกซ้อน
ที่สำคัญและสามารถลดอัตราการนอนในหอผู้ป่วยได้
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรตระหนักและให้
ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี
ปัญหาด้านการกลืน ประเมินการกลืน การบริหารกลืน
เนื่องการกลืน และการฝึกกลืนผู้ป่วยทุกราย เพื่อเพิ่มการ
ดูแลให้ครบองค์รวมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง
3. ด้านวิชาการ ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควร
ให้ผู้ดูแลหลัก (Care giver) มีส่วนร่วมในการฝึกกลืน
เนื่องจากเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดและเป็นการสร้างกำลังใจให้
กับผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงด้วยความ
กรุณาและช่วยเหลือจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และเพื่อน
ร่วมงานที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ
ถ่ายทอดความรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้ง
แก้ไขข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนของการวิจัยด้วยความ
เอาใจใส่เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุก
ท่านที่ยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง
และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World
Stroke Campaign. สมอ. [online]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 16
สิงหาคม 2560]
เข้าถึงได้จาก [http://www.world-stroke.org/
advocacy/worldstroke-campaign](http://www.world-stroke.org/advocacy/worldstroke-campaign)
2. อุษณีย์ น้อยนวล. แนวทางการส่งเสริม
การกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วย Stroke ที่มีอาการกลืน
ลำบาก.
[online]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2560].
เข้าถึงได้จาก www.ns.mahidol.ac.th/24
3. กฤษณา พิรเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะเฉียบพลัน. ในการดูแลรักษาภาวะ
สมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
4. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป.
กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2559.
5. Langdon, P. C., Lee, A. H., & Binns, C.
W. Dysphagia in acute ischemic stroke: Severity,
recovery and relationship to stroke subtype.
Journal of Clinical Neuroscience, 2007; 14(7), 630-
634.
6. อรสา เสงบริบูรณ์. Swallowing assess-
ment. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลเครือ
ข่ายโรคหลอดเลือดสมอง, 2552.
7. Kayser-Jones & Pengilly., Dysphagia
among nursing home residents. Geriatric Nursing.
1999;
20(2), 77-84.
8. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการส่งเสริม
การกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่มีภาวะการกลืนลำบาก สำหรับพยาบาล.
[online]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2560] เข้าใจได้
จาก: [http:// pni.go.th/pnigoth/?p=1067](http://pni.go.th/pnigoth/?p=1067).
9. Ney, D. et al. Senescent Swallowing:

Impact, Strategies and Interventions. *NutrClin Pract.* 2009; 24(3): 395-413.

10. Gibson, C. H. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advance Nursing.* 1993; 16: 356-361.

11. Daniel, S.K., McAdam, C.P., Bralley, K. & Foundas, A.L. Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 1997; 6: 17-24.

12. Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia.* 2001;16: 7-18.

13. บุญญิสสา เมืองทอง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา. 2553.

14. ลัดดา ศิลาเรียมธีรานุช ห้านิวัติชัยและสมบัติ มุ่งทวีพงษ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืน และการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *พยาบาลสาร.* 2557; (41); ฉบับพิเศษ. 180-191.