



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมใน  
การฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืน  
และการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

The effects of a family participation in rehabilitation program  
on swallowing and eating ability among acute stroke patients

ลัดดา	ศิลาเรียม	พย.ม.*	Ladda Silarium	M.N.S.*
ธีรณัฐ	ห่านิรัถิศจัย	Ph.D.**	Teeranut Harnirattisai	PhD.**
สมบัติ	มุงทวิพิงษา	MD.***	Sombat Muengtaweepongsa	MD.***

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางร่างกายได้หลายรูปแบบ อาการกลืนลำบากเป็นความผิดปกติหนึ่งที่สามารถพบได้บ่อยและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (historical control trial) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ดำเนินการศึกษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี และโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของจังหวัดนนทบุรี ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 22 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนการใช้โปรแกรม จำนวน 10 คน ก่อน หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการปรับฟื้นคืนสภาพตามแนวคิดของสไตรเกอร์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของเซปป์เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติ เครื่องมือประเมินความสามารถในการกลืนแบบประยุกต์ของแมนน์ (The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability: MMASA) แบบประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร แบบสังเกตอาการสำลัก โปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพการกลืนและการรับประทานอาหาร คู่มือการฟื้นฟูสภาพการกลืนและการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยและแบบติดตามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไฟด์แมน (Friedman test)

\* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 \* Nursing student, Faculty of Nursing, Thammasat University  
 \*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 \*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University  
 \*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 \*\*\* Assistant Professor, Faculty of Medicine, Thammasat University



และสถิติทดสอบแมนน์ วิทนี ยู (Mann-Whitney U test) การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าแล้ว สรุปผลงานวิจัยและข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

#### ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหารในวันที่ 7, 14 และ 30 จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และคะแนนเฉลี่ยของอาการสำคัญลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.000$ ) อย่างไรก็ตาม กลุ่มควบคุมมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหารชนิดต่างๆ และคะแนนเฉลี่ยของอาการสำคัญลดลงในวันที่ 7, 14 และ 30 จากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากอาการสำคัญ ผลการวิจัยแสดงว่าโปรแกรมนี้เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพที่พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม ความสามารถในการกลืน ความสามารถในการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

#### Abstract

Stroke caused multiple neurological abnormalities. Dysphagia is one of the most common problem which induced severe complications. This study used a quasi-experimental, one group design, pre-post test with a historical control group. The objective was to evaluate the effects of a family participation in rehabilitation program on swallowing and eating ability among acute stroke patients. The study was conducted at a university hospital in Pathumthani and one general hospital in Nonthaburi. A total of 22 stroke patients that met the inclusion criteria were studied. The 10 patients of the historical control group were collected first, and then the experimental group was completed with 12 patients. The activities in rehabilitation program was designed based on Stryker's rehabilitation framework and Family participation was based on Schepp's family participation framework. The instruments used were a demographic data of patients and family questionnaire, the Modified Mann Assessment of Swallowing Ability (MMASA), swallowing and eating ability assessment, aspiration observation form, a family participation in rehabilitation program, a caregiver's handbook, and a patient's care participation attention form. Data were analyzed by using descriptive statistics, the Friedman test and the Mann-Whitney U test.



### The result of study

The findings showed that the experimental group had significantly increased the mean score of swallowing and eating ability and showed a decreased mean score of aspiration at 7, 14, 30 days after participating in the program ( $p < .001$ ). However, the historical control group had also increased its mean score of swallowing ability, eating ability, and had a decreased mean score of aspiration at 7, 14, 30 days. Both groups had no complications. Even though the experimental group had good results, could not be concluded that this program could bring about better results for them than for those of the control group. These results demonstrated that the family participation in rehabilitation program is one method that nurses can apply to prevent complications among stroke patients.

**Key words:** Rehabilitation Program, Family Participation, Swallowing Ability, Eating Ability, Acute Stroke Patient

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาท เกิดจากมีปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุก 40 วินาที (สถาบันโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา, 2553) ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นและทำให้เกิดความพิการและความบกพร่องของร่างกาย (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

ปัญหาการกลืนและการรับประทานอาหาร เป็นปัญหาที่พบบ่อยและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ความบกพร่องนี้เกิดขึ้นบ่อยถึงร้อยละ 42-67 (Trapl *et al.*, 2007) โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Barer, 1989) เนื่องจากสมองควบคุมการเคลื่อนไหวและความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณริมฝีปากและคอดหอยลดลง กล้ามเนื้อไม่สามารถทำหน้าที่ประสานกันดี ทำให้ความสามารถในการกลืนลดลง ผู้ป่วยจึงเกิดอาการสำลัก และมักเกิดภาวะปอดอักเสบตามมา (Barer, 1989) ซึ่งเป็นสาเหตุการตาย

ถึงร้อยละ 15 - 25 อัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 3.69 ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 4.7 วัน เป็น 12.7 วัน และยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย (Summers *et al.*, 2009) การฟื้นฟูสภาพการกลืนมีความสำคัญในการช่วยการฟื้นฟูของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและยังช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังสูญเสียหน้าที่การกลืน (Stryker, 1977) โดยทั่วไปความผิดปกติของการกลืนในตำแหน่งปากและคอดหอยนี้สามารถฟื้นคืนสภาพได้เองภายในเวลา 3 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยขณะฟื้นฟูสภาพและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศและเน้นการพัฒนาเครื่องมือประเมินการกลืนและการปรับคุณลักษณะของอาหาร เช่น สมิทฮาร์ดและคณะ (Smithhard *et al.*, 1998) ได้สร้างแบบคัดกรองการกลืนเพื่อประเมินการกลืนที่ข้างเดียว เช่นเดียวกับแอนโทเนียสและคณะ (Antonios *et al.*, 2010) ที่พัฒนาเครื่องมือ



สำหรับคัดกรองการกลืนที่สามารถประเมินบริเวณข้างเดียวของผู้ป่วย ดันแคนและคณะ (Duncan *et al.*, 2005) ได้สร้างแนวปฏิบัติกรฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนโดยเลือกอาหารที่มีรสชาติดีและปรับความหนืดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของเนย์และคณะ (Ney *et al.*, 2009) เกี่ยวกับกลวิธีในการฟื้นฟูสภาพการกลืนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแบ่งลักษณะอาหารเป็น 4 ระดับและจัดอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยร่วมกับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อศีรษะและคอเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้น

ในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการสร้างแนวปฏิบัติและนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น การศึกษาของทิพย์สุดา ขำานัญศรีเพ็ชร (2544) เกี่ยวกับผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีกรกลืนลำบาก พบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัยและไม่สำคัญการศึกษาของอุษณีย์ น้อยนวนกุล (2545) เกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก การศึกษาของสายทิพย์ จำยพงษ์ (2550) เกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการกลืนลดลงของอุษณีย์ น้อยนวนกุล (2545) มาศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการกลืนลดลงเปรียบเทียบอาการสำคัญหลังรับประทานอาหาร พบว่าผู้ป่วยมีอาการสำคัญลดลง แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เป็นลักษณะการฟื้นฟูสภาพการกลืนและการรับประทานอาหารโดยให้ญาติมีส่วนร่วม

จากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากปอดอักเสบรวมทั้งการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยของญาติมีคุณภาพไม่เพียงพอ และยังพบว่าผู้ป่วยมักมีความบกพร่องหลายๆ ด้านร่วมกัน อาทิเช่น การเคลื่อนไหว การสื่อสาร การกลืน กระบวนการคิดริ้ว เป็นต้น (Cramer, 2010) ทำให้ผู้ป่วย

ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ญาติจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลและช่วยฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วย จากการซักถามผู้ป่วยและญาติพบว่ายังขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการบริหารกล้ามเนื้อการกลืน ซึ่งแนวปฏิบัติเรื่องการฟื้นฟูสภาพการกลืนที่ผ่านมามีมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพการกลืนด้วยตนเอง ประกอบกับในหน่วยงานยังไม่มีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพการกลืนและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีความสามารถในการกลืนลดลงเป็นรูปแบบที่ชัดเจน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพการกลืนโดยการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมนอกเหนือจากการดูแลจากพยาบาลและการดูแลทั่วไปตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมุ่งหวังว่าญาติจะสามารถฟื้นฟูสภาพการกลืนให้กับผู้ป่วยได้วัตถุประสงค์การวิจัยและสมมติฐานการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพในวันที่ 7, 14 และ 30
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพในวันที่ 7, 14 และ 30
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในวันที่ 7, 14 และ 30



## สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการกลืนภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7, 14 และ 30 มากกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการรับประทานอาหารภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7, 14 และ 30 มากกว่าก่อนการทดลอง

3. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหารภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7, 14 และ 30 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการฟื้นฟูสภาพเกี่ยวกับการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อลิ้น ปากและลิ้นให้สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ประยุกต์ใช้หลักการฟื้นฟูทางการพยาบาลของสไตเกอร์ (Stryker, 1977) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของเชปป์ (Schepp, 1995) โดยส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มโปรแกรม จนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม โดยจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล 3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาล และ 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล มีการติดตามในวันที่ 7, 14 และ 30

การส่งเสริมให้ญาติร่วมดูแลในการฟื้นฟูสภาพร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีความสามารถในการกลืนลดลงตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ

ฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนสภาพได้เร็วและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังทดลอง (Before-after experiment) และมีกลุ่มควบคุมที่เป็นการศึกษาสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพการกลืนในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Historical control group) ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สึกตัวดีและมีปัญหาการกลืน ได้รับการใส่สายให้อาหาร และมีญาติซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หลานหรือญาติ ทำหน้าที่ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย จำนวน 10 คน หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี และโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 – มกราคม พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพการกลืนและการรับประทานอาหารซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 ส่วนคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืนและภาวะแทรกซ้อน และการฝึกบริหารกล้ามเนื้อลิ้น ปากและลิ้น คู่มือการฟื้นฟูสภาพการกลืนและการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยและแบบติดตาม



การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนทั้งหมดและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ใช้เวลาครั้งละ 20-30 นาที ส่วนวันที่ 14 และ 30 จะติดตามเยี่ยมขณะผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติ 2) เครื่องมือประเมินความสามารถในการกลืนแบบประยุกต์ของแมนน์ (The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability: MMASA) เป็นแบบประเมินการกลืนที่ผู้วิจัยนำมาจากแอนโทเนียสและคณะ (Antonios *et al.*, 2009) ใช้วัดความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ คะแนนรวม 100 คะแนน คะแนนมากหมายถึง ความสามารถในการกลืนมาก หากผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 95 คะแนน จึงเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้อย่างปลอดภัย ถ้าคะแนนต่ำกว่า 94 คะแนน ผู้ป่วยควรรับประทานทางปากและควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาใส่สายให้อาหาร 3) แบบประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารตามชนิดของอาหารที่รับประทานได้ เป็นแบบประเมินการรับประทานอาหารตามชนิดที่ผู้ป่วยรับประทานได้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากงานวิจัยของเนย์และคณะ (Ney *et al.*, 2009) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดอาหารที่สามารถรับประทานได้ มีคะแนน 0 - 4 คะแนน ดังนี้ 0 =ใส่สายให้อาหาร 1 =อาหารชั้น 2 =อาหารแปรสภาพทางกลศาสตร์ 3 =อาหารสำหรับผู้ที่มีอาการกลืนลำบากมาก และ 4 =อาหารปกติทั่วไป และ 4) แบบสังเกตอาการสำคัญ เป็นแบบสังเกตอาการสำคัญที่พัฒนาโดยทิพย์สุดา ชำนาญศรีพิเชษฐ์ (2545) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการสำคัญที่อาจพบได้มีทั้งหมด 7 ข้อ คือ 1) มีอาการไอทันทีขณะกลืนอาหาร 2) มีอาการจุกแน่น สะอึก และหายใจลำบาก 3) มีเศษอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม 4) มีเสียงน้ำอยู่ในลำคอหรือเสียงเปลี่ยนหลังกลืน 5) มีความรู้สึกว่ามีอาหารติดอยู่ในคอหลังกลืน 6) มีอาเจียนหรือขย้อนอาหารที่กลืน 7) มีอาหารและน้ำไหล

ออกจากปาก คะแนนอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน สูงสุดมีค่าเท่ากับ 7 คะแนน ต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 คะแนน ถ้าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการสำคัญ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเท่ากับ 1.0 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือประเมินความสามารถในการกลืนแบบประยุกต์ของแมนน์ได้ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของการสังเกต (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเที่ยงในการวัด เท่ากับ 0.93 และแบบประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร คำนวณหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's product moment coefficient correlation ได้ค่าความเที่ยงในการวัด (test-retest reliability) เท่ากับ 1.0

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยจะเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้นั่นเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยอาศัยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจง ความถี่และค่าเฉลี่ย และทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างระหว่างความถี่ที่สังเกตของการแจกแจงที่มี 2 ลักษณะในระดับการวัดแบบนามมาตราของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์ (Fisher Exact Probability Test)



2. วิเคราะห์ความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหารก่อนและภายหลังจากได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบ Friedman test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการกลืนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบแมนน์-วิทนี ยู (Mann-Whitney U test)

### ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน เป็นเพศชาย 9 คน และเพศหญิง 3 คน มีอายุระหว่าง 39-84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 67.42 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (9 คน) รองลงมาอายุ 41-60 ปี (2 คน) และอายุ 20-40 ปี (1 คน) สถานภาพคู่ (7 คน) และหม้าย (5 คน) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (8 คน) และระดับมัธยมศึกษา (2 คน) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (7 คน) ค้าขาย (2 คน) เกษตรกรรับจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวนละ 1 คน มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนในจำนวนมากที่สุด 8 คน รองลงมาอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน และ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน จำนวนละ 2 คน

กลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน เป็นเพศชาย 4 คน และเพศหญิง 6 คน มีอายุระหว่าง 27-73 ปี โดยอายุเฉลี่ย 50.80 ปี มีอายุระหว่าง 41-60 ปีมากที่สุด (5 คน) รองลงมาอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไป (4 คน) และอายุ 20-40 ปี น้อยที่สุด (1 คน) สถานภาพคู่ จำนวน 6 คน โสด จำนวน 2 คน หม้ายและหย่า จำนวนละ 1 คน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (5 คน) ประถมศึกษา (3 คน) ปริญญาตรี (1 คน) และไม่ได้เรียนหนังสือ (1 คน) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (7 คน) ค้าขาย (1 คน) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (2 คน) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง

10,001-20,000 บาทต่อเดือน (4 คน) รองลงมาอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (3 คน) น้อยกว่า 5,000 บาท (1 คน) และไม่มีรายได้ (2 คน) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) ยกเว้นในเรื่องรายได้ต่อเดือนและอาชีพ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกือบทั้งหมดเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ส่วนที่เหลือเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันอย่างเฉียบพลัน (Embollic Stroke) และสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชนิดหลอดเลือดขนาดเล็กอุดตัน (Lacuna Infarction) โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 9 คน และเป็นสโตรคซ้ำ จำนวน 3 คน เกือบทุกคนมีโรคประจำตัว (10 ใน 12 คน) โรคประจำตัวที่พบคือ ความดันโลหิตสูง ( $n=5$ ) เบาหวาน ( $n=4$ ) ไขมันในเลือดสูง ( $n=3$ ) และโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $n=2$ ) จากผล CT scan พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (7 คน ใน 12 คน) มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในสมองพร้อมกันหลายตำแหน่ง ได้แก่ บริเวณ parieto-temporal, cortical-periventricular-lateral ventricle, basal ganglia-corona radiata, anterior limb-internal capsule, right MCA-cerebellum, periventricular white matter-caudate head นอกจากนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการและการแสดงทางคลินิกที่เป็นผลจากโรคหลายๆ อากา ร มีความบกพร่องทางด้านความสามารถในการคิดรู้ พฤติกรรมและอารมณ์

กลุ่มควบคุมเกือบทั้งหมด (9 คน ใน 10 คน) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ส่วนที่เหลือเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันอย่างเฉียบพลัน (Embollic Stroke) โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด ผู้ป่วย 7 คน ใน 10 คน โรคประจำตัวที่พบคือ ความดันโลหิตสูง ( $n=4$ ) เบาหวาน ( $n=2$ ) ไขมันในเลือดสูง ( $n=2$ ) และโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $n=1$ ) จากผล CT scan พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (7 คน ใน 12 คน) มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในสมองตำแหน่งเดียว ได้แก่ บริเวณ frontal, pone, basal ganglion และ cerebellum นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มควบคุมมีอาการและการแสดงทางคลินิกที่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมองหลายอาการ



3. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยขอสรุปผลลัพธ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมเกี่ยวกับความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหาร ดังนี้

3.1. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการกลืนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่ 7, 14 และ 30

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นทุกราย (n=12) โดยก่อนการทดลอง วันที่ 1 ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืน 82.33 คะแนน หลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นเป็น 88.25, 91.33 และ 94.58 คะแนน ในวันที่ 7, 14 และ 30 ตามลำดับ เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความสามารถในการกลืนโดยใช้สถิติ Friedman test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

3.2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่ 7, 14 และ 30

ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นแตกต่างกันตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นซึ่งความสามารถในการรับประทานอาหารนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความสามารถในการรับประทานอาหารชนิดต่างๆ และอาการสำลัก มีผลการวิจัย ดังนี้

1) ความสามารถในการรับประทานอาหาร ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนความสามารถในการรับประทานอาหารชนิดต่างๆเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการรับประทานอาหารชนิดต่างๆ 0.00 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการรับประทานอาหารชนิดต่างๆ เพิ่มขึ้นเป็น 0.42, 0.92 และ 1.83 คะแนน ในวันที่ 7, 14 และ 30 ตามลำดับ และเมื่อนำมาวิเคราะห์ความสามารถในการรับประทานอาหารชนิดต่างๆ โดยใช้สถิติ Friedman test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการรับประทานอาหาร

ภายหลังได้รับโปรแกรมวันที่ 7, 14 และ 30 มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

2) อาการสำลัก ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีอาการสำลักเฉลี่ยลดลงตามระยะเวลา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีอาการสำลักเฉลี่ย 3.33 คะแนน หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีอาการสำลักเฉลี่ยลดลงเหลือ 2.33, 1.92 และ 1.50 คะแนน ในวันที่ 7, 14 และ 30 ตามลำดับ เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการสำลักที่วัดได้โดยใช้สถิติ Friedman test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอาการสำลักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.000$ )

3.3 เปรียบเทียบความสามารถในการกลืนความสามารถในการรับประทานอาหารและอาการสำลักก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมในวันที่ 7, 14 และ 30

กลุ่มควบคุมมีความก้าวหน้าของค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืน ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการรับประทานอาหารและค่าเฉลี่ยของอาการสำลัก (n=10) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง คือ ในวันที่ 1 ผู้ป่วยทุกรายได้รับอาหารทางสายยาง มีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืน 79.40 คะแนน ค่าเฉลี่ยของอาการสำลัก 2.50 คะแนน หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นเป็น 91.30, 96.50 และ 97.90 ในวันที่ 7, 14 และ 30 ตามลำดับ เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความสามารถในการกลืนที่วัดได้โดยใช้สถิติ Friedman test พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.000$ )

ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาเช่นกัน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ จำนวน 9 คน และมีผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้จำนวน 1 คน ค่าความสามารถในการรับประทานอาหารชนิดต่างๆ เพิ่มขึ้นจาก 0.00 คะแนน เป็น 1.00, 2.80 และ 3.30 คะแนน เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบชนิดอาหารที่กลุ่มควบคุมสามารถรับประทานอาหารได้โดยใช้สถิติ Friedman test พบว่า กลุ่มควบคุมมีความสามารถในการรับประทานอาหาร



อาหารชนิดต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.000$ )

ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของอาการสำลักลดลงจาก 2.50 คะแนน เป็น 0.67, 0.33 และ 0.11 คะแนน ในวันที่ 7, 14 และ 30 ตามลำดับ เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการสำลักที่วัดได้โดยใช้สถิติ Friedman test พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอาการสำลักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

3.4 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารและผลของการดูแลตามปกติ (historical control group)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหารเช่นเดียวกัน จะเห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความไม่เท่ากันโดยเฉพาะรอยโรคและความสามารถในการรู้คิด กลุ่มทดลองมีรอยโรคเกิดขึ้นหลายตำแหน่งมากกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการกลืนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืนก่อนได้รับโปรแกรม 82.33 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการกลืนก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ 79.40 คะแนน ภายหลังจากได้รับการส่งเสริม กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการกลืนเป็น 5.92, 9.00 และ 12.25 ในวันที่ 7, 14 และ 30 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการเพิ่มขึ้นของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการกลืนเป็น 11.90, 17.10 และ 18.50 ในวันที่ 7, 14 และ 30 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการกลืนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในวันที่ 7, 14 และ 30 พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการกลืนมากกว่ากลุ่มทดลอง

3.5 การมีส่วนร่วมของญาติ ผลการทดลองพบมาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=45.17$ , S.D.=18.16) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกด้านในระดับปานกลาง กล่าวคือ มีกิจกรรมที่ทำประจำ ( $\bar{X}=10.00$ , S.D.=5.10) กิจกรรมการพยาบาล ( $\bar{X}=16.42$ , S.D.=7.48) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูล ( $\bar{X}=13.83$ , S.D.=5.01) และกิจกรรมการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=4.92$ , S.D.=2.27)

หลังจบโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 14) ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=59.25$ , S.D.=15.46) ส่วนการมีส่วนร่วมในแต่ละด้านพบว่า ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก คือ กิจกรรมที่ทำประจำ ( $\bar{X}=14.17$ , S.D.=3.93) กิจกรรมการพยาบาล ( $\bar{X}=23.08$ , S.D.=5.90) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูล ( $\bar{X}=15.50$ , S.D.=6.01) และกิจกรรมการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=6.50$ , S.D.=2.43)

### วิเคราะห์วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นในวันที่ 7, 14 และ 30 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูล การฝึกบริหารกล้ามเนื้อริมฝีปากและลิ้น ทำให้กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืนมีความตึงตัวและแข็งแรงเพิ่มขึ้นสามารถกลับมาทำหน้าที่กลืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Wada et al., 2012) ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาเป็นรายคน กลุ่มทดลองจะมีการฟื้นฟูแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการฟื้นฟูสภาพการกลืนมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน

ด้านอาการและอาการแสดงทางคลินิก ผู้ป่วยบางรายมีความผิดปกติของการกลืนน้อย มีใบหน้าเสียสมดุลและริมฝีปากอ่อนแรง หลังได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อการกลืนอย่างถูกวิธี จะเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและทำหน้าที่ประสานกันดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายได้รับการฟื้นฟูสภาพเร็วและต่อเนื่องร่วมกับญาติให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ



ทำให้ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนในระยะปากและคอด้อยขึ้นเพิ่มขึ้นได้ (Duncan *et al.*, 2005) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมาก่อน หลังได้รับการรักษาจนอาการคงที่แล้ว ปัญหาการกลืนสามารถฟื้นฟูสภาพได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการฟื้นฟูหายของระบบประสาทและทางกายภาพตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะค่อยๆ ลดลงและสามารถทำหน้าที่ได้มากขึ้น

ด้านความสามารถในการรู้คิด พฤติกรรมและอารมณ์ มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพการกลืนของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกมากกว่าก็มีความบกพร่องด้านความสามารถในการรู้คิด พฤติกรรม และอารมณ์นั้น เมื่อญาติช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย การแสดงออกทางพฤติกรรม การพูด การออกเสียง การรับรู้วัน เวลา สถานที่และกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพการกลืนอย่างถูกวิธี อาจทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นคืนสภาพได้รวดเร็วขึ้น แต่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถฝึกทักษะได้ครบถ้วน ทำให้ความสามารถในการกลืนยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่จะเริ่มอาหารทางปากได้ ที่พบว่า ระดับความรู้สึกรับรู้ตัว ความสามารถในการรู้คิด ท่าทางและความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง จะมีผลต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถปรับระดับอาหารได้แตกต่างกัน เมื่อผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นถึงเกณฑ์ที่สามารถเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้แล้ว ควรปรับคุณลักษณะของอาหารให้มีความหนืดแตกต่างกันและเหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย (Ney *et al.*, 2009) นอกจากนี้ การนั่งขณะรับประทานอาหาร ตักอาหารคำเล็กลงและลดสิ่งรบกวนอาจช่วยป้องกันอาการสำลักได้

สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้และยังพบอาการสำลักอยู่นั้น จำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพการกลืนและการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง เช่นกันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในระยะยาวผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นคืนสภาพได้ดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจใช้เวลาในการฟื้นฟูไม่เท่ากัน

ในด้านการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟู

สภาพ ผลการศึกษาแสดงถึงว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่ 30 ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากญาติได้รับการเตรียมในเรื่องกิจกรรมทั่วไปและกิจกรรมการพยาบาลโดยเฉพาะเรื่องการฟื้นฟูสภาพการกลืนและการรับประทานอาหารตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน มีการประเมินความถูกต้องในการดูแลและทักษะการฟื้นฟูสภาพ และการสังเกตอาการสำคัญขณะรับประทานอาหาร พยาบาลมีการติดตามว่าญาติปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ ทำให้ญาติมีความสามารถในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากคุณภาพของการเตรียมญาติเป็นองค์ประกอบสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน เพื่อป้องกันการสำลักและภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ (บรรณพชรพรณ หิรัญเคราะห์, 2550)

### ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้นี้ โปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าความสามารถในการกลืน ความสามารถในการรับประทานอาหารและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีความสามารถในการกลืนลดลง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ ดังนี้

1. ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีปัญหาการกลืนและได้รับอาหารทางสายให้อาหาร ซึ่งการฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนมีความแข็งแรงขึ้นและทำหน้าที่ประสานกันได้ดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนอาหารตามลำดับจะช่วยฟื้นฟูสภาพการกลืนและลดอาการสำลักลงได้ ทั้งนี้ก่อนที่จะนำไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืนในผู้ป่วย การ



ประเมินความสามารถในการกลืน การฝึกบริหารกลืน เนื้อริมฝีปากและลิ้น การเตรียมและปรับชนิดอาหาร การสังเกตอาการสำคัญ พยาบาลควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี หากผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านกระบวนการรู้คิด (cognitive impairment) พฤติกรรม และอารมณ์ และญาติไม่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างเคร่งครัด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักได้

2. การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพความสามารถในการกลืนและการรับ

ประทานอาหารของผู้ป่วย เนื่องจากญาติจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกบริหารกลืนเนื้อริมฝีปากและลิ้นตามขั้นตอนอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน รวมทั้งเป็นกำลังใจที่ดีให้กับผู้ป่วยอีกด้วย

3. การเตรียมญาติให้มีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพการกลืนก่อนกลับบ้านรวมทั้งพยาบาลมีการติดตามเป็นระยะๆ ญาติสามารถเป็นบุคคลสำคัญที่ในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับฟื้นคืนสภาพการกลืนและการรับประทานอาหาร และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับการได้รับการดูแลจากพยาบาล

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่มอบทุนอุดหนุนการวิจัยสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- ทิพย์สุตา ชำนาญศรีเพ็ชร์. (2545). ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรณชารรณ หิรัญเคราะห์ (2549). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุษณีย์ น้อยนวกุล. (2549). แนวทางการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Heart Association. (2010). *Heart Disease & Stroke Statistics 2010 Update At-A-Glance*, 14-16.
- Antonios, N. et al. (2010). Analysis of a physician Tool for Evaluation Dysphagia on an Inpatient Stroke Unit: The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 19(1), 49-57.
- Barer, D.H. (1989). The nature history and functional consequences of dysphagia after Stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 52, 236-241.
- Cramer, S. C. (2010). *Brain Repair after Stroke*. The New England journal of Medicine. Retrieved September 15, 2012. from <http://negm.org>



- Duncan, P. W., et al. (2005). Management of adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical practice Guideline. *Stroke*, 36, e100-e143.
- Ney, D. et al. (2009). Senescent Swallowing: Impact, Strategies and Interventions. *Nutr Clin Pract*, 24(3), 395-413.
- Schepp, K. (1995). Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Unpublished manuscript, university of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.
- Smithhard, D. G., Paul, A., Nell, O., Park, C., Deborah, S., Wyatt, R., et al. (1998). Can bedside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke? *Age and Ageing*, 27: 99-106.
- Stryker, R. (1977). *Rehabilitation Aspects of Acute and chronic Nursing care*. 2<sup>nd</sup> Edition. Philadelphia, W.B: Saunders company.
- Trapl, M. et al. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38, 2948.
- Summers, D. et al. (2009). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke patient: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, 40, 2911-2944. DOI: 10.1161/STROKEAHA. 109. 192362