

ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก



นางสาววันวิสา คำสัตย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF A NURSE- COACHING INTERVENTION ON SWALLOWING
IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA

Miss Wanwisa Kumsat



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืน
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะ
กลืนลำบาก

โดย นางสาววันวิสา คำสัตย์

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

วันวิสา คำสัถย์ : ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก (THE EFFECT OF A NURSE- COACHING INTERVENTION ON SWALLOWING IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ, 202 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่มารับบริการในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน จากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pairs) ให้มีลักษณะคล้ายคลึงในด้าน เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ และกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะได้รับการจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมการกลืนในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 2 ครั้งภายหลังจำหน่ายเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะประกอบด้วย การให้ความรู้ และการใช้กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับทักษะ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์ การสำรวจทางเลือก การวางแผนปฏิบัติ การเรียนรู้และฝึกทักษะ และการประเมินผลย้อนกลับ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบคุณภาพและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และได้รับการตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสังเกตของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .97 และ 1.0 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติค่าที่ (paired t-test , independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะลำบากในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)
2. ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577194736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: NURSE COACHING / SWALLOWING ABILITY / ISCHEMIC STROKE PATIENT

WANWISA KUMSAT: THE EFFECT OF A NURSE- COACHING INTERVENTION ON SWALLOWING IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA. ADVISOR: ASST. PROF.RUNGRAWEE NAVICHARERN, Ph.D., 202 pp.

This quasi-experimental study was aimed to examining the effects of a nurse coaching intervention on swallowing in ischemic stroke patients with dysphagia at the stroke unit in Chonburi hospital between May and December 2015. Forty-four subjects were purposively sampled and assigned via pair matching with gender, age, and severity of stroke in- the control and experimental group, with a total of 22 subjects in each group. The experimental group received a nurse coaching intervention whereas the control group received routine nursing care. The nurse coaching intervention consisted of individualized session of rehabilitation for increasing the swallowing of subjects via caregiver's involvement over 5 day of hospital stayed and 2 follow up phone called after discharge at the end of 1st week. The nurse coaching session included educational and skill strategies including 6 steps: goal setting, analysis, exploration, planning action, learning and feedback. Data were collected on demographic form , an Ischemic stroke patient swallowing assessment form and a caregiver ability assessment form. The content validity of the program and all instruments were verified by five experts and tested for inter-rater reliability yielding a values of .97 and 1.0. Data were analyzed using descriptive statistics, and hypotheses were tested with paired t-test and independent t-test.

The find are as follow: 

1. The mean score of swallowing in the experimental group was significantly higher than before to receiving the program ($P < .05$).

2. After completion of the intervention, the experimental group had a significantly higher mean score for swallowing than the control group ($P < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณา และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และความเมตตาตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นพ.ชาญวิทย์ ชัยสุริยะพันธ์, อาจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ บรรลิติตกุล, ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, นางสุภาพันธ์ คำหอม,นางสาวศศิธร เปี่ยมทอง ที่ได้สละเวลาอันมีค่ากรุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่เป็นแรงผลักดัน คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนในทุกๆ ด้านเสมอมาจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนๆ น้องๆ ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ และให้กำลังใจในช่วงของการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วง ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่ บิดา มารดา คณาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
สารบัญแผนภาพ.....	1
บทที่ 1 บทนำ.....	2
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	2
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก.....	16
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก.....	16
3. แนวคิดการสอนแนะ.....	16
4. กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะเพื่อส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก.....	17
5. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงและการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่มีภาวะกลืนลำบาก.....	17

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	79
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	79
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	80
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	82
การดำเนินการวิจัย	89
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	104
การวิเคราะห์ข้อมูล	105
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	106
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	107
ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืน ลำบากก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ	112
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืน ลำบากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะและกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	113
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	114
สรุปผลการวิจัย.....	118
อภิปรายผลการวิจัย.....	118
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	126
รายการอ้างอิง	128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	202

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pairs) พิจารณาจากตัวแปร เพศ อายุ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินด้วยเครื่องมือ NIH Stroke Scale (NIHSS)	81
ตารางที่ 2	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=44).....	107
ตารางที่ 3	คะแนนเฉลี่ยการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22).....	112
ตารางที่ 4	คะแนนเฉลี่ยของการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)	113
ตารางที่ 5	ตารางจับคู่กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจากตัวแปรเพศ อายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนการกลืน	180
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบคะแนนการกลืนก่อนและภายหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม	182
ตารางที่ 7	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้คะแนนการกลืนแต่ละรายข้อ	183
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากในกลุ่มทดลองกับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน.....	184
ตารางที่ 9	การสังเกตที่เหมือนและต่างกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ด้วยการใช้แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก	187
ตารางที่ 10	การสังเกตที่เหมือนและต่างกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ด้วยการใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก.....	189

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	78
-------------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายและความพิการทั่วโลก (Lavados et al., 2007) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก พบว่า เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุ 15-59 ปี (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2555) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ในแต่ละปี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก ซึ่ง 5 ล้านคนมีความพิการถาวร และอีก 5 ล้านคนเสียชีวิต โดย 2 ใน 3 เกิดในประเทศกำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2015 หรือ พ.ศ. 2558 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน (World health organization, 2011) ส่วนสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากรายงานสถิติ สาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550-2558 เท่ากับ 20.65, 20.78, 21.04, 27.53, 30.04, 31.69, 36.13, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559a) ส่วนข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2550-2557 เท่ากับ 255.85, 140.42, 277.67, 307.93, 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมของทั้งประเทศ พบว่าอัตราป่วยและอัตราตายมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า จากปี พ.ศ.2550 ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน คอเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะหลอดเลือดคาโรติดตีบ รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 25-29.9) ซึ่งมีความชุกที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559b)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีอุบัติการณ์คิดเป็นร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และโรคหลอดเลือดชนิดสมองตีบถือเป็นสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Stroke Association, 2013) แต่กลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มักพบความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะมีความพิการอย่างรุนแรง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างน้อย 1-6 เดือนแรก ภายหลังเกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2552) และอาจพบว่า ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน (Perry, 2004; Perry, Hamilton, Williams, & Jones, 2013) นำไปสู่ภาวะกลืนลำบาก

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่บ่งบอกถึงความยากลำบากหรือปัญหาในการกลืนอาหารหรือน้ำ (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006) เกิดจากความผิดปกติของกลไกการกลืน ซึ่งเริ่มตั้งแต่อาหารอยู่ในช่องปาก คอหอย และหลอดอาหาร สามารถแบ่งความผิดปกติของการกลืนเป็น 2 ลักษณะคือ ภาวะกลืนลำบากในระยะช่องปากและคอหอย (oropharyngeal dysphagia) และภาวะกลืนลำบากในระยะหลอดอาหาร (esophageal dysphagia) (Langdon, 2012) ส่วนใหญ่พบความผิดปกติชนิด oropharyngeal dysphagia เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่เชื่อมโยงกับประสาทที่ควบคุมการกลืน ได้แก่ บริเวณเปลือกสมอง (cerebral cortex) ซึ่งทำหน้าที่ในการรับรู้และสั่งงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (Jacobsson, Axelsson, Osterlind, & Norberg, 2000; Nowlin, 2006) ส่วนก้านสมอง (brain stem) ทำหน้าที่ในการรับคำสั่งจากสมองส่วนหน้าและสารสื่อประสาทไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12, ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้น (Westergren, Ohlsson, & Hallberg, 2001) และรับรู้รสไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ให้เกิดการหดตัว คลายตัวและการเคลื่อนไหวอย่างสัมพันธ์กัน (Langdon, 2012; กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; วิฑูร ลิลลามาณิตย์, 2548) เพื่อให้อาหารผ่านจากช่องปาก ลงสู่คอหอยและหลอดอาหารได้อย่างปลอดภัย (Katrina, 2011; Langdon, 2012)

อุบัติการณ์และปัญหาของภาวะกลืนลำบาก มีลักษณะที่แตกต่างกันตามตำแหน่งของรอยโรค ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคของสมองทั้งสองซีกจะมีอาการและความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคของสมองเพียงซีกเดียว (Langdon, 2012) ผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ก้านสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะสำคัญ (Okubo, Fabio, Domenis, & Takayanagui, 2012) และพบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินด้วยเครื่องมือ NIHSS ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 สามารถทำนายการเกิดภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Okubo et al., 2012) รวมทั้งการฟื้นตัวของอาการกลืน (swallowing recovery) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าประมาณร้อยละ 95 จะฟื้นตัวได้เอง ภายในสัปดาห์ที่ 3-9 (Logemann, 1998) ซึ่งเกิดจากสมองส่วนที่ยังคืออยู่ปรับตัวขึ้นมาควบคุมศูนย์การกลืนที่ก้านสมอง (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) อุบัติการณ์ของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบได้ประมาณร้อยละ 27 - 64 (Langdon, 2012; Martino et al., 2005; Martino, Martin, & Black, 2012)

ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่สำคัญและเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเสียชีวิต ผลกระทบทางด้านร่างกายเมื่อเกิดภาวะกลืนลำบาก คือ ปอดอักเสบจากอาการสำลัก ซึ่งพบอุบัติการณ์นี้ ร้อยละ 10-22 และผู้ป่วยร้อยละ 38 เสียชีวิตจาก

ปอดอักเสบในเดือนแรกของการรักษา (Martino et al., 2005) เนื่องจากการสำลักอาหาร สารเหลว น้ำลาย หรือน้ำย่อย เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ (Yeh et al., 2011) จากการศึกษาของ มาร์ติโน และคณะ (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะกลืนลำบากถึง 3 เท่า และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 11 เท่า ถ้าหากผู้ป่วยมีกลืนลำบากร่วมกับมีการสำลัก ส่งผลต่ออัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้น (Geeganage, Beavan, Ellender, & Bath, 2012) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถกลืนน้ำและอาหาร จะทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดภาวะซึมเศร้า (Jacobsson, Axelsson, Wenngren, & Norberg, 1996) ต่อการรับประทานอาหาร เมื่อผู้ป่วยขาดความมั่นใจจะนำไปสู่การปฏิเสธการรับประทานอาหาร เนื่องจากกลัวสำลัก ในที่สุดจะเกิดภาวะขาดน้ำและทุพโภชนาการ ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พบได้ร้อยละ 16 – 40 (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006)

การกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึง ลักษณะที่แสดงออกถึงการทำงานของอวัยวะภายในช่องปากจนถึงหลอดอาหาร เป็นคุณลักษณะที่สังเกตจากการกลืนในแต่ละระยะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ดังต่อไปนี้ ระยะช่องปาก ประกอบด้วย ความสามารถในการปิดปากได้สนิท การใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้ายขวา การกัดฟันและปล่อย การควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย่อย ระยะคอหอย ประกอบด้วยความสามารถในการขย้อน ความสามารถในการไอแรงๆได้ ความสามารถในการกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก ระยะหลอดอาหาร ประกอบด้วยไม่มีอาการจุกแน่น ไม่รู้สึกว่ามีอาหารติดอยู่ในลำคอ ไม่รู้สึกแสบร้อนยอดอก การกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถฟื้นฟูให้คืนกลับเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ แต่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือญาติในการทำกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความสามารถในการกลืน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการจัดเตรียมอาหาร การรับประทานอาหาร หรือการจัดทำในการรับประทานอาหารด้วยตนเอง (Perry et al., 2013) สูญเสียการคิดรู้และเรียนรู้ (Martino et al., 2005) ขาดความมั่นใจในการรับประทานอาหาร (Jacobsson et al., 1996)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ภายหลังจากการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูด้านการกลืนและลดภาวะกลืนลำบาก ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความรู้ แรงจูงใจ มีทักษะในการฟื้นฟูด้านร่างกายของผู้ป่วย เตรียมพร้อมในด้านการส่งเสริมโภชนาการ เช่น ช่วยเหลือในการบริหารกล้ามเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อในการเคี้ยวกลืน

ท่าทางที่เหมาะสมก่อนและหลังรับประทานอาหาร การเตรียมอาหารและอุปกรณ์ การเลือกอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และ ดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; วินิตา ชูช่วย, 2547) จากการศึกษาของ โรชินี อุปรา และคณะ (2553) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดความรู้ ขาดความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง และยังพบว่าผู้ดูแลต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย และต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก (สุปรียา พิทักษ์เจริญ, 2552) จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือในการส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยและส่งเสริมความรู้และทักษะการฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่ภาวะกลืนตามปกติได้เร็วขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือดประกอบด้วย การจัดทำช่วยกลืน นิ่งในท่าศีรษะสูง 90 องศา ก้มศีรษะเล็กน้อย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ดีขึ้น (Hines et al., 2010; Perry et al., 2013) และ การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม เช่น โจ๊กปั่นข้น (Perry et al., 2013) เพราะอาหารที่มีน้ำน้อยจะช่วยลดการสำลัก (Geeganage et al., 2012) รวมทั้ง ขนาดของอาหาร (Bolus size) ในแต่ละครั้งของการรับประทานอาหารต่อคำ ควรรับประทาน ประมาณ ½ -1 ช้อนชา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้โดยไม่เกิดการสำลัก (Hines et al., 2010; Killen, 1996) จากการศึกษาของ Lin et al. (2003) การจัดกิจกรรมการฝึกกลืน ร่วมกับ การดัดแปลงอาหาร (diet modification) การจัดทำขณะกลืน (ก้มคางและหมุนศีรษะ) พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการกลืน น้ำหนักและเส้นรอบวงแขนเพิ่มขึ้น และลดอาการสำลัก สอดคล้องกับ การศึกษาของบุญญาธิ เมืองทอง (2553) พบว่า การฝึกกลืน การจัดทำอาหารและท่าทางที่เหมาะสม ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 5 วัน ช่วยเพิ่มความสามารถในการกลืน และป้องกันการสำลักได้ และ บริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน โดยให้ อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป้อง ออกเสียง “อุ” สลับกับเสียง “อิ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้าง สลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ตามขั้นตอน ได้ 10 นาทีต่อครั้ง (3 ครั้งต่อวัน) เพื่อเป็นการฟื้นฟูอวัยวะและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนให้แข็งแรง (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554) รวมทั้งการฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing โดยให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าลึกที่สุด และกลืนหายใจไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืนเสร็จให้ออ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ วิธีนี้ช่วยยกเส้นเสียงแท้ขึ้นมาปิดท่อทางเดินหายใจสามารถป้องกันการสำลัก และช่วยให้กระบวนการกลืนในระยะคอหอยเร็วขึ้น ได้ 10 นาที ต่อครั้ง (3 ครั้งต่อวัน) (Perry et al., 2013; Perry & Love, 2001; Westergren et al., 2001) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Canaby et

al (2006) พบว่า การฝึกกลืน การจัดอาหารที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อม ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ความสามารถในการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามการพยาบาลตามปกติที่ผ่านมา พยาบาลยังคงปฏิบัติตามแผนการรักษา และปฏิบัติตามแนวทางเดิมคือ การมุ่งการรักษาที่ขาดการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการกลืนและอาการสำคัญ ถึงแม้ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 5 วัน แต่กิจกรรมการพยาบาลมิได้เป็นการฟื้นฟูด้านการกลืนและการป้องกันการสำลัก แต่ยังมีได้มุ่งเน้นเรื่อง การฟื้นฟูสภาพด้านการกลืนอย่างจริงจัง ยังคงมองภารกิจฟื้นฟูสภาพการกลืนให้เป็นหน้าที่ของนักกิจกรรมบำบัด และการฟื้นฟูด้านกำลังกล้ามเนื้อให้แก่นักกายภาพบำบัด ทั้งที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ต้องประเมินและติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตลอดเวลา (Hines et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุญญา เมืองทอง (2553) เน้นการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งเป็นการให้ความรู้แบบทางเดียวขาดการสะท้อนกลับ และขาดการสนับสนุนจากผู้ดูแลแต่ของลัดดา ศิลาเรียม (2557) ถึงแม้ว่าจะมีญาติเข้ามามีส่วนร่วม แต่ยังไม่เน้นการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบทางเดียว และไม่มีโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายกลับบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการสอนแนะนำถูกนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแพร่หลายและหลากหลายกลุ่มอายุ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (กาญจนา ขุนทรง, 2545; ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร, 2545) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (แสงรุ่ง รักอยู่, 2556) เบาหวาน (Navicharern, 2008) และ ผู้ป่วยวิกฤตทางเดินหายใจ (Vale et al., 2003) เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแล กล่าวคือจากการศึกษาของ วิราวรรณ คล้ายศิริ (2544) ที่ศึกษาผลของการสอนแนะนำต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการสอนแนะนำสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการศึกษาของ แสงรุ่ง รักอยู่ (2556) พบว่า ภายหลังได้รับการสอนแนะนำ คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำ และคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนากิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำต่อการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่ภาวะกลืนได้ตามปกติที่สอดคล้องกับพยาธิสภาพของแต่ละบุคคล รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวมี

ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยลดภาวะกลืนลำบากและป้องกันอาการสำลัก ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

คำถามการวิจัย

1. กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะมีผลต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากหรือไม่
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากซึ่งได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะมีการกลืนมากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนและภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ
2. เพื่อเปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ภาวะกลืนลำบาก เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Langdon, 2012) ซึ่งส่งผลต่อการกลืนแต่ละระยะ (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006; Langdon, 2012) และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้เกิดการสำลักอย่างรุนแรง ต่อมาเกิดพยาธิสภาพปอดบวม ขาดสารน้ำสารอาหารส่งผลต่อการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือญาติในการทำกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความสามารถในการกลืน อย่างไรก็ตามเมื่อเริ่มต้นฟื้นฟูภายหลังเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลยังต้องการความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนร่วมด้วย (Jacobsson et al., 2000) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมในการกลืน (Hines et al., 2010; SIGN, 2004) การเพิ่มความรู้และทักษะดังกล่าว ใช้นวัตกรรมการสอนแนะ (Coaching) ของ Eaton and Johnson (2001) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการกำหนดขั้นตอนในการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพิ่มพูนความรู้ทักษะและมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน นำไปสู่เป้าหมายหรือพฤติกรรมที่ต้องการ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การ

วิเคราะห์ 3) การสำรวจทางเลือก 4) การวางแผน 5) การเรียนรู้และฝึกทักษะ 6) การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับ และใช้แนวคิดตามแนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554) และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยาและสถาบันวิชาการ, 2550) ร่วมกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เน้นการส่งเสริมการกลืนด้วยการดัดแปลงอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และการส่งเสริมการจัดท่าช่วยกลืน รวมทั้งแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากของนักอรรถบำบัด เน้นการใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ (CASLPO, 2007) ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การจัดท่าช่วยกลืน 2) การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน 3) การฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing 4) การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญ และสนใจศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ประกอบด้วย

ขั้นตอนการสอนแนะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก มีขั้นตอนดังนี้

1) การกำหนดเป้าหมาย พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งเป็นเหมือนหลักเกณฑ์ หรือแนวทางที่จะทำให้เกิดมีความมุ่งมั่นที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จ ประกอบด้วย การจัดท่าที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing และ การเลือกลักษณะอาหาร จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง เพื่อให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของภาวะกลืนลำบากของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันทั้งพยาบาล กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2) การวิเคราะห์ พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การประเมิน การตรวจร่างกาย ที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพภาวะกลืนลำบาก รวมถึงความรุนแรงของโรค ตลอดจนแนวทางการดูแลรักษาและจุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

3) การสำรวจทางเลือก พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ที่จะปฏิบัติเพื่อไปถึงจุดมุ่งหมาย ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากการวิเคราะห์แล้ว เมื่อรับรู้ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคาม จะนำมาประกอบในการหาหนทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ขั้นนี้พยาบาลจะช่วยผู้รับบริการสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง

4) การวางแผน พยาบาล ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล วางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการกลืน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบาก การจัดทำที่เหมาะสม ฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด พยาบาลร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล ด้วยการสาธิตวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรม จากนั้นให้ผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสอนให้กลุ่มตัวอย่างกระทำได้

5) การเรียนรู้และฝึกทักษะ พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้วางแผนไว้ ดังนี้

5.1) ฝึกจัดทำช่วยกลืน โดยให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 90 องศา เป็นเวลา 30 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และก้มศีรษะเล็กน้อยขณะรับประทานอาหาร ทำให้ง่ายต่อการกลืน ลดการเกิดการสำลัก (Hines et al., 2010; Perry et al., 2013)

5.2) บริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้ถูกต้องตามขั้นตอน ได้ 10 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน โดยให้อ่างปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่อง ออกเสียง “อุ” สลับกับเสียง “อ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที เพื่อเป็นการฟื้นฟูความแข็งแรงของอวัยวะในช่องปากและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัญหา กล้ามเนื้อลิ้นและแก้มอ่อนแรง ริมฝีปากปิดไม่สนิท มีความผิดปกติของประสาทสั่งการ รวมทั้งสูญเสียรีเฟล็กซ์การกลืน (Jacobsson et al., 2000; Nowlin, 2006) ซึ่งการฟื้นฟูอวัยวะและกล้ามเนื้อดังกล่าวให้แข็งแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคี้ยวและกลืนดีขึ้น (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554)

5.3) การฝึกกลืนด้วยวิธี Supraglottic swallowing โดยการสูดลมหายใจเข้าลึกที่สุด และกลืนหายใจไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืนเสร็จให้ไอ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ จึงเริ่มต้นหายใจใหม่ ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที วิธีนี้ช่วยยกเส้นเสียงแท้ขึ้นมาปิดท่อทางเดินหายใจสามารถป้องกันการสำลัก และช่วยให้กระบวนการกลืนในระยะคอยเร็วขึ้น (Perry et al., 2013; Perry & Love, 2001; Westergren et al., 2001)

5.4) การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง พยาบาลสอนแนะนำเลือกชนิด และลักษณะของอาหาร ได้แก่ อาหารที่มีน้ำน้อยจะช่วยลดการสำลัก (Geeganage et al., 2012) ลักษณะอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ควรเป็นอาหารที่มีหนืดสูงใน

ระยะแรก เพราะ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการกลืนและการสำลักได้ง่าย 1) อาหารบด หรือปั่นขึ้น เช่น โจ๊กข้น พักทองบด กลัวยชุบ/บดสังขยา ไอศกรีม 2) อาหารบด หรือปั่นชั้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั้น 3) อาหารอ่อนขึ้น เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวสวายนุ่มๆ เนื้อสัตว์บด 4) อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสววย ผักต้ม ผลไม้ 5) อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำ นม น้ำข้าว ในแต่ละครั้งของการรับประทานต่อคำควรรับประทานจำนวนน้อยๆ ประมาณ ½ -1 ช้อนชา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้โดยไม่เกิดการสำลัก (Hines et al., 2010; J. Killen, 1996)

6) การประเมินผลปฏิบัติและการประเมินผลย้อนกลับ เป็นระยะสิ้นสุดการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ประเมินผลย้อนกลับในแต่ละวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ หากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ พยาบาลสอนและสาธิตซ้ำ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง โดยกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ แบ่งเป็นระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล (5 วัน) และ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อประเมิน ปัญหาอุปสรรคและให้การสอนแนะช่วยเหลือปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งแจ้งถึงสิ้นสุดการวิจัย

จากขั้นตอนที่กล่าวมาการสอนแนะ ได้ถูกนำไปใช้ในกลุ่มโรคหลากหลายและหลายกลุ่มอายุ ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลเช่น โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เบาหวาน เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการศึกษาของรุ่งระวี นาวีเจริญ (2552) ศึกษาผลของการพยาบาลสอนแนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับระบบการพยาบาลสอนแนะแบบหลากหลายมีค่าระดับน้ำตาลสะสมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับระบบการพยาบาลสอนแนะแบบหลากหลาย และเพิ่มความพึงพอใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของวิรวรรณ คล้ายศิริ (2544) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ส่วนโปรแกรมการส่งเสริมการกลืนในประเทศไทย ดังการศึกษาของ ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพชร (2003) ศึกษาผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก พบว่า คะแนนการกลืนลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.004$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ชุนทรง (2001) ศึกษาการพยาบาลเพื่อลดการสำลักในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวน

ในการสำรวจก่อนมี้อภายหลังให้การพยาบาลในกลุ่มที่มีอาการสำคัญ มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนให้การพยาบาลเพื่อลดอาการสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษา บุญญา เมืองทอง (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัย หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และลัดดา ศิลาเรียม (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหาร ในวันที่ 7, 14 และ 30 จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยที่กล่าวมาจึงนำไปสู่การกำหนดสมมติฐานต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนและมีคะแนนการกลืน มากกว่าก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะมีคะแนนการกลืนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากอายุ 18-65 ปี และมีผู้ดูแล ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก อายุ 18-65 ปี และมีผู้ดูแล ที่รับไว้รักษาตัวที่แผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลชลบุรี

ประชากร ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่รับไว้รักษาตัวที่แผนก
อายุรกรรม หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลชลบุรี

ตัวแปรต้น คือ กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ

ตัวแปรตาม คือ การกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก หมายถึง
ลักษณะที่แสดงออกถึงการทำงานของอวัยวะภายในช่องปากจนถึงหลอดอาหาร เป็นคุณลักษณะที่
สังเกตจากการกลืนในแต่ละระยะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
ดังต่อไปนี้ ระยะช่องปาก ประกอบด้วย ความสามารถในการปิดปากได้สนิท การใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้ม
ซ้ายขวา การกัดฟันและปล่อย การควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย่อย ระยะคอหอย
ประกอบด้วยความสามารถในการขย้อน ความสามารถในการไอแรงๆได้ ความสามารถในการกลืน
อาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก ระยะหลอดอาหาร ประกอบด้วยไม่มีอาการจุกแน่น ไม่รู้สีกว่าอาหารติด
อยู่ในลำคอ ไม่รู้สีกว่าแสบร้อนยอดอก สามารถประเมินได้โดยผู้ป่วยกระทำให้ผู้ประเมินเห็นได้

กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ หมายถึง ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งสอน
และสาธิตแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล โดยใช้
แนวคิดการสอนแนะ (Coaching) ของ Eaton and Johnson (2001) ร่วมกับแนวคิดตามแนวทาง
ปฏิบัติในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง
(ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยาและสถาบันวิชาการ, 2550) และแนวทางปฏิบัติ
สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก ของนักอรรถบำบัด (CASLPO, 2007) ประกอบด้วย ขั้นตอนการสอน
แนะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ดังนี้

1) การกำหนดเป้าหมาย พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลกำหนดเป้าหมาย
ร่วมกัน ซึ่งเป็นเหมือนหลักเกณฑ์ หรือแนวทางที่จะทำให้เกิดมีความมุ่งมั่นที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จ
ประกอบด้วย การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การฝึกกลืนโดยวิธี
supraglottis swallowing และ การเลือกลักษณะอาหาร จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล
ตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง เพื่อให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของภาวะกลืนลำบากของกลุ่มตัวอย่าง
ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันทั้งพยาบาล กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2) การวิเคราะห์ พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากซักประวัติ การประเมิน การตรวจร่างกาย ที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพภาวะกลืนลำบาก รวมถึงความรุนแรงของโรค ตลอดจนแนวทางการดูแลรักษาและจุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียสภาพลักษณะ

3) สำรวจทางเลือก พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ที่จะปฏิบัติเพื่อไปถึงจุดมุ่งหมาย ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากการวิเคราะห์แล้ว เมื่อรับรู้จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคาม จะนำมาประกอบในการหาหนทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติ กิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ขั้นนี้พยาบาลจะช่วยผู้รับบริการสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง

4) การวางแผน พยาบาล ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล วางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการกลืน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบาก การจัดทำที่เหมาะสม ผีกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด พยาบาลร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล ด้วยการสาธิตวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรม จากนั้นให้ผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสอนให้กลุ่มตัวอย่างจัดกระทำได้

5) การเรียนรู้และฝึกทักษะ พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆที่ได้วางแผนไว้ ดังนี้

5.1) ฝึกจัดทำช่วยกลืน โดยให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 90 องศา เป็นเวลา 30 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และกัมศีรษะเล็กน้อยขณะรับประทานอาหาร (Hines et al., 2010; Perry et al., 2013)

5.2) บริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้ถูกต้องตามขั้นตอน ได้ 10 นาทีต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน โดยให้อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่อง ออกเสียง “อู” สลับกับเสียง “อี” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที (Jacobsson et al., 2000; Nowlin, 2006; ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554)

5.3) การฝึกกลืนด้วยวิธี Supraglottic swallowing โดยการสูดลมหายใจเข้าลึกที่สุด และกลืนหายใจไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืนเสร็จให้ไอ แล้วกลืนซ้ำอีก

รอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที (Perry et al., 2013; Perry & Love, 2001; Westergren et al., 2001)

5.4) การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง พยาบาลสอนแนะเลือก ชนิด และลักษณะของอาหาร ได้แก่ อาหารที่เหนียวหนืดมีน้ำน้อยจะช่วยลดการสำลัก (Geeganage et al., 2012) ลักษณะอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากควรเป็นอาหารที่มีหนืดสูง ในระยะแรก ดังต่อไปนี้ 1) อาหารบด หรือปั่นข้น เช่น โจ๊กข้น ฟักทองบด กล้วยชุบ/บดสังขยา ไอศกรีม 2) อาหารบด หรือปั่นข้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั้น 3) อาหารอ่อนข้น เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวสวย นิ่มๆ เนื้อสัตว์บด 4) อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้ 5) อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำ นม น้ำข้าว ในแต่ละครั้งของการรับประทานต่อคำควรรับประทานจำนวนน้อยๆ ประมาณ ½ -1 ช้อนชา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้โดยไม่เกิดการสำลัก (Hines et al., 2010; Jacobsson et al., 1996; J. M. Killen, 1996)

5.5) การประเมินผลปฏิบัติและการประเมินผลย้อนกลับ เป็นระยะสิ้นสุดการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ประเมินผลย้อนกลับในแต่ละวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสัทธิการฝึกทักษะย้อนกลับ หากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ พยาบาลสอนและสาธิตซ้ำ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูความสามารถในการกลืน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการช่วยจัดท่า การกำกับการจัดท่าช่วยกลืน การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การฝึกกลืน เลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายแก่ผู้ป่วย สามารถประเมินได้โดยแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะกลืนลำบาก การส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมการกลืน ลดความเสี่ยงในการสำลัก และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก



บทที่ 2

เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเนื้อหาสาระที่สำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยกำหนดหัวข้อของการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

- 1.1 ความหมายหรือลักษณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
- 1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
- 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
- 1.4 สาเหตุภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
- 1.5 ปัจจัยที่ป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
- 1.6 ผลกระทบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
- 1.7 การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
- 1.8 การบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
- 1.9 การวางแผนจำหน่ายเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

- 2.1 ความหมายผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
- 2.2 คุณลักษณะและประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
- 2.3 บทบาทผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
- 2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

3. แนวคิดการสอนแนะ

- 3.1 ความหมายการสอนแนะ
- 3.2 ขั้นตอนการสอนแนะ
- 3.3 องค์ประกอบการสอนแนะ

- 3.4 คุณลักษณะของผู้สอนแนะหรือสอนแนะ
4. กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะเพื่อส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
5. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงและการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริมการกลืน
 - 6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการสอนแนะ

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Cerebrovascular diseases เป็นกลุ่มของอาการทางคลินิกซึ่งมีลักษณะสำคัญร่วมกันคือเกิดความผิดปกติในการไหลเวียนของเลือดไปยังสมอง เกิดจากการอุดตันหรือตีบตันทำให้เนื้อสมองเกิดการขาดเลือด (Ischemic stroke) ความผิดปกติเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเฉียบพลัน ก่อให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาท ซึ่งอาจเป็นระบบประสาทรับความรู้สึก ระบบสั่งการ ระบบที่ควบคุมการรู้สึกตัว หรือระบบประสาทอัตโนมัติ (Adams, 2007; นิพนธ์ พวงรินทร์, 2544) ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการกลืนน้ำหรืออาหาร (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2008)

1.1 ความหมายหรือลักษณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เมื่อเกิดพยาธิสภาพจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่เชื่อมโยงกับประสาทที่ควบคุมการกลืน ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการกลืนน้ำหรืออาหาร (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2008) ผู้วิจัยนำเสนอ 2 หัวข้อของการศึกษา คือความหมายของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และ ภาวะกลืนลำบาก ดังต่อไปนี้

นิพนธ์ พวงรินทร์ (2544) ให้ความหมายว่า โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึง ภาวะที่ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ เนื่องจากมีความบกพร่องเกิดขึ้นที่ผนังหลอดเลือดทำให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันจากก้อนเลือดแข็งตัวที่หลุดมาจากหัวใจ หรือหลอดเลือดใหญ่ที่ออกมาจากหัวใจ

สถาบันประสาท (2556) ให้ความหมายว่า โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึงภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เซลล์สมองและเซลล์เนื้อเยื่ออื่นๆ เลือดอย่างเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชา อ่อนแรงของแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด

WHO ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นเร็ว เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง มีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง และนำไปสู่ความพิการและการตาย

National Survey of stroke ของสหรัฐอเมริกา ให้คำจำกัดความว่าเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคประสาท ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดซึ่งมีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ เกิดจากการอุดตันลิ่มเลือดที่ผนังหรือสิ่งอุดตันลอยมาติดผนังของหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือด

สรุป โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกของโรคประสาท ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมงเนื่องจากมีความบกพร่องเกิดขึ้นที่ผนังหลอดเลือดทำให้เกิด หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันส่งผลทำให้สมองขาดเลือด

สำหรับ ความหมายของภาวะกลืนลำบาก มีผู้ให้นิยามศัพท์ไว้หลากหลายดังนี้ กิ่งแก้ว ปาจารย์ (2550) ให้ความหมายว่า ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก หมายถึง ความผิดปกติหรือความยากลำบากในการกิน ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการกลืนที่ผิดปกติ

วิฑูร ลีลามนิตย์ (2544) ระบุความหมายของภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ภาวะที่มีกระบวนการกลืนบกพร่องหรือถูกรบกวน ทำให้ไม่สามารถกลืนน้ำและกลืนอาหารได้เหมือนปกติ เช่น กลืนช้า กลืนเจ็บ หรือกลืนไม่ลง และสำลัก

แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง (2550) กล่าวว่า ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ภาวะที่มีกระบวนการกลืนบกพร่องหรือถูกรบกวน ทำให้ไม่สามารถกลืนน้ำและกลืนอาหารได้เหมือนปกติ เช่น กลืนช้า กลืนเจ็บ หรือกลืนไม่ลง

Killen (1996) กล่าวว่า ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง การมีความผิดปกติในการเคี้ยวและหรือการกลืน เป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน คือ ริมฝีปาก แก้ม ลิ้น ขากรรไกร เพดานปาก กล่องเสียง คอ หลอดอาหารส่วนต้น และ ปฏิกริยาตอบสนองต่อการกลืนลดลง

Heart and stroke foundation of Ontario (2006) ให้นิยามคำว่า ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ความยากลำบากหรือปัญหาในการกลืนหรือกลุ่มอาการหรืออาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงในขณะกลืน ไม่ว่าจะการเปลี่ยนแปลงนั้นมาจากความผิดปกติของระบบประสาทรับความรู้สึกหรือระบบประสาทสั่งการ รวมทั้งโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะการกลืน

Sign (2011) กำหนดความหมายของ ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ความยากลำบากในการกลืน ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายๆ โรครวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากมีคุณลักษณะโดยเริ่มตั้งแต่ การจัดเตรียมอาหารในช่องปาก เช่นการ

เคลื่อนไหวของลิ้น และการเคี้ยวอาหาร รวมถึงความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายอาหารและน้ำจากปากสู่กระเพาะอาหารได้อย่างปลอดภัยโดยปราศจากการสำลัก

World Gastroenterology Organization Practice Guidelines (2007) ระบุว่า ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) หมายถึง ภาวะของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเริ่มต้นกลืนอาหาร หรือความยากลำบากในการเคลื่อนอาหารหรือของเหลวจากปากให้ผ่านคอหอย และ หลอดอาหารไปสู่กระเพาะอาหาร

จากกล่าวมาสรุปว่าภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ความยากลำบากในการเคี้ยวหรือกลืนอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท ส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนบกพร่อง และ ปฏิบัติการตอบสนองต่อการกลืนลดลง รวมทั้งไม่สามารถเคลื่อนย้ายอาหารและน้ำจากปากสู่กระเพาะอาหารได้อย่างปลอดภัย

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ความยากลำบากในการเคี้ยวหรือกลืนอาหารและน้ำ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่เกิดพยาธิสภาพจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่เชื่อมโยงกับประสาทที่ควบคุมการกลืน ส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวกลืนบกพร่อง และ ปฏิบัติการตอบสนองต่อการกลืนลดลง รวมทั้งไม่สามารถเคลื่อนย้ายอาหารและน้ำจากปากสู่หลอดอาหาร และกระเพาะอาหารได้อย่างปลอดภัย

1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานสถิติสาธารณสุข อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2550-2557 เท่ากับ 255.85, 140.42, 277.67, 307.93, 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559b) และรายงานการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย epidemiology stroke (TES) study) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลทุกภาคของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึงปีพ.ศ. 2549 พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 1.88 หากคิดเฉพาะกลุ่มที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.70 โดยเพศชายมีความชุกของการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ (Hanchaiphibookkul et al., 2011) และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบประมาณร้อยละ 70-75 (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) ส่วนอุบัติการณ์การเกิดในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่ปี พ.ศ 2554 ถึง 2558 มีจำนวน 794, 1,158, 1,095, 1,099, 1,223 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลชลบุรี, 2558)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) เมื่อเกิดการอุดตันหรือตีบตันทำให้เนื้อสมองเกิดการขาดเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะกลืนลำบากพบได้มากถึงร้อยละ 27 ถึง ร้อย

ละ 64 (Langdon, 2012; Singh, 2006) ส่วนอุบัติการณ์การเกิดภาวะกลืนลำบากในโรงพยาบาล ชลบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ตั้งแต่ปี 2558 มีจำนวน 71 ราย (โรงพยาบาลชลบุรี, 2558)

1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ภาวะกลืนลำบาก เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Langdon, 2012) ซึ่งส่งผลต่อการกลืนในแต่ละระยะ (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006; Langdon, 2012) ผู้วิจัยสนใจศึกษาหัวข้อดังต่อไปนี้ ความหมายการกลืน กายวิภาคการกลืน สรีรวิทยาการกลืน พยาธิสภาพของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

1.3.1 ความหมายการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

วิฑูรย์ สีสามันิตย์ (2548) ระบุว่า การกลืน หมายถึง การทำงานร่วมกันระหว่างอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและการทำงานของระบบประสาท โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะช่องปาก ระยะคอดหอย และ ระยะหลอดอาหาร

พรชัย สติรปัญญา (2550) ระบุว่า การกลืน หมายถึง กระบวนการที่มีการประสานงานกันอย่างซับซ้อนของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว กล้ามเนื้อคอดหอยและกล้ามเนื้อหลอดอาหาร ที่ควบคุมโดยระบบประสาท มีทั้งส่วนที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ (voluntary) และส่วนที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองกลับ (reflexive response) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก ระยะอาหารอยู่ในหลอดคอก และ ระยะที่อาหารอยู่ในหลอดอาหาร

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ (2550) กล่าวว่า การกลืน หมายถึง กระบวนการที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหลายมัดทำงานประสานกัน มีทั้งอยู่ใต้อำนาจจิตใจ (Voluntary control) และไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ (Involuntary control) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก ระยะอาหารอยู่ในหลอดคอก และ ระยะที่อาหารอยู่ในหลอดอาหาร

สถาบันประสาทวิทยา (2552) ให้นิยามคำว่า การกลืน หมายถึง กระบวนการการทำงานของอวัยวะในช่องปากจนถึงหลอดอาหาร ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทสมองที่ซับซ้อน ซึ่งมีทั้งกระตุ้นและยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน เพื่อนำที่ผ่านการบดเคี้ยวแล้วในช่องปากเดินทางสู่กระเพาะอาหารและลำไส้เพื่อการย่อยและดูดซึมสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อไป

Donner, Bosma and Robertson (1985) ให้ความหมายว่า การกลืนเกิดจากการทำงานระหว่างความรู้สึกและการทำงานของอวัยวะภายในช่องปากและโครงสร้าง รอบๆ ปาก ซึ่งกระบวนการรับประทานอาหารประกอบด้วย 2 กระบวนการคือ เริ่มจากการนำ อาหารและน้ำเข้าสู่ปาก ต่อมาเป็นกระบวนการกลืนโดยเคลื่อนย้ายจากปากลงสู่กระเพาะอาหาร โดยไม่รบกวนกระบวนการหายใจ

Hickey (2009) ให้ความหมายว่าการกลืน หมายถึง กระบวนการที่ซับซ้อนที่ผสมผสานในการป้องกันอาหารหรือน้ำเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ

Heart and Stroke Foundation of Ontario (2008) ให้นิยามคำว่า การกลืน หมายถึง เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนในการขับเคลื่อนอาหารและน้ำจากช่องปากผ่านคอหอยสู่หลอดอาหาร และกระเพาะอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยอาศัยการทำงานของอวัยวะในช่องปากและการควบคุมของระบบประสาททั้งที่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ (voluntary control) และไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ (involuntary control) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก ระยะอาหารอยู่ในหลอดคอ และ ระยะที่อาหารอยู่ในหลอดอาหาร

จากที่กล่าวมาสรุปว่า การกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึง ลักษณะที่แสดงออกถึงการทำงานของอวัยวะภายในช่องปากจนถึงหลอดอาหาร เป็นคุณลักษณะที่สังเกตจากการกลืนในแต่ละระยะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ดังต่อไปนี้ ระยะช่องปาก ประกอบด้วย ความสามารถในการปิดปากได้สนิท การใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้ายขวา การกัดฟันและปล่อย การควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย้อน คอหอย ประกอบด้วยความสามารถในการขย้อน ความสามารถในการไอแรงๆได้ ความสามารถในการกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก ระยะหลอดอาหาร ประกอบด้วยไม่มีอาการจุกแน่น ไม่รู้สึกว่ามีอาหารติดอยู่ในลำคอ ไม่รู้สึกแสบร้อนยอดอก สามารถประเินได้โดยผู้ป่วยกระทำให้ผู้ประเินเห็นได้

1.3.2 กายวิภาคการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

การกลืน (swallowing) คือกระบวนการทำงานของอวัยวะในช่องปากจนถึงหลอดอาหาร ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทที่ซับซ้อน ซึ่งมีทั้งระบบกระตุ้นและยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน (พรชัย สติธิปัญญา, 2550) ทั้งหมดอยู่ในความควบคุมของระบบประสาท มีทั้งส่วนที่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ (voluntary) และส่วนที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองกลับ (reflexive response) (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006; ศุภย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554) อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ต้องทำงานประสานกันเป็นกระบวนการ เพื่อให้การกลืนอาหารและน้ำได้อย่างปลอดภัย ดังต่อไปนี้

1.3.2.1 อวัยวะภายในช่องปาก (Oral cavity) ได้แก่ ริมฝีปาก ฟัน เหงือก ลิ้น เพดานอ่อน เพดานแข็ง ลิ้นไก่ ทางเชื่อมระหว่างปากและคอหอยและกล้ามเนื้อโพรงจุก เชื่อมต่อกันกับส่วนหลังของคอหอยโดยผ่านลิ้น ก้นที่ทำหน้าที่ปิดขณะกลืน ซึ่งลิ้นดังกล่าวจะทำหน้าที่ในการป้องกันอาหารและน้ำผ่านเข้าสู่โพรงจุก ภายในช่องปาก ประกอบด้วยต่อมน้ำลายขนาดใหญ่ 3 ต่อมน คือ บริเวณใต้หู ใต้ขากรรไกรและใต้ลิ้น ซึ่งทั้ง สามต่อมทำหน้าที่ผลิตน้ำลาย ซึ่งน้ำลายจะทำ

หน้าที่ในการควบคุมความชุ่มชื้นภายในปาก ลดการฟุสลายของฟัน ช่วยในการย่อยอาหาร และทำให้กรดระเคาะอาหารเป็นกลาง

1.3.2.2 คอหอย (Pharynx or throat) เป็นกล้ามเนื้อที่มีลักษณะเป็นท่อซึ่งนำไปสู่หลอดอาหาร และ หลอดลม แบ่งออกเป็นสามส่วน คือ oropharynx nasopharynx, และ laryngopharynx มีฐานของลิ้นอยู่ทางด้านหน้าส่วนด้านข้าง และด้านหลังของลิ้นอยู่ล้อมรอบบริเวณของคอหอย พื้นที่ของคอหอยประกอบด้วย valle culae และ pyriform sinus กล้ามเนื้อบริเวณคอหอยทั้งด้านบนกลาง ล่างสามารถยืดหยุ่นได้เพื่อช่วยในการเคลื่อนย้ายอาหารไปสู่หลอดอาหาร

1.3.2.3 กล่องเสียง (Larynx) อยู่บริเวณด้านหน้าของคอและเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างคอหอยกับหลอดอาหารซึ่งอยู่เหนือจากหลอดลมและบางครั้งถูกเรียกว่า “เส้นเสียง” มีบทบาทเป็นท่อนำอากาศไปยังปอดซึ่งหน้าที่ของกล่องเสียงจะไม่คงที่และขึ้นอยู่กับการหายใจเข้าหายใจออก บทบาทในการทำให้เกิดเสียงป้องกันสิ่งแปลกปลอม เช่นอาหารเข้าสู่หลอดลม และสิ่งแปลกปลอมจากการหายใจเข้า และควบคุมจังหวะของลิ้นก้นเพื่อป้องกันการสำลักและประสิทธิภาพการกลืน

1.3.2.4 หลอดอาหาร (Esophagus) เป็นท่อที่มีกล้ามเนื้อตามขวาง และมีหูรูดที่บริเวณปลายท่อ ทั้งด้านบนและด้านล่างของหลอดอาหาร) ซึ่งเป็นทางผ่านของอาหารจากคอหอยไปสู่กระเพาะอาหาร เมื่อหูรูดด้านบนเปิดจะเป็นระยะหลอดอาหารของการกลืน หลอดอาหารจะช่วยในการผลักอาหารและเครื่องดื่มลงสู่กระเพาะ และเมื่อหูรูดด้านล่างปิดก็เสร็จสิ้นระยะหลอดอาหารของการกลืนช่วยในการป้องกันจังหวะ หรือการไหลย้อนกลับของสิ่งต่างๆ ในกระเพาะ เช่น กรด หรืออาหารเป็นต้น

1.3.3 สรีรวิทยาการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

กระบวนการกลืน ประกอบด้วยการทำงานของอวัยวะในช่องปากจนถึงหลอดอาหาร โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006; Katrina, 2011; กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) คือ ระยะช่องปาก ระยะคอหอย ระยะหลอดอาหาร และดังต่อไปนี้

1.3.3.1 ระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก (Oral phase) เป็นระยะที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ หรือตามความต้องการ จากการควบคุมของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) มีหน้าที่ในการเตรียมอาหารให้มีลักษณะเป็นก้อนนิ่มๆ (bolus) เหมาะที่จะกลืนหรือเคลื่อนผ่านลิ้นไปยังคอหอย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมการ (Oral preparatory stage) เริ่มต้นตั้งแต่อาหารเข้าสู่ปาก จากนั้นริมฝีปากปิดสนิท พร้อมทั้งลิ้นเริ่มการคลุกเคล้าอาหารและรับรสของอาหาร และส่งข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร ถ่ายทอดจากตุ่มรับรสไปยังเปลือกสมอง (cortex) และ ก้านสมอง

(brainstem) (Langdon, 2012) ตลอดจนการเคี้ยวอาหาร โดยอาศัยการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยว ควบคุมโดยเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve) ทำหน้าที่รับความรู้สึกบริเวณใบหน้า ฟัน เหงือก และลิ้น เพื่อรับสัมผัสเกี่ยวกับอุณหภูมิและทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทไปควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้า และขากรรไกรในการเคี้ยวอาหาร, เส้นประสาทสมองคู่ที่ 12 (hypoglossal nerve) ทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทไปยังลิ้น ช่วยในการเตรียมและขับเคลื่อนอาหารในช่องปากและคอหอย, เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve) ทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทไปยังโครงสร้างของใบหน้าตั้งแต่ริมฝีปาก กล้ามเนื้อบริเวณแก้ม และ ลิ้น เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวและช่วยเปิด-ปิด ริมฝีปาก และทำหน้าที่ในการรับรสบริเวณด้านหน้าของลิ้น กระตุ้นการสร้างน้ำลาย ช่วยในการคลุกเคล้าอาหาร ให้อาหารมีความชุ่มชื้น ลิ้น และกลืนได้สะดวก (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006) ซึ่งระยะนี้จะขึ้นอยู่กับความเหนียวของอาหาร นิสัยในการรับประทานอาหาร อายุ และเพศ ซึ่งเพศชายจะมีรอบการเคี้ยวยาวนานกว่าและเคี้ยวแรงกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับคนในอายุน้อยก็จะเคี้ยวยาวนานกว่าและแรงกว่า (วิฑูร ลิลามนิตย์, 2548) ปกติใช้เวลาประมาณ 5 – 30 วินาที

2) ระยะผลักดัน (Oral propulsive stage) เป็นระยะเริ่มต้นของการกลืน เมื่ออาหารได้รับการเคี้ยวและการผสมผสานด้วยน้ำลายโดยใช้การเคลื่อนไหวของขากรรไกร ที่ทำงานประสานกันกับ ลิ้น แก้ม เพดานอ่อน และ กระดูกไฮอยด์ จนกระทั่งอาหารมีลักษณะเป็นก้อนนิ่มๆ (bolus) (Langdon, 2012) ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนอาหารจากช่องปากด้านหน้าไปสู่ด้านหลัง โดยการยกลิ้นขึ้นแตะเพดานแข็ง (hard palate) เพื่อบีบไล่อาหารที่อยู่ด้านบนของลิ้นให้เคลื่อนไปสู่คอหอย และเมื่ออาหารเคลื่อนไปถึงบริเวณส่วนโค้งในช่องปาก (faucial arch) ซึ่งอยู่ด้านหน้าของคอหอย ส่วนปากจะมีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกบริเวณนั้น ให้ชักนำเข้าสู่ระยะที่อาหารอยู่ในคอหอยต่อไป ระยะนี้ใช้เวลาน้อยกว่า 1 วินาที

1.3.3.2 ระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย (Pharyngeal phase) เป็นระยะที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ เริ่มตั้งแต่อาหารผ่านบริเวณ ส่วนโค้งในช่องปาก จนเข้าสู่หลอดอาหาร เนื่องจากคอหอยเป็นทางเดินร่วมของอากาศและอาหาร ความสำคัญของระยะนี้คือ ต้องสามารถกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยมีเส้นประสาทคู่ที่ 9 (glossopharyngeal nerve) ทำหน้าที่รับรสบริเวณโคนลิ้น และส่งกระแสประสาทไปยังโคนลิ้น และคอหอย เพื่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของการกลืน และ ควบคุมการยกของคอหอยในขณะกลืน, เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (vagus nerve) ทำหน้าที่รับสัมผัสบริเวณเพดานปาก ฐานลิ้น คอหอย และกล่องเสียง ทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเสียง และการปิดของหลอดลม ป้องกันไม่ให้อาหารและน้ำไหลเข้าสู่ทางเดินหายใจในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย และช่วยขับเคลื่อนอาหารในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย และหลอดอาหารส่วนต้น โดยไม่เกิดการสำลักอาหาร และน้ำขึ้นจมูกหรือเข้าสู่หลอดลม ในระยะนี้จะเกิดการหยุดหายใจชั่วขณะ เพดานอ่อนถูกยกขึ้นปิด

คอหอยส่วนจมูก ลิ้นถูกยกขึ้นปิดคอหอยส่วนปาก และกล่องเสียงถูกยกขึ้น พร้อมกับมีการม้วนตัวของฝาปิดกล่องเสียง (epiglottis) เพื่อปิดทางเข้าของกล่องเสียง สายเสียงแท้ (vocal fold) หนีบชิดกันและกล้ามเนื้อคอหอยหดตัวเพื่อบีบไล่อาหารให้เคลื่อนที่จากบนลงล่าง โดยที่กล้ามเนื้อหูรูดหลอดอาหารส่วนบนมีการคลายตัว เพื่อรับเอาอาหารที่คลุกเคล้าแล้วเข้าสู่หลอดอาหาร ระยะเวลาที่ใช้เวลาเพียงไม่เกิน 2 วินาที และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการทำงานที่สอดคล้องกัน ระหว่างระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ

1.3.3.3 ระยะเวลาที่อาหารอยู่ในหลอดอาหาร (Esophageal phase) เป็นระยะที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ โดยเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (vagus nerve) ช่วยขับเคลื่อนอาหารระยะที่คอหอย ผ่านเข้าสู่หลอดอาหารส่วนต้น หลังจากอาหาร (bolus) ผ่านกล้ามเนื้อหูรูดส่วนบนของหลอดอาหาร โดยการหดตัวเป็นคลื่นแบบบีบรัด (Langdon, 2012) เพื่อทำให้เกิดการขับเคลื่อนอาหาร และน้ำในหลอดอาหาร จนกระทั่งอาหารผ่านกล้ามเนื้อหูรูดส่วนล่างของหลอดอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยสมบูรณ์ ระยะเวลาใช้เวลา 8-20 วินาที

ดังนั้น การกลืนอย่างปลอดภัยจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการทำงานที่ประสานกันระหว่างอวัยวะในช่องปาก และกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เริ่มต้นตั้งแต่ช่องปากไปจนถึงสิ้นสุดที่กระเพาะอาหาร ภายใต้การควบคุมของสมองส่วนหน้า, พอนส์, เมดัลลา และเส้นประสาทสมอง 5 คู่ หากเกิดความบกพร่องของอวัยวะ หรือความผิดปกติของระบบประสาทในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งก็อาจนำไปสู่ปัญหาของการกลืนลำบากได้

1.3.4 พยาธิสภาพของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นความผิดปกติของกลไกการควบคุม (Physiological swallowing disorder) อวัยวะที่ใช้ในการกลืนตั้งแต่กล้ามเนื้อคอหอย รอยต่อของกล้ามเนื้อคอหอยและเส้นประสาทที่มาเลี้ยงสมอง (พรชัย สิริปัญญา, 2550) โดยแบ่งภาวะกลืนลำบากออกเป็น 3 ระยะ คือภาวะกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก, ภาวะกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอยและภาวะกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในหลอดอาหาร (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2008; กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.4.1 ภาวะกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก (Oral dysphagia) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เมื่อพบรอยโรคบริเวณเปลือกสมอง (Cerebral cortex) สมองส่วนนี้ควบคุมการกลืนในระยะช่องปาก (Oral phase) โดยการสั่งการให้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องทำงานเป็นการสั่งการแบบบูรณาการทั้งระบบภายใต้อำนาจจิตใจ (Involuntary) และนอกเหนืออำนาจจิตใจ (Voluntary) ทำให้กล้ามเนื้อริมฝีปาก ลิ้นและหลอดคอฝังตรงข้ามกับสมองในด้านที่ควบคุมมีภาวะอ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถควบคุมอวัยวะในการเคี้ยวและการกลืน เช่นกล้ามเนื้อริม

ฝีปาก กระพุ้งแก้ม กรามและลิ้น และการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; วิฑูร ลีลามนิตย์, 2548) ส่วนรอยโรคที่สมองส่วนหน้าทำให้สูญเสียการเรียนรู้ (Cognitive function) ทำให้กระบวนการกลืนที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจเสียไป เช่นการเคี้ยว การเคลื่อนย้ายอาหาร (bolus) จากด้านหน้าของ ช่องปากสู่บริเวณโคนลิ้น (Martino et al., 2005) ดังนั้น ผู้ที่มีรอยโรคของบริเวณสมองทั้งสองซีก (bilateral) จะมีความรุนแรงของปัญหาการกลืนมากกว่า ผู้ที่มีรอยโรคของสมองเพียงซีกเดียว (Langdon, Lee, & Binns, 2007; กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ภาวะกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในช่องปาก (Oral dysphagia) แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

1) ภาวะกลืนลำบากในระยะเตรียมการ (Oral preparatory dysphagia) โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ส่งผลต่อความแข็งแรงและความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อปาก ทำให้ความสามารถในการกลืนลดลง และความสามารถในการคลุกเคล้าอาหารและอาหารพร้อมกลืนลดลง และทำให้ระยะเตรียมอาหารยาวนานขึ้น เช่น ไม่สามารถรับประทานอาหารจากช้อนได้หมด ไม่สามารถควบคุมการปิดริมฝีปาก การสร้างน้ำลายลดลง ปากแห้ง ไม่สามารถทำอาหารที่แห้งเป็นสิ่งพร้อมกลืนได้ ความสามารถในการควบคุมลิ้นลดลง หรืออ่อนแรง กล้ามเนื้อแก้มอ่อนแรง การรับรู้รสชาติลดลง คือไม่สามารถแยกรสชาติของอาหารได้หรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร

2) ภาวะกลืนลำบากในระยะผลักดัน (Oral propulsive dysphagia) โรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ระยะนี้ทำงานช้าลง ใช้เวลานานกว่า 2 วินาที ซึ่งในระยะนี้ลิ้นมีหน้าที่ผลักดันอาหารที่คลุกเคล้าแล้วไปยังคอหอย หากลิ้นมีอาหารอ่อนแรง หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นจะพบว่า มีอาหารค้างอยู่บริเวณเหงือกและกระพุ้งแก้ม มีการเคลื่อนไหวของลิ้นที่ผิดปกติ มีการไหลของน้ำหรืออาหารออกมาทางปาก มีน้ำลายมาก

1.3.4.2 ภาวะกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย (Pharyngeal dysphagia) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีรอยโรคบริเวณเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ที่ควบคุมในระยะคอหอย (Pharyngeal phase) ผู้ป่วยไม่สามารถเริ่มต้นใช้รีเฟลกซ์กลืนได้ จึงใช้ระยะเวลาในการกลืนยาวนานขึ้นหรือช้าลง มีอาการไอหรือสำลักเวลารับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ คุณภาพเสียงของผู้ป่วยเปลี่ยนไปภายหลังรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ อาจมีอาการขย้อน หรือไอร่วมกับสำลักอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจและมีอาการหายใจลำบาก หายใจสั้นขณะรับประทานอาหาร ผู้ที่มีรอยโรคบริเวณสมองซีกขวา (Right hemisphere) ส่งผลทำให้มีความบกพร่องในระยะเริ่มต้น ช่วงเวลาและความถี่ในการกลืนอาหารในระยะคอหอยมากขึ้น (Pharyngeal phase) และเพิ่มความถี่ในการสำลัก (Langdon, 2012) ส่วนรอยโรคสมองซีกซ้าย มีผลต่อความเข้าใจ การใช้ภาษา การพูดและการสื่อสาร (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006) ทำให้การควบคุมเวลาในระยะคอหอย (Pharyngeal phase) ช้ากว่าปกติ

รอยโรคบริเวณก้านสมอง (Brain stem) มีผลต่อภาวะกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย (Pharyngeal dysphagia) เนื่องจากเป็นศูนย์ควบคุมการกลืนและเซลล์ประสาทสั่งการของเส้นประสาทสมองที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 เส้นประสาทสมองคู่ที่ 12 ซึ่งมีผลต่อการควบคุมการเคี้ยวและการกลืนในระยะปากและระยะคอหอย (วิฑูร ลีลามนิตย์, 2548) ทำให้ระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย (pharyngeal dysphagia) ข้างลงหรือไม่มีการกลืนเกิดขึ้นเลย รวมทั้งสูญเสียกลไกที่ใช้ป้องกันทางเดินหายใจ เช่น การยกกล่องเสียงลดลง การบีบตัวเข้าชิดกันของสายเสียงในขณะกลืน ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการสำลัก (Langdon, 2012; กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

1.3.4.3 ภาวะกลืนลำบากในระยะที่อาหารอยู่ในหลอดอาหาร (Esophageal dysphagia) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีรอยโรคบริเวณก้านสมอง (Brain stem) เนื่องจากควบคุมเส้นประสาทสมองทั้ง 5 คู่ โดยเฉพาะรวมถึงเส้นประสาทคอ (cervical nerve) C₁-C₃ (วิฑูร ลีลามนิตย์, 2548) จะส่งผลให้ระยะนี้ทำงานยาวนานขึ้นกว่าปกติในการนำอาหารสู่กระเพาะอาหาร ภาวะกลืนลำบากในระยะนี้สามารถพบอาหารค้างอยู่ในหลอดอาหาร อาการที่สามารถพบได้ในระยะนี้ คือ รู้สึกว่าอาหารอยู่ระหว่างคอหอยกับหน้าอก มีการไหลย้อนกลับของอาหารมายังคอหอยหรือปาก รู้สึกแสบร้อนในอก มีอาการเรอเปรี้ยวในตอนเช้า

หากเกิดความผิดปกติหรือความพร่องของเส้นประสาทสมองคู่ใดคู่หนึ่ง จะทำให้เกิดความผิดปกติดังนี้ (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006)

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve) ทำให้การรับความรู้สึกสัมผัสเกี่ยวกับอุณหภูมิ บริเวณใบหน้า ฟัน เหงือก และลิ้น สูญเสียไป ส่งผลให้การส่งกระแสประสาทไปควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้า และขากรรไกรในการเคี้ยวอาหารลดลง

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (Facial nerve) ทำให้การเคลื่อนไหวของใบหน้าตั้งแต่ริมฝีปาก กล้ามเนื้อบริเวณแก้ม ลิ้น และการเปิด-ปิด ริมฝีปาก รวมทั้งการรับรสบริเวณด้านหน้าของลิ้น การสร้างน้ำลายลดลง

เส้นประสาทคู่ที่ 9 (Glossopharyngeal nerve) ทำให้การรับรสบริเวณโคนลิ้น รวมทั้งส่งกระแสประสาทไปยังโคนลิ้น และคอหอยลดลง ส่งผลให้ปฏิกิริยาตอบสนองของการกลืน และการยกของคอหอยในขณะกลืนลดลง

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (Vagus nerve) ทำให้การรับสัมผัสบริเวณเพดานปาก ฐานลิ้น คอหอย และกล่องเสียง และการหดตัวของเส้นเสียง และการปิดของหลอดลมลดลง ส่งผลให้อาหารและน้ำไหล เข้าสู่ทางเดินหายใจในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอย ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูดสำลักตามมา

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 12 (Hypoglossal nerve) ทำให้การควบคุม การเคลื่อนไหวของลิ้นลดลง ส่งผลให้การเตรียมและขับเคลื่อนอาหารในช่องปากและคอหอยช้า มากกว่าปกติ

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการฟื้นหายของการกลืน (Swallowing recovery) ประมาณร้อยละ 95 จะฟื้นตัวได้เองภายในสัปดาห์ที่ 3-9 (Logemann, 1998) ซึ่งเกิด จากสมองซีกที่ยังคืออยู่ปรับตัวขึ้นมาควบคุมศูนย์การกลืนที่ก้านสมอง (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) และพบว่า ผู้ป่วยที่มีรอยโรคสมองเพียงซีกเดียว (unilateral) มีผลต่อการฟื้นหายของการกลืน และการรับประทานอาหารได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณเปลือกสมองทั้ง 2 ซีก (bilateral) ซึ่งการฟื้นหายของการกลืน ขึ้นอยู่การส่งเสริมการกลืน สาเหตุทำให้เกิดภาวะกลืนลำบาก และปัจจัยที่มีผลต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

1.4 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุ ดังต่อไปนี้

1.4.1 เพศ จากการศึกษาของโรเจอร์ (Roquer, Campello, & Gomis, 2003) พบว่า อัตราการเกิดการกลืนที่ผิดปกติในเพศชายเท่ากับเพศหญิง แต่เพศหญิงมีอาการรุนแรง และอัตราการ พิจารณ์มากกว่าเพศชาย รวมทั้งการฟื้นตัวช้ากว่า ซึ่งบ่งบอกได้ว่า ผู้หญิงมีภาวะกลืนลำบากมากกว่า เพศชาย เมื่อเทียบจากความรุนแรงของโรค (Roquer et al., 2003) ซึ่งเพศชายจะมีรอบการเคี้ยว ยาวนานกว่าและเคี้ยวแรงกว่าเพศหญิง (วิฑูร ลิลามนิตย์, 2548)

1.4.2 การเปลี่ยนแปลงการกลืนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (prebyphagia) ผู้ป่วยที่มีอายุมาก ด้วยความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ทำให้ความสามารถในการกลืนน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มขึ้น เกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะในช่องปากและคอหอย (Boczko, 2006) เนื่องจากความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง การสร้างน้ำลายลดลง การรับความรู้สึก ของเส้นประสาทสมองเปลี่ยนแปลงไป หรือมีความไวลดลง การปิดของเส้นเสียงและการเคลื่อนไหว ของลิ้นปิดเปิดคloggedเสียงลดลง การทำหน้าที่ของหลอดอาหารเปลี่ยนแปลง การสร้างและหลั่ง น้ำลายลดลง ทำให้ปากแห้ง เคี้ยวอาหารได้ยาก และเกิดการติดค้างตามเยื่อในช่องปาก ซึ่งทั้งหมดนี้ ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากได้ (Nazarko, 2007) และโดยทั่วไปผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีแนวโน้มการ พยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ซึ่งผู้ป่วยที่อายุมากมีความเสื่อมของเซลล์ประสาท มากกว่า ผู้ป่วยอายุน้อย โดยมีความแตกต่างของอายุไม่เกิน 5 ปี (Bach-y-Rita, 1990)

1.4.3 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยรอยโรคบริเวณตำแหน่งของ เปลือกสมอง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการกลืน ซึ่งผู้ป่วยที่รอยโรคของสมองทั้งสองซีก จะมี อาการและความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคของสมองเพียงซีกเดียว และผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ก้าน

สมองมักมีความเสี่ยงสูงที่จะล้ม (Langdon, 2012) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke severity) การใช้เครื่องมือ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) (ภาคผนวก ข) เป็นการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke severity) โดยแบ่งระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (Nilanont, 2010)

≤4 = ความรุนแรงระดับเล็กน้อย

5-14 = ความรุนแรงระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง

15-24 = ความรุนแรงระดับรุนแรงมาก

≥25 = ความรุนแรงระดับรุนแรงมากที่สุด

จากการศึกษาของ Okubo et. al พบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยการประเมินด้วยเครื่องมือ NIHSS ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 สามารถทำนายการเกิดภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันได้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4.4 การได้รับยาและผลข้างเคียงของยา ซึ่งทำให้เกิดอาการปากแห้ง (Xerostomia) ได้แก่ ยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressants) ยาต้านฮีสตามีน (antihistamines) ยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน (opioid) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory) ยาที่มีผลต่อระบบประสาท (neuroleptic medication) ยาขับปัสสาวะ (Morris, 2006) ผลของยาระงับประสาทหรือยานอนหลับทำให้เกิดอาการสับสน ยาคลายกล้ามเนื้ออาจทำให้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืนอ่อนแรงลงได้ (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006)

สรุป จากสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับยาและผลข้างเคียงของยา แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ นำไปสู่การพิจารณาจับคู่ (matched pairs) ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ให้มีลักษณะเหมือนกันและใกล้เคียงกันมากที่สุด ดังนี้คือ เพศ โดยการจับคู่เพศชายกับเพศชาย และเพศหญิงกับเพศหญิง (Roquer et al., 2003) อายุ โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีอายุไม่แตกต่างกันเกินกว่า 5 ปี (Bach-y-Rita, 1990) สำหรับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke severity) ที่มีการแบ่งระดับเป็น ความรุนแรงระดับเล็กน้อย, ความรุนแรงระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง, ความรุนแรงระดับรุนแรงมากและ ความรุนแรงระดับมากที่สุด (Nilanont, 2010) ผู้วิจัยนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้อยู่ในระดับเดียวกัน (Okubo et al., 2012)

1.5 ปัจจัยที่ป้องกันการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ปัจจัยที่ป้องกันการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความแข็งแรงของอวัยวะในช่องปาก ชนิดและขนาดของอาหาร ทำในขณะรับประทานอาหาร

การจัดสิ่งแวดลอม ระดับความรู้สึกตัว การสนับสนุนของผู้ดูแล ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1.5.1 ทำในขณะรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืน ด้วยการนั่งตัวตรง 90 องศา ก้มศีรษะเล็กน้อย(chin-down posture) ทำให้ง่ายต่อการกลืน เป็นการช่วยยกฝาปิดกล่องเสียงไปด้านหลังซึ่งจะลดรูเปิดของเสียงให้เล็กลงอย่างมีนัยสำคัญ และช่วยป้องกันทางเดินหายใจได้มากได้มากขึ้น ลดการเกิดการสำลัก เนื่องจากกล้ามเนื้อในช่องปากอ่อนแรง การควบคุมอาหารและของเหลวจะทำได้ไม่ดีพอ ทำให้การสำลักได้ง่ายและของเหลวจะตกเข้าไปในหลอดลม (Hines et al., 2010; Perry et al., 2013) การจัดท่าช่วยกลืน (Proper positioning) ขณะที่ฝึกกลืน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะ คอ ลำตัว แขน ขา กล้ามเนื้อปาก และลิ้นได้ดีขึ้น และปรับความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ ซึ่งทำนี้อาจทำให้การกลืนใน ระยะที่อาหารอยู่ในคอหอยยาวนานขึ้นแต่ช่วยลดอาการสำลักได้ในผู้ป่วยทุกราย และ การหันศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง (lateral head rotation) ใช้ในกรณีอัมพาตครึ่งซีก โดยการหมุนศีรษะจะช่วยเปิดกล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหาร ช่วยขับเคลื่อนอาหารให้ออกห่างจากด้านที่อ่อนแรง และทำให้ช่องคอหอยด้านอ่อนแรงถูกพับปิดไป ส่งผลให้สิ่งพร้อมกลืน (bolus) ไหลมาคอหอยด้านที่แข็งแรง และถูกบีบลงสู่หลอดอาหาร ซึ่งวิธีนี้จะช่วยให้อาหารผ่านลงไปยังหลอดอาหารได้รวดเร็ว และไม่มีสิ่งตกค้างในหลอดคอ (วิฑูร ลีลามนิตย์, 2548)

1.5.2 ความแข็งแรงของอวัยวะในช่องปากและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัญหากล้ามเนื้อลิ้นและแก้มอ่อนแรง ริมฝีปากปิดไม่สนิท มีความผิดปกติของประสาทสั่งการ รวมทั้งสูญเสียรีเฟล็กซ์การกลืน (Jacobsson et al., 2000; Nowlin, 2006) ซึ่งการฟื้นฟูอวัยวะและกล้ามเนื้อดังกล่าวให้แข็งแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคี้ยวและกลืนดีขึ้น ลดอาการสำลัก (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554) ประกอบด้วย การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน และ การใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ

1.5.3 ชนิด และขนาดของอาหาร พบว่าอาหารที่มีความเข้มข้นมากกว่าน้ำจะช่วยลดการสำลัก (Geeganage et al., 2012) ซึ่งอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากควรเป็นอาหารที่มีความเข้มข้นสูงในระยะแรก เพราะ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการกลืนและการสำลักได้ง่าย เช่น โจ๊กปั่นข้น (Perry et al., 2013) ขนาดของอาหาร (Bolus size) ในแต่ละครั้งของการรับประทานต่อคำควรรับประทานจำนวนน้อยๆ ประมาณ ½ -1 ช้อนชา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้โดยไม่เกิดการสำลัก (Hines et al., 2010; J. M. Killen, 1996) รสชาติของอาหาร พบว่าอาหารรสเปรี้ยวกระตุ้นการกลืนได้ดี ทั้งขณะกลืนและหลังกลืน แต่ยังไม่มีการศึกษาที่เห็นผลลัพธ์

ชัดเจน (Perry, 2001a) ตรงข้ามอาหารหวานจะกตการกลืน ส่วนกลไกการกระตุ้นเชื่อว่าอาหารเปรี้ยวกระตุ้นต่อมรับรสและเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ในช่องปากและคอหอย (วิฑูร ลีลามนิตย์, 2548)

1.5.4 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมขณะรับประทานอาหาร โดยสร้างบรรยากาศให้สงบและน่าพึงพอใจ กำจัดเสียงรบกวน เช่น แนะนำญาติที่เป็นผู้ดูแล อยู่ร่วมกับผู้ป่วยทุกครั้งที่รับประทานอาหาร ไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารคนเดียว (ยุพิน ชัยชล, 2550) แนะนำญาติมิให้พูดคุยเสียงดัง หรือรบกวนขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เพราะ ถ้าถูกรบกวนทำให้การรับประทานอาหารและการกลืนไม่ต่อเนื่อง ขาดสมาธิในการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักได้ง่าย (Hines et al., 2010)

1.5.5 ระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ซึม ไม่รับรู้ สับสน เสี่ยงต่อการสำลักขณะรับประทานอาหาร (Terrado, Russell, & Bownman, 2001) และ ระดับความรู้สึกตัวที่เหมาะสมคือสามารถปฏิบัติตามคำสั่ง ระดับความรู้สึกตัว ประเมินด้วยเครื่องมือ Glasgow Coma score (ภาคผนวก ข) โดยการประเมินประกอบด้วย E = eye opening (การลืมตา), M = motor response (การประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา), V = verbal response (การประเมินการพูด) ผู้ป่วยต้องมีคะแนนมากกว่า 11 เนื่องจาก ระดับความรู้สึกตัวดังกล่าว สามารถเริ่มการฝึกกลืนและสามารถกลืนอาหารได้อย่างปลอดภัย (Okubo et al., 2012)

1.5.6 การสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่าผู้ดูแลจัดเป็นกลุ่มสนับสนุนด้านจิตใจและร่างกาย การสนับสนุนจากผู้ดูแลจะช่วยให้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความสามารถในการกลืนเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของประภาพรรณ สิงโต (2556) พบว่า ผู้ดูแลสามารถดูแลช่วยเหลือผู้หญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีการสุดสำคัญ และไม่พบการเกิดปอดอักเสบร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา ศิลาเรียม (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืน และการรับประทานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหาร ในวันที่ 7, 14 และ 30 ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.5.7 การได้รับการสอนและให้ความรู้ จากการศึกษาของพบว่า การให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับระดับความเชื่อมั่นในเด็กที่มีภาวะกลืนลำบาก (O'Donoghue & Dean-Claytor, 2008) และจากการศึกษาของ Shyamani Hettiarachchi and Gopi Kitnasamy (2013) พบว่า การฝึกปฏิบัติและให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดท่าที่เหมาะสม การดัดแปลงอาหาร และวิธีการป้องกันการสำลัก ทำให้ผู้ป่วยพิการทางสมองและผู้ดูแล ลดความวิตกกังวล มีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Merrill et al. (2010) พบว่า การให้การสอนแนะนำทางโทรศัพท์ช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองและ เพิ่มความมั่นใจในการ

ปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wolever et al. (2010) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการสอนแนะ มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่ป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเพื่อป้องกันการอาการสำลัก ในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ตามบทบาทอิสระ ดังต่อไปนี้คือ การจัดท่าช่วยกลืน การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน และการฝึกกลืน การเลือกลักษณะอาหาร เพื่อความปลอดภัยขณะฝึกกลืนและกลืนอาหาร ผู้วิจัยจึงกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ให้มีระดับความรู้สีกตัว Coma score มากกว่า 11 คะแนน รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

1.6 ผลกระทบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ภาวะกลืนลำบากในโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความเจ็บป่วยซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการสำลัก (Reilly & Ward, 2005) และยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่พบได้บ่อยได้แก่

1.6.1 ปอดอักเสบจากการสำลัก พบอุบัติการณ์ร้อยละ 10-22 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 38 เสียชีวิตเนื่องจากปอดอักเสบในเดือนแรกของการรักษา (Martino et al., 2005) โดยการสำลักอาหาร สารเหลว น้ำลาย หรือน้ำย่อย เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ (Martino et al., 2005; Yeh et al., 2011) การกลืนลำบากส่งผลต่อการดูดซึม และ เป็นสาเหตุของการทำให้เกิดปอดติดเชื้อจากการมีสิ่งแปลกปลอม และ แบคทีเรียเข้าสู่ปอด การให้อาหารทางสายยาง จากการศึกษาของ Martino et al (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกลืนลำบากถึง 3 เท่า และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 11 เท่า ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบากร่วมกับการสำลัก

1.6.2 ภาวะขาดน้ำและทุพโภชนาการ พบว่า มีอุบัติการณ์ในโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 16 – 40 (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006) อันเนื่องมาจากภาวะกลืนลำบาก และการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (Perry et al., 2013) และความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และเกิดภาวะกลืนลำบาก ซึ่งทำให้ไม่สามารถดื่มน้ำได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยจึงเกิดอาการของการขาดน้ำ (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006)

1.6.3 อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ส่งผลต่อการเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Geeganage

et al., 2012) และพบว่า ผู้ป่วยโรคทางหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาแล้วกลับบ้านไป มักจะกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยอาการปอดอักเสบที่เกิดจากการสำลัก ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 60-70 (ประภาพรณ สิงห์โต, 2556)

1.6.4 ผลกระทบต่ออารมณ์และสังคม จากการศึกษาของ Ekberg et al (2002) พบว่า ผู้ป่วย 350 คนที่มีภาวะกลืนลำบากส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ซึ่งร้อยละ 41 จะมีประสบการณ์วิตกกังวลในระหว่างมื้ออาหารและร้อยละ 31 ปฏิเสธการรับประทานอาหาร (Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig, & Ortega, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobsson et al (1996) พบว่า ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร จากการสูญเสียการควบคุมของระบบประสาทสั่งการ ทำให้ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และขาดความมั่นใจในการรับประทานอาหาร รวมทั้งมีภาวะพึงพาผู้ดูแลในการรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตามไม่สามารถควบคุมอาหารในปากได้ และไม่สามารถเข้าร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Ekberg et al., 2002; Jacobsson et al., 1996; Westergren et al., 2001)

1.6.5 เป็นภาระกับผู้ดูแล เนื่องจาก ความพิการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในด้านการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, & กัณธะวงศ์, 2553) ปัญหาการกลืนและอาการสำลักเป็นกิจวัตรที่สำคัญที่ญาติของผู้ป่วยต้องจัดการและดูแล แต่อย่างไรก็ตามในการดูแลดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ต้องการความรู้และทักษะ จากการศึกษาของ Kumlien and Axelsson (2002) พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจัดทำนั้งขณะรับประทานอาหาร และไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว ในลักษณะของการใช้เวลาในการเตรียมอาหารและอุปกรณ์ ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะรับประทานอาหาร (วินิตา ชูช่วย, 2547) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย และต้องการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านเฉพาะอย่างในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก (สุปรียา พิทักษ์เจริญ, 2552) ผู้ดูแลที่มีทักษะและความสามารถไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (นันทพร ชื่นเทศ, 2546)

จากสาเหตุและผลกระทบดังกล่าว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย และฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการกลืนใกล้เคียงกับภาวะปกติ หรือสามารถกลับคืนสู่สภาวะกลืนได้ตามศักยภาพของบุคคล เพื่อป้องกันอาการสำลักที่ส่งผลต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

1.7 การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ประกอบด้วย การประเมินด้านต่างๆ ได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกาย การประเมินโดยใช้เครื่องมือ และการประเมินภาวะกลืนลำบากด้วยแบบวัด (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ดังต่อไปนี้

1.7.1 การซักประวัติและตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะกลืนลำบาก

1.7.1.1 ทบทวนประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่เกี่ยวกับภาวะกลืนลำบาก ระยะเวลาที่มีปัญหาการกลืนลำบาก อาการและอาการแสดงที่เกี่ยวกับภาวะกลืนลำบาก เช่น เคี้ยวลำบาก ไอขณะกลืน การเคลื่อนไหวน้ำของลิ้น และการสำลัก (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

1.7.1.2 การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนักตัว โครงสร้างและการทำงานของอวัยวะภายในช่องปาก หลอดคอ คอหอย กล่องเสียง และหลอดอาหาร การพูดและการตรวจทางระบบประสาท (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ประกอบด้วย ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การทำหน้าที่ของเส้นประสาทสมอง รีเฟล็กซ์ที่เกี่ยวข้องกับการกลืน และ ความเข้าใจภาษาและการออกเสียง คุณภาพเสียง (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

1.7.2 การประเมินโดยใช้เครื่องมือ (Instrumental assessment) เพื่อตรวจดูความผิดปกติของโครงสร้างและ การทำหน้าที่ด้านการกลืน และเพื่อค้นหาแนวทางการรักษาหรือวิธีจัดการภาวะกลืนลำบากที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องกระทำภายหลังจากการประเมินทางคลินิกแล้ว (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006) ประกอบด้วย

1.7.2.1 การถ่ายภาพวิดีโอขณะกลืน (video fluoroscopic swallowing study [VFSS]) เป็นการใช้วิธีการถ่ายภาพด้วยกล้องวิดีโอที่ค้น เพื่อดูสรีรวิทยาของการกลืน เป็นวิธีที่นิยมใช้และถือว่าเป็นมาตรฐาน (gold standard) ในการประเมินภาวะกลืนลำบาก (SIGN, 2004) โดยผู้ป่วยต้องสามารถทรงตัวอยู่ในท่านั่งได้ และกลืนอาหารที่ผสมแป้งแบเรียมที่มีลักษณะต่างๆ แล้วถ่ายภาพรังสีเป็นระยะ เพื่อประเมินความผิดปกติของการกลืน รวมถึงลักษณะอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย แต่ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากเครื่องมือตรวจมีราคาแพงและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจึงจะเชื่อถือได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถตรวจได้ทุกราย หรือทุกโรงพยาบาล (Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003) และแม้ว่าการถ่ายภาพวิดีโอขณะกลืน เป็นวิธีที่นิยมใช้และถือว่าเป็นมาตรฐาน แต่เนื่องจากการตรวจ VFSS ไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกราย ด้วยข้อจำกัดในเรื่องของการนั่งและการทรงตัว (Ramsey et al., 2003) รวมทั้งในโรงพยาบาลชลบุรีไม่มีเครื่องมือชนิดนี้ในการประเมินการกลืน

1.7.2.2 การวัดค่าอิมิตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (plus oximetry) ในขณะกลืนน้ำ หากผู้ป่วยมีการสำลักจะทำให้หลอดลมหดตัว ความสมดุลของการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน วัดได้โดยค่าความอิมิตัวของออกซิเจนที่ลดลง หรือหากพบว่า

ระดับออกซิเจนลดลงร้อยละ 2 บ่งชี้ว่ามีการสำลักเกิดขึ้น สามารถทำได้ง่ายตรงไปตรงมา มีความไวสูง แต่มีความจำเพาะต่ำ (Ramsey et al., 2003) แต่หากนำไปใช้ร่วมกับการ คัดกรองอาการที่ข้างเคียง จะทำให้เชื่อถือได้มากขึ้น และสามารถตรวจหาอาการสำลักได้สูงถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่มีปัญหา กลืนลำบากทั้งหมด (Smith & Connolly, 2003)

1.7.2.3 การประเมินภาวะกลืนลำบากจากการรับรู้และการแสดงออกมาด้วย แบบวัด

วิธีการประเมินอาการกลืนลำบากที่กล่าวมานั้นต้องอาศัยเวลา และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือในประเมินภาวะกลืนลำบากที่เหมาะสม เพื่อสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงและไม่เสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบากออกจากกัน และ ประเมินหลังจากได้รับกิจกรรม โดยควรประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย และเริ่มต้นให้เร็วที่สุด ภายใน 24 ชั่วโมงแรก หรือ ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับอาหารและน้ำทุกชนิดทางปาก (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006; Hines et al., 2010; Perry, 2001a) การประเมินภาวะกลืนลำบากด้วยแบบวัด ประกอบด้วย แบบคัดกรองการกลืน และ แบบประเมินการกลืน ดังต่อไปนี้ (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2008) มีดังนี้

1.7.2.4 แบบคัดกรองการกลืนทางคลินิก หรือ “Any Two” ของ Daniels et al (2000) เป็นเครื่องมือการคัดกรองที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลัน ภายในระยะเวลา 5 วัน โดยผู้ป่วยมีประวัติกลืนลำบาก และประเมินอาการ ด้วยวิธีประเมินอาการและอาการแสดงต่อไปนี้คือ เสียงพรวด(dysphonia) พุดไม่ชัดอันเนื่องมาจากความบกพร่องของกล้ามเนื้อ (dysarthria) รีเฟลกซ์ย้อนผิดปกติหรือไม่มีรีเฟลกซ์ย้อน ไอไม่แรง (abnormal volitional cough) ไอขณะกลืนหรือไอหลังกลืน เสียงเปลี่ยนหลังกลืน

- 1) เสียงพรวด (dysphonia)
- 2) พุดไม่ชัดอันเนื่องมาจากความบกพร่องของกล้ามเนื้อ (dysarthria)
- 3) รีเฟลกซ์ย้อนผิดปกติหรือไม่มีรีเฟลกซ์ย้อน
- 4) ไอไม่แรง (abnormal volitional cough)
- 5) ไอขณะกลืนหรือไอหลังกลืน
- 6) เสียงเปลี่ยนหลังกลืน

วิธีการประเมิน

เสียงพรวด (dysphonia) ประเมินจากคุณภาพเสียง ความเข้มเสียง และระดับเสียง ผู้ตรวจบอกให้ผู้ป่วยออกเสียง ถ้ามีเสียงแหบผู้ตรวจบันทึกความผิดปกติ โดยการทำเครื่องหมายในช่องผิดปกติ คิดเป็น 1 คะแนน

พูดไม่ชัด (dysarthria) ประเมินจากเสียงพูดของผู้ป่วย หรือให้พูดเป็นประโยค และผู้ตรวจสังเกตลักษณะคำพูดที่ผู้ป่วยออกเสียง (ผู้ป่วยและผู้ดูแลสังเกตร่วมด้วย) ถ้าพูดไม่ชัด ผู้ตรวจทำเครื่องหมายบันทึกในช่องผิดปกติ คิดเป็น 1 คะแนน

รีเฟลกซ์ขย้อนผิดปกติหรือไม่มีรีเฟลกซ์ขย้อน (abnormal gag reflex) วิธีการผู้ตรวจประเมินด้วยการให้ผู้ป่วยอ้าปากจนเห็นผนังคอหอย และผู้ตรวจใช้ไม้พันสำลีแตะบริเวณผนังคอหอย ถ้าผู้ป่วยไม่ขย้อน ผู้ตรวจทำเครื่องหมายบันทึกในช่องผิดปกติ คิดเป็น 1 คะแนน

ไอไม่แรง (abnormal volitional cough) ผู้ตรวจประเมินด้วยการบอกให้ผู้ป่วยไอ และสังเกตเสียงไอของผู้ป่วย ถ้าเสียงไอเบากว่าปกติ ผู้ตรวจทำเครื่องหมายบันทึกในช่องผิดปกติ คิดเป็น 1 คะแนน

ไอขณะกลืนหรือไอหลังกลืน (cough after swallow) ผู้ตรวจประเมินด้วยการให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 5, 10, 20 cc ภายหลังจากการดื่มน้ำในแต่ละครั้ง ถ้ามีอาการไอทันทีขณะกลืนหรือหลังกลืนภายใน 1 วินาที ผู้ตรวจทำเครื่องหมายบันทึกในช่องผิดปกติ คิดเป็น 1 คะแนน

เสียงเปลี่ยนหลังกลืน (cough after swallow) ผู้ตรวจประเมินด้วยการให้ผู้ป่วยกลืนน้ำแล้วให้เปล่งเสียง หรือพูด ถ้าเสียงเปลี่ยนไป เช่นเสียงแหบ ผู้ตรวจทำเครื่องหมายบันทึกในช่องผิดปกติ คิดเป็น 1 คะแนน

หากมีความผิดปกติอย่างน้อย 2 ข้อ โดยการให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อ กำหนดไว้ดังนี้คือ ถ้ามีปัญหา ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีปัญหา ให้ 0 คะแนน คะแนนการกลืนจากค่าต่ำสุดถึงสูงสุด เท่ากับ 0-6 ซึ่งมีแบบประเมินนี้มีความจำเพาะต่อภาวะกลืนลำบากถึงร้อยละ 67 และมีความไวต่อภาวะกลืนลำบากถึงร้อยละ 92 (Edmiaston, Connor, Loehr, & Nassief, 2010) และเป็นเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

1.7.2.5 แบบคัดกรอง “Burk dysphagia screening test” ของ DePippo et al (1992) (DePippo, Holas, & Reding, 1992) ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานฟื้นฟูสภาพ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 สัปดาห์ โดยแบบคัดกรองประกอบด้วยหัวข้อประเมิน 10 หัวข้อ ได้แก่

- 1) ความผิดปกติของเสียง
- 2) ความผิดปกติการพูด
- 3) มีภาวะกลืนลำบาก
- 4) ไอระหว่างการทดสอบให้ดื่มน้ำ 90 มิลลิลิตร
- 5) ไอระหว่างทดสอบให้กินอาหารชนิดที่เตรียมไว้
- 6) ไอหลังจากทดสอบให้กินอาหารชนิดจนหมดไปแล้ว 1 นาที
- 7) ไอหลังจากทดสอบดื่มน้ำที่เตรียมให้จนหมดไปแล้ว 1 นาที

8) มีการสำลักรน้ำลายตนเองขณะที่พักหรือนอนหลับโดยการสัมผัส
และการสังเกต

9) มีเสียงไอเบา

10) มีความผิดปกติของ gag reflex โดยแบ่งเป็น 2 พฤติกรรมคือ
ปรากฏพฤติกรรมและไม่ปรากฏพฤติกรรม

อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้ขาดความจำเพาะแต่มีความไวต่อภาวะกลืนลำบากร้อยละ 92 (Edmiaston et al., 2010) ใช้คัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู

1.7.2.6 แบบคัดกรอง “The Gagging Swallow Screen” ของ Trapl et al (2007) ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบคัดกรองแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ การประเมินเบื้องต้น

- 1) การประเมินการตื่นตัวของผู้ป่วยต้องต่อเนื่อง 15 นาที
- 2) ความสามารถในการไออย่างตั้งใจ
- 3) การกลืนน้ำลาย

ผู้ป่วยต้องได้คะแนน 5 คะแนน จึงจะได้รับการประเมินในส่วนที่ 2 ในส่วนที่ 2 คือ การทดสอบการกลืนโดยตรงประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือ

- 1) การประเมินกระบวนการกลืน
- 2) การไอ
- 3) ภาวะน้ำลายไหล
- 4) การเปลี่ยนแปลงของเสียง

เครื่องมือนี้ไม่มีความไวต่อภาวะกลืนลำบาก แต่มีความไวต่อการสำลักร้อยละ 100 และมีความจำเพาะต่อภาวะกลืนลำบาก ร้อยละ 50 มีความเที่ยงร้อยละ 83 (Edmiaston et al., 2010)

1.7.2.7 แบบประเมินการกลืน (Swallowing Assessment Observation Form หรือ SAOF) สร้างโดยทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร (2545) เป็นเครื่องมือประเมินการกลืนและการสำลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ดังนี้

- 1) อาการสำลักขณะกลืน
- 2) อาการไอหรือจามที่ภายหลังการกลืน
- 3) การหายใจขัดหรือหายใจไม่ออกภายหลังการกลืน
- 4) มีเสียงน้ำในลำคอภายหลังการกลืน

- 5) รู้สึกว่ามีอาหารติดในคอภายหลังการกลืน
- 6) มีอาหารเหลือค้างในปากภายหลังการกลืน
- 7) มีน้ำหรืออาหารไหลออกจากปากขณะกลืน

ภายหลังการประเมินการกลืน และตรวจร่างกายให้คะแนนดังนี้ คะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 7 และคะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 ยิ่งคะแนนมากแสดงว่าการกลืนอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าความเที่ยง .63 แต่ไม่มีค่าความตรงเครื่องมือวิจัยนี้ประเมินการกลืนระยะช่องปาก ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อการกลืน และหัวข้อ 3) การหายใจขัดหรือหายใจไม่ออกหลังกลืน เป็นภาวะที่แสดงถึงการสำลักร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน

1.7.2.8 แบบประเมินความสามารถในการกลืน ของบุญญาธิสา เมืองทอง (2553) ซึ่งดัดแปลงมาจากของ กาญจนา ขุนทรง (2544) มีทั้งหมด 6 ข้อ โดยวัดจาก

- 1) จำนวนคำของอาหารถ้ารับประทานได้ตั้งแต่ 1 คำให้ 1 คะแนน
- 2) รับประทานไม่ได้เลยหรือใส่สาย ยางทางจมูกให้ 0 คะแนน
- 3) ระยะเวลาที่ใช้ในการกลืนอาหารแต่ละมื้อเมื่อเปรียบเทียบกับเป็นคำ ใช้เวลาเฉลี่ยน้อยกว่า 2 นาที/คำ ให้ 1 คะแนน ใช้เวลาเฉลี่ยมากกว่า 2 นาที /คำ ให้ 0 คะแนน
- 4) ชนิด ของอาหารให้คะแนนดังนี้ อาหารเหลวทางสายยางให้ 0 คะแนน อาหารหนืด ให้ 1 คะแนน โจ๊กให้ 2 คะแนน อาหารอ่อนให้ 3 คะแนน อาหารธรรมดาให้ 4 คะแนน

คะแนนความสามารถในการกลืน จากค่าต่ำสุดถึงสูงสุด เท่ากับ 0-9 คะแนน ได้ค่าความเที่ยง .95 เครื่องมือวิจัยนี้มีเกณฑ์การให้คะแนนแตกต่างกันในแต่ละรายข้อ และการคะแนนไม่เท่าเทียมกัน ไม่มีค่าความตรง (Content validity instrument)

1.7.2.9 แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดสรีรวิทยาของการกลืน โดยการประเมินคุณลักษณะที่สังเกต (characteristic observation) จากการกลืนในแต่ละระยะ (phase of normal swallowing) โดยแบ่งการประเมิน 2 ลักษณะ คือ 1) การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือระยะช่องปาก ประกอบด้วย ความสามารถในการปิดปากได้สนิท การใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้ม ซ้ายขวา การกัดฟันและปล่อย การควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย่อย และระยะคอหอย ประกอบด้วยความสามารถในการขย่อน ความสามารถในการไอแรงๆได้ ความสามารถในการกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก 2) การประเมินจากการรับรู้ คือ ระยะหลอดอาหาร ประกอบด้วย ผู้ป่วยไม่มีอาการจุกแน่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกว่ามีอาหารติดในลำคอ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกแสบร้อนยอดอก

ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ดังต่อไปนี้

ระยะช่องปาก

- 1) ผู้ป่วยสามารถในการปิดปากได้สนิท
- 2) ผู้ป่วยสามารถในการใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้ายขวา
- 3) ผู้ป่วยสามารถในการกัดฟันและปล่อย
- 4) ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย่อย

ระยะคอหอย

- 5) ผู้ป่วยสามารถในการขย้อน
- 6) ผู้ป่วยสามารถในการไอแรงๆได้
- 7) ผู้ป่วยสามารถในการกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก

ระยะหลอดอาหาร

- 8) ผู้ป่วยไม่มีอาการจุกแน่น
- 9) ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าอาหารติดอยู่ในลำคอ
- 10) ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าแสบร้อนยอดอก

การให้คะแนนของ ระยะช่องปากและระยะคอหอย กำหนดไว้ดังนี้คือ

- 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำบอกได้
- 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำบอกไม่ได้

การให้คะแนนของ ระยะหลอดอาหาร กำหนดไว้ดังนี้คือ

- 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการ หรือไม่รู้สึถึงอาการ
- 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการ

คะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 10 และคะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 ยิ่งคะแนนมาก แสดงว่าการกลืนอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึก ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และ ค่าความเที่ยงเท่ากับ.097

สรุปงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงและไม่เสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบาก โดยใช้แบบคัดกรองการกลืนทางคลินิก ของ Daniels et al (2000) เนื่องจากแบบคัดกรองนี้มีความจำเพาะต่อภาวะกลืนลำบากถึงร้อยละ 67 และมีความไวต่อภาวะกลืนลำบากถึงร้อยละ 92 และเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลัน ภายในระยะเวลา 5 วัน (Edmiaston et al., 2010) และ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือที่ใช้ประเมินการกลืน โดยใช้แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพราะสามารถประเมิน คุณลักษณะที่สังเกตจากการกลืนในแต่ละระยะ (phase of normal swallowing) ของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากได้ มีค่าเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงเท่ากับ.097

1.8 การบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในโรงพยาบาล

การรักษาภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีอยู่หลายวิธี คือ การฟื้นฟูความแข็งแรงกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การส่งเสริมการจัดท่าช่วยกลืน การส่งเสริมการกลืนด้วยการดัดแปลงอาหาร การป้องกันภาวะโภชนาการ การผ่าตัดรักษา ดังต่อไปนี้

1.8.1 การฟื้นฟูความแข็งแรงกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ประกอบด้วย

1.8.1.1 การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก (sensory stimulation) โดยกระตุ้นด้วยความเย็น ไฟฟ้า หรือสารเคมี เช่น อาหารรสเปรี้ยว ช่วยกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำลาย รวมทั้งเพิ่มระยะเวลาส่งผ่านการกลืน หรือการเพิ่มแรงกดของซ็อนลงบนลิ้นในขณะบ้วนอาหารในการสัมผัสของลิ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาที่เห็นผลลัพธ์ชัดเจน (Perry et al., 2013)

1.8.1.2 การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (Oro-muscular Exercise) โดยผู้ป่วยจะต้องสามารถทำตามคำบอกได้ ประกอบด้วยการบริหารที่ช่วยให้การเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ลิ้น กล่องเสียง และเส้นเสียง โดยการเคลื่อนไหวตามขอบเขตของกล้ามเนื้อในส่วนที่บ่งพร่อง เช่น ลิ้น ริมฝีปาก และกราม และการบริหารที่ช่วยให้กล้ามเนื้อใบหน้า ปาก หลอดอาหารแข็งแรงขึ้น (CASLPO, 2007; SIGN, 2004; ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554) ดังรายละเอียดต่อไปนี้การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืนแบบพิเศษ

1) การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน

1.1) การบริหารริมฝีปากและแก้ม (Lip exercise / Cheek exercise) ได้แก่ อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่องและปล่อยลมออกซ้าๆ หรือ ออกเสียง “อุ” สลับเสียง “อี”

1.2) การบริหารลิ้น (Tongue Exercise) ได้แก่ ใช้ลิ้นแตะมุมปาก ทั้ง 2 ข้างสลับกัน ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้างสลับกัน ให้ผู้ป่วยเดาะลิ้น ให้ผู้ป่วยพูด คาลา คาลา คาลา ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.3) การบริหารขากรรไกร (Jaw Exercise) อ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาทีและออกเสียง “อา” แล้วปิดปากให้ฟันกระทบกัน ปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที (ทำสลับข้างซ้าย -ขวา)

2) การใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ (specific swallowing technique) เป็นการเปลี่ยนสรีรวิทยาของการกลืนเพื่อลดความเสี่ยงของการสำลัก โดยผู้ป่วยต้องสามารถทำตามคำสั่งที่ซับซ้อนได้และกล้ามเนื้อมีแรงต้านเพียงพอ (CASLPO, 2007) ได้แก่

2.1) Supraglottic swallowing ให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าเต็มปอด แล้วกลืนไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืนเสร็จให้ไอ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ วิธีนี้ช่วยยกเส้นเสียงแท้ขึ้นมาปิดท่อทางเดินหายใจสามารถป้องกันการสำลัก และช่วยให้กระบวนการกลืนในระยะคอหอยเร็วขึ้น (Perry et al., 2013; Perry & Love, 2001; Westergren et al., 2001)

2.2) The modified supraglottic swallow pattern เป็นวิธีการที่ช่วยป้องกันทางเดินหายใจอีกชั้นหนึ่ง โดยให้ผู้ป่วยกลืนหายใจร่วมกับการเก็บคาง (chin-tuck) เพื่อช่วย ลดการเปิดกล่องเสียง และป้องกันการสำลัก ซึ่งวิธีนี้ผู้ป่วยจะต้องหายใจเข้าและกลืนไว้ แล้ววางอาหารหรือของเหลวไว้ในปาก ก้มศีรษะให้คางชิดอกแล้วกลืนอาหารลงไป จากนั้นยกคางขึ้น และให้ไอออกมาเพื่อไม่ให้เศษอาหารติดค้างในลำคอ (Terrado et al., 2001)

1.8.1.3 การส่งเสริมการจัดท่าช่วยกลืน (Proper positioning) ขณะที่ยกศีรษะ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะ คอ ลำตัว แขน ขา กล้ามเนื้อปากและลิ้น ได้ดีขึ้น และปรับความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติให้ใกล้เคียงปกติ ช่วยให้การกลืนง่ายขึ้น ด้วยการนั่งตัวตรง 90 องศา ก้มศีรษะเล็กน้อย (chin-down posture) เพื่อเป็นการช่วยยกฝาปิดกล่องเสียงไปด้านหลังซึ่งจะลดรูเปิดของเสียงให้เล็กลงอย่างมีนัยสำคัญ และช่วยป้องกันทางเดินหายใจได้มากได้มากขึ้น ซึ่งทำนี้อาจทำให้การกลืนในระยะที่อาหารอยู่ในคอหอยยาวนานขึ้นแต่ช่วยลดอาการสำลักได้ในผู้ป่วยทุกราย และ การหันศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง (lateral head rotation) ใช้ในกรณีอัมพาตครึ่งซีก โดยการหมุนศีรษะจะช่วยเปิดกล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหาร ช่วยขับเคลื่อนอาหารให้ออกห่างจากด้านที่อ่อนแรง และทำให้ช่องคอหอยด้านอ่อนแรงถูกพับปิดไป ส่งผลให้สิ่งพร้อมกลืน (bolus) ไหลมาคอหอยด้านที่แข็งแรง และถูกบีบลงสู่หลอดอาหาร ซึ่งวิธีจะช่วยให้อาหารผ่านลงไปยังหลอดอาหารได้รวดเร็ว และไม่มีสิ่งตกค้างในหลอดคอ (วิฑูร ลิลาพนิตย์, 2548; ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554; สถาบันประสาทวิทยาและสถาบันวิชาการ, 2550)

1.8.1.4 ส่งเสริมการกลืนด้วยการดัดแปลงอาหาร (diet modification) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีอาการกลืนลำบากมักมีปัญหาในระยะที่อาหารอยู่ในปากและคอหอย ดังนั้นจึงแบ่งอาหารสำหรับผู้ที่มีการกลืนลำบากดังนี้ (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554)

1) Thick puree No liquid เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มรับประทานอาหารทางปาก หรือผู้ที่ไม่สามารถเคี้ยวอาหารหยาบ หรือกลืนอาหารเหลวได้ เป็นอาหารหนืดไม่มีน้ำ (Thick puree – No liquid) โดยอาหารจะถูกปั่นจนข้นเป็นเนื้อเดียวกันซึ่งทำให้กลืนได้ง่าย เช่น โจ๊กข้น โยเกิร์ตครีม ผักต้มบด ละเอียดยืด ฟักทองบด มันบด และกล้วยชุบ เป็นต้น

2) Thick and thin puree and thick liquid เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มเคี้ยวได้บ้างเล็กน้อย แต่ยังไม่สามารถกลืนอาหารที่เป็นของเหลวใสได้ ควรเลือกใช้อาหารหนืดและข้น (Thick and thin puree and thick liquid) ซึ่งอาหารชนิดนี้จะมีส่วนผสมของของเหลวมากกว่าชนิดแรก แต่ไม่ถึงกับเป็นน้ำเหลว โดยอาหารจะถูกปั่นเป็นเนื้อเดียวกัน แต่มีลักษณะข้นหนืดคล้ายน้ำผึ้ง เช่น ข้าวต้มปั่นละเอียด ข้าวโอ๊ต น้ำผลไม้ปั่นข้น ไอศกรีม และซूपข้น เป็นต้น

3) Mechanical soft-thick liquid เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืนอาหารบางชนิด เช่นยังกลืนอาหารเหลวลำบาก และผู้ที่เคี้ยวลำบากเนื่องจากไม่มีฟันหรือใส่ฟันปลอม เป็นอาหารอ่อนที่บดหรือสับละเอียด ไม่มีเปลือกหรือกากแข็งหรืออาหารที่หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ และมีน้ำปนอยู่บ้างเล็กน้อย เช่น ข้าวต้มข้น ไข่ตุ๋น ไข่ลวก กว๊วเตี้ยวน้ำหรือบะหมี่ ขนมนึ่ง และผลไม้สุกที่มีเนื้อนุ่ม เป็นต้น

4) Regular diet ในผู้ป่วยที่สามารถกลืนอาหารได้ดี และปลอดภัยแล้วรวมทั้งใช้เวลาในการกินอาหารแต่ละมื้ออย่างเหมาะสม อาจสามารถรับประทานอาหารสามัญหรืออาหารปกติได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารแข็งที่กลืนยากหรือทำให้ผู้ป่วยไอและสำลัก เช่น อาหารทอดกรอบ ถั่วหรือเมล็ดพืช และขนมนึ่งกรอบ เป็นต้น

โดยลำดับขั้นตอนการเลือกลักษณะอาหาร เรียงจากการกลืนง่ายไปยาก (สถาบันประสาทวิทยาและสถาบันวิชาการ, 2550) ดังนี้ 1) อาหารบด หรือปั่นข้น เช่น โจ๊กข้น พักทองบด กล้วยขูด/บดสังขยา ไอศกรีม 2) อาหารบด หรือปั่นข้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั้น 3) อาหารอ่อนข้น เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวสวายนุ่มๆ เนื้อสัตว์บด 4) อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสวย ผักต้มผลไม้ 5) อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำนม น้ำข้าว

สรุปการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน โดยมีแนวคิดที่ส่งเสริมการกลืนของศูนย์สรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เน้นการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (Oro-muscular Exercise) สถาบันประสาทร่วมกับศูนย์สรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เน้นการส่งเสริมการกลืนด้วยการดัดแปลงอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก รวมทั้งส่งเสริมการจัดท่าช่วยกลืน และแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากของนักอรรถบำบัด เน้นการใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษเพื่อลดความเสี่ยงของการสำลัก

1.8.2 การป้องกันการสำลักและภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ให้การดูแลรักษาตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.8.2.1 การใส่สายให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube) หากประเมินแล้วพบว่า ผู้ป่วยได้รับอาหารทางปากไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนในช่วงวิกฤตเฉพาะหน้า

อาจแก้ไขปัญหาด้วยการใส่สายให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube) เพื่อความปลอดภัยในการให้อาหารหรือยาทางปาก หากผู้ป่วยได้รับการใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูกเป็นเวลานาน ต้องพิจารณาการเจาะหน้าท้องเพื่อให้อาหาร

1.8.2.2 การเจาะหน้าท้องเพื่อให้อาหาร (gastrostomy) เป็นการให้สารอาหารทดแทนในกรณีที่ผู้ป่วยใส่สายให้อาหารเป็นเวลานาน หรือในรายที่ไม่สามารถใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูกถึงกระเพาะอาหาร หรือรายที่ต้องให้อาหารทางสายยางเป็นเวลานานๆ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว วัตถุประสงค์เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อย่างไรก็ตามการให้อาหารด้วยวิธีนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการกระตุ้นอวัยวะที่ช่องปาก คอหอย และหลอดอาหาร และทำให้ผู้ป่วยพึ่งพาในระดับสูง ขณะเดียวกันการเปลี่ยนวิธีการให้อาหารทางหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการกระตุ้นให้ใช้ความสามารถของร่างกายและสมองที่เหลืออยู่ฝึกฝนเพื่อชดเชยความพิการ นอกจากนี้การเจาะหน้าท้องยังเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย (Perry, 2001a; วิฑูร ลิลามนิตย์, 2548)

1.8.3 การผ่าตัดรักษา การผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยกลืนลำบากถือเป็นการรักษาร่วมหรือไม่เป็นการรักษาวิธีสุดท้าย เนื่องจากกลไกการกลืนเสียเกือบทั้งหมด การผ่าตัดในผู้ป่วยกลืนลำบาก (วิฑูร ลิลามนิตย์, 2548) ได้แก่

1.8.3.1 การเจาะคอ (tracheostomy) เพื่อดูน้ำหรืออาหารที่ผู้ป่วยสำลักในระยะแรกๆที่ผู้ป่วยฝึกการกลืนได้สะดวก

1.8.3.2 การผ่าตัดทำ vocal fold augmentation เพื่อแก้ไขสถานะสายเสียงเป็นอัมพาต สายเสียงไม่ปิดขณะกลืน ซึ่งวิธีนี้เป็นการผ่าตัดใส่ graft อาจเป็นกระดูก silicone หรือ hydroxyapatites เข้าไปดันสายเสียงให้โป่งนูน เพื่อลดช่องว่างระหว่างสายเสียง (glottis space or gap) ขณะกลืนทำให้สำลัคน้อยลง

1.8.3.3 การผ่าตัดปิดกล่องเสียงใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยสำลักมาก และไม่สามารถป้องกันสำลักด้วยการเจาะคอ และ blow cuff ไว้นานๆ เนื่องจากจะทำให้เกิด tracheal stenosis

1.8.3.4 การผ่าตัดแยกกล่องเสียงออกจากหลอดคอ (laryngotracheal diversion) ในผู้ป่วยที่เส้นประสาทสองการกลืนบาดเจ็บเป็นอัมพาตหลายเส้น ร่วมกับกล้ามเนื้อคอหอย (pharyngeal constriction) เป็นอัมพาต

1.8.3.5 การผ่าตัดทำ pharyngeal tightening เพื่อลดการตกค้างของสิ่งพร้อมกลืนหลังการกลืนให้ลดน้อยลงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อคอหอยเป็นอัมพาต

1.8.3.6 การผ่าตัด cricopharyngeal myotomy ในผู้ป่วยที่มีอัมพาตของเส้นประสาทสมอง ทำให้หลอดหลอดอาหารส่วนบนขนาดเส้นประสาทมาเลี้ยง เกิด denervation

atrophic change เกิดเป็นพังผืด ทำให้หูรูดหลอดอาหารส่วนบนไม่คลายตัวข้างเดียวกัน เกิดอาการกลืนลำบากและสำลัก ต้องผ่าตัดเพื่อแก้ไขด้วยวิธีดังกล่าว

1.9 การวางแผนจำหน่ายเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

การวางแผนจำหน่ายเป็นการประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ต้องการ การร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการเตรียมการวางแผนจำหน่ายพยาบาลเปรียบเสมือนผู้จัดการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับองค์ประกอบต่างๆ โดยใช้หลัก D-METHOD มีองค์ประกอบดังนี้ (สุปรียา พิทักษ์เจริญ, 2552)

D = Diagnosis การวินิจฉัย หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก สาเหตุ อาการ และการฟื้นฟูเพื่อส่งเสริมการกลืน ให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบากเช่น การสำลัก ที่นำไปสู่การเกิดปอดอักเสบ

M = Medicine การได้รับยา หมายถึง การให้คำแนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด ยาลดไขมันในเลือด ซึ่งยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด ต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออกตามร่างกาย ให้รับยา 1 เม็ดทันทีหลังรับประทานอาหาร ส่วนยาลดไขมันในเลือด รับประทาน 1 เม็ดก่อนนอน ควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีไขมันสูง

E = Environment and Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมและปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม หมายถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อปรับท่าทางการนั่ง โดยแนะนำผู้ดูแลจัดเตรียมอุปกรณ์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยปรับท่าทางการนั่ง ก่อนและภายหลังการรับประทานอาหาร และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาเศรษฐกิจ เช่นการใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อใช้ในการรักษาภาวะเจ็บป่วย

T = Treatment การรักษาพยาบาล หมายถึง การบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ด้วยการฝึกทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมการกลืนให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ดูแล เช่น การจัดทำช่วยกลืน การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การฝึกกลืน และการเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม การส่งเสริมการกลืนเริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาตลอดจนติดตามเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

H = Health ภาวะสุขภาพ หมายถึง การส่งเสริม ฟื้นฟูทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืน

ลำบาก ด้วยการประเมินภาวะกลืนลำบาก และการจัดกิจกรรมที่เสริมการกลืน ร่วมกับส่งเสริมให้ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมี กำลังใจและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการฟื้นหายได้เร็วยิ่งขึ้น และสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้

O = Outpatient ระบบการส่งต่อ หมายถึง การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการ ดูแลต่อเนื่อง

D = Diet ภาวะโภชนาการ หมายถึง การเลือกรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล สามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับ โรค หลีกเลี้ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

การวางแผนจำหน่ายต้องจัดกระทำตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และ ติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ ผลของการวางแผนจำหน่ายจะช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูและ การป้องกันการกลับมาอนในโรงพยาบาลซ้ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จินตนา จักปริง และวาสิณี วิเศษฤทธิ์ ที่เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ก่อนและภายหลังการใช้ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนาน กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจำนวน 20 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำการสุ่มแบบเจาะจง โปรแกรม การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยสรุปดังนี้ 1) จำนวนวันนอนใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง น้อยกว่า (6.20 วัน) ก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมของผู้ดูแลภายหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

จากงานวิจัยนี้จึงควรมีการวางแผนจำหน่ายและเตรียมความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ผู้ดูแลจัดเป็นกลุ่มสนับสนุนด้านจิตใจและร่างกาย การสนับสนุนจากผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วย กลุ่มนี้ มีความสามารถในการกลืนเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาหัวข้อ ความหมายของผู้ดูแล คุณลักษณะและประเภทของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ผู้ดูแลหรือจากรากศัพท์ภาษาอังกฤษที่มีหลักฐานปรากฏใช้ในการพยาบาลและสุขภาพ คือ “Family caregiver” หรือ “Informal caregiver” หมายถึง ผู้ดูแลหรือบุคคลทั่วไปที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Davis, 1992) ผู้ดูแลในที่นี้อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตซึ่งทำหน้าที่ให้การดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล (Care receiver) (จอม สุวรรณโณ, 2546) ซึ่งกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักพบความพิการหลงเหลืออยู่ (สถาบัน ประสาทวิทยา, 2552) ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะ ผู้ดูแล

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า ญาติหรือบุคคลซึ่งอาจจะ เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้ความช่วยเหลือดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพ ร่างกาย จิตใจ หรือ อารมณ์ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยอาจเป็น ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) คือรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นผู้ดูแลร่วม (secondary caregiver) คือช่วยเหลือให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ฮาโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างอิงใน จอม สุวรรณโณ, 2546) ให้ความหมายของผู้ดูแล ไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและ การใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง

2.2 ลักษณะและประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะ กลืนลำบาก

2.2.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทาง สายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้ เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2.2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของ การดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนใน การติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวข้องกับการเดินทางในการตรวจรักษา หรืออาจปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรืออาจคอย ช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

สรุป ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

2.3 บทบาทผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความพิการของผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ (สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) โดยเฉพาะความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและการกลืน ผู้ป่วยบางรายอาจมีความอยากอาหารลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อทำงานลดลง และจากการหยิบจับอาหารที่ไม่สะดวกเหมือนเดิม (Westergren et al., 2001) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือ ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

2.3.1 ผู้ดูแลประเมินสภาพร่างกาย อาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และภาวะกลืนลำบาก เช่น อาการผิดปกติต่างๆ คือ มีน้ำลายไหลออกจากปากหลังรับประทานอาหาร, อาหารติดค้างในกระพุ้งแก้ม, กลืนช้าหรือกลืนช้าหลายครั้งถึงจะกลืนได้ รวมทั้งกลืนติดหรือกลืนเจ็บ เสียงแหบ, เสียงขึ้นจมูก, อาการสำลัก, อาการหายใจเร็ว (Hickey, 2009)

2.3.2 ผู้ดูแลช่วยเหลือการทำทำความสะอาดปากฟัน ก่อนและภายหลังการรับประทาน อาหาร เพื่อป้องกันการสะสมของเศษอาหารในช่องปากและนำไปสู่อาการฟันผุ โดยสามารถปฏิบัติตามข้อต่อไปนี้ ไม้พ่นสาลี ใช้ในการเคลื่อนย้ายเศษอาหารออกจากช่องฟัน แปรงสีฟัน ใช้ขนนุ่มหรือแรงสีฟันเด็ก ไม่ใช้แปรงสีฟันผู้ใหญ่เนื่องจากเป็นอันตรายต่อเยื่อปากและทำให้เลือดออก น้ำสะอาดเป็นการทำความสะอาดปากฟันก่อนและภายหลังการรับประทานอาหาร (ยุพิน ชัยชล, 2550)

2.3.3 ผู้ดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูง ขณะรับประทาน อาหารและหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30-60 นาที และท่าทางในการช่วยกลืน เช่น การหัน ศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง และหรือการก้มคาง เพื่อป้องกันการสำลัก การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมขณะรับประทาน อาหาร โดยสร้างบรรยากาศให้สงบและน่าพึงพอใจ กำจัดเสียงรบกวน ไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารคนเดียว (ยุพิน ชัยชล, 2550) การลดเสียงรบกวนขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหาร มีความสำคัญเพราะ ถ้าถูกรบกวนทำให้การรับประทานอาหารและการกลืนไม่ต่อเนื่อง ขาดสมาธิในการรับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดการสำลักได้ง่าย (Hines et al., 2010)

2.3.4 ช่วยเหลือในการบริหารกล้ามเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อในการเคี้ยวเพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อและอวัยวะที่ช่วยในการเคี้ยวกลืน และการฝึกกลืน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล่องเสียงและเพื่อป้องกันการสำลัก

2.3.5 เลือกลักษณะอาหารที่เคี้ยวและกลืนง่ายที่เหมาะสม และสอดคล้องกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาหารชิ้นหนืด และควรเป็นอาหารที่อ่อนนุ่ม จัดเป็นคำๆ และมีอุณหภูมิ

พอเหมาะ ควรป้อนอาหารวางในตำแหน่งที่ไม่อ่อนแรง รวมทั้งจัดอาหารและอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยให้อยู่ในลานสายตาที่สามารถมองเห็นได้ และให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารด้วยตนเองก่อน หากผู้ป่วยไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลจึงช่วยป้อนอาหารให้แก่ผู้ป่วยจนเพียงพอ

ดังนั้น บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเริ่มตั้งแต่ การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลร่วมกับการฝึกทักษะ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ และมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการศึกษาของจินนะรัตน์ ศิริภททธิญาญ (2540) พบว่า การสอนและฝึกทักษะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนความสามารถในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

การฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองหรือมีชีวิตภายใต้ข้อจำกัดอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย ความสามารถของผู้ดูแลขึ้นกับหลายปัจจัยซึ่งเป็นทั้งปัจจัยเสริมและเป็นอุปสรรคปัจจัยดังกล่าว ได้แก่

2.4.1 คุณลักษณะของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทหรือมีรอยโรคหลงเหลือมาก จะทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความยุ่งยากและซับซ้อน และถ้าผู้ป่วยที่มีการสูญเสียความคิดและความจำร่วมด้วยยิ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยาก ในการช่วยเหลือและจัดการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายร่างกาย และการให้อาหารผู้ป่วย (วิรวรรณ คล้ายศิริ, 2544)

2.4.2 ความรู้และความสามารถของผู้ดูแล ในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาและความต้องการการดูแลหลายๆ เรื่อง วิธีการดูแลผู้ป่วยจะเฉพาะเจาะจงและซับซ้อนกว่าการดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องมีทักษะการดูแลที่เฉพาะเจาะจง เช่น ทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีความรู้และความสามารถจะเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยอันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลได้จากพยาบาลและบุคลากรที่มสุขภาพ เรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จากการสังเกตและซักถามในกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านผู้ดูแลยังสามารถเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมอันได้แก่ ประสบการณ์ที่เรียนรู้จากอดีต วัฒนธรรมและประเพณี การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลจึงถูกพัฒนามาจากทั้งส่วนที่ได้มาจากระบบวัฒนธรรมและระบบการแพทย์ (culture and medical system) (วิรวรรณ คล้ายศิริ, 2544)

2.4.3 อายุและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง กิจกรรมการดูแลยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีปัญหาต่อภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ พบว่า ภาระงานที่ภรรยาต้องรับผิดชอบดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านด้วยความเอาใจใส่และใกล้ชิด มีส่วนทำให้ภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลและเลยการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ดูแลที่ประสบกับปัญหาสุขภาพแต่ไม่สนใจที่จะไปรักษา โดยให้เหตุผลว่าไม่อยากจะทิ้งสามีไป และประเมินตนเองแล้วว่าพอทนได้ จะเห็นได้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกัน การดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยด้วย (วิราวรรณ คล้ายหิรัญ, 2544)

2.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ และความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง ที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง (2551) พบว่า ผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันโดยเป็นบุตร และคู่สมรสย่อมมีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกันที่ต้องคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.4.5 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับการดูแลผู้ป่วยได้ แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยได้ ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีครอบครัวคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจจะทำให้มีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

2.4.6 เศรษฐฐานะทางสังคม ผู้ดูแลที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายจะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการดูแล เช่น ไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์ สำหรับผู้ป่วยไม่สามารถพาผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลานาน ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยร่วมด้วย และพบว่าเศรษฐฐานะทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทางอ้อมต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณความเป็นความเครียด สิ่งที่มาบ่มเพาะผลกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแลของผู้ดูแลได้เช่นกัน

3. แนวคิดการสอนแนะ

การสอนแนะ (coaching) ส่วนใหญ่มักรู้จักกันในนามผู้ฝึกสอนนักกีฬา ซึ่งจะทำหน้าที่พัฒนา ร่างกาย กระบวนการคิด จิตใจ และความรู้สึกของนักกีฬา โค้ชต้องสร้างและท้าทายให้นักกีฬามีการพัฒนาความสามารถสูงสุด โดยการสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ รวมทั้งต้องดึงความสามารถและความมีคุณค่าของนักกีฬาออกมา เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ (ชาญชัย โพธิ์คลัง, 2532) และได้

นำมาใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น Tack and Gilliss (1990) ใช้วิธีการสอนแนะทางโทรศัพท์เพื่อติดตามปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะพักฟื้นที่บ้าน ส่วนรุ่งระวี นาวิเจริญ (2551) ใช้วิธีระบบการพยาบาลสอนแนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และ นพรัตน์ จิรารุ่งเรือง (2551) ใช้การสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการสอนแนะ (coaching) จึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ

3.1 ความหมายการสอนแนะ

การสอนแนะ (Coaching) เป็นศิลปะในเสริมสร้างหรือเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคล ซึ่งผู้สอนจัดกระทำด้วยวิธีการสอนแนะ โดยการส่งเสริมทีมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากงานที่ทำทนายสร้างข้อกำหนดเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการช่วยเหลือจากผู้สอนเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย (Eaton & Johnson, 2001) ซึ่งการสอนแนะนั้นสามารถปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการสอนแนะ โดยให้ความหมายของการสอนแนะจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการที่นำการสอนแนะไปใช้ดังต่อไปนี้

ชาญชัย โพธิ์คลัง (2532) ได้ให้ความหมายของการสอนแนะในการฝึกสอนกีฬาว่า สื่อกลางที่ให้ความรู้ กระบวนการ วิธีการปฏิบัติ กรรมวิธีและแนวคิดต่างๆถูกเปลี่ยนแปลงไปอยู่ในรูปของการลงมือกระทำหรือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาให้กับองค์กร โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์ในผลการปฏิบัติการจริงและมีประสิทธิภาพสูงสุด

Girvin (1999) กล่าวว่า การสอนแนะ หมายถึง การพัฒนาความรู้และฝึกฝนทักษะของบุคคล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน โดยผู้สอนแนะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการยิ่งขึ้น

Grealish (2000) กล่าวว่า การสอนแนะ หมายถึง กลยุทธ์หนึ่งในการให้ความรู้ โดยที่ผู้สอนแนะจะเป็นบุคคลที่ช่วยให้นักเรียนมีการพัฒนา หรือเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติในคลินิก เป็นผู้สอนแนะ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม เป็นผู้สนับสนุนให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยสำคัญการเรียนรู้

Eaton and Johnson (2001) กล่าวว่า การสอนแนะ เป็นการพัฒนาส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคคล และปรับปรุงความสามารถในการทำงานของบุคคลให้สูงขึ้น โดยใช้เทคนิคการจูงใจให้ผู้อื่นเกิดความต้องการพัฒนาตนเอง การเสริมสร้างความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบตนเอง

สรุป การสอนแนะ (Coaching) หมายถึง กิจกรรมการสอนเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด

โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สอนแนะในการฝึกทักษะ รวมทั้งให้การสนับสนุน การสอนแนะ ให้ความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

3.2 ขั้นตอนการสอนแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการสอนแนะ แต่ละแนวคิดมีขั้นดังต่อไปนี้

3.2.1 แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) กล่าวว่า กระบวนการสอนแนะประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.2.1.1 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา เป็นการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจในตัวผู้สอนแนะ

3.2.1.2 การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยและผู้สอนแนะร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน หรือประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

3.2.1.3 การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยระหว่างผู้ปฏิบัติผู้สอนแนะมีการติดตามและสังเกตการณ์ปฏิบัติการของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกและลบ

3.2.1.4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรืออุปสรรคต่างๆ เพื่อนำไปวางแผนในการเรียนรู้ต่อไป

3.2.2 แนวคิดการสอนแนะของ Eaton & Johnson (2001) กล่าวว่า แนวคิดการสอนแนะ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

3.2.2.1 การกำหนดเป้าหมาย เป็นกลยุทธ์เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเป็นการกำกับความตั้งใจ พยาบาลผู้สอนแนะและผู้ได้รับการสอนแนะตกลงร่วมกันที่จะกำหนดเป้าหมาย โดยใช้หลัก SMART goal กล่าวคือ ต้องระบุให้เฉพาะเจาะจง (Specific) วัดได้ (Measurement) บรรลุได้ (Achievement) สอดคล้องกับปัญหา (Relevance) และมีการกำหนดระยะเวลา (Timeline)

3.2.2.2 การวิเคราะห์ คือ การค้นหา หรือการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัจจัยส่งเสริม หรืออุปสรรคที่ต้องการการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก โดยใช้ทักษะ EARS Model โดยการเอาใจใส่ (empathize) คือ เข้าใจทัศนวิสัยของผู้พูด, การยอมรับ (Acknowledge) คือ ใช้การยอมรับในบทสนทนา เช่น อืมม, การตอบสนอง (Reflect) คือ การทบทวนคำสำคัญ และ การหยุดไตร่ตรองความคิด, สรุป (Summarize) สรุปสิ่งที่ผู้พูดเป็นลำดับ

3.2.2.3 สํารวจทางเลือก คือ การสํารวจทางเลือกที่เป็นไปได้ และแนวทางที่เป็นประโยชน์ที่จะปฏิบัติเพื่อไปถึงจุดมุ่งหมาย และ เมื่อรับรู้ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคาม จะนำมาประกอบในการหาหนทางเลือกที่เป็นไปได้ ซึ่งผู้สอนจะต้องมีปฏิญาณไหวพริบในการแก้ปัญหา ผ่อนคลายเมื่อได้พูดคุยกับทีม มั่นใจและตั้งเป้าหมายในการนัดหมายครั้งต่อไป

3.2.2.4 การวางแผน หมายถึงการวางแผนกิจกรรมซึ่งเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้ถูกสอน

3.2.2.5 การเรียนรู้และฝึกทักษะ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ร่วมกันกำหนดไว้ในการวางแผน

3.2.2.6 การประเมินผลและประเมินย้อนกลับ คือ กระบวนการของการตรวจสอบ หรือการเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ ที่ได้ปฏิบัติในช่วงระยะเวลาของการเรียนรู้ด้วยตนเองที่ผ่านมาเพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคเมื่อได้เรียนรู้และฝึกทักษะ และเป็นการแก้ปัญหาเพื่อนำมาสู่แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมครั้งต่อไป

3.2.3 แนวคิดการสอนแนะของ Grealish (2000) กล่าวถึงการสอนแนะเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเรียนรู้ทางคลินิก(clinical learning) ซึ่งมีกลยุทธ์ในการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ได้แก่

3.2.3.1 จุดเน้นในการสอนแนะอยู่ที่กระบวนการปฏิบัติงาน ไม่เน้นที่ผลลัพธ์

3.2.3.2 ตั้งจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้จริงบนความรู้พื้นฐานของผู้เรียน ผู้สอนกำหนดจุดมุ่งหมายให้เหมาะสมกับผู้เรียน

3.2.3.3 วางแผน ผู้สอนแนะวางแผนในการปฏิบัติให้ตรงกับจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ของผู้เรียน

3.2.3.4 ปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้สอนและผู้เรียนปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

3.2.3.5 เรียนรู้ร่วมกัน โดยสอนแนะคอยช่วยเหลือและให้การดูแล รวมทั้งร่วมกันเรียนรู้ในการปฏิบัติ

3.2.3.6 การให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีผู้เรียนปฏิบัติตามจุดมุ่งหมายไม่สำเร็จ

กระบวนการสอนแนะที่กล่าวมาข้างต้น มีขั้นตอนที่เหมือนและแตกต่างกัน ในแต่ละแนวคิด จากการสอนแนะของ Girvin (1999) พบว่า การสอนแนะขาดการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ และจากแนวคิดการสอนแนะของ Grealish (2000) มีการตั้งเป้าหมายเหมือนกับแนวคิดการสอนแนะของ Eaton & Johnson (2001) แต่จุดเน้นของ Grealish เน้นในการสอนแนะอยู่ที่กระบวนการปฏิบัติงาน ไม่เน้นที่ผลลัพธ์ ขาดการวิเคราะห์ แต่แนวคิดการสอนแนะของ Eaton & Johnson ทุกขั้นตอนการสอนแนะเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ถูกสอนแนะกับผู้สอน มีการกำหนด

เป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง, วัดได้, บรรลุได้, สอดคล้องกับปัญหา และมีการกำหนดระยะเวลา รวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัจจัยส่งเสริม หรืออุปสรรคที่ต้องการการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก และสำรวจทางเลือก ซึ่งเป็นทางเลือกที่เป็นไปได้ แสวงหาแนวทางที่เป็นประโยชน์ที่จะปฏิบัติเพื่อไปให้ถึงจุดหมาย จากนั้นนำมาวางแผน เรียนรู้และฝึกทักษะ ซึ่งเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้สอนแนะและผู้ถูกสอนแนะ และประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับ ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสอนแนะของ Eaton and Johnson (2001) เนื่องจากเป็นกลยุทธ์ในการกำหนดขั้นตอนในการสอนที่มีเป้าหมาย โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้สอนแนะ และผู้ถูกสอนแนะ เพื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเป็นขั้นตอน นำไปสู่เป้าหมายหรือพฤติกรรมที่ต้องการ เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล สามารถกำหนดเป้าหมายของตนเองร่วมกับพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน และปฏิบัติกิจกรรม ในการเพิ่มความสามารถในการกลืน

3.3 องค์ประกอบของการสอนแนะ

แนวคิดการสอนแนะ (Coaching) ของ Eaton and Johnson (2001) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการกำหนดขั้นตอนในการสอน เพื่อช่วยให้บุคคล เพิ่มพูนความรู้ทักษะและมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน นำไปสู่เป้าหมายหรือพฤติกรรมที่ต้องการ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะคติ หรือความเชื่อมั่น ทักษะหรือพฤติกรรม (Eaton & Johnson, 2001)

3.3.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ผ่านกระบวนการคิด แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ หรือข้อมูลกับสภาพจิตวิทยา ซึ่งข้อมูลที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับ คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนลำบาก อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งแนวทางการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก เช่น การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน การจัดทำทางที่เหมาะสม การฝึกกลืน การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น

3.3.2 ทักษะคติ (Attitude) หรือ ความเชื่อมั่น (self-efficacy) เป็นเรื่องของจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงที่มีต่อข้อมูลข่าวสาร และการเปิดรับข้อมูลต่างๆ เป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทักษะคติ หรือ ความเชื่อมั่นมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม หรือการแสดงพฤติกรรม ของบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เกิดความสามารถในการกลืน ซึ่งต้องยอมรับความคิดเห็นและ ความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งทางบวกและทางลบ จากการศึกษาของพบว่า จากการศึกษาของ Shyamani Hettiarachchi และ Gopi Kitnasamy (2013) พบว่า การฝึกปฏิบัติและให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดทำที่เหมาะสม การดัดแปลงอาหาร และวิธีการป้องกันการสำลัก ทำให้ผู้ป่วยพิการทางสมองและผู้ดูแล ลดความวิตกกังวล มีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Merrill et al

(2010) พบว่า การให้การสอนแนะทางโทรศัพท์ช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.3 ทักษะหรือพฤติกรรม (Skill or Behavior) เป็นการยอมรับการปฏิบัติ หรือการมีส่วนร่วมของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการกลืนได้ โดยเริ่มจากผู้ป่วยได้รับความรู้หรือข้อมูล ได้รับกำลังใจจากพยาบาลและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดทัศนคติทางบวก และความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นกุญแจสำคัญสู่ความสามารถในการกลืน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสอนแนะ (coaching) จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้อย่างลึกซึ้ง และทักษะในการปฏิบัติ และสนับสนุนให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม (Werner, 2005) จากการศึกษาของ Vale et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ สามารถลดความวิตกกังวล ช่วยให้ภาวะสุขภาพและอารมณ์ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wolever et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังได้รับการสอนแนะ มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Merrill et al. (2010) พบว่า การให้การสอนแนะทางโทรศัพท์ช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดีขึ้น

3.4 คุณลักษณะของผู้สอนแนะ (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2552)

- 3.4.1 เอื้ออำนวยเวลาที่ประเมิณผลย้อนกลับ
- 3.4.2 มีแนวคิดที่ชัดเจนไม่คลุมเครือ
- 3.4.3 มีกระบวนการเฝ้าระวังและประเมินอย่างต่อเนื่อง
- 3.4.4 ส่งเสริมให้มีการทดลองและเอื้ออำนวยให้มีการเรียนรู้อย่างรวดเร็ว
- 3.4.5 สามารถสร้างความเชื่อมั่นและการพัฒนาผู้เรียน
- 3.4.6 สามารถประยุกต์ความรู้และประสบการณ์เข้าด้วยกันได้
- 3.4.7 สามารถให้ข้อมูลสะท้อนกลับและสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นในทีม
- 3.4.8 มีการสอนและสอนแนะ พร้อมกับประเมินได้อย่างเหมาะสม
- 3.4.9 สนับสนุนให้ผู้ได้รับการสอนแนะให้มีการปรับเปลี่ยน
- 3.4.10 สามารถจัดทำมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย
- 3.4.11 เป็นผู้คอยช่วยเหลือให้ผู้ได้รับการสอนแนะแจ่มแจ้งหัวข้อสำหรับการสอนแนะ มีความยืดหยุ่น กล้าแสดงออก และ เชื่อมั่นในตนเอง รู้ข้อจำกัดของตนเอง สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้ มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจ ใช้ทักษะการให้คำปรึกษา เช่น แสดงความเห็นอกเห็นใจ การฟังอย่างตั้งใจ สามารถตั้งคำถามแบบเจาะลึกและท้าทาย

สรุป หากมีการนำแนวคิดการสอนแนะไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล ผู้สอนแนะจำเป็นต้องมีคุณลักษณะดังกล่าว เพื่อสามารถส่งเสริมการกลืนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะเพื่อส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำกระบวนการสอนแนะ ของ Eaton and Johnson เป็นขั้นตอนในการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มพูนความรู้ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน และใช้แนวคิดตามแนวคิดตามแนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554) และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยาและสถาบันวิชาการ, 2550) ร่วมกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เน้นการส่งเสริมการกลืนด้วยการดัดแปลงอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และการส่งเสริมการจัดท่าช่วยกลืน รวมทั้งแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากของนักกิจกรรมบำบัด เน้นการใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ (CASLPO, 2007) ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะภายในโรงพยาบาล ใช้เวลา 5 วันคือ (วันที่ 1- วันที่ 5) จัดกิจกรรมทั้งเช้าและบ่าย และโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2) ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

4.1 ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ใช้เวลา 45-60 นาที

4.1.1 การกำหนดเป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย

4.1.1.1 การกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่าง สามารถนั่งในท่าศีรษะสูง 90 องศา ได้ 30 นาที ต่อครั้งจำนวน 3 ครั้งต่อวันได้ภายใน 1 วัน

2) กลุ่มตัวอย่าง สามารถบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้ถูกต้องตามขั้นตอน ได้ 10 นาทีต่อครั้งจำนวน 3 ครั้งต่อวันเป็นภายในระยะเวลา 2-3 วัน

3) กลุ่มตัวอย่าง สามารถฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing ได้ 10 นาที ต่อครั้งจำนวน 3 ครั้งต่อวัน ภายในระยะเวลา 2-3 วัน

4) กลุ่มตัวอย่าง สามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตนเองได้ ภายใน
ระยะเวลา 3-4 วัน

4.1.1.2 การกำหนดเป้าหมายของผู้ดูแล ดังนี้

- 1) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการจัดทำช่วยกลืนได้ ภายใน 1 วัน
- 2) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนกับผู้ป่วยได้ในระยะเวลา 2-3 วัน
- 3) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการฝึกกลืนในผู้ป่วยได้ ภายในระยะเวลา 2-3 วัน
- 4) ผู้ดูแลสามารถช่วยเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ ภายใน ระยะ 3-4 วัน

จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง และให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของภาวะกลืนลำบาก ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันทั้งผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

4.1.2 การวิเคราะห์ แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

4.1.2.1 การวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากซักประวัติ การประเมิน การตรวจร่างกาย รวมถึงความรุนแรงที่แตกต่างกันตามรอยโรคในสมอง แนวทางการดูแลรักษา และจุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

4.1.2.2 การวิเคราะห์ผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวิเคราะห์จุดแข็ง เช่น แหล่งสนับสนุนโดยมีญาติมาช่วยดูแลและช่วยฝึกการปฏิบัติกิจกรรม และจุดอ่อน เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการกลืน

การสำรวจทางเลือก แบ่งเป็นการสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

4.1.3 การสำรวจทางเลือก แบ่งเป็นการสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

4.1.3.1 การสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างสำรวจจุดแข็งที่ช่วยส่งเสริมการกลืน เช่นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งจุดอ่อนที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการกลืน เช่นความท้อแท้ หมดหวัง การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล

4.1.3.2 การสำรวจทางเลือกของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสำรวจทางเลือกที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องญาติที่ให้กำลังใจ แรงช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และจุดอ่อน คือ ความท้อแท้ ในการช่วยกำกับการปฏิบัติกิจกรรม

4.1.4 การวางแผน แบ่งเป็นการวางแผนด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลมีรายละเอียดดังนี้

4.1.4.1 การวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง วางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับกิจกรรมตามแผนการสอน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบาก การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกลืนเนื้อช่วยกลืน ฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล และสาธิตวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของกิจกรรม

4.1.4.2 การวางแผนของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับกิจกรรมตามแผนการสอน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบาก การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกลืนเนื้อช่วยกลืน ฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับการกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำได้

4.1.5 เรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดยเริ่มจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ แบ่งออกเป็นด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล รายละเอียดดังนี้

4.1.5.1 การเรียนรู้และฝึกทักษะด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล สอนแนะและกำกับการฝึกกลืนให้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างฝึกจัดทำกรกลืน โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งศีรษะสูง 90 องศา เป็นเวลา 30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน

2) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการฝึกบริหารกลืนเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน จัดให้กลุ่มตัวอย่าง อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่อง ออกเสียง “อู” สลับกับเสียง “อี” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที

3) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing โดยการสูด หายใจลึกๆ แล้วกลืนไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืน เสร็จให้ไอ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที

4) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง สอนแนะและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น ลักษณะอาหารที่มีความเข้มข้นตามลำดับ

ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละขั้นได้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะฝึกจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้และนำไปสู่ขั้นต่อไป

4.1.5.2 การเรียนรู้และฝึกทักษะด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยกำกับการสอนแนะผู้ดูแลในการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการกลืน หลังจากนั้นผู้วิจัยสังเกตและประเมินผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรม รายละเอียดดังนี้

1) ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับการจัดทำช่วยกลืนให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เหมาะสมกับ พยาสรีรของกลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำศีรษะสูง 90 องศา ในกรณีอัมพาตครึ่งซีกให้กลุ่มตัวอย่างหันศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง จัดทำครั้งละ 10 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน

2) ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่อง ออกเสียง “อุ” สลับกับเสียง “อึ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที

3) ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับการฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing โดยสอนแนะให้ผู้ดูแล สูดลมหายใจลึกๆ แล้วกลืนไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลายหลังจากกลืน เสร็จให้ไอ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ 10 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน จัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที

4) ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งวิธีในการป้อนอาหาร โดยป้อนอาหารในแต่ละครั้งของการรับประทาน ประมาณ 1/2 -1 ช้อนชา (ในกรณีที่เริ่มรับประทานได้) และผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือลักษณะอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ตามลำดับ

4.1.6 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยประเมินผล แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

4.1.6.1 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสอนกำกับจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

4.1.6.2 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการสอนแนะผู้วิจัย ประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

4.2 ครั้งที่ 2 วันที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงเช้าใช้เวลา 30-45 นาที ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมให้กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดยเน้นการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุความสำเร็จในวันที่ 1 นำมากำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์ สืบรวจทางเลือกวางแผน และลงมือปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้

4.2.1 การกำหนดเป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแล เป้าหมายเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนร่วมกัน ประกอบด้วย

4.2.1.1 การกำหนดเป้าหมายของผู้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง สามารถบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้ ถูกต้องตามขั้นตอนได้ 10 นาทีต่อครั้งจำนวน 3 ครั้งต่อวัน ภายในระยะ 2-3 วัน

4.2.1.2 การกำหนดเป้าหมายของผู้ดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนกับผู้ป่วยได้ ภายใน 2-3 วัน

4.2.2 การวิเคราะห์ แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

4.2.2.1 การวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน จุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

4.2.2.2 การวิเคราะห์ผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวิเคราะห์จุดแข็ง เช่น แหล่งสนับสนุนโดยมีญาติมาช่วยดูแลและช่วยฝึกการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและจุดอ่อน เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน

4.2.3 การสำรวจทางเลือก แบ่งเป็นการสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

4.2.3.1 การสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างสำรวจจุดแข็งฝึกการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมรวมทั้งจุดอ่อนที่ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่นความท้อแท้ หหมดหวัง การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล

4.2.3.2 การสำรวจทางเลือกของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสำรวจทางเลือกที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องญาติที่ให้กำลังใจ แรงช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และจุดอ่อน คือ ความท้อแท้ ในการช่วยกำกับการกิจกรรม

4.2.4 การวางแผน แบ่งเป็นการวางแผนด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.4.1 การวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง วางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน ประกอบด้วย ให้กลุ่มตัวอย่างอ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่อง ออกเสียง “อุ” สลับกับเสียง “อึ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้าง สลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ฝึก 3 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 10 นาที ก่อนมีอาหาร 45 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล และหาวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของกิจกรรม

4.2.4.2 การวางแผนของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับกิจกรรม การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน โดยสอนแนะควบคุมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำทำได้

4.2.5 เรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้วางแผนไว้ รายละเอียดดังนี้

4.2.5.1 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน จัดให้กลุ่มตัวอย่าง อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่อง ออกเสียง “อุ” สลับกับเสียง “อึ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมีอาหาร 45 นาที ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละขั้นได้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะฝึกอยู่ในท่านั้นจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้และนำไปสู่ขั้นต่อไป

4.2.5.2 ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับกิจกรรม การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน โดยสอนแนะควบคุมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำทำได้

4.2.6 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยประเมินผล แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

4.2.6.1 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืน หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสอนกำกับจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้ หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสอนกำกับจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

4.2.6.2 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการสอนแนะ ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ผู้วิจัยชี้แจงหลังการประเมินผลว่า การกำหนดเป้าหมายหากยังไม่บรรลุความสำเร็จต้องนำมากำหนดเป้าหมายใหม่และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการสอนแนะ จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายถึงจะเริ่มกำหนดเป้าหมายและขั้นตอนใหม่ได้

4.3 ครั้งที่ 3 วันที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงป่วยใช้เวลา 30 นาที

4.3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติกิจกรรม จากนั้นให้ผู้ดูแลกำกับการสอนแนะและฝึกทักษะให้กับกลุ่มตัวอย่าง ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ดูแลในการกำกับการสอนแนะ

4.3.2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลประเมินผลย้อนกลับการปฏิบัติ กิจกรรมในแต่ละวันโดยให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ

4.4 ครั้งที่ 4 วันที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงเข้าใช้เวลา 30-45 นาที ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุความสำเร็จในวันที่ 2 โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ระบายความรู้สึกและพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือ และ สอบถามถึงจุดแข็งและจุดด้อยของการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน และวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.4.1 การกำหนดเป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย

4.4.1.1 การกำหนดเป้าหมายของผู้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง สามารถฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing ได้ถูกต้องตามขั้นตอน ได้ 10 นาทีต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน ภายในระยะเวลา 2-3 วัน

4.4.1.2 การกำหนดเป้าหมายของผู้ดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการฝึกกลืนกับผู้ป่วยได้ภายใน 2-3 วัน

4.4.2 การวิเคราะห์ แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

4.4.2.1 การวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing จุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสีย

พยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

4.4.2.2 การวิเคราะห์ผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวิเคราะห์จุดแข็ง เช่น แหล่งสนับสนุนโดยมีญาติมาช่วยดูแล และช่วยฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing และจุดอ่อน เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจการฝึกกลืน

4.4.3 การสำรวจทางเลือก แบ่งเป็นการสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

4.4.3.1 การสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง สำรวจจุดแข็งของการฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing เช่นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งจุดอ่อนที่ฝึกกลืน เช่นความท้อแท้ หมดหวัง การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล

4.4.3.2 การสำรวจทางเลือกของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสำรวจทางเลือกที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องญาติที่ให้กำลังใจ แรงช่วยเหลือผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย และจุดอ่อน คือ ความท้อแท้ ในการช่วยกำกับการปฏิบัติกิจกรรม

4.4.4 การวางแผน แบ่งเป็นการวางแผนด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.4.4.1 การวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง วางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing ประกอบด้วย ให้กลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างสุดลมหายใจลึกๆ แล้วกลืนไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืน เสร็จให้ออ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ ทำ 10 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน จัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล และสาธิตวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของกิจกรรม

4.4.4.2 การวางแผนของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับกิจกรรม การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน โดยสอนแนะควบคู่กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำได้

4.4.5 เรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้วางแผนไว้ รายละเอียดดังนี้

4.4.5.1 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing ประกอบด้วย ให้กลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างสุดลมหายใจลึกๆ แล้วกลืนไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืน เสร็จให้ออ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ ทำ 10 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน จัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละขั้นได้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะฝึกอยู่ในท่านั้นจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้ และนำไปสู่ขั้นต่อไป

4.4.5.2 ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน โดยสอนแนะควบคู่กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำได้

4.4.6 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยประเมินผล แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

4.4.6.1 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืน หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสอนกำกับจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

4.4.6.2 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการสอนแนะ ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ผู้วิจัยชี้แจงหลังการประเมินผลว่า การกำหนดเป้าหมายหากยังไม่บรรลุความสำเร็จต้องนำมากำหนดเป้าหมายใหม่และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการสอนแนะ จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายถึงจะเริ่มกำหนดเป้าหมายและขั้นตอนใหม่ได้

4.5 ครั้งที่ 5 วันที่ 3 ผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงบ่ายใช้เวลา 30-45 นาที

4.5.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล ทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมและ ให้ผู้ดูแลกำกับการสอนแนะและฝึกทักษะให้กับกลุ่มตัวอย่าง ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ดูแลในการกำกับการสอนแนะ

4.5.2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลประเมินผลย้อนกลับการปฏิบัติ กิจกรรมในแต่ละวันโดยให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ

4.6 ครั้งที่ 6 วันที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงเช้าใช้เวลา 30-45 นาที ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล และเน้นการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุความสำเร็จในวันที่ 3 นำมากำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์ สรรวจทางเลือกวางแผน และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.6.1 การกำหนดเป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย

4.6.1.1 การกำหนดเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเองได้
ภายใน 3-4 วัน

4.6.1.2 การกำหนดเป้าหมายของผู้ดูแล ดังนี้
ผู้ดูแลสามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ ภายใน 3-4
วัน

4.6.2 การวิเคราะห์ แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

4.6.2.1 การวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับภาวะกลืนลำบาก จุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของ
กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การ
สูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการ
ปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

4.6.2.2 การวิเคราะห์ผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวิเคราะห์จุดแข็ง เช่น แหล่ง
สนับสนุนโดยมีญาติมาช่วยดูแล และลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับภาวะกลืนลำบาก และจุดอ่อน เช่น
ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจในการเลือกลักษณะอาหาร

4.6.3 การสำรวจทางเลือก แบ่งเป็นการสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล
ดังต่อไปนี้

4.6.3.1 การสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง
สำรวจจุดแข็งของลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับภาวะกลืนลำบาก เช่นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม
รวมทั้งจุดอ่อนที่ฝึกกลืน เช่นความท้อแท้ หมดหวัง การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล

4.6.3.2 การสำรวจทางเลือกของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสำรวจทางเลือกที่
ช่วยส่งเสริมการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องญาติที่ให้กำลังใจ แรงช่วยเหลือผู้ดูแล
ในการดูแลผู้ป่วย และจุดอ่อน คือ ความท้อแท้ ในการช่วยกำกับการกิจกรรม

4.6.4 การวางแผน แบ่งเป็นการวางแผนด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.6.4.1 การวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง วางแผนและ
กำหนดการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม โดยการสอนแนะและให้กลุ่ม
ตัวอย่างเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น ลักษณะอาหารที่มีความเข้มข้นตามลำดับ 1)
อาหารบด หรือปั่นชั้น เช่น โจ๊กข้น ฟักทองบด กล้วยซูด/บดสังขยา ไอศกรีม 2) อาหารบด หรือปั่น
ชั้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั้น 3) อาหารอ่อนชั้น เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวสายนุ่มๆ เนื้อสัตว์บด 4)
อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้ 5) อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำ นม น้ำข้าวในกรณีทีกลุ่ม

ตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล และสาธิต วิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของกิจกรรม

4.6.4.2 การวางแผนของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับการเลือกลักษณะอาหาร โดยผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งวิธีในการป้อนอาหาร โดยป้อนอาหารในแต่ละครั้งของการรับประทาน ประมาณ ½ -1 ช้อนชา ในกรณีที่เริ่มรับประทานได้ และผู้ดูแลสามารถช่วยเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ตามลำดับ

4.6.5 การเรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้วางแผนไว้ รายละเอียดดังนี้

4.6.5.1 ด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล สอนแนะและกำกับการให้กับกลุ่มตัวอย่างเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเองตามลำดับ 1) อาหารบด หรือปั่นชั้น เช่น โจ๊กชั้น ฟักทองบด กล้วยชุด/บดสังขยา ไอศกรีม 2) อาหารบด หรือปั่นชั้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั้น 3) อาหารอ่อนชั้น เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวสวดยนิ่มๆ เนื้อสัตว์บด 4) อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสวย ผักต้มผลไม้ 5) อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำ นม น้ำข้าว หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละขั้นได้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะฝึกจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

4.6.5.2 ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งวิธีในการป้อนอาหาร โดยป้อนอาหารในแต่ละครั้งของการรับประทาน ประมาณ ½ -1 ช้อนชา (ในกรณีที่เริ่มรับประทานได้) และผู้ดูแลสามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้

4.6.6 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยประเมินผล แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

4.6.6.1 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืน หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสอนกำกับจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

4.6.6.2 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการสอนแนะ ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

4.7 ครั้งที่ 7 วันที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงป่วยใช้เวลา 30-40 นาที

4.7.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลร่วมกันทบทวนการปฏิบัติกิจกรรม และให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4.7.2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลประเมินผลย้อนกลับการปฏิบัติ กิจกรรมในแต่ละวันโดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ

4.8 ครั้งที่ 8 วันที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงเช้าใช้เวลา 30-45 นาที

4.8.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทายและสอบถามอาการทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด เหมือนวันที่ 1 ครั้งที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

4.8.2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ประเมินผลย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ

4.9 ครั้งที่ 9 วันที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงบ่ายใช้เวลา 30 นาที

ภายหลังจากผู้วิจัยกล่าวทักทายและ ผู้วิจัยชี้แจงและสรุปกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการกลืนตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และใช้กระบวนการสอนแนะทั้งหมด 6 ขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลซักถาม

4.10 ครั้งที่ 10 สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายที่บ้าน ในวันที่ 1 และวันที่ 7 ของสัปดาห์ที่ 2 กำหนดเวลาที่ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยโทรศัพท์ทักทายและสร้างสัมพันธภาพ ใช้กระบวนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดเป้าหมาย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ถึงการกำหนดเป้าหมายทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การจัดทำช่วยกลืน การบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืน การฝึกกลืน การเลือกลักษณะอาหาร และสัมภาษณ์ถึงการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์

2) การวิเคราะห์ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ช่วยกันวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาที่ยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมาย วิเคราะห์จุดแข็ง ได้แก่ แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

3) สสำรวจทางเลือก ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ที่จะปฏิบัติเพื่อไปให้ถึงจุดมุ่งหมาย ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากการวิเคราะห์แล้ว เมื่อรับรู้จุด

แข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคาม และนำมาประกอบในการหาหนทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ขั้นนี้ผู้วิจัยจะช่วยกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สัมภาษณ์ทางเลือกที่เป็นไปได้ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง

4) การวางแผน ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล วางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ประกอบด้วย การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน ผีกกลืนโดยวิธี *supraglottis swallowing* การเลือกลักษณะอาหาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลวางแผนในการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้

5) การเรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลอธิบายถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืนในแต่ละขั้นตอน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืนในแต่ละขั้นตอนให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ทบทวนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติส่งเสริมการกลืนในแต่ละขั้นตอนอีกครั้ง

6) การประเมินผลปฏิบัติและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลประเมินผลย้อนกลับ โดยการให้อธิบายกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืนในแต่ละขั้นตอน หากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้พยาบาลสอนและทบทวนซ้ำในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง จากนั้นแจ้งถึงการสิ้นสุดการวิจัย

การได้รับโปรแกรมการฟื้นฟู จะสามารถเพิ่มกระบวนการเรียนรู้และช่วยให้ผลการรักษาโดยรวมดีขึ้น (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) จากการศึกษาของบุญญาธิสา เมืองทอง (2553) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการกลืน ในระยะเวลา 5 วัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการกลืนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (บุญญาธิสา เมืองทอง, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา ศิลาเรียม (2557) พบว่ากลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหาร ในวันที่ 7, 14 และ 30 จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูการกลืน จะช่วยให้การฟื้นฟูของการกลืน (*swallowing recovery*) ได้เร็วกว่าการฟื้นตัวของการกลืนได้เองตามธรรมชาติ (*spontaneous swallowing recovery*)

5. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงและการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และผู้ดูแล (Hines et al., 2010; SIGN, 2004) ซึ่งสามารถจำแนกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ตามบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โดยแบ่งออกเป็น 9 บทบาท ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2555)

5.1 ให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก (Direct care) คือ การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก คือ การทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การส่งเสริมการกลืน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสูดสำลัก (Hines et al., 2011) รวมทั้งการทำหน้าที่สนับสนุนทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีกำลังใจการปฏิบัติการที่ส่งเสริมการกลืน โดยกิจกรรมการพยาบาลเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐฐานะ และความเชื่อของผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมการ กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการกลืน มีดังต่อไปนี้

5.1.1 การประเมินสภาพ โดยประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องสามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้ โดยมีคะแนนระดับความรู้สึกตัวจากเครื่องมือ Glasgow Coma Scale 11 คะแนนขึ้นไป การประเมินการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การรับความรู้สึกและปฏิกิริยาสะท้อนกลับภายในช่องปาก (Perry, 2001a)

5.1.2 การดูแลความสะอาดปากฟัน การทำความสะอาดช่องปากช่วยในการควบคุมแบคทีเรีย และรักษาสภาพกรดต่างในปาก ซึ่งนอกจากการทำความสะอาดยังขึ้นอยู่กับปริมาณน้ำที่ดื่ม การผลิตน้ำลาย และความสามารถในการคลุกเคล้าอาหาร ซึ่งวัตถุประสงค์ในการควบคุมคุณภาพช่องปากคือ ความสะอาด เยื่อช่องปาก ลิ้น เหงือก มีความชุ่มชื้น ริมฝีปากชุ่มชื้น สามารถผลิตน้ำลายและลดความยากลำบากในการกลืน หรือรับประทานอาหาร (ยุพิน ชัยชล, 2550) โดยสามารถปฏิบัติตามข้อต่อไปนี้

5.1.2.1 ใช้ไม้พันสำลี เพื่อช่วยในการเคลื่อนย้ายเศษอาหารออกจากช่องปาก

5.1.2.2 ใช้แปรงสีฟัน ที่มีขนนุ่มหรือแปรงสีฟันเด็ก ไม่ใช้แปรงสีฟันผู้ใหญ่ที่มีขนาดใหญ่เนื่องจากกระหว่างแปรงอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเยื่อช่องปากและทำให้เลือดออกที่บริเวณกระพุ้งแก้มหรือเหงือกหรือบริเวณริมฝีปากได้

5.1.2.3 จัดหาน้ำสะอาด การทำความสะอาดปากฟันก่อนและภายหลังการรับประทานอาหารทุกครั้ง

5.1.3 การจัดทำ การจัดทำทางต่างๆ จุดประสงค์เพื่อให้อาหารสามารถเคลื่อนตัวเข้าสู่หลอดลมได้ดีขึ้น และลดปัญหาการกลืนที่อาจทำให้เกิดการสำลัก จากแรงโน้มถ่วงโลก ซึ่งจะช่วยให้อาหารเคลื่อนตัวสู่หลอดอาหารได้เร็วขึ้น ดังนั้นการจัดท่าขณะรับประทานอาหาร ด้วยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งอยู่ในท่าศีรษะสูงลำตัวตรง คางขนานกับพื้น หรือโน้มไปข้างหน้าเล็กน้อย และภายหลังจากรับประทานอาหารควรให้นั่งตัวตรงและหลังรับประทานอาหารควรนั่งตัวตรงอีกประมาณ 30 นาที (ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร์, 2545) และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมขณะรับประทานอาหาร โดยสร้างบรรยากาศให้สงบและน่าพึงพอใจ กำจัดเสียงรบกวน ไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารคนเดียว (ยุพิน ชัยชล, 2550) การลดเสียงรบกวนขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหาร มีความสำคัญเพราะ ถ้าถูกรบกวนทำให้การรับประทานอาหารและการกลืนไม่ต่อเนื่อง ขาดสมาธิในการรับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดการสำลักได้ง่าย (Hines et al., 2010)

5.1.4 การฝึกกลืนและการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อการกลืน ส่งเสริมกระบวนการกลืนดีขึ้น ประกอบด้วยการบริหารที่ช่วยให้การเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ลิ้น กล่องเสียง และเส้นเสียง การบริหารและฝึกกลืนอวัยวะดังกล่าวส่งผลให้กล้ามเนื้อการกลืนแข็งแรงขึ้น (ศุภย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554)

5.1.5 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมขณะรับประทานอาหาร โดยสร้างบรรยากาศให้สงบและน่าพึงพอใจ กำจัดเสียงรบกวน เช่น แนะนำญาติที่เป็นผู้ดูแล อยู่ร่วมกับผู้ป่วยทุกครั้งที่รับประทานอาหาร ไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารคนเดียว (ยุพิน ชัยชล, 2550) แนะนำญาติมิให้พูดคุยเสียงดัง หรือรบกวนขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เพราะ ถ้าถูกรบกวนทำให้การรับประทานอาหารและการกลืนไม่ต่อเนื่อง ขาดสมาธิในการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักได้ง่าย (Hines et al., 2010)

5.1.6 การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม พยาบาลควรสอนและแนะนำลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก รวมทั้งแนะนำและสอนผู้ดูแล โดยเรียงลำดับจากลักษณะอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำน้อยเหมาะสมสำหรับการกลืน จากกลืนง่ายไปยาก ดังนี้ 1) อาหารบด หรือปั่นชั้น เช่น โจ๊กข้น พักทองบด กล้วยชุต/บดสังขยา ไอศกรีม 2) อาหารบด หรือปั่นชั้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั้น 3) อาหารอ่อนชั้น เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวสวายนุ่มๆ เนื้อสัตว์บด 4) อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสววย ผักต้ม ผลไม้ 5) อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำนม น้ำข้าว และ ในแต่ละครั้งของการรับประทานอาหารต่อคำควรรับประทานจำนวนน้อยๆ ประมาณ 1/2 - 1 ช้อนชา (สถาบันประสาทวิทยา, 2556)

5.1.7 การส่งเสริมความเชื่อมั่นด้านจิตใจให้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแลโดยเน้นการให้ข้อมูล ให้ความรู้เริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งติดตามให้ความช่วยเหลือ

โดยใช้โทรศัพท์ภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ จากการศึกษาของพบว่า จากการศึกษาของ Shyamani Hettiarachchi และ Gopi Kitnasamy (2013) พบว่า การฝึกปฏิบัติและให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดทำที่เหมาะสม การดัดแปลงอาหาร และวิธีการป้องกันการสำลัก ทำให้ผู้ป่วยพิการทางสมองและผู้ดูแล ลดความวิตกกังวล มีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Merrill et al (2010) พบว่า การให้การสอนแนะทางโทรศัพท์ช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองและ เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.1.8 การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งผู้ดูแลจัดเป็นกลุ่มสนับสนุนด้านจิตใจและร่างกาย การสนับสนุนจากผู้ดูแลจะช่วยให้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความสามารถในการกลืนเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของประภาพรรณสิงโต (2556) พบว่า ผู้ดูแลสามารถดูแลช่วยเหลือผู้หญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีการสูดสำลักและไม่พบการเกิดปอดอักเสบร้อยละ 100

5.2 พัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก (Care Management) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา แนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการกลืน และการป้องกันการสำลัก รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ดูแลตามแนวปฏิบัติ (guideline) ที่ได้กำหนดไว้ในหอผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่ประเมินความต้องการและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมความเชื่อมั่นด้านจิตใจ โดยเน้นการให้ข้อมูล ให้ความรู้ เริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังจากได้ประเมินการกลืนให้กับผู้ป่วย และพบว่า มีภาวะกลืนลำบาก พยาบาลส่ง ปรีกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อร่วมกันฝึกกลืนให้ผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล และพยาบาลส่งเสริมการกลืนให้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามขั้นตอนการสอนแนะ (Eaton & Johnson, 2001) เกี่ยวกับการส่งเสริมการ กลืน โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทุกขั้นตอนของการสอนแนะ ภายหลัง ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 2 ในวันที่ 1 และวันที่ 7 เพื่อประเมินปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล

5.3 ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Collaboration) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นบทบาทสำคัญของ APN โดยทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขา นำเสนอปัญหาที่พบจากระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกับทีม เพื่อหาแนวทางแก้ไขและช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลที่สะดวก รวดเร็ว ทันท่วงทีต่อเหตุการณ์และต่อเนื่อง เช่น เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลประเมินภาวะกลืนลำบาก และพบว่ามีความผิดปกติของการกลืนส่งปรีกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อการฟื้นฟูการกลืน ร่วมกันวางแผนกับแพทย์เจ้าของไข้ในการดูแลเรื่องภาวะโภชนาการ และส่งปรีกษานักโภชนาการเพื่อจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วย

จำหน่ายกลับบ้านประสานกับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการประสานงาน (Collaboration) กับครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแล ในการให้ความรู้และฝึกทักษะ สร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้าน (Werner, 2005) ได้ติดตาม (Monitoring) โดยการสอนแนะทางโทรศัพท์ เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งสอนแนะแนวทางแก้ไขทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ละทีมมีบทบาท (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ดังนี้

5.3.1 แพทย์ มีหน้าที่ให้การรักษา ติดตามและจัดการสถานะทางเดินหายใจ การให้สารน้ำ มีคำสั่งให้การสืบค้นสาเหตุของภาวะกลืนลำบาก ปรีกษาเภสัชกร ผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษากับความต้องการให้อาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำ และทบทวนคำแนะนำของทีมร่วมกับครอบครัวตามต้องการ

5.3.2 นักกิจกรรมบำบัด มีหน้าที่ในฝึกผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองให้ได้มากที่สุด ได้แก่ วิธีการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง รวมทั้งสอนและตัดแปลงเครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ช้อน หรือแก้วที่มีด้ามจับขนาดใหญ่ ฝัก หรือกระตุ้นประสาทสัมผัสและการรับรู้ ฝึกกลืนให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก

5.3.3 นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยช่วยบริหารข้อต่อเพื่อป้องกันข้อยึดติด ช่วยกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทาน ร่วมกับฝึกการทรงตัวอยู่ในท่าที่เหมาะสมบนเตียงหรือบนล้อเข็น หรือการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนอิริยาบถ ตามระดับความสามารถที่ควรจะทำได้

5.3.4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษา มีหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาด้านการสื่อความหมาย รวมทั้งประเมินและตรวจวินิจฉัยภาวะกลืนลำบาก และแปรผลการประเมินทางคลินิก ให้คำแนะนำในการตรวจพิเศษต่างๆ ให้การรักษาและจัดการภาวะกลืนลำบาก

5.3.5 โภชนากร หรือนักกำหนดอาหาร มีหน้าที่ในการเตรียมอาหารตามแผนการรักษา ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะกลืนลำบาก ด้วยการและตัดแปลงอาหารให้มีลักษณะความเข้มข้นมีความหนืด และอุณหภูมิที่พอเหมาะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลืนได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดการขย้อนหรือสำลัก รวมทั้งติดตามและประเมินตัวชี้วัดทางคลินิกที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

5.4 สอน (Teaching) ฝึกทักษะ (Coaching) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)
 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ โดยการสอน (Teaching) และฝึกทักษะ (Coaching) .ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ภายหลังเกิดรอยโรคที่สมอง มีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น กล้ามเนื้อใบหน้าแขนขาอ่อนแรง มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องได้รับการสอน (Teaching) และฝึกทักษะ ซึ่งการสอนแนะ (Coaching) เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการสอน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรม

ที่ส่งเสริมการกลืน มีขั้นตอนประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การวิเคราะห์ 3) การสำรวจทางเลือก 4) การวางแผน 5) การเรียนรู้และฝึกทักษะ 6) การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับ ซึ่งระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการกลืน พยาบาลมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) ที่คอยดูแลช่วยเหลือและติดตามประเมินผลของกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน จากการศึกษาของ Vale et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ สามารถลดความวิตกกังวล ช่วยให้ภาวะสุขภาพและอารมณ์ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wolever et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการสอนแนะ มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Merrill et al. (2010) พบว่า การให้การสอนแนะทางโทรศัพท์ช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง

5.5 ให้คำปรึกษา (Consultation) พยาบาลให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และแนะนำแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน จากการศึกษาของ Wongpiriyayothar (2011) พบว่า โปรแกรมการสอนแนะทางโทรศัพท์ สามารถลดความรุนแรงของอาการหายใจลำบากและเพิ่มการทำหน้าที่ด้านร่างกายของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.6 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) พยาบาลนำข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล มาวางแผนจัดระบบการดูแลให้มีกลยุทธ์การสอนแนะ ที่ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย วิเคราะห์ วางแผน สำรวจทางเลือก เรียนรู้และฝึกทักษะ ประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผสมผสานกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล

5.7 มีจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethic reasoning decision making) พยาบาลให้การปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย และช่วยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล ให้การดูแลอย่างเท่าเทียมและเสมอภาค ตลอดจนแนะนำการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย

5.8 การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-base practice) พยาบาลรวบรวมผลการวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล รวมทั้งนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาด

เลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทุก 2 ปี

5.9 จัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

พยาบาลจัดทำข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อรวบรวมบันทึก วิเคราะห์ และประเมินผลลัพธ์ในการดูแลโดยการประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก รวมทั้งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก นำมาวิเคราะห์ถึงปัญหาหรืออุปสรรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งแนวทางหรือแรงสนับสนุนที่ทำให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย หรือมีการกลืนที่ดีขึ้นลดการสำลัก

พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงมีบทบาทที่แตกต่างจากนักกิจกรรมบำบัด กล่าวคือบทบาทพยาบาลในงานดังกล่าว เน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งด้านร่างกาย ที่เน้นส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถกลืนอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งเสริมด้านอารมณ์และจิตใจที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ ในด้านสังคมเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการกลืน รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งติดตามภายหลังจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้โทรศัพท์ ตามแนวทางการสอนแนะ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริมการกลืน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรด้านกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะและการกลืนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศดังนี้

ลัดดา ศิลาเรียม (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืน และการรับประทานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คนและ กลุ่มทดลอง 12 คน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการปรับฟื้นคืนสภาพตามแนวคิดของ สไตรเกอร์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของเชปป์ เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืนและภาวะแทรกซ้อน และการฝึกบริหารกล้ามเนื้อริมฝีปากและลิ้น คู่มือการฟื้นฟูสภาพการกลืน และการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วย และแบบติดตามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ โดยจัดโปรแกรมในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้เวลาครั้งละ 20-30 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสามารถใน

การกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหาร ในวันที่ 7, 14 และ 30 จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญญา เมืองทอง (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายกันในเรื่อง อายุ เพศ ความรุนแรงของโรค คะแนนความพร้อมในการกลืน โดยโปรแกรมการส่งเสริมการกลืนประกอบด้วย การฝึกกลืน และการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อการกลืนใช้เวลาประมาณ 20 นาที พัก 40 นาที ก่อนมื้ออาหารทั้ง 3 มื้อ และการจัดอาหารที่เหมาะสม ตลอดระยะเวลา 5 วัน ผลการทดลองพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัย หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กาญจนา ขุนทรง (2544) ศึกษาการพยาบาลเพื่อลดการสำลักในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่มีปัญหากลืนลำบาก วัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลเพื่อลดอาการสำลักในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่มีปัญหากลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดสมองบริเวณ Posterior fossa และหรือ Cerebral cortex ที่มีปัญหากลืนลำบาก จำนวน 8 ราย เมื่อได้รับพิจารณาให้รับประทานอาหารและน้ำทางปากเป็นครั้งแรก โดยกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดการสำลักประกอบด้วย ฝึกการกลืน 4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาทีตลอดระยะเวลา 5 วัน จัดท่าศีรษะสูง 90 องศาเตรียมอาหารที่มีลักษณะเหนียวข้นอุณหภูมิ 40-42 องศา จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนในการสำลักต่อมื้อภายหลังจากการพยาบาลในกลุ่มที่สำลัก มีค่าน้อยกว่าก่อนให้การพยาบาล

ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร (2546) ศึกษาผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท สถาบันประสาท จำนวน 10 คน โดยการพยาบาลตามแนวปฏิบัติมีดังนี้ คือ การฝึกกลืนครั้ง 10 นาที วันละ 4 ครั้ง และบริหารกล้ามเนื้อครั้งละ 5 นาทีวันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารอย่างน้อย 45 นาที และดูแลให้กิจกรรมการพยาบาล โดยการทำความสะอาดปากฟัน จัดท่านั่ง จัดสิ่งแวดล้อม จัดอาหารที่มีลักษณะนิ่มเคี้ยวง่ายป้อนครั้งละ ½ -1 ช้อนชา ประเมินผลของโปรแกรม โดยแบบสังเกตการกลืน (Swallowing Assessment Observation Form: SAOF) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการกลืนลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.004)

Wetergren et al. (2001) ศึกษาความยากลำบากในการรับประทาน, ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในช่วงระยะเวลา 3 เดือนหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่ออธิบายถึงความยากลำบากในการรับประทานอาหาร ชนิดของ การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล และภาวะแทรกซ้อน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 24 ราย ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีภาวะกลืนลำบาก โดยการให้การปฏิบัติทางการพยาบาลโดยทั่วไป เช่น การทำความสะอาดช่องปาก การจัดทำขณะรับประทานอาหาร และจัดเตรียมอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม โดยจัดกิจกรรมทุกวันจันทร์-ศุกร์ ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เฉพาะราย โดยมีพื้นฐานจากการประเมินและการสังเกตขณะที่ผู้ป่วยกลืนหรือรับประทานอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นร้อยละ 67 และจากการศึกษานี้พบว่า ระดับความรู้สึกตัว มีความสำคัญต่อ ความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหาร

Lin et al. (2003) ศึกษาผลของการฝึกกลืนต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานพักฟื้น เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษา การทำหน้าที่ของการกลืนและผลลัพธ์ทางโภชนาการ ของการฝึกกลืนในสถาบันฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 61 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน ที่ได้รับการฝึกกลืนในระยะเวลา 6 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาทีตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม 21 คน ซึ่งไม่ได้รับการฝึกใดๆ ซึ่งผู้วิจัยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษา นักกายภาพ โดยกิจกรรมแบ่งเป็นการรักษาทางตรง โดยใช้การฝึกกลืนแบบ Mendelsonhn maneuver, Supraglottic และ Effortful ร่วมกับการดัดแปลงอาหาร (diet modification), การจัดทำขณะกลืน (ก้มคาง และหมุนศีรษะ) และการจัดสิ่งแวดล้อม และการรักษาทางอ้อม คือ การใช้เทคนิคกระตุ้น และการบริหารกล้ามเนื้อ Oromotor ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้รับการฝึกกลืน มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณอาหารต่อวินาที, ปริมาณอาหารต่อการกลืนแต่ละครั้ง, เส้นรอบวงแขน และน้ำหนัก ระหว่างก่อนและหลังการฝึกกลืนของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยในการตรวจทางระบบประสาท และความถี่ในการสำลักระหว่างมื้ออาหาร ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Canaby et al. (2006) ศึกษากิจกรรมการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากในระยะเฉียบพลัน เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากในระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสุ่มเข้ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยทั่วไป 102 คน โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยและส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพูดและภาษาดูแล เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มให้การรักษากการกลืนระดับสูงจำนวน 102 คน ประกอบด้วย การฝึกกลืนแบบ effortful และ supraglottic และ การดัดแปลงอาหารที่เหมาะสม โดยให้กิจกรรมการปฏิบัติทุกวัน

ตลอด 1 เดือน หรือ ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล (ถ้าน้อยกว่า 1 เดือน) เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการฝึกกลืนในระดับต่ำจำนวน 102 คน ประกอบด้วยกิจกรรม กลยุทธ์การชดเชยการกลืน, การจัดสิ่งแวดล้อม, คำแนะนำการรับประทานอาหารที่ปลอดภัย และการจัดอาหารที่เหมาะสม โดยให้กิจกรรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ตลอดระยะเวลา 1 เดือน หรือ ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล (ถ้าน้อยกว่า 1 เดือน) ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบดูแลโดยทั่วไป, การรักษาการกลืนระดับต่ำและการรักษาการกลืนระดับสูง มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความสามารถในการรับประทานอาหารที่ปกติและการฟื้นคืนการกลืนภายใน 6 เดือน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการกลืน ประกอบด้วยจัดทำนึ่ง จัดสิ่งแวดล้อม การดัดแปลงหรือเลือกลักษณะอาหาร การฝึกกลืน และการบริหารกล้ามเนื้อการกลืน รวมทั้งจัดกิจกรรมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากในระยะฟื้นฟู แต่มีการศึกษาส่วนน้อยที่ศึกษาในระยะเฉียบพลัน และการศึกษาในประเทศไทยพบว่าโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการกลืน ที่จัดกระทำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 เรื่อง จัดกระทำทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 1 เรื่อง จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่ได้รับการศึกษาแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม จำนวน 8-10 ราย จำนวน 1 เรื่อง และจำนวน 26 ราย 1 เรื่อง ศึกษากลุ่มเดียวจำนวน 2 เรื่อง ระยะเวลาที่ศึกษา จำนวน 5 วัน มีการประเมินต่อ 3 ครั้ง ทุก 7 วัน และ 15 วัน 1 ครั้ง โปรแกรมการส่งเสริมการกลืนใช้ทฤษฎี 2 เรื่อง คือบุญญา เมืองทอง (2553) ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ยังขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ดูแล และ ลัดดา ศิลาเรียม (2557) ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการปรับฟื้นคืนสภาพตามแนวคิดของ สไตรเกอร์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของเซปป์ แต่โปรแกรมเน้นการสอน (Teaching) ขาดขั้นตอนและกระบวนการสอนแนะ ไม่มีโทรศัพท์ติดตามและขาดการติดตามเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยจัดโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะเพื่อส่งเสริมการกลืน โดยจัดโปรแกรมติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและติดตามผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายกลับบ้าน

6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการสอนแนะ

วิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คนโดยใช้กระบวนการสอนแนะของเลวิสและซาลิส (Lewis & Zahlis, 1997) 5 ขั้นตอน โดยใช้เครื่องมือความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการสอนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแล

ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยคำนึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ และโรคประจำตัวของผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) โดยให้การสอนแนะผู้ป่วยทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที และประเมินความสามารถของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 4 ผลการทดลองพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายของกลุ่มทดลอง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รุ่งระวี นาวิเจริญ (2552) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลสอนแนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลสอนแนะแบบหลากหลายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพยาบาลชุมชนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการสอนแนะของ Eaton and Johnson (2001) ประกอบด้วยขั้นตอนการสอนแนะ ดังนี้ การประเมิน การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์ การสำรวจ การวางแผน การปฏิบัติ การเรียนรู้ และการประเมินผลย้อนกลับ โดยพยาบาลให้การสอนแนะแก่ผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายบุคคล ติดต่อกันจำนวน 3 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ และติดต่อทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับระบบการพยาบาลสอนแนะแบบหลากหลายมีค่าระดับน้ำตาลสะสมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับระบบการพยาบาลสอนแนะแบบหลากหลาย และเพิ่มความพึงพอใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

แสงรุ่ง รักอยู่ (2556) ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 48 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 24 คน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดการสอนแนะของ Eaton and Johnson (2001) ภายหลังได้รับการสอนแนะกลุ่มทดลอง มีความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Vale et al. (2003) ศึกษาความสำเร็จของการสอนแนะในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มหลายขั้นตอน ในผู้ป่วยจำนวน 792 คน จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำนวน 6 แห่ง โดยสุ่มแบบแบ่งชั้นซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ โดยผู้ป่วย 398 คนได้รับการดูแลตามปกติและโปรแกรมการสอนแนะ และ 394 คนได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ จะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ และติดต่อทางเมลล์ ผลลัพธ์ระยะแรกคือ การเปลี่ยนแปลงของโคเลสเตอรอล ในระยะเวลา 6 เดือน ผลลัพธ์ระยะที่สอง คือ วัตถุประสงค์ด้านร่างกาย โภชนาการ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะประสบความสำเร็จในการลดระดับโคเลสเตอรอลได้ (TC 14mg/dl) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนแนะ และมีระดับ LDL ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่วนผลลัพธ์ระยะที่สอง พบว่า โปรแกรมการสอนแนะช่วยลดน้ำหนัก เพิ่มการออกกำลังกาย ลดความวิตกกังวล ช่วยให้ภาวะสุขภาพและอารมณ์ดีขึ้น

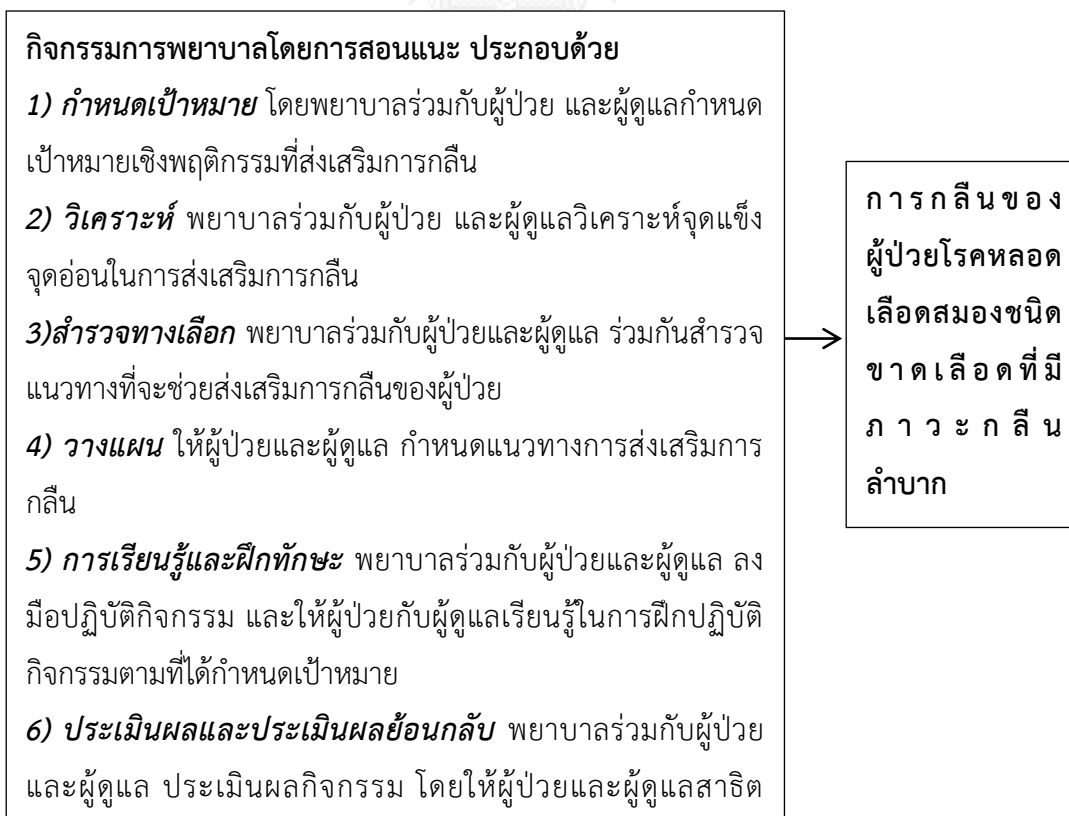
Wolever et al. (2010) ศึกษาการผสมผสานแนวคิดการสอนแนะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 56 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการการสอนแนะ เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยได้รับการสอนแนะทางโทรศัพท์ 14 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และผู้ป่วยจะต้องแสดงทัศนคติสุขภาพของตนเอง ตั้งเป้าหมายของตนเอง วิเคราะห์ปัญหาของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการสอนแนะ มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนแนะ ไม่พบว่ามีการพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนแนะพบว่า ศึกษาอย่างแพร่หลายในกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งใช้แนวคิดการสอนแนะที่หลากหลาย ดังต่อไปนี้ วิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) โดยใช้กระบวนการสอนแนะของเลวิสและซาลิส (Lewis & Zalis, 1997) 5 ขั้นตอน นพรัตน์ รุจิรา รุ่งเรือง (2551) โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) กระบวนการสอนแนะที่กล่าวมาข้างต้น มีขั้นตอนที่เหมือนและแตกต่างกัน ในแต่ละแนวคิด จากการสอนแนะของ Girvin (1999) พบว่า การสอนแนะขาดการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ และจากแนวคิดการสอนแนะของ Grealish (2000) มีการตั้งเป้าหมายเหมือนกับแนวคิดการสอนแนะของ Eaton & Johnson (2001) แต่จุดเน้นของ Grealish เน้นในการสอนแนะอยู่ที่กระบวนการปฏิบัติงาน ไม่เน้นที่ผลลัพธ์ ขาดการวิเคราะห์ ส่วนรุ่งระวี นาวิเจริญ (2552) โดยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Eaton and Johnson (2001) และแสงรุ่ง รักอยู่ (2556) โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดการสอนแนะของ Eaton and Johnson (2001) ซึ่งแนวคิดการสอนแนะของ Eaton & Johnson ทุกขั้นตอนการ

สอนแนะเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ถูกสอนแนะกับผู้สอน มีการกำหนดเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง, วัดได้, บรรลุได้, สอดคล้องกับปัญหา และมีการกำหนดระยะเวลารวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็น ปัจจัยส่งเสริม หรืออุปสรรคที่ต้องการการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก และสำรวจทางเลือก ซึ่งเป็น ทางเลือกที่เป็นไปได้ แสวงหาแนวทางที่เป็นประโยชน์ที่จะปฏิบัติเพื่อไปถึงจุดมุ่งหมาย จากนั้นนำมา วางแผน เรียนรู้และฝึกทักษะ ซึ่งเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้สอนแนะและผู้ถูกสอนแนะ และ ประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับ ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

จากเหตุผลดังกล่าว ร่วมกับยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสอนแนะของ Eaton and Johnson (2001) ในการจัด โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพิ่มพูนความรู้ทักษะและ มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน นำไปสู่เป้าหมายหรือพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่ง แนวคิดการสอนแนะประกอบด้วย กำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์และสำรวจทางเลือก วางแผน ลงมือ ปฏิบัติ การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากโดยศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังดำเนินการวิจัย (The pretest-posttest control group design) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม O1 ----- O2
กลุ่มทดลอง O3 ----- X ----- O4

- O1 แทน การกลืนก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม
- O2 แทน การกลืนหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
- O3 แทน การกลืนก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O4 แทน การกลืนหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
- X แทน กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากอายุ 18-65 ปี และมีผู้ดูแล ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก อายุ 18-65 ปี และมีผู้ดูแล ที่รับไว้รักษาตัวที่แผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลชลบุรี โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มิมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองการกลืนทางคลินิก (ภาคผนวก ซ) ถ้ามีความผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ซึ่งแสดงว่ามี ภาวะกลืนลำบาก
3. มีความรู้สึกตัวดี มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว จากการประเมินด้วยเครื่องมือ Glasgow Coma Scale มากกว่า 11 คะแนนขึ้นไป (ภาคผนวก ซ) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
4. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะวิกฤต และอาการฉุกเฉินเฉียบพลันในขณะที่ทำวิจัย

ประชากร ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่รับไว้รักษาตัวที่แผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลชลบุรี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (2005) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกำหนดขนาดอิทธิของประชากรที่ระดับกลาง (Medium Effect size) ระดับ 0.50 (Cohen, 1988) พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย และเพื่อให้ผลการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นอิสระจากกัน จึงคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 22 คน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2558

ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน 3 ลักษณะ กำหนดให้แต่ละคู่ให้มีลักษณะเหมือนกันและใกล้เคียงกันมากที่สุด ดังนี้คือ เพศ โดยการจับคู่เพศชายกับเพศชาย และเพศหญิงกับเพศหญิง (Roquer et al., 2003) อายุ โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีอายุไม่แตกต่างกันเกินกว่า 5 ปี (Bach-y-Rita, 1990) สำหรับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke severity) ที่มีการแบ่งระดับเป็น ความรุนแรงระดับเล็กน้อย, ความรุนแรงระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง, ความรุนแรงระดับรุนแรงมากและ ความรุนแรงระดับรุนแรงมากที่สุด (Nilanont, 2010) ผู้วิจัยนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้อยู่ในระดับเดียวกัน (Okubo et al., 2012) ได้ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pairs) พิจารณาจากตัวแปร เพศ อายุ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินด้วยเครื่องมือ NIH Stroke Scale (NIHSS)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	อายุ	ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดย การ ประเมิน ด้วย เครื่องมือ NIHSS	เพศ	อายุ	ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดย การ ประเมิน ด้วย เครื่องมือ NIHSS
1	ชาย	59	3	ชาย	56	3
2	ชาย	60	5	ชาย	55	6
3	ชาย	54	12	ชาย	53	14
4	ชาย	62	14	ชาย	57	11
5	ชาย	56	10	ชาย	56	10
6	ชาย	53	5	ชาย	48	8
7	ชาย	60	7	ชาย	60	6
8	ชาย	60	8	ชาย	58	6
9	ชาย	58	2	ชาย	56	3
10	ชาย	52	3	ชาย	53	1
11	ชาย	38	12	ชาย	34	11
12	ชาย	64	15	ชาย	63	15
13	หญิง	65	7	หญิง	62	5
14	หญิง	58	10	หญิง	58	9
15	หญิง	36	3	หญิง	36	3
16	หญิง	48	10	หญิง	52	10
17	หญิง	63	8	หญิง	57	5
18	หญิง	62	4	หญิง	58	4
19	หญิง	48	4	หญิง	53	2
20	หญิง	60	14	หญิง	60	15
21	หญิง	55	5	หญิง	54	5
22	หญิง	61	10	หญิง	62	10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การใช้จ่ายในปัจจุบัน ผู้ดูแล ตำแหน่งของรอยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (จากแบบประเมิน NIHSS) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึก (ดังแสดงในภาคผนวก ง)

1.2 แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดสรีรวิทยาของการกลืน โดยแบ่งการประเมิน 2 ลักษณะ คือ

1) การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ระยะ คือระยะช่องปาก ประกอบด้วย ความสามารถในการปิดปากได้สนิท การใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้ายขวา การกัดฟันและปล่อย การควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย้อน และระยะคอหอย ประกอบด้วยความสามารถในการขย่อน ความสามารถในการไอแรงๆได้ ความสามารถในการกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก ประกอบด้วยข้อ 1-7

2) การประเมินจากการรับรู้ คือ ระยะหลอดอาหาร ประกอบด้วย ผู้ป่วยไม่มีอาการจุกแน่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่ามีอาหารติดในลำคอ ผู้ป่วยไม่รู้สึกแสบร้อนยอดอก ประกอบด้วยข้อ 8-10 (ดังแสดงในภาคผนวก ง)

ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ดังต่อไปนี้

ระยะช่องปาก

- 1) ผู้ป่วยสามารถในการปิดปากได้สนิท
- 2) ผู้ป่วยสามารถในการใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้ายขวา
- 3) ผู้ป่วยสามารถในการกัดฟันและปล่อย
- 4) ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย้อน

ระยะคอหอย

- 5) ผู้ป่วยสามารถในการขย่อน
- 6) ผู้ป่วยสามารถในการไอแรงๆได้
- 7) ผู้ป่วยสามารถในการกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก

ระยะหลอดอาหาร

- 8) ผู้ป่วยไม่มีอาการจุกแน่น

9) ผู้ป่วยไม่รู้สีกว่าอาหารติดอยู่ในลำคอ

10) ผู้ป่วยไม่รู้สีกว่าแสบร้อนยอดอก

การให้คะแนนของ ระยะช่องปากและระยะคอหอย กำหนดไว้ดังนี้คือ

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำบอกได้

0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำบอกไม่ได้

การให้คะแนนของ ระยะหลอดอาหาร กำหนดไว้ดังนี้คือ

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการ หรือไม่รู้สีกถึงอาการ

0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการ

คะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 10 และคะแนนต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 0 ยิ่งคะแนนมากแสดงว่าการกลืนอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการประเมินคุณลักษณะที่สังเกต (characteristic observation) จากการกลืนในแต่ละระยะ (phase of normal swallowing) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามใช้แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากของนักรรรถบำบัด (CASLPO, 2007) และแนวคิดการสอนแนะ (Coaching) ของ Eaton and Johnson (2001) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการกำหนดขั้นตอนในการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มพูนความรู้ทักษะและมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน นำไปสู่เป้าหมายหรือพฤติกรรมที่ต้องการ (Eaton & Johnson, 2001)

2.1.1 ขั้นตอนของโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ จะเป็นปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่าง พยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

1) การกำหนดเป้าหมาย พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งเป็นเหมือนหลักเกณฑ์ หรือแนวทางที่จะทำให้เกิดมีความมุ่งมั่นที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จ ประกอบด้วย การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing และ การเลือกลักษณะอาหาร จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง เพื่อให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของภาวะกลืนลำบากของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันทั้งพยาบาล กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2) การวิเคราะห์ พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ร่วมกัน วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การประเมิน การตรวจร่างกาย ที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพภาวะกลืนลำบาก รวมถึงความรุนแรงของโรค ตลอดจนแนวทางการดูแลรักษาและจุดแข็ง

ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืนขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

3) สสำรวจทางเลือก พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ที่จะปฏิบัติเพื่อไปถึงจุดมุ่งหมาย ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากการวิเคราะห์แล้ว เมื่อรับรู้ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคาม จะนำมาประกอบในการหาทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ขั้นนี้พยาบาลจะช่วยผู้รับบริการสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง

4) การวางแผน พยาบาล ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล วางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการกลืนที่กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบาก การจัดทำที่เหมาะสม ฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน การเลือกลักษณะอาหาร ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด พยาบาลร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล ด้วยการสาธิตวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรม จากนั้นให้ผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสอนให้กลุ่มตัวอย่างกระทำได้

5) การเรียนรู้และฝึกทักษะ พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆที่ได้วางแผนไว้ ดังนี้ การจัดทำช่วยส่งเสริมการกลืน การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืนการกลืน การฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing และการเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม

6) การประเมินผลปฏิบัติและการประเมินผลย้อนกลับ เป็นระยะสิ้นสุดการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ประเมินผลย้อนกลับในแต่ละวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ หากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ พยาบาลสอนและสาธิตซ้ำ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง

2.1.2 แผนการสอน เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก” โดยกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลืนลำบาก และวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมมีเนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ดังนี้ การจัดทำที่เหมาะสม ฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก และมีสื่อประกอบการสอน คือ Power point ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับกิจกรรม ใช้เวลา 60 นาที

2.1.3 คู่มือ เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก” โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก, สาเหตุ และปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะกลืนลำบาก, ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลืนลำบาก, กิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืน ประกอบด้วย การจัดทำช่วยส่งเสริมการกลืน การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืนการกลืน การฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing และการเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยผู้วิจัยจากแนวทางการปฏิบัติการฟื้นฟูการกลืน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ (ดังแสดงในภาคผนวก ง) ดังนี้

- 1) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการจัดทำช่วยกลืน
 - 1.1) ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา ก้มศีรษะเล็กน้อย
 - 1.2) ผู้ป่วยหันศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง และก้มศีรษะของผู้ป่วยเล็กน้อย
- 2) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน
 - 2.1) ผู้ป่วยบริหารริมฝีปากและแก้ม ได้แก่ อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้ แก้มป้องและปล่อยลมออกซ้าๆ หรือ ออกเสียง “อู” สลับเสียง “อิ”
 - 2.2) ผู้ป่วยบริหารลิ้นได้แก่ ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้ง 2 ข้างสลับกัน ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะ กระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้างสลับกัน ให้ผู้ป่วยเตาะลิ้น ให้ผู้ป่วยพูด คาลา คาลา คาลา ให้ เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
 - 2.3) ผู้ป่วยบริหารขากรรไกร อ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาทีและออกเสียง “อา” แล้วปิดปากให้ฟันกระทบกัน ปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที (ทำสลับข้างซ้าย -ขวา)
- 3) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการฝึกกลืน
 - 3.1) ผู้ป่วยสูดหายใจลึกๆ แล้วกลืนไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย
 - 3.2) หลังจากกลืนเสร็จให้ไอ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่
- 4) ผู้ดูแลสามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยได้ตามลำดับ
 - 4.1) อาหารบด หรือปั่นชั้น เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มรับประทานอาหารทางปาก หรือผู้ที่ไม่สามารถเคี้ยวอาหารหยาบ หรือกลืนอาหารเหลวได้ เป็นอาหารหนืดไม่มีน้ำ

4.2) อาหารทั่วไป เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่สามารถกลืนอาหารได้ดี

4.3) อาหารเหลวใส เหมาะสำหรับผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน
การให้คะแนนของแต่ละข้อ กำหนดไว้ดังนี้

ปฏิบัติได้ ให้ 1 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลสามารถบอกให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนได้ถูกต้องและครบถ้วน

ปฏิบัติไม่ได้ ให้ 0 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่สามารถบอกให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์ในการประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 80 ในแต่ละรายข้อ ถึงจะผ่านเกณฑ์ในการประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Validity of instrument) ผู้วิจัยนำโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ส่งแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาท 1 ท่าน
- 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความชำนาญทางโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน
- 3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความชำนาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน

1.1 ตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องของเนื้อหาตามแนวคิดที่ใช้กับข้อคำถามในแบบประเมินที่สร้างขึ้น และตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ลำดับของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมถึงภาษาที่ใช้ และคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและกรอบแนวคิดทางสรีรวิทยาการของกลืน โดยกำหนดความเห็นสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ ดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ $CVI \geq .8$ (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งผลการตรวจสอบมีดังต่อไปนี้

1.1.1 แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการตรวจสอบ คือ ไม่มีข้อใดต้องปรับแก้ไขข้อคำถามเดิม หลังจากนั้นผู้วิจัยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

1.1.2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการตรวจสอบ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับความชัดเจนของข้อความและการแปล ผลให้มีความชัดเจน คือจากเดิมมาตรวจวัดของการปฏิบัติเป็น มาก ปานกลาง น้อย

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับมาตรฐานของการปฏิบัติ เป็น “ปฏิบัติได้/ไม่ได้” หรือ “ปฏิบัติถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง” จากนั้นผู้วิจัยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

1.1.3 โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ประกอบด้วย แผนการสอนและคู่มือ เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก” ผลการตรวจสอบ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า ควรปรับความชัดเจนของข้อความและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ ดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ รวมทั้ง การฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม

ข้อที่ 2 สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้ เพิ่มลักษณะอาการ วิธีการประเมินภาวะกลืนลำบาก และเพิ่มเติมเกณฑ์การให้คะแนน และ ควรอธิบายเพิ่มเติมในส่วนของเนื้อหาให้เหมาะสมกับระยะเวลา เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้ต่อเนื่อง

ข้อที่ 3 สามารถระบุภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลืนลำบากได้ ถูกต้องเพิ่มเติมการระบุปัญหาแทรกซ้อนจากภาวะกลืนลำบากและอาการที่ควรมาพบแพทย์

ข้อที่ 4 สามารถระบุกิจกรรมและปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืนได้ถูกต้องเพิ่มข้อมูลการฝึกปฏิบัติว่า ควรทำบ่อยแค่ไหน ทุกมือ ทุกวัน หรืออื่นๆ

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่ผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน คำนวณจากผลการเนื้อหาที่ยอมรับได้ $CVI \geq .8$ (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งผลการตรวจสอบมีดังต่อไปนี้

1) แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

2) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

3) โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ผลการตรวจสอบ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เหมาะสมชัดเจนของภาษาและเนื้อหาเหมาะสมกับระยะเวลา และให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้ต่อไป

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability of instrument) ผู้วิจัยนำ โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริง (Try out) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 5 ราย

2.1 โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ผลจากการนำไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมเป็นอย่างดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลตระหนักถึงภาวะกลืนลำบากและเห็นประโยชน์ของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ เพื่อส่งเสริมการกลืน และกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งผู้ดูแล มีความพึงพอใจในโปรแกรม โดยมีความเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม

2.2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ไปให้ผู้สังเกต 2 คน (inter-rater reliability) ประกอบด้วยผู้วิจัย 1 คน และพยาบาลประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 10 ปีขึ้นไป โดยผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงรายละเอียดการประเมิน ก่อนนำไปทดลองใช้ หลังจากนั้นให้ผู้สังเกตทั้ง 2 คน สังเกตกิจกรรมในแต่ละแบบประเมิน ทั้ง 3 แบบประเมินพร้อมกัน โดยใช้แบบสังเกตชุดเดียวกันในผู้ป่วย 5 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากแบบสังเกตทั้ง 2 ชุดมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการสังเกต $\geq .70$ (Polit & Hungler, 1999) ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ ผลการตรวจสอบ มีดังต่อไปนี้

1) แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการตรวจสอบ คือ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

2) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการตรวจสอบ คือ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ไปให้ผู้สังเกต 2 คน (inter-rater reliability) ประกอบด้วยผู้วิจัย 1 คน และพยาบาลประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 10 ปีขึ้นไป โดยผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงรายละเอียดการประเมินแบบสังเกต ก่อนนำไปทดลองใช้ หลังจากนั้นให้ผู้สังเกตทั้ง 2 คน สังเกตกิจกรรมในแต่ละแบบประเมิน ทั้ง 3 แบบ

ประเมินพร้อมกัน โดยใช้แบบสังเกตชุดเดียวกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 44 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากแบบสังเกตทั้ง 2 ชุดมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการสังเกต $\geq .70$ (Polit & Hungler, 1999) ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ ผลการตรวจสอบ มีดังต่อไปนี้ (ภาคผนวก ข)

1) แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาด เลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการตรวจสอบ คือ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97

2) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาด เลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการตรวจสอบ คือ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างที่รับไว้รักษาตัวที่แผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ภายหลังผู้วิจัยได้รับการอนุมัติการทำหัวข้อและโครงร่างการทำวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยขอเอกสารสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและเอกสารการขอจริยธรรม จากคณะพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อเสนอต่อโรงพยาบาลชลบุรี

1.2 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยดังต่อไปนี้

1.2.1 ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะเพื่อส่งเสริมการกลืน และผู้วิจัยเข้ารับการอบรมการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และ การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ที่ศูนย์สิริธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 9 มกราคม 2558 เพื่อให้เกิดทักษะที่ถูกต้องในการประเมิน การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

1.2.2 ผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คนที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 10 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย และให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการประเมินการกลืนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่มีภาวะกลืนลำบาก อธิบายเกี่ยวกับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ และการใช้เครื่องมือ ประกอบด้วยแบบข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

1.3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะประกอบด้วย แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบคัดกรองการกลืนทางคลินิก แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

1.4 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรีแล้ว (ชบ ๐๐๓๒.๑๐๒.๒/๑๙๔) ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล

ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองวิจัยในกลุ่มทดลอง ตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ 2558 ภายหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน 3 ตัวแปรคือ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ รายละเอียดดังนี้

2.1 ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ใช้เวลา 45-60 นาที แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะภายในโรงพยาบาล ใช้เวลา 5 วันคือ วันที่ 1- วันที่ 5 จัดกิจกรรมทั้งเช้าและบ่าย และ ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1) รายละเอียดดังนี้

2.1.1 การกำหนดเป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย

2.1.1.1 การกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่าง สามารถนั่งในท่าศีรษะสูง 90 องศา ได้ 30 นาที ต่อครั้งจำนวน 3 ครั้งต่อวันได้ภายใน 1 วัน
- 2) กลุ่มตัวอย่าง สามารถบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้ถูกต้องตามขั้นตอน ได้ 10 นาทีต่อครั้งจำนวน 3 ครั้งต่อวันเป็นภายในระยะเวลา 2-3 วัน
- 3) กลุ่มตัวอย่าง สามารถฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottic swallowing ได้ 10 นาที ต่อครั้งจำนวน 3 ครั้งต่อวัน ภายในระยะเวลา 2-3 วัน
- 4) กลุ่มตัวอย่าง สามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเองได้ ภายในระยะเวลา 3-4 วัน

2.1.1.2 การกำหนดเป้าหมายของผู้ดูแล ดังนี้

- 1) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการจัดทำช่วยกลืนได้ ภายใน 1 วัน
- 2) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนกับผู้ป่วยได้ภายในระยะเวลา 2-3 วัน
- 3) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการฝึกกลืนในผู้ป่วยได้ ภายในระยะเวลา 2-3 วัน
- 4) ผู้ดูแลสามารถช่วยเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ ภายใน ระยะ 3-4 วัน

จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง และให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของภาวะกลืนลำบาก ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันทั้งผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2.1.2 การวิเคราะห์ แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

2.1.2.1 การวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากซักประวัติ การประเมิน การตรวจร่างกาย รวมถึงความรุนแรงที่แตกต่างกัน ตามรอยโรคในสมอง แนวทางการดูแลรักษา และจุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

2.1.2.2 การวิเคราะห์ผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวิเคราะห์จุดแข็ง เช่น แหล่งสนับสนุนโดยมีญาติมาช่วยดูแลและช่วยฝึกการปฏิบัติกิจกรรม และจุดอ่อน เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการกลืน

2.1.3 การสำรวจทางเลือก แบ่งเป็นการสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

2.1.3.1 การสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างสำรวจจุดแข็งที่ช่วยส่งเสริมการกลืน เช่น แรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งจุดอ่อนที่ช่วยส่งเสริมการกลืน เช่น ความท้อแท้ หมดหวัง การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล

2.1.3.2 การสำรวจทางเลือกของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสำรวจทางเลือกที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องญาติที่ให้กำลังใจ แรงช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และจุดอ่อน คือ ความท้อแท้ ในการช่วยกำกับการปฏิบัติกิจกรรม

2.1.4 การวางแผน แบ่งเป็นการวางแผนด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลมีรายละเอียดดังนี้

2.1.4.1 การวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับกิจกรรมตามแผนการสอน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบาก การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกลืนเนื้อช่วยกลืน ฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล และสาธิตวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของกิจกรรม

2.1.4.2 การวางแผนของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับกิจกรรมตามแผนการสอน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะกลืนลำบาก การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกลืนเนื้อช่วยกลืน ฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำได้

2.1.5 เรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดยเริ่มจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ แบ่งออกเป็นด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล รายละเอียดดังนี้

2.1.5.1 ด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล สอนแนะและกำกับการฝึกกลืนให้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ฝึกจัดทำกรกลืน โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งศีรษะสูง 90 องศา เป็นเวลา 30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน

2) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการฝึกบริหารกลืนเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน จัดให้กลุ่มตัวอย่าง อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป้อง ออกเสียง “อุ” สลับกับเสียง “อิ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้าง

สลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที

3) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing โดยการสูดลมหายใจเข้าลึกที่สุด และกลืนหายใจไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืน เสร็จให้ออ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที

4) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง สอนแนะและให้กลุ่มตัวอย่างเลือก ลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น ลักษณะอาหารที่มีความเข้มข้นตามลำดับ

ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละขั้นได้ ผู้วิจัย และผู้ดูแลจะฝึกจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้และนำไปสู่ขั้นต่อไป

2.1.5.2 ด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยกำกับการสอนแนะผู้ดูแลในการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการกลืน หลังจากนั้นผู้วิจัยสังเกตและประเมินผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรม รายละเอียดดังนี้

1) ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับการจัดทำช่วยกลืนให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เหมาะสมกับ พยาสรีรของกลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำศีรษะสูง 90 องศา ในกรณีอัมพาต ครั้งซีกให้กลุ่มตัวอย่างหันศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง จัดทำครั้งละ 10 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน

2) ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่อง ออกเสียง “อู” สลับกับเสียง “อิ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที

3) ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับการฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing โดยสอนแนะให้ผู้ดูแล สูดลมหายใจเข้าลึกที่สุด และกลืนหายใจไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลายหลังจากกลืนเสร็จให้ออ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ 10 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน จัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที

4) ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งวิธีในการป้อนอาหาร โดยป้อนอาหารในแต่ละครั้งของการรับประทาน ประมาณ 1/2 - 1 ช้อนชา (ในกรณีที่ไม่เริ่มรับประทานได้) และผู้ดูแลสามารถช่วยเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ตามลำดับ

2.1.6 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยประเมินผล แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2.1.6.1 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสอนกำกับจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

2.1.6.2 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการสอนแนะผู้วิจัย ประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

2.2 ครั้งที่ 2 วันที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงเช้าใช้เวลา 30-45 นาที ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมให้กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดยเน้นการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุความสำเร็จในวันที่ 1 นำมากำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์ สารวจทางเลือก วางแผน และลงมือปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.2.1 การกำหนดเป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแล เป้าหมายเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริหารกลืนเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนร่วมกัน ประกอบด้วย

2.2.1.1 การกำหนดเป้าหมายของผู้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง สามารถบริหารกลืนเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนได้ ถูกต้องตามขั้นตอนได้ 10 นาทีต่อครั้งจำนวน 3 ครั้งต่อวัน ภายในระยะ 2-3 วัน

2.2.1.2 การกำหนดเป้าหมายของผู้ดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการบริหารกลืนเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนกับผู้ป่วยได้ภายใน 2-3 วัน

2.2.2 การวิเคราะห์ แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

2.2.2.1 การวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องการบริหารกลืนเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน จุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

2.2.2.2 การวิเคราะห์ผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวิเคราะห์จุดแข็ง เช่น แหล่งสนับสนุนโดยมีญาติมาช่วยดูแลและช่วยฝึกการบริหารกลืนเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและจุดอ่อน เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจการบริหารกลืนเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน

2.2.3 การสำรวจทางเลือก แบ่งเป็นการสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

2.2.3.1 การสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างสำรวจจุดแข็งฝึกการบริหารกล้ำเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งจุดอ่อนที่ฝึกการบริหารกล้ำเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่นความท้อแท้ หมดหวัง การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล

2.2.3.2 การสำรวจทางเลือกของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสำรวจทางเลือกที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องญาติที่ให้ง่ายแรง ช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และจุดอ่อน คือ ความท้อแท้ ในการช่วยกำกับกิจกรรม

2.2.4 การวางแผน แบ่งเป็นการวางแผนด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.4.1 การวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ การบริหารกล้ำเนื้อช่วยกลืน ประกอบด้วย ให้กลุ่มตัวอย่างอ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่อง ออกเสียง “อุ” สลับกับเสียง “อึ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ฝึก 3 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 10 นาที ก่อนมื้ออาหาร 45 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล และสาธิตวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของกิจกรรม

2.2.4.2 การวางแผนของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับกิจกรรม การบริหารกล้ำเนื้อช่วยกลืน โดยสอนแนะควบคู่กับกลุ่มตัวอย่างจากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำได้

2.2.5 เรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้วางแผนไว้ รายละเอียดดังนี้

2.2.5.1 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการฝึกบริหารกล้ำเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน จัดให้กลุ่มตัวอย่าง อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป่อง ออกเสียง “อุ” สลับกับเสียง “อึ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) ครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละขั้นได้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะฝึกอยู่ในท่านั้นจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้และนำไปสู่ขั้นต่อไป

2.2.5.2 ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับกิจกรรม การบริหารกล้ามเนื้อ ช่วยกลืน โดยสอนแนะควบคู่กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำได้

2.2.6 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยประเมินผล แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2.2.6.1 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสอนกำกับจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

2.2.6.2 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการสอนแนะ ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ผู้วิจัยชี้แจงหลังการประเมินผลว่า การกำหนดเป้าหมายหากยังไม่บรรลุความสำเร็จต้องนำมากำหนดเป้าหมายใหม่และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการสอนแนะ จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายถึงจะเริ่มกำหนดเป้าหมายและขั้นตอนใหม่ได้

2.3 ครั้งที่ 3 วันที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงบ่ายใช้เวลา 30 นาที

2.3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติกิจกรรม จากนั้นให้ผู้ดูแลกำกับการสอนแนะและฝึกทักษะให้กับกลุ่มตัวอย่าง ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ดูแลในการกำกับการสอนแนะ

2.3.2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลประเมินผลย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันโดยให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ

2.4 ครั้งที่ 4 วันที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงเช้าใช้เวลา 30-45 นาที

ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุความสำเร็จในวันที่ 2 โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลระบายความรู้สึกและพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือ และ สอบถามถึงจุดแข็งและจุดด้อยของการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน และวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.4.1 การกำหนดเป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย

2.4.1.1 การกำหนดเป้าหมายของผู้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง สามารถฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing ได้ถูกต้องตามขั้นตอน ได้ 10 นาทีต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน ภายในระยะเวลา 2-3 วัน

2.4.1.2 การกำหนดเป้าหมายของผู้ดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการฝึกกลืนกับผู้ป่วยได้ภายใน 2-3 วัน

2.4.2 การวิเคราะห์ แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

2.4.2.1 การวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing จุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

2.4.2.2 การวิเคราะห์ผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวิเคราะห์จุดแข็ง เช่น แหล่งสนับสนุนโดยมีญาติมาช่วยดูแล และช่วยฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing และจุดอ่อน เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจการฝึกกลืน

2.4.3 การสำรวจทางเลือก แบ่งเป็นการสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

2.4.3.1 การสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างสำรวจจุดแข็งของการฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing เช่นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งจุดอ่อนที่ฝึกกลืน เช่นความท้อแท้ หหมดหวัง การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล

2.4.3.2 การสำรวจทางเลือกของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสำรวจทางเลือกที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องญาติที่ให้กำลังใจ แรงช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และจุดอ่อน คือ ความท้อแท้ ในการช่วยกำกับการกิจกรรม

2.4.4 การวางแผน แบ่งเป็นการวางแผนด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.4.4.1 การวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing ประกอบด้วย ให้กลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างสุดลมหายใจเข้าลึกที่สุด และกลืนหายใจไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืนเสร็จให้ออ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ ทำ 10 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน จัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่

สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล และสาธิตวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของกิจกรรม

2.4.4.2 การวางแผนของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับกิจกรรม การบริหารกล้ำเนื้อช่วยกลืน โดยสอนแนะควบคู่กับกลุ่มตัวอย่างจากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำได้

2.4.5 เรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้วางแผนไว้ รายละเอียดดังนี้

2.4.5.1 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการฝึกกลืนด้วยวิธี supraglottis swallowing ประกอบด้วย ให้กลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างสูดลมหายใจเข้าลึกที่สุดและกลืนหายใจไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืนเสร็จให้ไอ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ ทำ 10 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวัน จัดการปฏิบัติก่อนมีอาหาร 45 นาที ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละขั้นได้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะฝึกอยู่ในท่านั้นจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้และนำไปสู่ขั้นต่อไป

2.4.5.2 ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารกล้ำเนื้อช่วยกลืน โดยสอนแนะควบคู่กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างจัดกระทำได้

2.4.6 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยประเมินผล แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2.4.6.1 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืน หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสอนกำกับจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

2.4.6.2 การประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการสอนแนะ ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ผู้วิจัยชี้แจงหลังการประเมินผลว่า การกำหนดเป้าหมายหากยังไม่บรรลุความสำเร็จต้องนำมากำหนดเป้าหมายใหม่และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการสอนแนะจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายถึงจะเริ่มกำหนดเป้าหมายและขั้นตอนใหม่ได้

2.5 ครั้งที่ 5 วันที่ 3 ผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงบ่ายใช้เวลา 30-45 นาที

2.5.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมและให้ผู้ดูแลกำกับการสอนแนะและฝึกทักษะให้กับกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ดูแลในการกำกับการสอนแนะ

2.5.2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลประเมินผลย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันโดยให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ

2.6 ครั้งที่ 6 วันที่ 4 ผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงเช้าใช้เวลา 30-45 นาที

ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล และเน้นการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุความสำเร็จในวันที่ 3 นำมากำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์ สรรวจทางเลือก วางแผน และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.6.1 การกำหนดเป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแล กำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย

2.6.1.1 การกำหนดเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง
ได้ภายใน 3-4 วัน

2.6.1.2 การกำหนดเป้าหมายของผู้ดูแล ดังนี้
ผู้ดูแลสามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้
ภายใน 3-4 วัน

2.6.2 การวิเคราะห์ แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล
ดังต่อไปนี้

2.6.2.1 การวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง
วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับภาวะกลืนลำบาก จุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรง
ของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่
การสูญเสียพาริสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการ
ปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

2.6.2.2 การวิเคราะห์ผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวิเคราะห์จุดแข็ง เช่น
แหล่งสนับสนุนโดยมีญาติมาช่วยดูแล และลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับภาวะกลืนลำบาก และ
จุดอ่อน เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจในการเลือกลักษณะอาหาร

2.6.3 การสำรวจทางเลือก แบ่งเป็นการสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง
และผู้ดูแลดังต่อไปนี้

2.6.3.1 การสำรวจทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างสำรวจจุดแข็งของลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับภาวะกลืนลำบาก เช่นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งจุดอ่อนที่ฝึกกลืน เช่นความท้อแท้ หมดหวัง การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล

2.6.3.2 การสำรวจทางเลือกของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสำรวจทางเลือกที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องญาติที่ให้กำลังใจ แรงช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และจุดอ่อน คือ ความท้อแท้ ในการช่วยกำกับการกิจกรรม

2.6.4 การวางแผน แบ่งเป็นการวางแผนด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.6.4.1 การวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม โดยการสอนแนะและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น ลักษณะอาหารที่มีความเข้มข้นตามลำดับ 1) อาหารบด หรือปั่นชั้น เช่น โจ๊กชั้น ฟักทองบด กล้วยชุด/บดสังขยา ไอศกรีม 2) อาหารบด หรือปั่นชั้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั้น 3) อาหารอ่อนชั้น เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวสายนิ่มๆ เนื้อสัตว์บด 4) อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้ 5) อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำ นม น้ำข้าว ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแลและญาติ วิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของกิจกรรม

2.6.4.2 การวางแผนของผู้ดูแล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลวางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับการเลือกลักษณะอาหาร โดยผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่ กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งวิธีในการป้อนอาหาร โดยป้อนอาหารในแต่ละครั้งของการรับประทาน ประมาณ ½ - 1 ช้อนชา ในกรณีที่เริ่มรับประทานได้) และผู้ดูแลสามารถช่วยเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ตามลำดับ

2.6.5 การเรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้วางแผนไว้ รายละเอียดดังนี้

2.6.5.1 ด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล สอนแนะและกำกับการให้กับกลุ่มตัวอย่างเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเองตามลำดับ 1) อาหารบด หรือปั่นชั้น เช่น โจ๊กชั้น ฟักทองบด กล้วยชุด/บดสังขยา ไอศกรีม 2) อาหารบด หรือปั่นชั้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั้น 3) อาหารอ่อนชั้น เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวสายนิ่มๆ เนื้อสัตว์บด 4) อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้ 5) อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำ นม น้ำข้าว หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในแต่ละขั้นได้ ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะฝึกจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

2.6.5.2 ผู้วิจัยสอนแนะผู้ดูแล เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งวิธีในการป้อนอาหาร โดยป้อนอาหารในแต่ละครั้งของการรับประทาน ประมาณ ½ -

1 ซ้อนชา (ในกรณีที่ได้รับประทานได้) และผู้ดูแลสามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้

2.6.6 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยประเมินผล แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2.6.6.1 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการกลืน หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสอนกำกับจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติได้

2.6.6.2 การประเมินผลและการประเมินผลย้อนกลับด้านผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสอนกำกับกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการสอนแนะ ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ผู้วิจัยชี้แจงหลังการประเมินผลว่า การกำหนดเป้าหมายหากยังไม่บรรลุความสำเร็จต้องนำมากำหนดเป้าหมายใหม่และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการสอนแนะจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายถึงจะเริ่มกำหนดเป้าหมายและขั้นตอนใหม่ได้

2.7 ครั้งที่ 7 วันที่ 4 ผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงบ่ายใช้เวลา 30-40 นาที

2.7.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลร่วมกันทบทวนการปฏิบัติกิจกรรม และให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2.7.2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลประเมินผลย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันโดยให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ

2.8 ครั้งที่ 8 วันที่ 5 ผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงเช้าใช้เวลา 30-45 นาที

2.8.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทายและสอบถามอาการทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด เหมือนวันที่ 1 ครั้งที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

2.8.2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแล ประเมินผลย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลสาธิตการฝึกทักษะย้อนกลับ

2.9 ครั้งที่ 9 วันที่ 5 ผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงบ่ายใช้เวลา 30 นาที

ภายหลังจากผู้วิจัยกล่าวทักทายและ ผู้วิจัยชี้แจงและสรุปกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการกลืนตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และใช้กระบวนการสอนแนะทั้งหมด 6 ขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลซักถาม

2.10 ครั้งที่ 10 หลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลภายหลังจำหน่ายที่บ้าน ในวันที่ 1 และวันที่ 7 .ในสัปดาห์ที่ 2 กำหนดเวลาที่ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยโทรศัพท์ทักทายและสร้างสัมพันธภาพ ใช้กระบวนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดเป้าหมาย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ถึงการกำหนดเป้าหมายทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การจัดทำช่วยกลืน การบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืน การฝึกกลืน การเลือกลักษณะอาหาร และสัมภาษณ์ถึงการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์

2) การวิเคราะห์ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ช่วยกันวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาที่ยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมาย วิเคราะห์จุดแข็ง ได้แก่ แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อนได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

3) สสำรวจทางเลือก ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ที่จะปฏิบัติเพื่อไปถึงจุดมุ่งหมาย ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากการวิเคราะห์แล้ว เมื่อรับรู้จุดแข็งจุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคาม และนำมาประกอบในการหาหนทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ขั้นนี้ผู้วิจัยจะช่วยกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง

4) การวางแผน ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล วางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ประกอบด้วย การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน ฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การเลือกลักษณะอาหาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลวางแผนในการปฏิบัติตามตามแนวทางที่ได้เลือกไว้

5) การเรียนรู้และฝึกทักษะ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล อธิบายถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืนในแต่ละขั้นตอน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืนในแต่ละขั้นตอนให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ทบทวนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติส่งเสริมการกลืนในแต่ละขั้นตอนอีกครั้ง

6) การประเมินผลปฏิบัติและการประเมินผลย้อนกลับ ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลประเมินผลย้อนกลับ โดยการให้อธิบายกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืนในแต่ละขั้นตอน หากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ พยาบาล

สอนและทบทวนซ้ำในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง จากนั้นแจ้งถึงการสิ้นสุดการวิจัย

ขั้นที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 (ตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2558)

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย รวมถึงอธิบายการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภายหลังกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ โรคประจำตัว การเข้ายาในปัจจุบัน ตำแหน่งของรอยโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การเข้ายาในปัจจุบัน ผู้ดูแล ตำแหน่งของรอยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (จากแบบประเมิน NIHSS)

3) ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลทราบว่า จะกึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ และมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะกลืนลำบาก การส่งปรีกษานกกิจกรรมบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากขณะอยู่ในโรงพยาบาล

4) ผู้ช่วยวิจัย ประเมินการกลืน ด้วยแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก (pre- test)

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 1

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก จากนั้นผู้ช่วยวิจัยประเมินการกลืน ด้วยแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก (Post-test)

2) หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 (ตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ 2558)

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย รวมถึงอธิบายการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภายหลังกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยในระหว่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โรคประจำตัว การใช้ยาในปัจจุบัน ตำแหน่งของรอยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

3) ผู้ช่วยวิจัย ประเมินการกลืน ด้วยแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก (pre- test)

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 1

1) ผู้ช่วยวิจัยประเมินการกลืน ด้วยแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก (Post-test)

2) หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี (ชบ ๐๐๓๒.๑๐๒.๒/๑๕๔ ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2558) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือบำบัดรักษา ข้อมูลทุกอย่างที่ได้รับจากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้นั่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การใช้ยาในปัจจุบัน ผู้ดูแล ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนและภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำด้วยสถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนและภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ และเพื่อเปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนและภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะด้วยสถิติ Dependent t-test

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=44)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	54.5	12	54.5
หญิง	10	45.5	10	45.5
อายุ	$\bar{x} = 56.00$	SD = 7.728	$\bar{x} = 54.73$	SD = 7.356
31 – 40	2	9.1	2	9.1
41 – 50	2	9.1	1	4.5
51 – 60	12	54.5	16	72.7
61 – 65	6	27.3	3	13.6
สถานภาพสมรส				
โสด	0	0	5	22.7
คู่	20	90.9	12	54.5
หม้าย	1	4.5	4	18.2
หย่า	1	4.5	1	4.5
แยกกัน	0	0	5	22.7
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	2	9.1	2	9.1
ประถมศึกษา	16	72.7	15	68.2
มัธยมศึกษา	2	9.1	3	13.6
อนุปริญญา/ ปวส.	0	0	1	4.5
≥ปริญญาตรี	1	4.5	1	4.5

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=44)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
แม่บ้าน	6	27.3	6	27.3
รับจ้าง	9	40.9	2	9.1
เกษตรกร	1	4.5	3	13.6
ค้าขาย	1	4.5	3	13.6
ข้าราชการ	2	9.1	1	4.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	13.6	7	31.8
รายได้				
ไม่มีรายได้	10	45.5	15	68.2
≤5000 บาท	3	13.6	3	13.6
5001-15000 บาท	5	22.7	3	13.6
15001-20000 บาท	4	18.2	1	4.5
>20000 บาท	10	45.5	15	68.2
โรคประจำตัว				
มี	15	68.2	14	63.6
ไม่มี	7	31.8	8	36.4
ชนิดของโรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	12	48.0	12	44.9
เบาหวาน	7	28.0	7	25.0
ไขมันในเลือดสูง	1	4.0	7	25.0
ไทรอยด์	1	4.0	1	3.7
เกาต์	3	12.0	0	0
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	1	4.0	1	3.6
ระยะเวลาการเกิดโรค				
≤ 6 ชั่วโมง	12	54.5	12	54.5
> 6 ชั่วโมง	10	45.5	10	45.5

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=44)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Glasgow Coma Scale				
>11	44	100	44	100
13	4	18.2	4	18.2
14	1	4.5	3	13.6
15	17	77.3	15	68.2
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง				
NIHSS < 12 คะแนน				
	17	77.3	19	86.4
NIHSS ≥ 12 คะแนน				
	5	22.7	3	13.6
ตำแหน่งการเกิดโรค				
Frontal lobe	8	21.1	4	12.9
Temporal lobe	6	15.8	4	12.9
Parietal lobe	7	18.4	6	19.4
Occipital lobe	2	5.3	1	3.2
Brainstem	3	7.9	1	3.2
Cerebellum	3	7.9	7	22.6
Internal capsule	8	21.1	5	16.1
MCA	1	2.6	3	9.7
NG tube				
ไม่ได้รับการใส่ NG tube	16	72.73	13	59.1
ได้รับการใส่ NG tube	6	27.27	9	40.9
สามารถถอดเมื่อจำหน่าย	5	83.33	0	0
ไม่สามารถถอด NG tube ได้	1	16.67	9	100

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=44)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย				
สามี/ภรรยา	10	45.5	5	22.7
บุตร	8	36.4	10	45.5
พี่/น้อง	1	4.5	4	18.2
หลาน	3	13.6	3	13.6
เพศของผู้ดูแล				
ชาย	5	22.7	5	22.7
หญิง	17	77.3	17	77.3
อายุของผู้ดูแล				
18 – 25	3	13.6	3	13.6
26 – 35	6	27.3	10	45.5
36 – 45	3	13.6	2	9.1
46 – 55	9	40.9	6	27.3
56 - 60	1	4.5	1	4.5
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล				
ประถมศึกษา	5	22.7	9	40.9
มัธยมศึกษา	7	31.8	6	27.3
อนุปริญญา/ ปวส.	4	18.2	4	18.2
≥ปริญญาตรี	6	27.3	3	13.6

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 เพศหญิง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51 – 60 ปี จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 มีค่าเฉลี่ยอายุ 56.00 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง

มากที่สุดจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาเป็นแม่บ้านจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และมีโรคประจำตัว จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 7 รายคิดเป็นร้อยละ 31.8 พบ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงมา เป็นเบาหวานจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.0 และระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบว่า ระยะเวลาสั้นกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 และมากกว่า 6 ชั่วโมง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยตำแหน่งการเกิดโรค พบมากที่สุด คือ Frontal lobe และ Internal capsule จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.1 รองลงมาคือ Parietal lobe จำนวน 7 รายคิดเป็นร้อยละ 18.4 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า 12 คะแนน จำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 77.3 ระดับความรู้สึกตัว ส่วนใหญ่มากกว่า 11 คะแนน จำนวน 22 รายคิดเป็นร้อยละ 100 และคะแนนระดับความรู้สึกตัว 15 คะแนน พบมากที่สุดจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.2 และผู้ป่วยไม่ได้รับการใส่สายยาง จำนวน 16 รายคิดเป็นร้อยละ 72.73 และได้รับการใส่สายจุมจาก ER จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 และสามารถถอดสายยางให้อาหารได้จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 ไม่สามารถถอดสายยางให้อาหารได้จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 ส่วนข้อมูลผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แบบสามี/ภรรยา มากที่สุดจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นบุตร 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4 ผู้ดูแลมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 46-55 ปี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.8

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า เพศชาย 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 เพศหญิง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51 – 60 ปี จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.7 ค่าเฉลี่ยอายุ 54.73 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบประถมศึกษาจำนวน 15 รายคิดเป็นร้อยละ 68.2 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมาเป็นแม่บ้านจำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 และมีโรคประจำตัวจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 8 รายคิดเป็นร้อยละ 36.4 พบ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.9 รองลงมา เป็นเบาหวานและไขมันในเลือดสูงจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 และระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบว่า ระยะเวลาสั้นกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 และมากกว่า 6 ชั่วโมง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยตำแหน่งการเกิดโรค พบมากที่สุด คือ Cerebellum จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.6 รองลงมาคือ Parietal lobe จำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 19.4 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า 12 คะแนน จำนวน 19

รายคิดเป็นร้อยละ 86.4 ระดับความรู้สึกตัว ส่วนใหญ่มากกว่า 11 คะแนน จำนวน 22 รายคิดเป็นร้อยละ 100 และคะแนนระดับความรู้สึกตัว 15 คะแนน พบมากที่สุดจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.3 และผู้ป่วยไม่ได้รับการใส่สายยาง จำนวน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 59.1 และได้รับการใส่สายจุมูกจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 ผู้ป่วยไม่ได้รับการใส่สายยาง จำนวน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 59.1 และได้รับการใส่สายจุมูกจาก ER จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 และ ไม่สามารถถอดสายยางให้อาหารได้จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนข้อมูลผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แบบบุตร มากที่สุดจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นสามี/ภรรยา 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 ผู้ดูแลมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26-35 ปี จำนวน 10 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 45.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.3

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)

	\bar{x}	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	5.86	1.082	21	-9.666	0.00
ภายหลังการทดลอง	8.68	1.393			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	6.55	1.224	21	-2.027	0.056
ภายหลังการทดลอง	6.82	1.259			

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการกลืน เท่ากับ 5.86 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการกลืน เท่ากับ 8.68 เมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยการกลืน ก่อนและภายหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยการกลืน ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการกลืน เท่ากับ 6.55 ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการกลืน เท่ากับ 6.82 เมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยการกลืน ก่อนและภายหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการกลืน ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ก่อนและภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)

	\bar{x}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	5.86	1.082	42	-1.958	0.057
กลุ่มควบคุม	6.55	1.224			
ภายหลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	8.68	1.393	42	4.655	0.00
กลุ่มควบคุม	6.82	1.259			

จากตารางที่ 4 ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการกลืน เท่ากับ 5.86 และ 6.55 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการกลืน เท่ากับ 8.68 และ 6.82 ตามลำดับ เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนและภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ
2. เพื่อเปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะมีคะแนนการกลืน มากกว่าก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะมีคะแนนการกลืนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากอายุ 18-65 ปี และมีผู้ดูแล ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก อายุ 18-65 ปี และมีผู้ดูแล ที่รับไว้รักษาตัวที่แผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลชลบุรี โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองการกลืนทางคลินิก (ภาคผนวกข) ถ้ามีความผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ซึ่งแสดงว่ามี ภาวะกลืนลำบาก

3. มีความรู้สึกตัวดี มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว จากการประเมินด้วยเครื่องมือ Glasgow Coma Scale มากกว่า 11 คะแนนขึ้นไป (ภาคผนวก ข) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้

4. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะวิกฤต และอาการฉุกเฉินเฉียบพลันในขณะที่ทำวิจัย

ประชากร ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่รับไว้รักษาตัวที่แผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลชลบุรี

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คนและกลุ่มทดลอง 22 คน และเพื่อให้ผลการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นอิสระจากกัน จึงคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 22 คน หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองจำนวน 22 คน แล้วพิจารณาการจับคู่ (Matched pairs) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาจากตัวแปรต่อไปนี้ คือ เพศ, อายุ, ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินด้วยเครื่องมือ NIHSS

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2) แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการทดลอง ประกอบด้วย การเตรียมเอกสาร การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะเพื่อส่งเสริมการกลืน และผู้วิจัยเข้ารับการอบรมการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก

1.2 ผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คนที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 10 ปี ขึ้นไป ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินการกลืนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ และการใช้เครื่องมือ

1.3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะประกอบด้วย แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

2. การดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ดูแลที่ได้รับการสอนตามปกติ มีวิธีการดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1.1 สัปดาห์ที่ 1 แกร็บที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากก่อนได้รับการสอนตามปกติ

2.1.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแลได้รับการสอนตามปกติเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที

2.1.3 สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก จากนั้นผู้ช่วยวิจัยประเมินการกลืน ด้วยแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก (Post-test)

2.2 กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ใช้เวลา 45-60 นาที

แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะภายในโรงพยาบาล ใช้เวลา 5 วัน จัดกิจกรรมทั้งเช้าและบ่าย (สัปดาห์ที่ 1) และ ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล (สัปดาห์ที่ 2) มีวิธีการดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.2.1 สัปดาห์ที่ 1 แกร็บที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะ กลืนลำบากและผู้ดูแล ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ดังต่อไปนี้

2.2.1.1 กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูล ส่วน บุคคล และแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนได้รับโปรแกรมกิจกรรมพยาบาลโดยการสอนแนะ

2.2.1.2 กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลได้รับโปรแกรมกิจกรรมพยาบาล โดยการสอนแนะภายในโรงพยาบาลจัดกิจกรรมทั้งเช้าและบ่าย ใช้เวลา 5 วัน

2.2.1.3 สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมภายหลังจากจำหน่ายที่บ้าน 2 ครั้งในวันที่ 1 และวันที่ 7 โดยใช้กระบวนการสอนแนะประมาณ 30 นาที

2.2.1.4 สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก จากนั้นผู้ช่วยวิจัยประเมินการกลืน ด้วยแบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การใช้ยาในปัจจุบัน ผู้ดูแล ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้สึกรู้ตัว ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนและภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะด้วยสถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะมีคะแนนการกลืน มากกว่าก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะมีคะแนนการกลืน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากภายหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ มีคะแนนการกลืนมากกว่าก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ มีคะแนนการกลืน มากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนการกลืนมากที่สุดในระยะช่องปากและคอหอย เมื่อพิจารณารายข้อดังนี้ ในระยะช่องปาก ที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่อยู่ข้อ 4 (ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย่อย) เพิ่มขึ้น จาก 8 รายเป็น 18 ราย รองลงมาคือข้อ 2 (ผู้ป่วยสามารถใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้ายขวา) เพิ่มขึ้นจาก 6 รายเป็น 13 ราย และข้อ 1 (ผู้ป่วยสามารถปิดปากได้สนิท) เพิ่มขึ้นจาก 18 รายเป็น 20 ราย ส่วนระยะคอหอย (Pharyngeal phase) ส่วนใหญ่อยู่ในข้อ 7 (ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก) เพิ่มขึ้นจาก 2 รายเป็น 19 ราย แสดงว่าอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและ การกลืนในระยะช่องปากและคอหอยแข็งแรงขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการสำลักน้ำหรืออาหาร สอดคล้องกับ กาญจนา ชุนทรง (2544) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนในการสำลักต่อมื้อ ภายหลังให้การพยาบาลมีการสำลัคน้อยกว่าก่อนให้การพยาบาล รองลงมาคือข้อ 5 (ผู้ป่วยสามารถขย้อนได้) เพิ่มขึ้นจาก 1 รายเป็น 16 ราย และข้อ 6 (ผู้ป่วยสามารถไอแรงๆได้) เพิ่มขึ้นจาก 10 รายเป็น 17 ราย) (ภาคผนวก ฉ ตารางที่ 7) เนื่องจากสมองควบคุมการกลืนมีทั้งเปลือกสมองและก้านสมอง ซึ่งกลุ่มทดลองพบมากที่สุดบริเวณสมองใหญ่ (cerebrum) สมองส่วนนี้ทำหน้าที่การรับและส่งประสาทไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ทั้งหมดอยู่ใน

ความควบคุมของระบบประสาท มีทั้งส่วนที่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ (voluntary) เช่น กล้ามเนื้อใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น ขากรรไกร เป็นต้น เมื่อได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ส่งผลให้อวัยวะและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนให้แข็งแรง ส่งผลการกลืนในระยะช่องปากและคอหอย มีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้น

ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ที่ถ่ายทอดผ่านผู้ดูแล ใช้แนวคิดการสอนแนะ (Coaching) ของ Eaton and Johnson (2001) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการกำหนดขั้นตอนในการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน นำไปสู่เป้าหมายหรือพฤติกรรมที่ต้องการ และแนวคิดตามแนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554) และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยาและสถาบันวิชาการ, 2550) ร่วมกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เน้นการส่งเสริมการกลืนด้วยการดัดแปลงอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และการส่งเสริมการจัดท่าช่วยกลืน และแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากของนักการบำบัด เน้นการใช้เทคนิคการกลืนแบบพิเศษ (CASLPO, 2007) ซึ่งเป็นการฟื้นฟูอวัยวะและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนให้แข็งแรง จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีความสามารถในการเคี้ยวและกลืนดีขึ้น (CASLPO, 2007; ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554; สถาบันประสาทวิทยาและสถาบันวิชาการ, 2550) ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ใช้เวลา 45-60 นาที แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะภายในโรงพยาบาล ใช้เวลา 5 วัน และภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจึงส่งเสริมการกลืน โดยมีขั้นตอนและกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) การกำหนดเป้าหมาย พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งเป็นเหมือนหลักเกณฑ์ หรือแนวทางที่จะทำให้เกิดมีความมุ่งมั่นที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จ ประกอบด้วย การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การฝึกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing และ การเลือกลักษณะอาหาร จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง เพื่อให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของภาวะกลืนลำบากของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันทั้งพยาบาล กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2) การวิเคราะห์ พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล วิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากซักประวัติ การประเมิน การตรวจร่างกาย รวมถึงความรุนแรงที่แตกต่างกันตามรอย

โรคในสมอง แนวทางการดูแลรักษา และจุดแข็ง ได้แก่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน แรงจูงใจที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน สังคม และจุดอ่อน ได้แก่ การสูญเสียพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์

3) สํารวจทางเลือก พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล สํารวจทางเลือกที่เป็นไปได้ที่จะปฏิบัติเพื่อไปให้ถึงจุดมุ่งหมาย ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากการวิเคราะห์แล้ว เมื่อรับรู้ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคาม จะนำมาประกอบในการหาหนทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ขั้นนี้พยาบาลจะช่วยผู้รับบริการสํารวจทางเลือกที่เป็นไปได้ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง

4) การวางแผน โดยพยาบาล ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล วางแผนและกำหนดการปฏิบัติต่างๆเกี่ยวกับกิจกรรมตามแผนการสอน ประกอบด้วย การให้ความรู้ เรื่องภาวะกลืนลำบาก การจัดทำที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน ผีกกลืนโดยวิธี supraglottis swallowing การเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสม ในกรณีทีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล และสาธิตวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของกิจกรรม

5) การเรียนรู้และฝึกทักษะ พยาบาลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆที่ได้วางแผนไว้ ดังนี้

5.1) พยาบาลฝึกจัดทำช่วยกลืน โดยให้นั่งศีรษะสูง 90 องศา เป็นเวลา 30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวันและก้มศีรษะเล็กน้อยขณะรับประทานอาหาร เนื่องจาก กล้ามเนื้อในช่องปากอ่อนแรง การควบคุมอาหารและของเหลวจะทำได้ไม่ดีพอ ทำให้การสำลักได้ง่ายและของเหลวจะตกเข้าไปในหลอดลม ดังนั้นท่าที่เหมาะสม คือ นั่งตัวตรง 90 องศา ก้มศีรษะเล็กน้อย ทำให้ง่ายต่อการกลืนลดการเกิดการสำลัก (Hines et al., 2010; Perry et al., 2013)

5.2) พยาบาลช่วยบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้ถูกต้องตามขั้นตอน โดยให้ อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ กักลมไว้ในปากให้แก้มป้อง ออกเสียง “อุ” สลับกับเสียง “อึ” ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกัน ใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกัน เคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้างค้างไว้ 5 นาที (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา) โดยฝึก 3 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 10 นาที จัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที เพื่อเป็นการฟื้นฟูความแข็งแรงของอวัยวะในช่องปากและ

กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัญหา กล้ามเนื้อลึนและแก้มอ่อนแรง ริมฝีปากปิดไม่สนิท มีความผิดปกติของประสาทสั่งการ รวมทั้งสูญเสีย รีเฟล็กซ์การกลืน (Jacobsson et al., 2000; Nowlin, 2006; ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ, 2554) ซึ่งการฟื้นฟูอวัยวะและกล้ามเนื้อดังกล่าวให้แข็งแรงจะช่วยให้ผู้ป่วย มีความสามารถในการเคี้ยวและกลืนดีขึ้น (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ, 2554)

5.3) พยาบาลช่วยส่งเสริมการฝึกกลืนด้วยวิธี Supraglottic swallowing โดยการสูดลมหายใจเข้าลึกที่สุด และกลืนหายใจไว้ คางชิดอก จากนั้นกลืนน้ำลาย หลังจากกลืนเสร็จให้อือ แล้วกลืนซ้ำอีกรอบแล้วจึงเริ่มต้นหายใจครั้งละ 10 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อวัน และจัดการปฏิบัติก่อนมื้ออาหาร 45 นาที วิธีนี้ช่วยยกเส้นเสียงแท้ขึ้นมาปิดท่อทางเดินหายใจ สามารถป้องกันการสำลัก และช่วยให้กระบวนการกลืนในระยะคอหอยเร็วขึ้น (Perry et al., 2013; Perry & Love, 2001; Westergren et al., 2001)

5.4) พยาบาลช่วยแนะนำและเลือกลักษณะอาหาร พบว่า อาหารที่มีความเข้มข้นมากกว่าน้ำจะช่วยลดการสำลัก (Geeganage et al., 2012) ซึ่งอาหารที่ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากควรเป็นอาหารที่มีความเข้มข้นสูงในระยะแรก เพราะ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการกลืนและการสำลักได้ง่าย เช่น โจ๊กปั่นข้น (Perry et al., 2013) ขนาด ของอาหาร (Bolus size) ในแต่ละครั้งของการรับประทานต่อคำควรรับประทานจำนวนน้อยๆ ประมาณ ½ -1 ช้อนชา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้โดยไม่เกิดการสำลัก (Hines et al., 2010; J. Killen, 1996)

ดังนั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะตามขั้นตอน เพื่อ ส่งเสริมการกลืนลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูกเป็นเวลานาน ร่วมกับการให้ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีทักษะสามารถ กำกับการปฏิบัติกิจกรรมได้ดังนี้

- 1) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการจัดทำช่วยกลืน ปฏิบัติได้ในวันแรก จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.9 รองลงมาคือวันที่ 2 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.1
- 2) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ส่วนใหญ่ ปฏิบัติได้ในวันที่ 2 จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือวันที่ 3 จำนวน 9 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40.9

3) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการฝึกกลืน ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ในวันที่ 3 จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือวันที่ 2 และวันที่ 4 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.3

4) ผู้ดูแลสามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ในวันที่ 2 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.4 รองลงมาคือวันที่ 3 และวันที่ 4 จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.8 และสามารถปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดได้ในวันที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 100 (ภาคผนวก ฉ ตารางที่ 8)

จากผลดังกล่าว แสดงว่าการสอนและฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน และเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับตนเองได้ถูกต้อง สอดคล้องกับตั้งการศึกษาของจินนระรัตน์ ศิริภัทรภิญโญ (2540) พบว่า การสอนและฝึกทักษะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คະแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แบบสามี/ภรรยา มากที่สุดจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นบุตร 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4 (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมกลืนดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประกอบพร ทิมทอง (2551) พบว่า ผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันโดยเป็นบุตร และคู่สมรส ย่อมมีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน ประกอบกับสังคม ประเพณี วัฒนธรรมของไทย มักจะมีความเชื่อในความกตัญญู การทดแทนบุญคุณ การให้ความเคารพต่อบุพการีผู้มีพระคุณ หรือแม้แต่การถือเป็นที่หน้าของสามี-ภรรยา ที่ต้องคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จากการจัดการกระทำก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการกลืนของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ บุญญาธิสา เมืองทอง (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายกันในเรื่อง อายุ เพศ ความรุนแรงของโรค คະแนนความพร้อมในการกลืน โดยโปรแกรมการส่งเสริมการกลืนประกอบด้วย การฝึกกลืน และการบริหารกล้ามเนื้อการกลืนใช้เวลาประมาณ 20 นาที พัก 40 นาที ก่อนมีอาหารทั้ง 3 มื้อ และการจัดอาหารที่เหมาะสม ตลอดระยะเวลา 5 วัน ผลการทดลองพบว่า ภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า คະแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัย หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สอดคล้องกับการศึกษากาญจนา ขุนทรง (2544) ศึกษาการพยาบาลเพื่อลดการสำลักในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบาก วัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อศึกษาผลของการพยาบาล

เพื่อลดอาการสำคัญในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่มีปัญหาคลื่นลำบาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดสมองบริเวณ Posterior fossa และหรือ Cerebral cortex ที่มีปัญหาคลื่นลำบาก จำนวน 8 ราย เมื่อได้รับพิจารณาให้รับประทานอาหารและน้ำทางปากเป็นครั้งแรก โดยกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดการสำคัญประกอบด้วย ฝึกการกลืน 4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาทีตลอดระยะเวลา 5 วัน จัดท่าศีรษะสูง 90 องศา เตรียมอาหารที่มีลักษณะเหนียวข้นอุณหภูมิ 40-42 องศา จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนในการสำคัญต่อมือภายหลังให้การพยาบาลในกลุ่มที่สำคัญ มีค่าน้อยกว่าก่อนให้การพยาบาล

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะคลื่นลำบากกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำคะแนนการกลืนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะคลื่นลำบากกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำคะแนนการกลืนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการกลืนมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืนก่อนการทดลองเท่ากับ 6.55 ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 6.82 มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น 0.27 ซึ่งเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืน ก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.86 ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 8.68 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืนเพิ่มขึ้น 2.82 (ตารางที่ 3) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำ ผู้วิจัยจึงส่งเสริมการกลืนอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่องทุกวัน ตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาเป็น วันที่ 1 และกระทำกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำ วันละ 2 ครั้งในช่วงเช้าและบ่าย เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 5 วัน พร้อมทั้งโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อประเมิน ปัญหาอุปสรรคและให้การสอนแนะนำช่วยเหลือปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีคะแนนการกลืนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำ และมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินภาวะคลื่นลำบาก การส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินการกลืน และพบว่า มีภาวะคลื่นลำบาก ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการส่งเสริมการกลืนจากนักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตามขั้นตอนของการพยาบาลตามปกติ ขาดการกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่จะช่วยส่งเสริมการกลืนให้แก่กลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการกิจกรรมไม่ชัดเจน ขาดการติดตามและ

ประเมินอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการกลืนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

เมื่อพิจารณาคะแนนการกลืนของกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลพบว่า มีคะแนนการกลืนมากที่สุดอยู่ในระยะช่องปากและคอหอย เมื่อพิจารณาการกลืนในแต่ละระยะเป็นรายข้อ พบว่าระยะช่องปาก เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่อยู่ใน ข้อ 2 (ผู้ป่วยสามารถใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้ายขวา) เพิ่มขึ้นจาก 9 รายเป็น 11 ราย รองลงมาคือข้อที่ 4 (ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย้อน) เพิ่มขึ้นจาก 14 รายเป็น 15 ราย ส่วนในข้อ 1 (ผู้ป่วยสามารถปิดปากได้สนิท) เพิ่มขึ้นจาก 19 รายเป็น 20 ราย ในระยะคอหอย กลุ่มควบคุมมีคะแนนการกลืนเพิ่มขึ้น ดังนี้คือข้อ 5 (ผู้ป่วยสามารถขย้อนได้) เพิ่มขึ้นจาก 2 รายเป็น 3 ราย ข้อที่ 7 (ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก) เพิ่มขึ้นจาก 1 รายเป็น 2 ราย (ภาคผนวก ฉ ตารางที่ 7) และจากการประเมินและติดตามกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มควบคุมได้รับการใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูกจำนวน 3 รายจาก 22 ราย ในวันแรกที่เข้ารับการรักษา (แรกรับจาก ER) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและยาอย่างปลอดภัย ป้องกันภาวะทุพโภชนาการ และเมื่อแพทย์อนุญาตให้เริ่มรับประทานอาหาร และทดสอบการกลืนพบว่า กลุ่มควบคุมมีการสำลักน้ำและอาหารหนืด จึงได้รับใส่สายยางให้อาหารจำนวน 6 ราย และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยยังไม่สามารถถอดสายยางให้อาหารได้ จำนวน 9 ราย (ตารางที่ 2)

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยนำมาอภิปรายดังนี้ คือ กลุ่มควบคุมขาดการส่งเสริมการกลืนอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับการเฝ้าระวังหรือติดตามภาวะกลืนลำบากซ้ำ ในระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจำหน่าย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด ความถี่ในการปฏิบัติแต่ละวันน้อยกว่ากลุ่มทดลอง และขาดขั้นตอนการสอนแนะที่ช่วยพัฒนาทักษะรวมทั้งตำแหน่งการเกิดโรค พบมากที่สุดในกลุ่มควบคุม คือ Cerebellum จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.6 รองลงมาคือ Parietal lobe จำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 19.4 และมีรอยโรคขนาดใหญ่ที่พบบริเวณ เส้นเลือดแดงใหญ่ในสมอง (MCA) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.7 ส่งผลให้จึงทำให้คะแนนการกลืนของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง

ส่วนกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองได้รับการใส่สายยางให้อาหารจำนวน 6 ราย ในวันแรกที่เข้ารับการรักษา (แรกรับจาก ER) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนในช่วงวิกฤตเฉพาหน้า และการใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูก (nasogastric tube) ไม่ได้แก้ไขปัญหการสำลัก แต่มุ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและยาอย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้ปกติ (วิฑูร ลิลาภินิตย์, 2548) เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลุ่มทดลองเริ่มรับประทานอาหาร ผู้วิจัยจึงเริ่มจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะในกลุ่มทดลองจนกระทั่งสามารถรับประทานอาหารและอาหารหนืดขึ้นได้โดยไม่สำลัก เมื่อแพทย์พิจารณาให้กลุ่มทดลองถอดสายยางให้อาหารได้จำนวน 5 รายในวันที่ 3 และวันที่ 4 เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาล

โดยการสอนแนะ เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ดูแล เพิ่มพูนความรู้และทักษะการส่งเสริมการกลืนอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การจัดท่าช่วยกลืน การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การฝึกกลืน และการเลือดลักษณะอาหารที่เหมาะสม การแต่วันแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 วัน และโทรศัพท์ติดตามภายหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล มีความรู้และทักษะ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม (Wolever et al., 2010) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีการการสนับสนุนจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลจัดเป็นกลุ่มสนับสนุนด้านจิตใจและร่างกาย การสนับสนุนจากผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก มีความสามารถในการกลืนเพิ่มมากขึ้น

จากผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลัดดา ศิลาเรียม, (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืน และการรับประทานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสามารถในการกลืนและความสามารถในการรับประทานอาหาร ในวันที่ 7, 14 และ 30 จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร (2546) ศึกษาผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการกลืนลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value= 0.004) และสอดคล้องกับการศึกษา Vale et al. (2003) ศึกษา ความสำเร็จของการสอนแนะในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า โปรแกรมการสอนแนะช่วยลดน้ำหนัก เพิ่มการออกกำลังกาย ลดความวิตกกังวล ช่วยให้ภาวะสุขภาพและอารมณ์ดีขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษา Wolever et al. (2010) ศึกษาการผสมผสานแนวทางการสอนแนะในผู้ป่วยเหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการสอนแนะ มีความร่วมมือในการรับประทานเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนแนะไม่พบว่ามีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มทดลองจำนวน 1 รายที่ไม่สามารถถอดสายยางให้อาหารได้ ทั้งนี้เนื่องจากอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพการขาดเลือดของเนื้อสมองขนาดใหญ่ บริเวณ Frontal, Temporal, Occipital area ทำให้ผู้ป่วยมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น กลุ่มตัวอย่างรายนี้ไม่สามารถกลืนน้ำและอาหารชนิดข้น แพทย์จึงไม่อนุญาตให้ถอดสายยางให้อาหาร จากการติดตามโทรศัพท์เยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยขาดการฝึกฝนกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืนอย่างต่อเนื่อง

จากการเปรียบเทียบการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ภายหลังได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาล โดยการสอนแนะนำมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการกลืนมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป

ผลของการจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งผ่านจากผู้ดูแล ลงสู่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลอง หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ทำให้กลุ่มทดลองสามารถบรรลุผลในคะแนนการกลืนที่เพิ่มขึ้น และกลุ่มทดลองสามารถอดสยาย่างให้อาหารได้ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก ควรนำโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำ ไปใช้ในจัดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยและลดความเสี่ยงในการสำลัก
2. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาล นำโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำ ให้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกลืนลำบาก และ กิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน ตลอดจนได้รับการฝึกกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน เพื่อให้เกิดทักษะที่ถูกต้อง
3. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลและผู้มีส่วนดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ในกลุ่มโรคอื่น ประยุกต์ใช้โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำ เพื่อส่งเสริมการกลืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและติดตามผลระยะยาวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ภายหลังได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะนำ
2. กิจกรรมการพยาบาลต้องประเมินการกลืนและอาการสำลักตามมื้ออาหารที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาต ให้สามารถกลืนได้ด้วยตนเอง

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีภาวะกลืนลำบาก เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดชนิดเส้นเลือดสมองแตก และผู้สูงอายุ เป็นต้น
4. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะ ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากกับผู้ดูแลในระยะยาว (long-term care) เพื่อส่งเสริมการกลืน และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก
5. ควรมีการจับคู่ (Match Pair) ตำแหน่งการเกิดรอยโรคในสมอง และคะแนนการกลืนเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
6. ควรมีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก



รายการอ้างอิง

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: แอลที เพรส.
- กาญจนา ขุนทรง. (2545). การพยาบาลเพื่อลดการล้มในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่มีปัญหาคลื่นลำบาก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: แอลที เพรส.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2554). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน. (2553). โรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จอม สุวรรณโณ. (2546). ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ เปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล, 18(3), 1-21.
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกปฏิบัติทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยและการจัดการทางการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ชาญชัย โพธิ์คลัง. (2532). หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในการฝึกกีฬา (*The scientific basic of coaching*). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ทิพย์สุดา ชำนาญศรีเพ็ชร. (2545). ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร
- นพรัตน์ รุจิราษฎร์เรือง. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนเน้นร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- นันทพร ชื่นเทศ. (2546). การสร้างวิถีทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลบางมูลนาก. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารพยาบาล), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิจศรี ชาญณรงค์(สุวรรณเวลา). (2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญญา เมืองทอง. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยาลัยนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ประภาพรพรณ สิงห์โต. (2556). ความเป็นไปได้และผลลัพธ์ของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลักในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี ๒๕๕๖ (*RSU Research Conference 2013*), 89-98.
- พรชัย สติปัญญา. (2550). ภาวะการกลืนผิดปกติในโรคระบบประสาท. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 6, 561-568.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 2, 84-93.
- ยุพิน ชัยชล. (2550). การจัดการกับอาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วารสารการพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร (Vol. 1, pp. 18-28).
- โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, & เอกชัย กันธะวงศ์. (2553). ประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. from www.research.psu.ac.th.
- ลัดดา ศิลาเรียม, ธีรนุช ห่านิรัตติย์, สมบัติ มุ่งทวีพงษา.(2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *พยาบาลสาร*;41:180-91.
- โรงพยาบาลชลบุรี.(2558). สถิติโรงพยาบาลชลบุรี. ชลบุรี.
- วิฑูร ลีลามนิตย์. (2548). กลืนลำบากและสำลัก. *สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์*.
- วินิตา ชูช่วย. (2547). ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- วิรวรรณ คล้ายหิรัญ. (2544). ผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2554). แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อล้าจากโรคหลอดเลือดสมอง. from www.snmrc.go.th.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2552). แนวทางการส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะการกลืนลำบากสำหรับพยาบาล (ออนไลน์). from <http://www.pni.go.th/pnigoth/?p=1067>.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2556). คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน. สถาบันประสาท: กรุงเทพฯ.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550a). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. สถาบันประสาท: กรุงเทพฯ.
- สถาบันประสาทวิทยาและสถาบันวิชาการ. (2550b). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. from www.pni.go.th.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2555). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ. บริษัท จุฑทอง จำกัด: กรุงเทพมหานคร.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุข. from <http://www.boe.ops.moph.go.th>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559a). จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ประจำปี พ.ศ.2558. Retrieved 2 กรกฎาคม, 2559, from <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559b). ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลก ปี พ.ศ.2558. Retrieved 5 กรกฎาคม, 2559, from <http://www.thaincd.com/news/hot-news-view.php?id=10305>
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (ปริญญาเอก), มหิดล.
- สุปรียา พิทักษ์เจริญ. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแล ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.

แสงรุ่ง รักอยู่. (2556). ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ. (วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Adams, H. P., et al. (2007). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Stroke*, 38, 1655-1711.

Bach-y-Rita, D. (1990). Brain plasticity as a basis for recovery of function in humans. *Neuropsychologia*. *Neuropsychologia*, 28, 547-554.

Boczko, F. (2006). Patient' Awareness of symptoms of dysphagia. *Journal of the American Medical Director Association*, 10(1016), 587-590.

CASLPO. (2007). Practice Standards and Guidelines For Dysphagia Intervention by Speech-Language Pathologists from www.caslp.com

cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Daniels, Stephanie, K., Ballo, L. A., Mahoney, M.-C., & Foundas, A. L. (2000). Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: Outcome measures in acute stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 81(8), 1030-1033. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2000.6301>

DePippo , K. L., Holas, M. A., & Reding, M. J. (1992). The Burke dysphagia screening test: validation of its use in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 75, 1284-1286.

Eaton, J. P., & Johnson, R. (2001). *Coaching successfully*. London: Dorling Kindersly Books.

Edmiaston, J., Connor, L. T., Loehr, L., & Nassief, A. (2010). Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. *Am J Crit Care*, 19(4), 357-364. doi: 10.4037/ajcc2009961

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139-146.

- Geeganage, C., Beavan, J., Ellender, S., & Bath, P. M. (2012). Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*(10).
- Girvin, J. (1999). Coaching for improving job performance and satisfaction. *Nurs Times*, 95(50), 55-57.
- Grealish, L. (2000). The skills of coach are an essential element in clinical learning. *J Nurs Educ*, 39(5), 231-233.
- Hanchaiphibookkul, S., Pongvarin, N., Nidhinandana, S., Suwanwela, N. C., Puthkhao, P., Towanabut, S., . . . Samsen, M. (2011). Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *J Med Assoc Thai*, 94(4), 427-436.
- Heart and Stroke Foundation of Ontario. (2006). Management of dysphagia in acute stroke: An educational manual for dysphagia screening professional. from www.profed.heartandstroke.ca
- Heart and Stroke Foundation of Ontario. (2008). Dysphagia Screening Tools: A Review June 2008 from www.westgstastroke.ca
- Hickey, J. V. (2009). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (6 ed.). United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hines, S., Wallace, K., Crowe, L., Finlayson, K., Chang, A., & Pattie, M. (2010). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 8(6), 255-301.
- Hines, S., Wallace, K., Crowe, L., Finlayson, K., Chang, A., & Pattie, M. (2011). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(2), 148-150.
- Jacobsson, Axelsson, Wenngren, & Norberg. (1996). Eating despite severe difficulties: assessment of poststroke eating. *Journal of Clinical Nursing*, 5(1), 23-31. doi: 10.1111/j.1365-2702.1996.tb00223.x

- Jacobsson, Axelsson, K., Osterlind, P. O., & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing, 9*(2), 255-264.
- Katrina, C. (2011). The management of dysphagia after stroke. *British journal of neuroscience nursing, 1*, 463-440.
- Killen, J. (1996). Understanding dysphagia: interventions for care. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, 5*(2), 99.
- Kumlien, S., & Axelsson, K. (2002). Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care. *J Clin Nurs, 11*(4), 498-509.
- Langdon, C. (2012). Dysphagia and Respiratory Infections in Acute Ischemic Stroke, Acute Ischemic Stroke. from <http://www.intechopen.com/books/acute-ischemic-stroke/dysphagia-and-respiratory-infections-in-acuteischemic-stroke>
- Langdon, C., Lee, A. H., & Binns, C. W. (2007). Dysphagia in acute ischaemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype. *Journal of Clinical Neuroscience, 14*(7), 630-634.
- Lavados, P. M., Hennis, A. J., Fernandes, J. G., Medina, M. T., Legetic, B., Hoppe, A., . . . Salinas, R. (2007). Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. *The Lancet Neurology, 6*(4), 362-372.
- Logemann, J. (1998). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. 2nd edn.* Texas: Pro-ed Publishing.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke, 36*(12), 2756-2763.
- Martino, R., Martin, R., & Black, S. (2012). Dysphagia after stroke and its management. *CMAJ, 184*(10), 1127-1128.
- Merrill, R. M., Aldana, S. G., & Bowden, D. E. (2010). Employee weight management through health coaching. *Eat Weight Disord, 15*(1-2), e52-59.
- Morris, H. (2006). Managing dysphagia in older people. *Primary Health Care, 16*(6), 34-36.

- Navichareern, R., Aunguroch, Y., & Thanasilp, S. (2009). Effects of Multifaceted Nurse-Coaching Intervention on Diabetic Complications and Satisfaction of Persons with Type 2 Diabetes. *J Med Assoc Thai*, 92(8), 1102-1111
- Nazarko, L. (2007). Swallowing difficulties in stroke patients. *Nursing & Residential Care*, 9(2), 57-61.
- Nilanont, Y., Phattharayuttawat, S, Chiewit, P, Chotikanuchit, S, Limsriwilai, J, Chalernpong, L, et al. (2010). Establishment of the Thai version of National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and a Validation Study. *JOURNAL OF THE MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND*, 93(Suppl.1), 171-178.
- Nowlin, A. (2006). The dysphagia dilemma: Caring for patient with a swallowing disorder demands a large dose of vigilance and arsenal of nursing intervention to keep him safe *Nursing Journal for Registered nurse*, 69(6), 44-48.
- O'Donoghue, C. R., & Dean-Claytor, A. (2008). Training and self-reported confidence for dysphagia management among speech-language pathologists in the schools. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 39(2), 192-198. doi: 10.1044/0161-1461(2008/019)
- Okubo, P., Fabio, S., Domenis, D., & Takayanagui, O. (2012). Using the national institute of health stroke scale to predict dysphagia in acute ischemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 33(6), 501-507.
- Perry, L. (2001a). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: Identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 463-473.
- Perry, L. (2004). Eating and dietary intake in communication-impaired stroke survivors: a cohort study from acute-stage hospital admission to 6 months post-stroke. *Clinical nutrition*, 23(6), 1333-1343.
- 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.
- Perry, L., & Love, C. P. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia*, 16(1), 7-18.

- Polit, F., & Hungler, P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Ramsey, D. J. C., Smithard, D. G., & Kalra, L. (2003). Early Assessments of Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients. *Stroke*, *34*(5), 1252-1257. doi: 10.1161/01.str.0000066309.06490.b8
- Reilly, S., & Ward, E. (2005). The epidemiology of dysphagia. Describing the problem – are we too late? *International Journal of Speech-Language Pathology*, *7*(1), 14-23.
- Roquer, J., Campello, A. R., & Gomis, M. (2003). Sex difference in first-ever acute stroke. *Stroke*, *34*(7), 1581-1585.
- Shyamani, H., & Gopi, K. (2013). Effect of an Experiential Dysphagia Workshop on Caregivers' Knowledge, Confidence, Anxiety and Behaviour During Mealtimes from www.dcidj.org
- SIGN. (2004). Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. from www.sign.ac.uk
- Singh, S. (2006). A trial of pharyngeal electrical stimulation for the treatment of dysphagia post stroke. Proceedings of the UK Stroke Forum Conference. Harrogate. *The Stroke Association*, *31*.
- Smith, H. A., & Connolly, M. J. (2003). Evaluation and treatment of dysphagia following stroke. *Topics in Geriatrics Rehabilitation*, *19*(1), 43-59.
- Stroke Association. (2013). Stroke statistics. from <http://www.stroke.org.uk>
- Terrado, M., Russell, C., & Bownman, J. B. (2001). Dysphagia: An overview. *Medical Surgical Nursing*, *10*(5), 233-248.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging swallowing screen. *Stroke*, *38*, 2948-2952.
- Werner, H. (2005). The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist role. *Journal of Neuroscience Nursing*, *37*(4), 212-215.
- Westergren, A., Ohlsson, O., & Hallberg, I. R. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced nursing*, *35*(3), 416-426.

Wolever, R. Q., Dreusicke, M., Fikkan, J., Hawkins, T. V., Yeung, S., Wakefield, J., . . .

Skinner, E. (2010). Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Diabetes Educ*, 36(4), 629-639.

Wongpiriyayothar, A., Piamjariyakul, U., & Williams, P. D. (2011). Effects of patient teaching, educational materials, and coaching using telephone on dyspnea and physical functioning among persons with heart failure. *Appl Nurs Res*, 24(4), e59-66.

World health organization. (2011). Global Status Report on Non Communicable Diseases 2011. from

http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

Yeh, S. J., Huang, K. Y., Wang, T. G., Chen, Y. C., Chen, C. H., & Tang, S. C. (2011).

Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *J Neurol Sci*, 306(1-2), 38-41. doi:

10.1016/j.jns.2011.04.001



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นพ.ชาญวิทย์ ชัยสุริยะพันธ์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี
2. อาจารย์ ดร.ฉัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล	อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัย พยาบาลสภากาชาดไทย
3. ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสุภาพันธ์รัตน์ คำหอม	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. นางสาวศศิธร เปี่ยมทอง	นักกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลชลบุรี





ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/ 0340



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสา คำสัตย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนวต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| 1. นายแพทย์ ชาญวิทย์ ชัยสุริยะพันธ์ | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 2. นางสาวศศิธร เปี่ยมทอง | นักกิจกรรมบำบัด |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิตา มริชวาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ ชาญวิทย์ ชัยสุริยะพันธ์ และนางสาวศศิธร เปี่ยมทอง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาววันวิสา คำสัตย์ โทร. 091-4358-034

ที่ ศธ 0512.11/0139

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

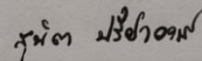
4 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสา คำสัตย์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ธีญลักษณ์ บรรลิตกุล อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. ธีญลักษณ์ บรรลิตกุล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
นางสาววันวิสา คำสัตย์ โทร. 091-4358-034

ที่ ศธ 0512.11/0139



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสา คำสตัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ที่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาววันวิสา คำสตัย โทร. 091-4358-034

ที่ ศธ 0512.11/ 0139

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสา คำสัดย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญนางสุภาพันรัตน์ คำหอม พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย ธนาครกรุงเทพ 3 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชวางษ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชวางษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสุภาพันรัตน์ คำหอม
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
นางสาววันวิสา คำสัดย โทร. 091-4358-034

ที่ ศร 0512.11/0270



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสา คำสัตย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนวต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแล จำนวน 56 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองการกลืนทางคลินิก แบบประเมินความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก และแบบประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก และโปรแกรมการพยาบาลโดยการสอนแนว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววันวิสา คำสัตย์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมใจ มิ่งไธสงค์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางสาววันวิสา คำสัตย์ โทร. 091-4358-034

ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสิทธิ์พิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสืออนุมัติวิจัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ โทร. ๑๐๔๘

ที่ ขบ ๐๐๓๒.๑๐๒.๒/๑๙๕

วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย

เรียน คุณวันวิสา คำสัตย์

ตามที่ท่าน มีความประสงค์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัย เรื่อง “ ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดย การสอนแนะต่อความสามารถในการกลืนของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก” THE EFFECT OF A NURSE-COACHING INTERVENTION ON SWALLOWING ABILITY IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA นั้น

ในการนี้คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย ประชุมวันที่ ๘ เมษายน ๒๕๕๘ ณ ห้อง ประชุมนายแพทย์สุจินต์ ผลการกุล (เล็ก) พิจารณาแล้วเห็นชอบควรสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยตามขอบ เขตที่กำหนดได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายพงษ์เทพ ไชยประสิทธิ์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย



เอกสารเลขที่ ๔๔ /2558

รหัสวิจัย 037/58/O/๑

ใบรับรองโครงการวิจัย

โดย คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

- โครงการวิจัย : ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อความสามารถในการกลืนของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีการะกลืนลำบาก
THE EFFECT OF A NURSE-COACHING INTERVENTION ON SWALLOWING ABILITY IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA
- ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาววันวิสา คำสัตย์
- หน่วยงานที่รับผิดชอบ : หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) กลุ่มงานอายุรกรรม รพ.ชลบุรี

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้

ชื่อนาม

(นายแพทย์พงษ์เทพ ไชยประสิทธิ์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายแพทย์อัษฎา ดิยพันธ์)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

วิชาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

วันที่รับรอง : 25 พฤษภาคม 2558

วันหมดอายุ : 25 พฤษภาคม 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม
- 5) ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยของอาสาสมัคร

กำหนดการส่งรายงานความคืบหน้าการวิจัย

 ทุก 3 เดือน ทุก ๖ เดือน

เจือใจ...

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบบินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่กรรมการลงนามรับรองเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย ใน 7 วัน ทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย พิจารณารับรองก่อนดำเนินการต่อ
7. ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย ตามที่คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยกำหนด

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อความสามารถในการกลืนของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก**

ชื่อผู้วิจัย นางสาววันวิสา คำสัตย์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลชลบุรี (ที่ทำงาน) โทรศัพท์ 038931116-7, 038931985

โทรศัพท์มือถือ 0914358034 E-mail:sri_3p@hotmail.com.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว** ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้เกี่ยวกับ “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก” และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิ **ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น**โดยยังได้รับการรักษาและการพยาบาลอย่างเต็ม**

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับและจะทำลายเอกสารข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย** โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า **ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:

eccu@chula.ac.th และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี 69 หมู่ 2 ต.
บ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000 โทรศัพท์ 038931050

ข้าพเจ้า ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

ลงชื่อ

.....
(นางสาววันวิสา คำสัตย์)

.....
(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

.....
(.....)

พยาน



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การวิจัย เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

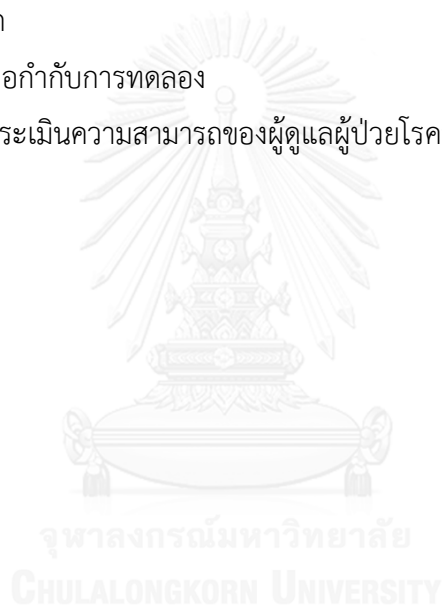
กิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก



**โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะต่อการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก**

ปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายและความพิการทั่วโลก (Lavados et al., 2007) ส่วนสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปีพ.ศ.2550-2558 เป็นร้อยละ 20.65, 20.78, 21.04, 27.53, 30.04, 31.69, 36.13, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559a) ส่วนข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2550-2557 เท่ากับ 255.85, 140.42, 277.67, 307.93, 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมของทั้งประเทศ พบว่าอัตราป่วยและอัตราตายมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า จากปี พ.ศ.2550 ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมีอุบัติการณ์คิดเป็นร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และโรคหลอดเลือดชนิดสมองตีบถือเป็นสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Stroke Association, 2013) แต่กลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักพบความพิการหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน (Perry, 2004; Perry et al., 2013)

ปรัชญา

ภาวะกลืนลำบาก เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Langdon, 2012) ซึ่งส่งผลต่อการกลืนในแต่ละระยะ (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2006; Langdon, 2012) และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้เกิดการสำลักอย่างรุนแรง ต่อมาเกิดภาวะปอดบวม ภาวะขาดสารอาหารรวมทั้งมีภาวะขาดน้ำ รวมทั้งส่งผลต่อการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้จากภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขยับร่างกายได้ตามปกติหรือรับประทานอาหารได้ตามปกติเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบากจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือญาติในการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตามเมื่อเริ่มต้นฟื้นฟูสภาพภายหลังการรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากอายุ 18-65 ปี และมีผู้ดูแล ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก อายุ 18-65 ปี และมีผู้ดูแล ที่รับไว้รักษาตัวที่แผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลชลบุรี

.....

.....

.....

การดำเนินการทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการสอนแนะใช้เวลา 45-60 นาที

1.1 การกำหนดเป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย

1.1.1 การกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่าง สามารถนั่งในท่าศีรษะสูง 90 องศา ได้ 30 นาที ต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อวันได้ภายใน 1 วัน

2) กลุ่มตัวอย่าง สามารถบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้ถูกต้องตามขั้นตอน ได้ 10 นาทีต่อครั้งจำนวน 3 ครั้งต่อวันเป็นภายในระยะเวลา 2-3 วัน

3)

.....

.....

1.1.2 การกำหนดเป้าหมายของผู้ดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการจัดทำช่วยกลืนได้ ภายใน 1 วัน

2) ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนกับผู้ป่วยได้ภายในระยะเวลา 2-3 วัน

3)

1.2 การวิเคราะห์ แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 2 วันที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ช่วงเช้าใช้เวลา 30-45 นาที ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมให้กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดยเน้นการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุความสำเร็จในวันที่ 1 นำมากำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์ สํารวจทางเลือก วางแผน และลงมือปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้

1.1 การกำหนดเป้าหมาย

ครั้งที่ 10 สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามในวันที่ 1 และวันที่ 7 กำหนดเวลาประมาณ 30 นาทีเพื่อประเมิน ปัญหาอุปสรรคและให้การสอนแนะช่วยเหลือปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งแจ้งถึงการสิ้นสุดการวิจัย

ส่วนที่ 5 แผนการสอนและการสอนแนะให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะก้นล้มราบ

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะก้นล้มราบ

ผู้สอน นางสาววิวิสา คำสัตย์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะก้นล้มราบและผู้ดูแล

สถานที่ โรงพยาบาลชลบุรี

ระยะเวลา ใช้ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะก้นล้มราบและผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะก้นล้มราบ สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ รวมทั้ง การฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ย่อย

1. สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะก้นล้มราบได้
2. สามารถบอกสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะก้นล้มราบได้ถูกต้อง
3.
4.

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแลสามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากได้</p>	<p>ขั้นนำ โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่รู้จักโดยทั่วไปว่า ภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต เพราะฉะนั้น เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะมีความพิการเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือ การรับประทานอาหารของผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>ขั้นสอน โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นสาเหตุหลักของ ที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง แต่กลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักพบความพิการหลงเหลืออยู่ และยังคงพบว่า ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน หรือเรียกว่า “ภาวะกลืนลำบาก” ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 27 ถึงร้อยละ 64</p> <p>.....</p>	<p>- ผู้ ส อ น ส ำ ง สัมภาษณ์ภาพ โดยแนะนำตนเอง และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแนะนำตนเอง</p> <p>- ผู้สอนใช้คำถามว่า “โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดคืออะไร” และตั้งคำถามว่า “โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่องอะไรบ้าง”</p> <p>จากนั้นกล่าวนำสู่เนื้อหา</p> <p>เวลา 10 นาที</p>	<p>- PowerPoint แสดงภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในลักษณะต่างๆ</p> <p>- PowerPoint แสดง แผนภาพ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และ ร้อยละของการเกิดภาวะกลืนลำบาก</p>	<p>- สังเกตความกระตือรือร้น ความตั้งใจ และความสนใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>- ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกัน เสนอความคิดเห็น</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือกตนเองขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแลสามารถบอกสาเหตุและผู้ดูแลบ่งชี้ได้ที่ถูกต้อง</p> <p>สังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร</p>	<p>สาเหตุและกลไก</p> <p>พยาธิสภาพเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ได้แก่บริเวณเปลือกสมอง ทำหน้าที่ในการรับรู้และสั่งงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน และกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการกลืน ทำหน้าที่ในการรับคำสั่งจากสมองส่วนหน้าและสารสื่อประสาท ไปยังเส้นประสาทสมองทั้ง 5 คู่ เพื่อสั่งการและรับความรู้สึกไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ให้เกิดการหดตัว คลายตัวและการเคลื่อนไหวอย่างสัมพันธ์กัน เพื่อให้อาหารผ่านจากช่องปาก คอหอยและหลอดอาหารได้อย่างปลอดภัย</p> <p>สาเหตุของภาวะกลืนลำบาก</p> <p>1. เพศ พบว่า อัตราการเกิดภาวะกลืนที่ผิดปกติในประเทศชายเท่ากับประเทศหญิง แต่เพศหญิงมีอัตราการรุนแรง และอัตราการพิการมากกว่าเพศชาย รวมทั้งการฟื้นตัวช้ากว่า ซึ่งบ่งบอกได้ว่า ผู้หญิงมีภาวะกลืนลำบากมากกว่าเพศชาย</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>- ผู้วิจัยให้ข้อมูลโดยบรรยายให้ผู้ช่วยและผู้ดูแลทราบถึง กลไกการเกิดภาวะกลืนลำบาก</p> <p>- ผู้สอนใช้คำถามว่า “ทราบหรือไม่ว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะกลืนลำบากมีอะไรบ้าง”</p> <p>เวลา 15 นาที</p>	<p>- PowerPoint แสดงกลไกการเกิดภาวะกลืนลำบาก</p> <p>- PowerPoint แสดงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะกลืนลำบาก</p>	<p>- ผู้วิจัยสังเกตการแสดงออกของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่แสดงถึงความเข้าใจ เช่น การพยักหน้า การชี้ถามข้อสงสัยต่างๆ</p> <p>- ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้ 2 จาก 3 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>2. อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมาก ด้วยความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ทำให้ความสามารถในการกลืนน้อยกว่าวัยหนุ่มสาวพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะในช่องปากและคอหอย เนื่องจากความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง การสร้างน้ำลายลดลง การรับความรู้สึกของเส้นประสาทสมองเปลี่ยนแปลงไป หรือมีความไวลดลง การปิดของเส้นเสียงและการเคลื่อนไหวของลิ้นปิดปิดกั้นเสียงลดลง การทำหน้าที่ของหูรูดหลอดอาหารเปลี่ยนแปลง การสร้างและหลั่งน้ำลายลดลง ทำให้ปากแห้ง เคี้ยวอาหารได้ยาก และเกิดการติดค้างตามเยื่อในช่องปาก ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากได้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ดูแลสามารถระบุภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลืนลำบากได้ถูกต้อง</p>	<p>ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ ภาวะกลืนลำบากในโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความเจ็บป่วยซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการสำลัก และยังเป็นการสาเหตุให้ผู้ป่วยที่ฟื้นตัวช้า ซึ่งภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่พบได้บ่อยได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บอดอีกเสบจากการสำลัก พบได้ประมาณร้อยละ 10-22 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 38 เสียชีวิตเนื่องจากปอดอักเสบในเดือนแรกของการรักษา โดยการสำลักอาหาร สารเหลว น้ำลาย หรือน้ำย่อย เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ 2. ภาวะขาดน้ำและทุพโภชนาการ พบว่า ได้ประมาณร้อยละ <p>..... </p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สอนใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น - ผู้สอนใช้คำถามว่า “เมื่อเกิดภาวะกลืนลำบาก จะเกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนอะไรได้บ้าง” <p>เวลา 10 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PowerPoint แสดงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะกลืนลำบาก 	<p>- ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลืนลำบากและสามารถตอบข้อคำถามได้ 3 จาก 5 ข้อ</p>

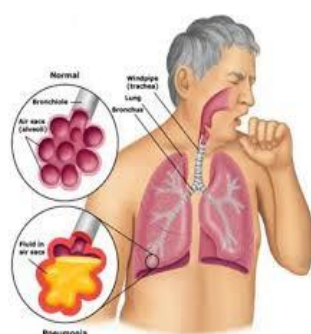
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>3. ผลกระทบต่ออารมณ์และสังคม พบว่า ร้อยละ 41 จะมีประสบการณ์วิตกกังวลในระหว่างมื้ออาหารและร้อยละ 31 ปฏิเสธการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความยากลำบาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>4. การที่ดัดแปลงอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือตสมองที่มีอาการกลืนลำบากมักมีปัญหาในระยะที่อาหารอยู่ในปากและคอตลอด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>- สอนแบบสาธิต โดยผู้สอนและผู้ช่วย ร่วมกันฝึกทักษะ และผู้ดูแลมีส่วนร่วมใน การช่วยเหลือผู้ช่วยใน ทุกขั้นตอนของการฝึกทักษะ</p>	<p>- ผู้สอนเป็นต้นแบบในการฝึกทักษะ</p> <p>- อาหารแต่ละชนิด</p> <p>- ซ้อนขา</p>	<p>- ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถฝึกกลืนโดยวิธี Supraglottic swallowing ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>- ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถเลือกอาหารที่เหมาะสม และ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>✓ ขั้นสรุป ภาวะคลื่นไส้บวม เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งส่งผลต่อความสามารถการกลืนในแต่ละระยะ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้เกิดการสำลักอย่างรุนแรง ต่อมาเกิดปอดบวม ขาดสารอาหาร ขาดน้ำ ส่งผลต่อการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งผู้ดูแลหรือญาติ ในการทำกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความสามารถในการกลืน อย่างไรก็ตามเริ่มต้นฟื้นฟูภายหลังเกิดความเจ็บป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนที่ดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นตามลำดับ</p>	ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงความสำคัญของการฟื้นฟูความสามารถในการกลืน เวลา 5 นาที	- PowerPoint	

คู่มือ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก



จัดทำโดย

นางสาววันวิสา คำสัตย์

นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ผศ.ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่รู้จักโดยทั่วไปว่า โรคอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต เพราะว่า เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะมีความพิการเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือ การรับประทานอาหารของผู้ป่วยและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล

คู่มือฉบับนี้ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด กลไกการเกิดภาวะกลืนลำบาก สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมภาวะกลืนลำบาก ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ รวมทั้งแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผู้จัดทำ หวังว่าคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและผู้ที่เกี่ยวข้อง

วันวิสา คำสัตย์
ผู้จัดทำ



โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะการเกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้ประมาณร้อยละ 20 และ โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และพบมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง แต่กลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มักพบความพิการหลงเหลืออยู่ และยังพบว่า ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน หรือเรียกว่า “ภาวะกลืนลำบาก” ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 27 ถึง ร้อยละ 64

ภาวะกลืนลำบาก

ภาวะกลืนลำบาก หมายถึง ความยากลำบากในการเคี้ยว หรือกลืนอาหารและน้ำ ที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท ส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนบกพร่อง และ ปฏิบัติการตอบสนองต่อการกลืนลดลง รวมทั้งไม่สามารถเคลื่อนย้ายอาหารและน้ำจากปากสู่กระเพาะอาหารได้อย่างปลอดภัย.....

.....

.....

สาเหตุของภาวะกลืนลำบาก

การเปลี่ยนแปลงของภาวะการกลืนที่พบว่า ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับกลืนลำบากเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืน ได้แก่ บริเวณเปลือกสมอง ซึ่งทำหน้าที่ในการรับรู้และสั่งงานกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน และ ก้านสมอง ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการกลืน ทำหน้าที่ในการรับคำสั่งจากสมองส่วนหน้าและสารสื่อประสาท ไปยังเส้นประสาทสมอง เพื่อสั่งการและรับความรู้สึกไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ให้เกิดการหดตัว คลายตัวและการเคลื่อนไหวอย่างสัมพันธ์กัน เพื่อให้อาหารผ่านจากช่องปาก คอหอย และหลอดอาหารได้อย่างปลอดภัย

1. **อายุ** ผู้ป่วยที่มีอายุมาก ด้วยความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ทำให้ความสามารถในการกลืนน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะในช่องปากและคอหอย การสร้างน้ำลายลดลง การรับความรู้สึกของเส้นประสาทสมองเปลี่ยนแปลงไป หรือมีความไวลดลง การปิดของเส้นเสียง และการเคลื่อนไหวของลิ้นปิดเปิดกล่องเสียงลดลง

2. **การได้รับยาและผลข้างเคียงของยา** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาในกลุ่ม ยารักษาอาการซึมเศร้า ยาต้านฮีสตามีน ยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ ซึ่งทำให้เกิดอาการปากแห้ง และ ยาที่มีผลต่อระบบประสาท ยาขับปัสสาวะ ซึ่งผลของยาระงับประสาทหรือยานอนหลับทำให้เกิดอาการสับสน รวมทั้งยาคลายกล้ามเนื้ออาจทำให้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวและการกลืนอ่อนแรงลงได้

3.

ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดจาก

ภาวะกลืนลำบาก

ภาวะกลืนลำบากในโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการสำลัก และยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า ซึ่งภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่พบได้บ่อยได้แก่

1. **ปอดอักเสบจากการสำลัก** พบอุบัติการณ์ร้อยละ 10-22 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 38 เสียชีวิต เนื่องจากปอดอักเสบในเดือนแรกของการรักษา โดยการสำลักอาหาร สารเหลว น้ำลาย หรือน้ำย่อย เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ

2.

.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม

การกลืน

1. **การจัดท่าช่วยกลืน** ทำสำหรับการส่งเสริมการกลืนให้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสำลัก คือนั่งตัวตรง 90 องศา ก้มศีรษะเล็กน้อย ในผู้ป่วยทุกราย และ ควรจัดท่าให้มีการหันศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง และก้มศีรษะของผู้ป่วยเล็กน้อย ซึ่งวิธีนี้ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีก
2. **การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน** สำหรับทำนี้ผู้ป่วยจะต้องสามารถทำตามคำบอกได้ ประกอบด้วย การบริหารที่ช่วยให้การเคลื่อนไหวของริมฝีปาก กราม ลิ้น กล่องเสียง และเส้นเสียง เนื่องจากการเคลื่อนไหวตามขอบเขตของกล้ามเนื้อที่กล่าวมาที่มีความบกพร่อง

3.

บทสรุป

ภาวะกลืนลำบาก เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งส่งผลต่อความสามารถการกลืนในแต่ละระยะ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้เกิดการสำลักอย่างรุนแรง ต่อมาเกิดปอดบวม ขาดสารอาหาร ขาดน้ำ ส่งผลต่อการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือญาติ ในการทำกิจกรรมที่ช่วยทำให้เกิดความสามารถในการกลืน อย่างไรก็ตาม การเริ่มต้นฟื้นฟูภายหลังจากเกิดการเจ็บป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนที่ดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นตามลำดับ



เลขที่บันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (v) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ

1. เพศชาย 2. เพศหญิง

2. อายุปี (นับเป็นจำนวนปีเต็ม)

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย
 4. หย่า 5. แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา/ปวช
 4. อนุปริญญา /ปวส 5. ปริญญาตรี 6. อื่นๆระบุ.....

5. ปัจจุบันท่านมีอาชีพ

1. แม่บ้าน 2. รับจ้าง 3. เกษตรกรรม
 4. ค้าขาย 5. รับราชการ 6. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 7. อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้

1. รายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน 2. ไม่มีรายได้

7. ผู้ดูแลท่านในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านคือ

8. ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....(ผู้วิจัยบันทึก)

9. ตำแหน่งของรอยโรค (จากผล CT หรือ MRI).....(ผู้วิจัยบันทึก)

10. ประเมินระดับความรู้สึกตัว (จากคะแนน Glasgow Coma Scale) เมื่อแรกรับเท่ากับ..... คะแนน (ผู้วิจัยบันทึก)

10. ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แรกรับ (จากคะแนน NIHSS).....คะแนน (ผู้วิจัยบันทึก)

11.โรคประจำตัว.....(ผู้วิจัยบันทึก)

12. ยาที่ใช้ในปัจจุบัน..... (ผู้วิจัยบันทึก)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นแบบสังเกตการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ให้ผู้ประเมินซักถามและสังเกต และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือให้ตรงกับคำตอบมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ให้คำตอบดังนี้

ระยะช่องและระยะคอหอย

ปฏิบัติได้ หมายถึง ปฏิบัติตามคำบอกได้ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ได้ หมายถึง ปฏิบัติตามคำบอกไม่ได้ให้ 0 คะแนน

ระยะหลอดอาหาร

ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการ หรือไม่รู้สึกลังอาการให้ 1 คะแนน

มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการ ให้ 0 คะแนน

ข้อความ	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	หมายเหตุ
ระยะช่องปาก (Oral phase)			
1. ผู้ป่วยสามารถปิดปากได้สนิท			
2. ผู้ป่วยสามารถใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้ายขวา			
3. ผู้ป่วยสามารถกัดฟันและปล่อย			
4. ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำลายให้อยู่ในช่องปากมีให้ไหลย่อย			
ระยะคอหอย (Pharyngeal phase)			
5. ผู้ป่วยสามารถขย้อนได้			
6.....			
7.....			
ข้อความ	มี	ไม่มี	
ระยะหลอดอาหาร(esophageal phase)			
8.....			
9.....			
10.....			



ประกาศนียบัตรการอบรมการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก



ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาววันวิสา คำสัตย์

ผ่านการอบรมโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการด้านการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากเบื้องต้น

ระหว่าง วันที่ ๓๑-๓๑ มกราคม ๒๕๖๔

ณ ห้องประชุมชั้น ๕ อาคารอำนวยการ

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

อรุณ สอนิ

(นางดารณี สุวพันธ์)

ผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ตารางที่ 5 ตารางจับคู่กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจากตัวแปรเพศ อายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนการกลืน

คู่ที่	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ID	เพศ	อายุ	NIHSS	pre	post	ID	เพศ	อายุ	NIHSS	pre	post
1	1	ชาย	59	3	7	10	45	ชาย	56	3	7	6
2	4	ชาย	60	5	8	9	41	ชาย	55	6	7	7
3	5	ชาย	54	12	7	9	35	ชาย	53	14	8	9
4	48	ชาย	62	14	5	6	34	ชาย	57	11	4	5
5	9	ชาย	56	10	6	9	36	ชาย	56	10	6	6
6	49	ชาย	53	5	5	6	38	ชาย	48	8	6	6
7	16	ชาย	60	7	5	9	29	ชาย	60	6	5	5
8	17	ชาย	60	8	4	10	28	ชาย	58	6	5	5
9	19	ชาย	58	2	5	10	44	ชาย	56	3	8	9
10	20	ชาย	52	3	8	10	40	ชาย	53	1	9	8
11	21	ชาย	38	12	5	7	27	ชาย	34	11	7	8
12	14	ชาย	64	15	6	10	46	ชาย	63	15	7	7
13	47	หญิง	65	7	6	8	50	หญิง	62	5	7	7
14	2	หญิง	58	10	5	9	31	หญิง	58	9	7	7
15	3	หญิง	36	3	6	10	43	หญิง	36	3	7	8
16	8	หญิง	48	10	5	7	39	หญิง	52	10	6	6

คู่ที่	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ID	เพศ	อายุ	NIHS S	pre	post	ID	เพศ	อายุ	NIHS S	pre	post
17	10	หญิง	63	8	6	9	30	หญิง	57	5	7	7
18	12	หญิง	62	4	5	9	33	หญิง	58	4	6	7
19	13	หญิง	48	4	7	9	25	หญิง	53	2	7	8
20	23	หญิง	60	14	5	6	26	หญิง	60	15	5	5
21	15	หญิง	55	5	6	9	42	หญิง	54	5	8	8
22	22	หญิง	61	10	7	10	37	หญิง	62	10	5	6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนการกลืนก่อนและภายหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม

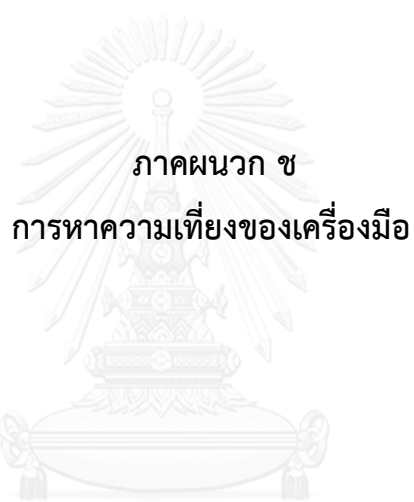
คู่ที่	กลุ่มทดลอง (n=22)			กลุ่มควบคุม (n=22)		
	Pre-test	Post-test	ผลต่าง	Pre-test	Post-test	ผลต่าง
1	7	10	3	7	6	-1
2	8	9	1	7	7	0
3	7	9	2	8	9	1
4	5	6	1	4	5	1
5	6	9	3	6	6	0
6	5	6	1	6	6	0
7	5	9	4	5	5	0
8	4	10	6	5	5	0
9	5	10	5	8	9	1
10	8	10	2	9	8	-1
11	5	7	2	7	8	1
12	6	10	4	7	7	0
13	6	8	2	7	7	0
14	5	9	4	7	7	0
15	6	10	4	7	8	1
16	5	7	2	6	6	0
17	6	9	3	7	7	0
18	5	9	4	6	7	1
19	7	9	2	7	8	1
20	5	6	1	5	5	0
21	6	9	3	8	8	0
22	7	10	3	5	6	1
Mean	5.86	8.68	2.82	6.55	6.82	0.27
SD	1.082	1.393	1.368	1.224	1.259	0.631

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ได้คะแนนการกลืนแต่ละรายข้อ

ข้อความ	จำนวนผู้ป่วยที่ได้คะแนนการกลืนแต่ละรายข้อ					
	กลุ่มทดลอง (n= 22)			กลุ่มควบคุม (n=22)		
	ก่อน การ ทดลอง (จำนวน คน)	หลังการ ทดลอง (จำนวน คน)	จำนวน คนที่ เพิ่ม	ก่อน การ ทดลอง (จำนวน คน)	หลังการ ทดลอง (จำนวน คน)	จำนวน คนที่ เพิ่ม
ระยะช่องปาก (Oral phase)						
1.ผู้ป่วยสามารถปิดปากได้สนิท	18	20	2	19	20	1
2.ผู้ป่วยสามารถใช้ลิ้นดันกระพุ้ง แก้มซ้ายขวา	6	13	7	9	11	2
3.ผู้ป่วยสามารถกัดฟันและปล่อย	22	22	0	20	20	0
4.ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำลายให้ อยู่ในช่องปากมิให้ไหลย่อย	8	18	10	14	15	1
ระยะคอหอย (Pharyngeal phase)						
5.ผู้ป่วยสามารถขย้อนได้	1	16	15	2	3	1
6.ผู้ป่วยสามารถไอแรงๆ ได้	10	17	7	13	14	0
7.ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารหรือน้ำ โดยไม่สำลัก	2	19	17	1	2	1
ระยะหลอดอาหาร(esophageal phase)						
8.ผู้ป่วยไม่มีอาการจุกแน่น	22	22	0	22	22	0
9.ผู้ป่วยไม่รู้สึกรว่ามีอาหารติดใน ลำคอ	22	22	0	22	22	0
10.ผู้ป่วยไม่รู้สึกร้อนในอก	22	22	0	22	22	0

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบากในกลุ่มทดลองกับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการกลืน

หัวข้อประเมิน	วันที่ปฏิบัติกิจกรรมได้	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการจัดทำช่วยกลืน	วันที่ 1	20 (90.9)
	วันที่ 2	22 (100)
	วันที่ 3	22 (100)
	วันที่ 4	22 (100)
	วันที่ 5	22 (100)
2. ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนกับผู้ป่วย	วันที่ 1	-
	วันที่ 2	10 (45.5)
	วันที่ 3	19 (86.36)
	วันที่ 4	22 (100)
	วันที่ 5	22 (100)
3. ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการฝึกกลืนกับผู้ป่วย	วันที่ 1	1 (4.5)
	วันที่ 2	7 (31.82)
	วันที่ 3	17 (77.27)
	วันที่ 4	22 (100)
	วันที่ 5	22 (100)-
4. ผู้ดูแลสามารถเลือกลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย	วันที่ 1	-
	วันที่ 2	8 (36.4)
	วันที่ 3	15 (68.18)
	วันที่ 4	22 (100)
	วันที่ 5	22 (100)-



ภาคผนวก ข
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การหาค่าความเที่ยงของแบบสังเกต

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

1. แบบประเมินการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{431}{431 + 9} = 0.979$$

2. แบบคัดกรองการกลืนทางคลินิก (Clinical Assessment of Swallowing)

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{255}{255 + 9} = 0.965$$

3. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{1776}{1776 + 0} = 1.00$$

ตารางที่ 10 การสังเกตที่เหมือนและต่างกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ด้วยการใช้แบบประเมิน
ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก

คนที่ \ ข้อที่	1	2	3	4
1	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
2	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
3	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
4	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
5	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
6	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
7	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
8	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
9	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
10	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
11	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
12	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
13	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
14	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
15	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
16	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
17	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
18	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
19	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
20	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
21	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
22	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
23	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
24	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
25	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
26	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน

คนที่ \ ข้อที่	1	2	3	4
27	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
28	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
29	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
30	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
31	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
32	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
33	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
34	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
35	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
36	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
37	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
38	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
39	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
40	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
41	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
42	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
43	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน
44	เหมือน	เหมือน	เหมือน	เหมือน

ภาคผนวก ซ
แบบประเมิน NIHSS STROKE SCALE
แบบคัดกรองการกีดขวางทางคลินิก
การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบประเมิน NIHSS STROKE SCALE

การให้คะแนนจากการประเมินด้วย NIHSS (Nilanont, 2010) จำแนกออกเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนน 25 ขึ้นไป = ความรุนแรงระดับรุนแรงมากที่สุด

คะแนน 15-24 = ความรุนแรงระดับรุนแรงมาก

คะแนน 5-14 = ความรุนแรงระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

คะแนน ≤ 4 = ความรุนแรงระดับเล็กน้อย

การตอบสนอง	คะแนน
<p>1a. ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness, LOC)</p> <p>ผู้ตรวจจะต้องให้คะแนนเสมอ แม้ว่าจะทำการตรวจในกรณีที่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถประเมินได้อย่างครบถ้วน เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีภยันตรายที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือด หรือผู้ป่วยที่ใช้ภาษาอื่น จะให้คะแนน “3” เฉพาะกับผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดเลย โดยในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจพบเพียงปฏิกิริยาการตอบสนองอัตโนมัติเท่านั้น</p>	<p>0 = รู้ตัวดี ตอบสนองเป็นปกติ</p> <p>1 = ง่วงซึม ปลุกตื่นได้ง่าย เมื่อตื่นถามตอบรู้เรื่องและสามารถทำตามคำสั่งได้</p> <p>2 = หลับตลอดเวลา ปลุกตื่นได้แต่ต้องใช้ตัวกระตุ้นแรงๆ ซ้ำๆ กันหลายครั้ง หรืออาจจำเป็นต้องใช้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด</p> <p>3 = ไม่ตอบสนอง แต่สามารถตรวจพบปฏิกิริยาอัตโนมัติ (reflex) ได้</p>
<p>1b. สามารถบอกเดือน และอายุได้ (LOC Questions)</p> <p>ให้ถามชื่อเดือนและอายุในขณะปัจจุบันของผู้ป่วย ผู้ตรวจจะให้คะแนนตามคำตอบที่ถูกต้องเท่านั้น ไม่มีคะแนนให้สำหรับคำตอบที่ใกล้เคียง ในรายที่มีความผิดปกติของความเข้าใจภาษา (aphasia) หรือผู้ที่สูญเสียระดับความรู้สึกตัวและไม่เข้าใจคำถามจะได้คะแนน “2” ในผู้ป่วยที่พูดไม่ได้เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีภยันตรายของหลอดเลือด ผู้ป่วยที่พูดไม่ชัดอย่างมาก ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดๆ ก็ตาม ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจในภาษาไทยหรือตอบคำถามไม่ได้เนื่องจากปัญหาอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของความเข้าใจภาษา (aphasia) จะได้คะแนน “1” คำตอบแรกมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นคำตอบที่ใช้คิดคะแนน ห้ามผู้ทดสอบกล่าวเป็นนัยให้ทราบหรือให้ทำทางเพื่อนำไปสู่คำตอบที่ต้องการ</p>	<p>0 = ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ</p> <p>1 = ตอบได้ถูกเพียง 1 ข้อ</p> <p>2 = ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ</p>

การตอบสนอง	คะแนน
<p>1c หลับตา-ลืมตา และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่เป็นอัมพาตได้หรือไม่ (LOC Commands) ให้ปฏิบัติตามคำบอก 2 ข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลืมตาและหลับตา - กำมือและแบมือข้างที่ไม่อ่อนแรง <p>ในกรณีที่มือทั้งสองข้างไม่สามารถใช้งานได้ ผู้ตรวจอาจใช้คำสั่งขั้นตอนเดียวอื่นๆ ที่ไม่ยากนักในการประเมิน</p> <p>ในกรณีที่กำหรือแบมือได้แต่ไม่เต็มที่ เนื่องจากการอ่อนแรงให้ถือว่าสามารถทำได้ สำหรับผู้ที่ไม่ทำตามสั่งให้ใช้ท่าทางช่วยให้เข้าใจหรือให้ทำตามได้</p> <p>จากนั้นจึงให้คะแนนตามที่ปฏิบัติจริง</p> <p>ในกรณีที่มีการบาดเจ็บถูกตัดแขนหรือมีปัญหาทางร่างกายของส่วนที่ใช้ในการปฏิบัติตามคำสั่งข้างต้น ให้ใช้คำสั่งขั้นตอนเดียวอื่นๆ ทดแทนได้ โดยจะให้คะแนนเฉพาะการตอบสนองแรกเท่านั้น</p>	<p>0 = ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง</p> <p>1 = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว</p> <p>2 = ไม่ทำตามคำสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง</p>
<p>2 การเคลื่อนไหวของตา (Best Gaze)</p> <p>ประเมินเฉพาะการเคลื่อนไหวของตาในแนวนอนเท่านั้น โดยให้มองตามหรือปฏิกริยาตอบสนองชนิด oculoccephalic ในกรณีที่ตามองไปด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว (conjugate gaze deviation) ให้สั่งผู้ป่วยให้มองไปด้านตรงข้ามหรือตรวจปฏิกริยาตอบสนอง oculoccephalic ถ้าทำได้จะได้คะแนนเท่ากับ “1” ในกรณีที่พบความผิดปกติของเส้นประสาทคู่ที่ 3,4 หรือ 6 ผู้ป่วยจะได้รับคะแนนเท่ากับ “1” การตรวจนี้สามารถทำได้แม้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาของความเข้าใจภาษา (aphasia) แนะนำให้ตรวจปฏิกริยาตอบสนอง oculoccephalic ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการมองเห็น นอกจากนี้อาจใช้เทคนิคการมองตาผู้ป่วย (eye contact) จากนั้นสังเกตการณ์เคลื่อนไหวของตาผู้ป่วยที่มีต่อการเคลื่อนไหวของผู้ตรวจ โดยวิธีนี้อาจช่วยบอกความผิดปกติได้</p>	<p>0 = มองตามได้เป็นปกติ</p> <p>1= ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้างเหลื่อมมองไปด้านข้างได้ แต่ไม่สุด</p> <p>2= เหลื่อมตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือมองไปด้านหนึ่งด้านใดจนสุด โดยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย oculoccephalic maneuver</p>

การตอบสนอง	คะแนน
<p>3 การมองเห็น (Visual Fields)</p> <p>ให้ประเมินลานสายตาของผู้ป่วยด้วยวิธี confrontation test ทั้ง 4 ตำแหน่ง (quadrant) โดยใช้ visual threat หรือให้ผู้ผู้ป่วยนับนิ้ว ถ้ามีการตอบสนองอย่างเหมาะสม ก็ถือว่าผลการตรวจเป็นปกติ ในกรณีที่ผู้ป่วยตาบอดหรือได้รับการผ่าตัดตาให้ตรวจลานสายตาเฉพาะข้างที่เหลืออยู่ คะแนน “1” จะให้เฉพาะกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติของลานสายตาบางส่วน หรือเป็น quadrantanopia เท่านั้น ผู้ป่วยที่ตาบอดทั้ง 2 ข้างไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตามจะได้คะแนน “3” ผู้ตรวจควรใช้เทคนิค double simultaneous stimulation ร่วมด้วย (โดยกระตุ้นให้มองที่ลานสายตาทั้งสองข้างพร้อมกัน) ซึ่งถ้าพบภาวะ visual extinction ผู้ป่วยจะได้คะแนนเท่ากับ “1” ในหัวข้อ 11</p>	<p>0 = ลานสายตาปกติ</p> <p>1 = ลานสายตาผิดปกติบางส่วน (Partial Hemianopia)</p> <p>2 = ลานสายตาผิดปกติครึ่งซีก (Complete Hemianopia)</p> <p>3 = มองไม่เห็นทั้ง 2 ตา (ตาบอด)</p>
<p>4 การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (Facial Palsy)</p> <p>ใช้คำสั่งหรือแสดงท่าทางให้ผู้ผู้ป่วยยิงฟันหรือยิ้มและหลับตา จากนั้นจึงประเมินการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สำหรับผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือมีระดับความรู้ตัวผิดปกติ ให้กระตุ้นโดยใช้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดแล้วสังเกตการตอบสนองของสีหน้าว่ามีความสมมาตรกันหรือไม่</p> <p>ผู้ประเมินอาจต้องเคลื่อนย้ายสิ่งปกปิดใบหน้าออกเท่าที่ทำได้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับภยันตรายบริเวณหน้า ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการทำแผลหรือผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีสาเหตุอื่นที่ต้องได้รับการปกปิดใบหน้า</p>	<p>0 = ไม่พบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นปกติ</p> <p>1 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พอสังเกตเห็นมุมปากตกหรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม</p> <p>2 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมาก แต่ยังสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้บ้าง</p> <p>3 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าในข้างใดหรือทั้ง 2 ข้างได้เลย</p>

การตอบสนอง	คะแนน
<p>5 กำลังของกล้ามเนื้อแขนและขา (Motor Arm and Leg) A ข้างซ้าย B ข้างขวา</p> <p>ให้ผู้ป่วยเหยียดแขนออกไปด้านหน้าจนสุด ค้างไว้ 10 วินาที ในท่าคว่ำมือ โดยให้ท่ามุม 90 องศากับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอน จากนั้นให้ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อขา โดยให้ยกขาที่ละข้างสูงท่ามุม 30 องศาในท่าเหยียด ค้างไว้ 5 วินาที โดยจะตัดสินว่าอ่อนแรงเมื่อแขนตกก่อน 10 วินาที หรือขาตกลงก่อน 5 วินาที สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของความเข้าใจภาษา (aphasia) ให้ใช้ท่าทางหรือน้ำเสียงกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ การตรวจควรเริ่มจากแขนหรือขาข้างที่ปกติก่อน โดยตรวจทีละข้าง</p> <p>จะให้ คะแนน “UN” เฉพาะผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขาหรือมีการยึดตัวของข้อไหล่ หรือข้อสะโพก ในกรณีนี้ผู้ตรวจควรเขียนเหตุผลดังกล่าวให้ชัดเจน</p>	<p>0 = ยกแขนสูง ท่ามุม 90 องศา กับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศา ในท่านอนหงาย และคงไว้ได้ตลอด 10 วินาที</p> <p>1 = ยกแขนสูง ท่ามุม 90 องศา กับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศา ในท่านอนหงาย และคงไว้ได้ไม่ถึง 10 วินาที</p> <p>2 = ยกแขนขึ้นได้บ้าง แต่ไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ จากนั้นแขนตกลงบนเตียง</p> <p>3 = ไม่สามารถยกแขนขึ้นได้</p> <p>4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน</p> <p>UN = แขนพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาข้อยึดติดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้</p>
<p>6 กำลังของกล้ามเนื้อแขนและขา (Motor Arm and Leg) A ข้างซ้าย B ข้างขวา</p> <p>ให้ผู้ป่วยเหยียดแขนออกไปด้านหน้าจนสุด ค้างไว้ 10 วินาทีในท่าคว่ำมือ โดยให้ท่ามุม 90 องศากับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอน จากนั้นให้ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อขา (ตรวจในท่านอนเสมอ) โดยให้ยกขาที่ละข้างสูงท่ามุม 30 องศาในท่าเหยียด ค้างไว้ 5 วินาที โดยจะตัดสินว่าอ่อนแรงเมื่อแขนตกก่อน 10 วินาที หรือขาตกลงก่อน 5 วินาที สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของความเข้าใจภาษา (aphasia) ให้ใช้ท่าทางหรือน้ำเสียงกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ ไม่แนะนำให้ใช้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด การตรวจควรเริ่มจากแขนหรือขาข้างที่ปกติก่อน โดยตรวจทีละข้าง</p> <p>จะให้ คะแนน “UN” เฉพาะผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขาหรือมีการยึดตัวของข้อไหล่ หรือข้อสะโพก ในกรณีนี้ผู้ตรวจควรเขียนเหตุผลดังกล่าวให้ชัดเจน</p>	<p>0 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นได้โดยสะโพกท่ามุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงาย คงตำแหน่งที่ต้องการได้ 5 วินาที</p> <p>1 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกท่ามุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงายได้ไม่ถึง 5 วินาที ก็ต้องลดขาลง</p> <p>2 = ยกขาขึ้นได้บ้างในท่านอนหงายแต่ไม่ถึงตำแหน่งที่ต้องการ ขาตกลงบนเตียงก่อน 5 วินาที</p> <p>3 = ไม่สามารถยกขาขึ้นจากเตียงได้ในท่านอนหงาย</p> <p>4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา</p> <p>UN = ขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาข้อยึดติดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้</p>

การตอบสนอง	คะแนน
<p>7 การประสานงานของแขนขา (Limb Ataxia)</p> <p>ตรวจ finger to nose to finger (โดยให้ผู้ป่วยใช้นิ้วชี้แตะปลายจมูกของตนเองจากนั้นให้เหยียดแขนจนสุดเพื่อแตะปลายนิ้วของผู้ตรวจ ทำสลับกันไปมา และดูการเคลื่อนไหวว่าแม่นยำหรือไม่) จากนั้นตรวจ heel to shin test (ให้ผู้ป่วยยกส้นเท้ามาแตะที่หัวเข่าแล้วลากลงผ่านส้นหน้าแข้งจนสุด ทำซ้ำอย่างต่อเนื่องกันไปเรื่อยๆ เพื่อดูการเคลื่อนไหวของเท้าว่าปกติหรือไม่) ประเมินทั้ง 2 ข้าง ในกรณีที่ลานสายตาผิดปกติให้ทำการตรวจเฉพาะในบริเวณที่ลานสายตาปกติโดยจะถือว่ามี ataxia ต่อเมื่อพบความผิดปกติของการเคลื่อนไหวที่ชัดเจน ให้ถือว่าไม่พบ ataxia ในผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงรุนแรงขยับไม่ได้ (hemiplegia) หรือในผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจคำสั่ง</p> <p>คะแนน “UN” เฉพาะกับผู้ป่วยที่ถูกตัดแขน ขาหรือมีภาวะข้อยึดติด โดยระบุเหตุผลให้ชัดเจนในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการมองเห็น ให้ตรวจเฉพาะ finger to nose test ได้</p>	<p>0 = การประสานงานของแขนขาทั้ง 2 ข้าง เป็นปกติ</p> <p>1 = มีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 1 ข้าง</p> <p>2 = มีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 2 ข้าง</p> <p>UN = แขนหรือขาพิการหรือถูกตัด หรือมีปัญหาข้อติดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้</p>
<p>8 การรับความรู้สึก (Sensory)</p> <p>ประเมินการรับความรู้สึกตามคำบอกของผู้ป่วย ผู้ที่มีความรู้สึกตัวลดลงหรือมีความผิดปกติของความเข้าใจภาษา ให้ดูการตอบสนองของสีหน้าหรือการชักแขนหนีที่มีต่อวัตถุปลายแหลม ควรตรวจหลายๆ ตำแหน่งของร่างกาย เพื่อให้มั่นใจว่าผิดปกติจริง ผู้ที่มีความผิดปกติด้านการรับความรู้สึกที่รุนแรงจะได้คะแนน “2” โดยผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าถูกสัมผัส</p> <p>ผู้ที่สูญเสียความรู้สึกตัวหรือผิดปกติของความเข้าใจภาษา ให้คะแนน “0” หรือ “1” สำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในตำแหน่งของก้านสมองและสูญเสียการรับความรู้สึกของร่างกายทั้ง 2 ด้าน หรือผู้ที่ไม่ตอบสนองและมีอาการแขนขาอ่อนแรง จะได้รับคะแนน “2” เช่นเดียวกับผู้ที่หมดสติลึก (coma, 1a=3)</p>	<p>0 = การรับความรู้สึกเป็นปกติ</p> <p>1 = สูญเสียการรับความรู้สึกในระดับน้อยถึงปานกลาง การรับความรู้สึกจากวัตถุปลายแหลมลดลง แต่ยังสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกในบริเวณที่ถูกกระตุ้น</p> <p>2 = สูญเสียการรับความรู้สึกในระดับรุนแรงหรือไม่รู้สึกว่าการถูกสัมผัสที่บริเวณใบหน้า แขน และขา</p>

การตอบสนอง	คะแนน
<p>9 ความสามารถด้านภาษา (Best Language)</p> <p>ความสามารถในการสื่อสารและความเข้าใจภาษาจะถูกประเมินจากการตรวจที่ผ่านมา สำหรับข้อนี้ผู้ป่วยจะถูกประเมินโดยให้บรรยายสิ่งที่เกิดขึ้นในภาพ บอกชื่อสิ่งของต่างๆ และให้อ่านประโยคที่ได้แนบมา กับแบบทดสอบนี้ ความเข้าใจภาษาจะถูกประเมินจากการตอบสนองต่อคำสั่งที่ใช้ในการตรวจร่างกาย ในกรณีที่มีการมองเห็นผิดปกติให้ตรวจโดยให้ผู้ป่วยกำสิ่งของที่คุ้นเคย จากนั้นบอกชื่อของสิ่งนั้นและพูดซ้ำๆ เพื่อความชัดเจนของการออกเสียง ในผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ประเมินโดยการเขียน ในผู้ที่รู้สึกตัว (coma, 1a=3) จะได้รับคะแนน “3” ในหัวข้อนี้ ผู้ประเมินจะต้องให้คะแนนเสมอไม่ว่าในผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป (ซึมหรือไม่ร่วมมือ) อย่างไรก็ตามคะแนน “3” จะให้เฉพาะกับผู้ป่วยที่ไม่พูดและไม่สามารถตอบสนองต่อคำสั่งอย่างเหมาะสมเท่านั้น</p>	<p>0 = การสื่อภาษาเป็นปกติ</p> <p>1 = การสื่อภาษาสูญเสียไปในระดับน้อยถึงปานกลาง มีการสูญเสียความเข้าใจหรือความสามารถในการใช้ภาษา แต่ผู้ทดสอบยังพอที่จะเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไรอยู่</p> <p>2 = การสื่อภาษาสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ และผู้ทดสอบไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไร</p> <p>3 = ไม่พูดหรือไม่เข้าใจภาษาที่ผู้ตรวจพยายามสื่อ และไม่สามารถแสดงท่าทางพูด หรือ เขียน ให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (global aphasia)</p>
<p>10 การออกเสียง (Dysarthria)</p> <p>ประเมินความชัดเจนของการออกเสียงโดยให้อ่านคำหรือประโยคสั้นๆ ที่เตรียมไว้ในส่วนท้ายของแบบทดสอบในผู้ที่ผิดปกติของความเข้าใจภาษา (aphasia) ให้ประเมินความชัดเจนของการออกเสียงเมื่อผู้ป่วยพูด</p> <p>เฉพาะผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือมีปัญหาทางกายอื่นๆ ที่มีผลต่อการเปล่งเสียงเท่านั้น ที่จะได้คะแนนเท่ากับ “UN” โดยผู้ตรวจต้องระบุเหตุผลให้ชัดเจน นอกจากนี้ไม่ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ากำลังตรวจความชัดเจนของการออกเสียงอยู่</p>	<p>0 = เปล่งเสียงได้เป็นปกติ</p> <p>1 = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วยพูดไม่ชัดเป็นบางคำแต่ผู้ตรวจพอเข้าใจได้</p> <p>2 = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือไม่พูด ไม่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้ป่วยได้ โดยไม่มี ความผิดปกติของความเข้าใจภาษา</p> <p>UN = ผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือ มีปัญหาทางกายอื่นๆ ที่มีผลต่อการเปล่งเสียงเท่านั้น</p>

การตอบสนอง	คะแนน
<p>11 การขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย (Extinction and Inattention)</p> <p>ข้อมูลจากการตรวจที่ผ่านมาอาจเพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยมีภาวะ inattention หรือไม่ ในกรณีที่สูญเสียความสามารถในการมองเห็นแต่การรับรู้สีทางผิวหนังทั้งสองข้างปกติ ให้ถือว่าไม่พบภาวะ inattention เช่นเดียวกับผู้ที่มีความผิดปกติของความเข้าใจภาษา (aphasia) แต่แสดงถึงความสนใจในสิ่งเร้าทั้ง 2 ด้าน ก็ถือว่าผลการตรวจเป็นปกติ</p> <p>การตรวจจะพบว่าผู้ป่วยขาดความสนใจต่อสิ่งเร้า (visuospatial neglect, anosognosia) ในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ให้ถือว่าภาวะ neglect โดยหัวข้อนี้จะถือว่าผิดปกติก็ต่อเมื่อตรวจพบเท่านั้น</p>	<p>0 = ไม่พบความผิดปกติ</p> <p>1 = พบความผิดปกติของการรับรู้ชนิดใดชนิดหนึ่ง ดังต่อไปนี้ คือ การมองเห็น การสัมผัส หรือการได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้นทั้ง 2 ข้างพร้อมๆ กัน</p> <p>2 = มีความผิดปกติของการรับรู้ มากกว่า 1 ชนิด หรือผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าเป็นมือของตัวเอง หรือสนใจต่อสิ่งเร้าเพียงด้านเดียว</p>

แบบคัดกรองการกลืนทางคลินิก ของ Daniels et al (2000)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้คัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก มีทั้งหมด 6 ข้อ และมีวิธีประเมินอาการและ อาการแสดงต่อไปนี้คือ

1) เสียงพรวด (dysphonia) วิธีการประเมิน โดยประเมินจากคุณภาพเสียง ความเข้มเสียง และระดับเสียง ด้วยการผู้ป่วยออกเสียง ถ้ามีเสียงแหบ เสียงผิดปกติ ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องผิดปกติ แต่ถ้าไม่มีอาการเสียงพรวด ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องปกติ

2) พูดไม่ชัดอันเนื่องมาจากความบกพร่องของกล้ามเนื้อ (dysarthria) วิธีการประเมิน ผู้วิจัยประเมินจากเสียงพูดของผู้ป่วย หรือให้ผู้ป่วยพูดเป็นประโยค และสังเกตลักษณะคำพูดที่ผู้ป่วยออกเสียง (ผู้ป่วยและผู้ดูแลสังเกตร่วมด้วย) ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ชัด ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องผิดปกติ แต่ถ้ามีเสียงชัดถ้อยชัดคำ ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องปกติ

3) รีเฟลกซ์ช้อยอนผิดปกติหรือไม่มีรีเฟลกซ์ช้อยอน วิธีการประเมินให้ผู้ป่วยอ้าปากจนเห็นผนังคอหอย ใช้ไม้พันสำลีแตะบริเวณผนังคอหอย ถ้าผู้ป่วยไม่แสดงอาการช้อยอนผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องผิดปกติ แต่ถ้าแสดงอาการช้อยอนผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องปกติ

4) ไอไม่แรง (abnormal volitional cough) วิธีการประเมิน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยออกแรงไอแล้วสังเกตเสียงไอ ถ้าเสียงไอเบากว่าปกติ ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องผิดปกติ แต่ถ้าไออย่างแรงได้ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องปกติ

5) ไอขณะกลืนหรือไอหลังกลืน วิธีการประเมิน ให้ผู้ป่วยทดสอบจากการดื่มน้ำ 5, 10, 20 cc ถ้ามีอาการไอทันทีภายใน 1 วินาที ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องผิดปกติ แต่ถ้าไม่มีไอขณะกลืนหรือไอหลังกลืน ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องปกติ

6) เสียงเปลี่ยนหลังกลืน วิธีการประเมิน ให้ผู้ป่วยทดสอบโดยการกลืนน้ำผ่านลำคอ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเปล่งเสียง หรือพูด ถ้าเสียงของผู้ป่วยเปลี่ยนไปหรือมีเสียงแหบ ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องผิดปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีเสียงเปลี่ยนหลังกลืน ผู้วิจัยใส่เครื่องหมายในช่องปกติ

การให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อ กำหนดไว้ดังนี้คือ

ถ้ามีความผิดปกติให้ 1 คะแนน

ถ้าไม่มีความผิดปกติ ให้ 0 คะแนน

หากมีความผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 2 แสดงว่ามี ภาวะกลืนลำบาก และคะแนนยิ่งมากหมายถึงมีภาวะกลืนลำบากมาก โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองการกลืนทางคลินิก ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะกลืนลำบาก คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องตามที่คุณศึกษาได้ประเมินจากผู้ป่วยตามความเป็นจริง ถ้าประเมินว่า

“มี” หมายถึง ผิดปกติ ให้ 1 คะแนน “ไม่มี” หมายถึงปกติให้ 0 คะแนน

ถ้ามีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ถือว่ามีภาวะกลืนลำบาก

สิ่งที่ประเมิน	วิธีการประเมิน	มี	ไม่มี
1) เสียงพร่า (dyphonia)	ประเมินจากคุณภาพเสียง ความเข้มเสียง และระดับเสียง โดยให้ผู้ป่วยออกเสียง ถ้ามีเสียงแหบ ให้ใส่เครื่องหมายในช่องผิดปกติ		
2) พูดไม่ชัด (dysarthria)	ประเมินจากเสียงพูดของผู้ป่วย หรือให้พูดเป็นประโยค และสังเกตลักษณะคำพูดที่ผู้ป่วยออกเสียง (ผู้ป่วยและผู้ดูแลสังเกตร่วมด้วย) ถ้าพูดไม่ชัด ให้ใส่เครื่องหมายในช่องผิดปกติ		
3) รีเฟล็กซ์ขย้อนผิดปกติหรือไม่มีรีเฟล็กซ์ขย้อน (abnormal gag reflex)	ประเมินโดยให้ผู้ป่วยอ้าปากให้เห็นคอหอย ใช้ไม้พันสำลีแตะบริเวณคอหอย ถ้าผู้ป่วยไม่ขย้อน ให้ใส่เครื่องหมายในช่องผิดปกติ		
4)		
5)		
6)		

การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale)

เป็นแบบประเมินที่เป็นที่ยอมรับว่า สามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีความแม่นยำ (สถาบันประสาทวิทยา, 2550a)

Feature	Scale	Score
E = eye opening (การลืมตา)	E4 = ลืมตาเอง	4
	E3 = ลืมตาเมื่อเรียก	3
	E2 = ลืมตาเมื่อเจ็บ	2
	E1 = ไม่ลืมตาเลย	1
M = motor response	M6 = ทำตามสั่งได้	6
	M5 = ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5
	M4 = ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ	4
	M3 = แขนงอผิดปกติ	3
	M2 = แขนเหยียดผิดปกติ	2
	M1 = ไม่เคลื่อนไหวเลย	1
V = verbal response	V5 = พูดคุยได้ไม่สับสน	5
	V4 = พูดคุยได้แต่สับสน	4
	V3 = พูดเป็นคำๆ	3
	V2 = ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2
	V1 = ไม่ออกเสียงเลย	1

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววันวิสา คำสัตย์ เกิดวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2524 ภูมิลำเนาจังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปีการศึกษา 2547 หลังสำเร็จการศึกษาได้เริ่มปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2555 เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ รุ่นที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2553 จากนั้นลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

