



HE011

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่มีภาวะกลืนลำบาก

Effective of Swallowing Rehabilitation Program on Swallowing Ability
in Stroke Patient with Dysphagia

นฤมล นามวงษ์¹

นฤมล สีนสุพรรณ²

กุหลาบ ปุริสาร³

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีภาวะกลืนลำบากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในการจัดโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 คน โดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการกลืน แบบประเมินการกลืนตามมาตรฐาน แบบประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว แบบประเมินความสามารถในการกลืนและแบบประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test, Wilcoxon Match paired Sign Rank Test และ Friedman test ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการรับประทานแต่ละมื้อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.001) ด้านการสำลักอาหารพบว่าการรับประทานอาหารมื้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการสำลักอาหาร ร้อยละ 20.0 และการรับประทานอาหารมื้อที่ 4-6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีอาการสำลักอาหาร จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นได้ว่าโปรแกรมห้ดังกล่าวเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะกลืนลำบาก, การสำลักอาหาร

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

²อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

³อาจารย์ประจำหลักสูตรคณะศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

Abstract

Dysphagia is a common complication of stroke, but estimates of its frequency vary considerably. It is an important cause of pneumonia within the first days after stroke. Hence, in this study, we aimed to compare the effects of the individualized rehabilitation programs on the recovery of swallowing and eating. This quasi-experimental study was recruited 35 patients with stroke for data collection at pre-posttest and follow-up with Standardized Swallowing Assessment, Glasgow coma scale (GCS), assessment of swallowing and eating ability. Statistical analysis was performed using the Paired t-test, Wilcoxon Match paired Sign Rank Test and Friedman test. After the treatment, the patients showed a significant improvement in the swallowing function (P-value<0.001) and eating ability (P-value<0.001) than that pre-test. Furthermore, stroke patients had aspiration in first meal 20% and they not had had aspiration since fourth meal. The findings of present study showed evidence that the efficacy of rehabilitation interventions to reduce the complication of stroke.

Keywords : Stroke patient, Dysphagia, Aspiration

1. บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease; Stroke) ถือได้เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือก้านสมอง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองชั่วคราวหรือถาวรและอาจนำไปสู่การตายได้ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปี 2543 และปี 2558 โรคหลอดเลือดสมองถือได้ว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติสาธารณสุขปี 2558 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับ 2 ของประเทศ (WHO, 2016a) ซึ่งจากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี จังหวัดขอนแก่นถือได้ว่าเป็นจังหวัดที่สำคัญจังหวัดหนึ่งใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 1,334 ราย เป็น 1,543 ในปี 2558-2559 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560b)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก กลืนลำบาก พูดลำบาก เดินเซ ตามองไม่เห็น มองเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะ โดยพบว่าปัญหาการกลืนและการรับประทานอาหาร เป็นปัญหาที่พบบ่อยและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ความบกพร่องนี้เกิดขึ้นบ่อยถึงร้อยละ 51-71 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากและมีอาการสำคัญจะเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบได้ถึง 11 เท่า ของผู้ป่วยโรค



หลอดเลือดสมองที่ไม่มีอาการกลืนลำบาก (R. Martino et al., 2005)

จากการศึกษาที่ผ่านมายังในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์นำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไปนำแนวปฏิบัติไปใช้ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เป็นลักษณะการฟื้นฟูสภาพการกลืนด้วยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ที่กล่าวถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การรับรู้ ความคาดหวังระหว่างกัน จากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้วิจัยเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแล้ว จะมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการช่วยดูแลผู้ป่วย ซึ่งในฐานะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการฟื้นฟูความสามารถในการกลืนนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงหาแนวทางในการลดผลกระทบจากการกลืนลำบากด้วยการฟื้นฟูการกลืนด้วยการประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ในการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ภาวะกลืนลำบาก โดยตั้งเป้าหมาย แสวงหาแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยได้เร็ว ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น นำจะนำไปสู่

การลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูการกลืน

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูการกลืน

3. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมองคืออาการของแขนขาหรือหน้าซีกใดซีกหนึ่งขาอ่อนแรงหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ อย่างทันทีทันใดเกิดขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบตันหรือแตกทำให้เนื้อสมองขาดอาหารและออกซิเจนเนื้อสมองเสียหายและการทำงานของสมองหยุดชะงักถ้าไม่รีบรักษาเนื้อสมองจะตายและเกิดความเสียหายถาวรในที่สุด (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2006) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่าหมายถึงกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิดสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่นที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตก เช่น



การบาดเจ็บที่ศีรษะเนื้องอกและการติดเชื้อในสมอง ซึ่งไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวและเกิดความบกพร่องทางระบบประสาทที่อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง (Transient Ischemic Attack, TIA)

Bowman (2009) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่ากลุ่มอาการทางระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติไป

เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติไป

ชนัญญา จิระพรกุล (2559) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองสูญเสียหน้าที่อย่างเฉียบพลัน เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ แตก หรือตันเลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ สมองขาดออกซิเจน ก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท

สรุป โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงักอาการแสดง ได้แก่ แขน ขา หรือหน้าซีกใดซีกหนึ่งชาอ่อนแรงหรือเคลื่อนไหวไม่ได้อย่างทันทีทันใด

4. วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนทดลอง หลังการทดลอง

โดยมีรูปแบบการวิจัย แบบทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (Pre-test Post-test Design) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางประสาทวิทยาโดยผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 – เดือน เมษายน 2561 โดยเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีปัญหาการกลืนลำบาก 2) มีความพร้อมในการกลืนโดยประเมินจากแบบประเมินความพร้อมในการกลืน 3) แพทย์ให้รับประทานยาและอาหารได้ 4) รู้สึกตัวรู้เรื่องดี (Glasgow coma scale) มีคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีทั้งพูด และเขียน และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยสัญญาณชีพไม่คงที่ได้แก่ ออณหภูมิร่างกาย, ชีพจร, อัตราการหายใจ, ความดันโลหิต 2) ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทเลเวลลง ได้แก่ ความรู้สึกตัว ขนาดรูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง และกำลังแขนขา 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใส่ tube 4) ผู้ป่วยตั้งครรรค์ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Frison และ Pocock ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 35คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 – เดือนเมษายน 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการการคัดกรองผู้ป่วย

1.1 แบบประเมินอาการทางคลินิก

ของภาวะกลืนลำบาก

1.2 การประเมินความพร้อมในการ

กลืนด้วยแบบประเมินการกลืนตามมาตรฐาน (Standardized Swallowing Assessment)



1.3 แบบประเมินความพร้อมการกลืน
อย่างปลอดภัย ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของ
ความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow coma scale (GCS)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินความสามารถใน
การกลืน

2.3 แบบประเมินความสามารถใน
การรับประทานอาหาร

2.4 แบบสังเกตอาการสำคัญเป็นแบบ
สังเกตอาการสำคัญ

3. โปรแกรมฟื้นฟูการกลืน

3.1 คู่มือการฟื้นฟูการกลืนผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

3.2 ขั้นตอนการสอน

แบบ สอ บ ถา ม ได้ ผ่ า น ก า ร
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน
ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ตรวจสอบ
ความเที่ยงของเครื่องมือแบบสอบถามได้ค่าความ
เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85 หาค่าความเชื่อมั่น
จากการสังเกต (Inter-rater reliability) ได้เท่ากับ
0.90 แบบประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร
ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า
เท่ากับ 1.0 เมื่อคำนวณหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ
Pearson's product moment coefficient correlation

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การคัด
กรองผู้ป่วย (Screening test) เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้า
ร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะประเมินสัญญาณชีพเพื่อประเมิน

สภาพความพร้อมของผู้ป่วย ประเมินระดับความ
รู้สึกตัวประเมินการกลืนทางคลินิก และประเมินความ
พร้อมในการกลืนและทดสอบการกลืน ขั้นตอนที่ 2
ดำเนินการใช้โปรแกรมเพื่อฟื้นฟูการกลืนต่อ
ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองที่มีภาวะกลืนลำบาก เริ่มจากผู้วิจัยกับผู้ป่วย
พูดคุยสอบถามปัญหาสุขภาพและความต้องการของ
ผู้ป่วยพร้อมทั้งสรุปปัญหาสุขภาพให้ผู้ป่วยได้รับทราบ
เพื่อนำมากำหนดปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกัน
จากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกัน ตั้งเป้าหมายในการ
ฟื้นฟูการกลืน จากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
ฟื้นฟูการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยผู้วิจัย
ให้ความรู้การฟื้นฟูการกลืน ตามคู่มือ การบริหาร
กล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจ ปฏิบัติ
ยังไม่ได้ ผู้วิจัยจะสาธิตซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะทำตามได้
การส่งเสริมการกลืนจริง และมอบคู่มือการฟื้นฟูการ
กลืนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก
เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ ฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้
ในการกลืนด้วยตนเองก่อนมื้ออาหารทุกมื้อ ขั้นตอนที่ 3
การติดตามผล โดยจะประเมินความสามารถในการ
กลืน และประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร
ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินชนิดการ
รับประทานอาหารและแบบสังเกตอาการสำคัญ
จำนวน 6 ครั้ง (6 มื้ออาหาร)

5. ผลการศึกษา

5.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองเป็นเพศชาย ร้อยละ 68.6 เพศหญิง ร้อยละ

31.40 อายุมากกว่า 49 ปีมากที่สุด ร้อยละ 48.6
สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 71.5 นับถือศาสนา
พุทธมากที่สุด ร้อยละ 97.1 จบชั้นประถมศึกษา
มากที่สุด ร้อยละ 48.5 ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อย
ละ 28.6 ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองก่อน
มาถึงโรงพยาบาล 21-30 ชั่วโมง ร้อยละ 42.9 มีโรค
ประจำตัว ร้อยละ 80 คนที่มีโรคประจำตัวพบว่าป่วย
ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.6 พบความ
บกพร่องในการเคลื่อนไหวของแขน ขา ร้อยละ 94.3

5.2 ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการ
กลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามราย
มือดังนี้ มือที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 96.3 ± 1.2 มือที่ 2
คะแนนเฉลี่ย 96.3 ± 1.2 มือที่ 3 คะแนนเฉลี่ย
 96.7 ± 1.2 มือที่ 4 คะแนนเฉลี่ย 97.3 ± 1.3 มือที่ 5
คะแนนเฉลี่ย 98.1 ± 1.5 มือที่ 6 คะแนนเฉลี่ย 98.3
 ± 1.5 (95 คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยรับประทานอาหารทาง
ปากได้อย่างปลอดภัย) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง
ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในการรับประทานแต่ละมือ พบว่า แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
($P\text{-value} < 0.001$) แต่เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า
ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยในมือที่ 3 มากกว่า
มือที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
($P\text{-value} = 0.009$) ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย
ในมือที่ 6 มากกว่ามือที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ความสามารถในการ
กลืนของผู้ป่วยในมือที่ 6 มากกว่ามือที่ 3 อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$)

5.3. ความสามารถในการรับประทานอาหาร

5.3.1 ความสามารถในการรับประทานอาหาร

ในการรับประทานมือที่ 1 พบว่า
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่รับประทาน
อาหารอ่อน ร้อยละ 68.6 มือที่ 2 ถึงมือที่ 4 พบว่า
ผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่รับประทานอาหารอ่อน ร้อยละ
77.1 มือที่ 5 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารอ่อน ร้อยละ
48.6 และมือที่ 6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วน
ใหญ่รับประทานอาหารปกติทั่วไป

5.3.2 เปรียบ ความแตกต่าง ความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความสามารถ
ในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในการรับประทานแต่ละมือ พบว่า แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} <$
 0.001) แต่เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่าความสามารถ
ในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ในมือที่ 3
มากกว่ามือที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
($P\text{-value} = 0.014$) ความสามารถในการรับประทานอาหาร
ของผู้ป่วยในมือที่ 6 มากกว่ามือที่ 1 อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$)
ความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยใน
มือที่ 6 มากกว่า มือที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$)

5.3.3 ประเมินการสำลักอาหาร

ผลการวิจัย พบว่า การรับประทานอาหาร
อาหารมือที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการ
สำลักอาหาร ร้อยละ 20.0 ไม่สำลักอาหาร ร้อยละ



80.0 การรับประทานอาหารมือที่ 2 สำลัอาหาร ร้อยละ 11.4 ไม่สำลัอาหาร ร้อยละ 88.6 การรับประทานอาหารมือที่ 3 สำลัอาหาร ร้อยละ 2.9 ไม่สำลัอาหาร ร้อยละ 97.1 และการรับประทานอาหารมือที่ 4-6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สำลัอาหาร ร้อยละ 100จากผลการศึกษา พบว่า ในมือที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการสำลัที่สำคัญ คือ มีเศษอาหารค้างในกระพุ้งแก้มร้อยละ 20.0 รองลงมา คือ มีอาการไอทันที ขณะกลืนอาหาร ร้อยละ 11.4 และมีอาหารและน้ำไหลออกจากปาก ร้อยละ 5.7 สำหรับในมือที่ 2 ส่วนใหญ่มีเศษอาหารค้างใน กระพุ้งแก้ม ร้อยละ 11.4 รองลงมา คือ มีอาหารและน้ำไหลออกจากปาก ร้อยละ 5.7 และมีอาการไอทันที ขณะกลืนอาหาร ร้อยละ 2.9 สำหรับในมือที่ 3 ยังพบว่าผู้ป่วยมีเศษอาหารค้างในกระพุ้งแก้มร้อยละ 2.9 และในมือที่ 4 -6 ไม่มีอาการสำลัอาหารเลย

6. อภิปรายผล

ผลการวิจัยโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่าเมื่อเปรียบเทียบแตกต่างความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการรับประทานแต่ละมือ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}<0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวได้รับการคัดกรองและเตรียมความพร้อมการบริหารกลืนเนื้อที่ช่วยในการกลืน และการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนที่ปลอดภัย โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันตั้งแต่แรก โดย Kang J.H. และคณะ พบว่าการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาปัญหาด้าน

การกลืนของผู้รับบริการโดยอาจทำได้ตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันที่ผู้รับบริการยังอยู่ในหอผู้ป่วยร่วมกับการฝึกข้างเตียงผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการประเมินภาวะการณกลืนที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$) และยังเป็น การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบจากการสำลั สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bakhtiyari J. และคณะ ที่พบว่าการให้โปรแกรมอย่างรวดเร็วจะทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.05$) และทำให้จำนวนของผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.002$) หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย เพื่อทำการรวบรวมปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งสรุปปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเพื่อนำมากำหนดปัญหา และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถประเมินความสามารถของตนเองในการกลืนได้เป็นส่วนใหญ่

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้การฟื้นฟูการกลืน ตามคู่มือและให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน รวมทั้งยังส่งเสริมการกลืนจริง ในการฝึกบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า ช่องปากและลิ้นก่อนอาหารทุกมื้อจะเป็นการช่วยเพิ่มความแข็งแรงและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อระหว่างการกลืน และการเคลื่อนไหวของลิ้นดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายทิพย์ จำยพงษ์พบว่า หลังจากได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยมีคะแนนของการกลืนลำบากรวมถึง



การเกิดปัญหาการสำลักและการไอลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.001) เช่นเดียวกับ บุญญา เมืองทอง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกลืนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.01) สอดคล้องกับ Moon JH. และคณะ ได้ทำการศึกษาถึงผลของการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่า เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.05)

ความสามารถในการรับประทานอาหารสำหรับมือที่ 1-5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่รับประทานอาหารอ่อน แต่สำหรับในมือที่ 6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารปกติทั่วไป ในช่วงเริ่มต้นของโครงการ ผู้วิจัยจัดเตรียมอาหารที่มีความเข้มข้นดีเล็กน้อยด้วยโจ๊กปั่นให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่ากลิ่นและรสชาติที่ดีของอาหาร ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีน้ำลายมากขึ้น ทำให้การคลุกเคล้าอาหารเป็นก้อนได้ง่าย และง่ายต่อการกลืน ดังนั้น การจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและปรับเปลี่ยนชนิดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย ตามทฤษฎีความสำเร็จที่เน้นการดำเนินการแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนที่ก้าวหน้าเป็นลำดับ จะทำให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจที่เลือกในสิ่งที่ตนเลือกและทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านที่พบว่าการจัดอาหาร การปรับเปลี่ยน

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการกลืนที่ปลอดภัยในผู้ป่วยที่กลืนลำบาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของทิพย์สุตา ชำนาญศรีเพ็ชรที่ได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 10 รายที่ผ่านการฝึกกลืนและบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน มีคะแนนการกลืนลำบากลดลงและ Perry, Hamilton ศึกษาเกี่ยวกับโภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาถึงเทคนิคในการให้อาหารเพื่อป้องกันการสำลัก ด้วยการปรับให้อาหารเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย พบว่า โภชนบำบัดมีผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูการทำงานของระบบต่างๆของร่างกาย

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

7.1.1 เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากในการฟื้นฟูการกลืน เน้นการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการทำกิจกรรมต่างๆเช่น การบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน โดยพยาบาลช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น ปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารได้ และรับประทานอาหารได้ไม่สำลัก ด้วยการประเมินความพร้อมการรับประทานอาหารทุกครั้ง

7.1.2 การนำโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนไปใช้ ต้องประเมินความพร้อมการกลืนก่อนเสมอเพื่อป้องกันการสำลักและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารของตนเอง

7.1.3 ให้ผู้ป่วยเลือกอาหารในการรับประทานตามความชอบ พร้อมทั้งจัดอาหารที่



เหมาะสม ไม่ขัดกับแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น

7.1.4 ผู้บริหารควรสนับสนุนและจัดให้มีการฝึกอบรมพยาบาลทุกคนในแผนกอายุรกรรมในการฟื้นฟูการกลืนเพื่อเป็นมาตรฐานการพยาบาลเดียวกัน เพราะทุกหอผู้ป่วยมีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษา

7.1.5 ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พยาบาลควรประเมินภาวะการกลืนและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้รับประทานอาหารมื้อแรกและควรนำโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหารเกิดปอดติดเชื้อ (Aspirate Pneumonia)

7.1.6 ควรมีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกฟื้นฟูการกลืนให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งมีการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยกันดูแลอยู่แล้ว ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด และนักแก้ไขความผิดปกติในการพูด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

7.1.7 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยางที่มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถทำตามคำสั่งได้ พยาบาลสามารถเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและการกลืนได้โดยการสอนผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อตามคู่มือ

7.1.8 ควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก (care giver) และพัฒนาคู่มือสำหรับผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดทำในการรับประทานอาหาร การทำความสะอาด

สะอาดช่องปาก การประเมินความพร้อมในการกลืน การบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ช่วยในการกลืน เป็นต้น

7.1.9 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลานาน เพราะบางคนอาจจะพิการตลอดชีวิต บางคนอาจจะช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือถ้าใครโชคดีก็สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ต้องติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย แน่นนอนว่าผู้ป่วยต้องมีความเครียด วิตกกังวลนอนไม่หลับ กลัวไม่หาย กลัวพิการหรือกลัวสูญเสียภาพลักษณ์ นอกจากผู้ป่วยจะเครียดแล้วผู้ดูแลก็เครียดเช่นกัน นานๆไปก็จะเกิดความเบื่อหน่าย (burn out) ดังนั้นทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง หากผู้ป่วยอาการดีขึ้น เช่น จากที่รับประทานอาหารเองไม่ได้ก็สามารถรับประทานอาหารได้เองก็จะสามารถลดความเครียดทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล

7.2.เสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

7.2.1 ควรศึกษาวิจัยเพื่อติดตามความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายจากการจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็ว

7.2.2 ควรมีการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในรายที่ได้รับการคายางให้อาหารเมื่อกลับบ้าน

7.2.3 ควรศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อได้รับการดูแลตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืน

8. เอกสารอ้างอิง

1. เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). **โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2. ชันัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ ตั้งศรีทอง, รชานนท์ งามใจรัก, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์, กาญจนศรี สิงห์ภู, ปิเตอร์ แบรดชอว์ และคณะ. (2559). **ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย**. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 14(3), 13-27.
3. ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร.(2545).**ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
4. บุญญา เมื่องทอง. (2553). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก**, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์:สงขลา.
5. สายทิพย์ จำพงษ์. (2550). **ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี**,สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง. มหาวิทยาลัยคริสเตียน: นครปฐม.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2558). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป**. Vol.1.กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560b).**อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น**. ค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2560, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152
8. Bakhtiyari, J., Sarraf, P., Nakhostin-Ansari, N., Tafakhori, A., Logemann, J., Faghihzadeh, S., & Harirchian, M. H. (2015). **Effects of early intervention of swallowing therapy on recovery from dysphagia following stroke**. Iranian Journal of Neurology, 14(3), 119-124.
9. Bowman, L. (2009). Management of clients with stroke. In: J.M.Black and, J.,h Hawks. (2009). **Medical-Surgical Nursing. Clinical Management for Positive Outcomes**. 8 th ed. St. Louis: Saunders Elsevier.



10. Kang, J.-H., Park, R.-Y., Lee, S.-J., Kim, J.-Y., Yoon, S.-R., & Jung, K.-I. (2012). **The Effect of Bedside Exercise Program on Stroke Patients with Dysphagia.** *Annals of Rehabilitation Medicine*, 36(4), 512-520.
11. King, I. M. (1981). **Theory for Nursing: Systems, Concepts and Process.** New York: John Wiley & Sons Inc.
12. Moon, J. H., Jung, J.-H., Won, Y. S., Cho, H.-Y., & Cho, K. (2017). **Effects of expiratory muscle strength training on swallowing function in acute stroke patients with dysphagia.** *Journal of Physical Therapy Science*, 29(4), 609-612.
13. Perry, L., Hamilton, S., Williams, J., & Jones, S. (2013). **Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes.** *Worldviews on Evidence - Based Nursing*, 10(1), 17-40.
14. WHO. (2016a). **Global health estimates 2015 summary tables: global deaths by cause, age and sex, 2000-2015.** Retrieved December, 2016, from www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GHE_2015_Deaths_Global_2000_2015.xls
15. World Health Organization. (2006). **Global burden of disease 2000.** Retrieved July 10, 2009, from World Health Organization web site: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasesstroke.pdf.