

ผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วารภรณ์ ถิ่นจนะ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสำลักกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 32 คน ที่เข้าเกณฑ์ และยินดีเป็นอาสาสมัคร เก็บข้อมูลระหว่าง ธันวาคม 2562 ถึงมีนาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ข้อมูลแบบวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการแจกแจงข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถช่วยลดอุบัติการณ์เกิดการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนระดับคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) ต่ำสุด 11 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 9.37 สูงสุด 15 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 78.13 ผลการประเมินค่าความรุนแรงของสมองขาดเลือด (NIHSS) ของผู้ป่วยมีค่าคะแนนระหว่าง 1-4 (Mild) 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.80 ค่าคะแนน NIHSS ระหว่าง 5-16 (Moderate) 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.30 พยาบาลมีความคิดเห็นต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้อยู่ในระดับดีมากที่สุด คือ ($\bar{x}=4.7$)

คำสำคัญ: กลืนลำบาก, การสำลัก, โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโรคหลอดเลือดสมองแตก, การพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปี

Corresponding Author: Waraporn Thinchana , E-mail: an-ant2554@hotmail.co.th

THE EFFECT OF USING A PROGRAM TO PREVENT ASPIRATION IN STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA AT THE KUMPHAWAPI HOSPITAL, UDONTANI PROVINCE

Waraporn Thinchana¹

ABSTRACT

This research is an action research. The purpose of this research was to study the results of using the program of preventing aspiration in stroke patients with difficulty swallowing and dysphagia in the stroke patient ward. The participants were stroke patients who also had problems with difficulty in swallowing, who had been admitted to the patient ward of the female medical area at Kumphawapi Hospital. The study was conducted on 32 stroke patients who met the inclusion criteria and were willing volunteers and data was collected between December 2019 to March 2020. The research instrument used questionnaires for general personal information were used. The Glasgow Coma Scale and the NIHSS assessment were formed. Qualitative analysis was used to identify patterns and variations in the transcribed data. This included distributions such as percentage, mean and standard deviation. The results of this study supports the premise that using the program of prevention aspiration in stroke patients with difficulty swallowing and dysphagia can monitor and prevent the incidence of aspiration problems (100%). The participants had the Glasgow Coma Scale in which the minimum score was 11 (9.37%), and the maximum score was 15 (78.13 %). The NIHSS assessment was formed for stroke patients with a score between 1-4 (Mild) was 14 patients (43.80%) and the score between 5-16 (Moderate) was 18 patients (56.30%). Nurses were satisfied with the program with the highest level of use ($\bar{x}= 4.7$).

Key words: dysphagia, aspiration, ischemic stroke, hemorrhagic stroke, nursing care

¹ Registered Nurse Professional Level. The female medical ward , Kumphawapi Hospital, UdonThani Province

บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย โดยประเทศองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี ทั้งนี้ องค์การอัมพาตโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2558 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน^{1, 2} สถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี 2543 และ ปี 2558 โรคหลอดเลือดสมองถือได้ว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติสาธารณสุขปี 2558 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับ 2 ของประเทศ^{3,4} อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรทั่วโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผ่านมา อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2555-2559 เท่ากับ 31.70, 35.90, 38.70, 43.30 และ 48.70 ตามลำดับ⁵ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะพบภาวะอ่อน

แรงครึ่งซีก กลืนลำบาก พูดลำบาก เดินเซตามองไม่เห็น มองเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะ ปัญหาการกลืนและการรับประทานอาหาร เป็นปัญหาที่พบบ่อยและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ความบกพร่องนี้เกิดขึ้นบ่อยถึงร้อยละ 51-71 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากและมีอาการสำลักจะเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบได้ถึง 11 เท่า ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีอาการกลืนลำบาก^{6,7}

โรงพยาบาลกุมภวาปีดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ ปี 2558-2561 มีจำนวน 154, 206, 252 และ 337 ราย⁸ ตามลำดับ และจากสถิติ ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 119, 179, 109 และ 142 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อนสำลักจากการกลืนลำบากและเกิดปอดอักเสบ จำนวน 3, 4, 4 และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.52, 2.29, 3.67 และ 4.23 ตามลำดับ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบและแตกที่มีภาวะกลืนลำบากที่ผ่านมาหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปี มีแนวทางการปฏิบัติโดยมีการนำเครื่องมือที่เรียกว่าแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test) มาใช้ซึ่งพัฒนาปรับปรุงจากสถาบันประสาท มาใช้

ตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังเกิดปัญหาการสำลักเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบจากการสำลัก ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น จาก 4 วัน เพิ่มขึ้น 7-10 วัน ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญปัญหาจึงได้นำโปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวทางปฏิบัติการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบาก⁹ มาพัฒนาให้เป็นโปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของโรงพยาบาลกุมภวาปี ให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์การปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และป้องกันการสำลัก และลดอัตราการเกิดการสำลัก อันจะนำมาสู่ภาวะรุนแรงถึงปอดอักเสบและนำสู่การใช้โปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสำลักโดย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างธันวาคม 2562 ถึง มีนาคม 2563 จำนวน 32 คน ได้คัดเลือกเข้าตามเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัคร

เกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน และ/หรือแตก ที่มีภาวะกลืนลำบากที่มีอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดไม่เกิน 14 วัน
2. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 18-85 ปีขึ้นไป
3. ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยฯ มีคะแนนการประเมินค่า NIHSS score 1-25
4. สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ รุนแรง ขณะเข้าร่วมโครงการฯ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการ และขั้นตอนประเมินผลและสรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนเตรียมการ

- (1) วิเคราะห์สถานการณ์ และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นโดยผู้วิจัยศึกษาและเก็บข้อมูลจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลและศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

(2) ประชุมเตรียมความพร้อมพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะกลืนลำบาก และยืนยันความเข้าใจถูกต้องกับทีมแพทย์พยาบาล คณะผู้เชี่ยวชาญ และทีมที่ปรึกษา อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เนื้อหา และพัฒนาโปรแกรมฯ

ขั้นตอนการ

กลุ่มตัวอย่างได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมฯ เพื่อป้องกันการล้มและพัฒนาการกลืนอย่างปลอดภัยในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน โดยพยาบาลซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหา กลืนลำบากเพื่อการฝึกกลืน (Swallowing screening) แบ่งเป็น

1.1 ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ GCS > 11คะแนน (สามารถทำตามคำสั่งได้อย่างน้อย 2

คำสั่งใน 4 คำสั่งดังนี้ ยกแขน, ยกขา, อ้าปาก, บอกชื่อตนเองได้)

1.2 ผู้ป่วยสามารถนั่งตัวตรง 90 องศาบนเตียงผู้ป่วยหรือบนเก้าอี้ นาน 15 นาที

(1) ถ้าผู้ป่วยทำได้ 1 ข้อ พยาบาลให้หยุดประเมิน จากนั้นให้ดื่มน้ำและอาหาร แล้วรายงานแพทย์เพื่อใส่สายยางให้อาหารทางจมูก พยาบาลจะเริ่ม ขั้นตอน ที่ 1 คือ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากเพื่อการฝึกกลืนใหม่อีกครั้งในวันถัดไป

(2) ถ้าทำได้ทั้ง 2 ข้อ (1.1 และ 1.2) แสดงว่าผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ ให้เข้าสู่การประเมินขั้นตอนที่ 2 การประเมินภาวะกลืนลำบาก

2) ขั้นตอนการประเมินเพื่อทดสอบภาวะกลืนลำบาก ประกอบด้วย

2.1 การประเมินความพร้อมก่อนทดสอบกลืนน้ำ

2.1.1 ผู้ป่วยสามารถไต่ตามคำสั่งได้

2.1.2 ผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำลายได้

2.1.3 ผู้ป่วยสามารถเลียริมฝีปากบน ล่างได้

2.1.4 ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ ไม่หอบเหนื่อย

2.1.5 ผู้ป่วยมีค่าออกซิเจน (SpO₂> 94%) ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก หรือมีปัญหาในการรักษาออกซิเจนในเนื้อเยื่อ

*หากผลประเมินของพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยสามารถทำได้ครบทั้ง 5 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เพียง 1 ข้อ ให้หยุดทำขั้นตอน

2.2 การทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (พัฒนาจากสถาบันประสาท กรมการแพทย์)

2.2.1 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 ช้อนชา ครั้งที่ 1

2.2.2 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 ช้อนชา ครั้งที่ 2

2.2.3 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 ช้อนชา ครั้งที่ 3

2.2.4 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 50 ซีซี

3) การฝึก และการพยาบาลเพื่อพัฒนาการกลืน (Training and nursing care for Swallowing Development)

3.1 การฝึกการทรงตัว และการบริหารกล้ามเนื้อปากและใบหน้า

3.1.1 ฝึกผู้ป่วยให้ทรงตัวในท่านั่งนานได้ประมาณ 15 นาที

3.1.2 ฝึกผู้ป่วยให้บริหารกล้ามเนื้อปาก

3.2 แนวทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาการกลืน

3.2.1 ดูแลความสะอาดปากฟันก่อนรับประทานอาหาร

3.2.2 จัดอาหารที่มีลักษณะนิ่มเคี้ยวง่าย

3.2.3 การจัดสิ่งแวดล้อมสร้างบรรยากาศให้เจ็บสงบกำจัดสิ่งรบกวนพูดคุยเท่าที่จำเป็น

3.2.4 การจัดท่านั่ง นั่งตัวตรงประมาณ 90 องศา ลำตัวอยู่ตรงกลาง และจัดศีรษะตั้งตรง

3.2.5 การดูแลการกลืนขณะรับประทานอาหารโดยมีขั้นตอนและพิจารณาดังนี้

(1) ถ้าผู้ป่วยไอหรือกลืนซ้ำ ให้โน้มศีรษะไปข้างหน้าเล็กน้อย

(2) ถ้าควบคุมลิ้นได้ไม่ดีให้เอนศีรษะไปด้านหลังเล็กน้อย

(3) ถ้ามีอาหารค้างอยู่ในปากจากการอ่อนแรงของลิ้นหรือแถมให้เอียงศีรษะไปด้านที่ไม่อ่อนแรง

(4) ถ้ามีเสียงน้ำในคอหลังกลืน ให้ผู้ป่วยไอหลายๆ ครั้ง เพื่อให้คอโล่งก่อน จึงจะ

รับประทานอาหารต่อ

(5) ถ้ามีอาการอ่อนแรงของ Pharyngeal ให้ผู้ป่วยเอียงศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง

(6) ถ้าผู้ป่วยใช้เวลารับประทานอาหารนาน 45-60 นาที ซึ่งอาจทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอ่อนแรงเสี่ยงต่อการสำลักอาหารให้แบ่งมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อ

3.2.6 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารโดยวางยาไว้บนลิ้นด้านที่ไม่อ่อนแรง ให้ผู้ป่วย รับประทานอาหารที่ละเม็ดใช้เวลาในการกลืน ไม่เร่งรัด และให้กำลังใจผู้ป่วยในการกลืนจากนั้นดูแลความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหาร

4. การประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์ โดยพยาบาลควรมีการประเมินอาการขณะรับประทานอาหารทุกมื้อ ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยสังเกตอาการดังนี้

4.1 มีน้ำลายไหลหรืออาหารไหลออกจากปาก

4.2 มีอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม

4.3 มีอาการไอ สำลักขณะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ

4.4 อาหารเป็นก้อนติดคอมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง

4.5 มีเสียงน้ำในคอหลังการกลืน

4.6 เมื่อสงสัยว่ามีอาหารค้างในลำคอ (Pharynx) หลังการกลืน (ตรวจโดยการฟังด้วย Stethoscope)

4.7 สามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่พึ่งพา

4.8 ใช้เวลาในการรับประทานอาหารเท่ากับหรือมากกว่า 20 นาที

ขั้นสรุปผลและประเมินผลการวิจัย การใช้โปรแกรมที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้ป่วยใน 5 ด้าน ได้แก่ (1) เนื้อหา มีความชัดเจน เรียงลำดับอย่างเป็นขั้นตอน (2) การใช้ภาษามีความชัดเจนเหมาะสม และเข้าใจง่าย (3) สามารถนำไปปฏิบัติ และให้การพยาบาลได้จริง (4) มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยและ (5) พึงพอใจในการใช้โปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) แบบประเมิน NIHSS และแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ การวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ โดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย วิเคราะห์เชิงเนื้อหาการตีความการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เสนอผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี อนุมัติเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 เลขที่ อด 0032.002/204

ผลการวิจัย (Result)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.1 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 46.9 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 61-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 น้อยที่สุดคือ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.5 อายุเฉลี่ย 65 ปี อายุน้อยที่สุด 45 ปี อายุมากที่สุด 85 ปี การวินิจฉัยโรค มากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน คิดเป็นร้อยละ 87.5 น้อยที่สุดคือโรคหลอดเลือดที่เลือดจากเส้นเลือดแตกในสมองคิดเป็นร้อยละ 12.5 ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34.3 เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 12.5 และปฏิเสธโรคประจำตัว 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 ค่าคะแนน NIHSS ระหว่าง 1-4 (Mild) คิดเป็นร้อยละ 43.7 ค่าคะแนน NIHSS ระหว่าง 5-16 (Moderate) คิดเป็นร้อยละ 56.3 ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.1 ด้านอาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 62.50 พบว่า เกษตรกร ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 21.9, 3.1, 12.5 ตามลำดับ สถานภาพการสมรส ส่วนมากแต่งงานและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 62.5 และพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้รับการสนับสนุนและการดูแลจากครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (n=32)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	53.1
หญิง	15	46.9
อายุ		
40-60 ปี	12	37.5
61-80 ปี	16	50
80 ปีขึ้นไป	4	12.5
อายุเฉลี่ย 65 ปี min = 45 ปี, max = 85 ปี		
วินิจฉัยโรค		
Ischemic stroke	28	85.5
Hemorrhagic stroke	4	12.5
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	11	34.4
เบาหวาน	4	12.5
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน	4	12.5
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	3	9.4
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไตวายเรื้อรัง	1	3.1
ลิ้นหัวใจรั่ว	1	3.1
ปฏิเสธโรคประจำตัว	8	25
คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)		
1-4 คะแนน(Mind stroke)	14	43.7
5-16 คะแนน (Moderate stroke)	18	56.3

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (n=32) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	78.1
มัธยมศึกษา	3	9.3
อนุปริญญา	2	6.3
ปริญญาตรี	2	6.3
อาชีพ		
เกษตรกร	7	21.9
ค้าขาย	1	3.1
รับจ้างทั่วไป	4	12.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	62.5
สถานภาพการสมรส (Marital status)		
โสด	1	3.1
อยู่ด้วยกันไม่ได้แต่งงาน	5	15.6
แต่งงาน	20	62.5
แต่งงานแต่ไม่อยู่ด้วยกัน	1	3.1
หม้าย	5	15.6
การสนับสนุนจากครอบครัว (supportive from family)		
ผู้ดูแลหลัก (caregiver)	32	100

2. การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale)

ผลการใช้โปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงค่าคะแนนการประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) อยู่ระหว่าง 11-15 โดยส่วนมากมีค่าคะแนน

GCS 15 คะแนน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 78.13 น้อยที่สุด มีค่าคะแนน GCS 11 คะแนน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.37 ค่าเฉลี่ยของคะแนน GCS $\bar{x} = 14.43$, S.D. = 1.24 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) (n=32)

การประเมินระดับความรู้สึกตัว (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
11	3	9.3
12	0	0
13	2	6.2
14	2	6.2
15	25	78.1
$\bar{x}=14.43$, S.D. =1.24		

3. ผลการใช้โปรแกรมในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค (NIHSS)

ผลการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค (NIHSS) ส่วนมากมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 5-16 (Moderate Stroke) จำนวน 18 ราย รองลงมาคือมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-4 (Mild Stroke) จำนวน 14 ราย ไม่สำคัญลักษณะรับประทานและ ไม่เกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspirate pneumonia) คิดเป็นร้อยละ 100 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 32 ราย ทำครบทุกขั้นตอนของโปรแกรมฯสามารถกลืนได้ดี ใน

วันที่ 1 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8 กลืนได้ดี ในวันที่ 2 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.4 กลืนได้ดี ในวันที่ 3 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 กลืนได้ดี ในวันที่ 4 จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 และมีผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกลืนได้ ขณะอยู่โรงพยาบาลในระยะ 4 วัน จำหน่ายกลับบ้าน โดยคายให้อาหารทางสายยางไว้มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสามารถกลืนได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคตั้งแต่ช่วง 1-16 (NIHSS) (n=32)

ความสามารถกลืนได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สำคัญในขั้นตอนที่ 2 และหลังจากได้รับการฝึกกลืนเนื้อปากและลิ้น		
สามารถกลืนได้ดีในวันที่ 1	6	18.8
สามารถกลืนได้ดีในวันที่ 2	11	34.4
สามารถกลืนได้ดีในวันที่ 3	8	25.0
สามารถกลืนได้ดีในวันที่ 4	4	12.5
ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกลืนได้ ขณะอยู่ โรงพยาบาลในระยะ 4 วัน [*]	3	9.3

* ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกลืนได้ ขณะอยู่ โรงพยาบาลในระยะ 4 วัน เป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรค Ischemic Stroke

4. ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้ป่วย

การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้ป่วยใน 5 ด้าน พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์ มีความชัดเจน เรียงลำดับ อย่างเป็นขั้นตอน ระดับดีมากที่สุด ($\bar{x}=4.90$) พยาบาลมีความคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์

โปรแกรมฯ ระดับน้อย คือสามารถนำไปปฏิบัติ และให้การพยาบาลได้จริง อย่างไรก็ตามจากผลในภาพรวมพบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นต่อโปรแกรมฯ มีอยู่ในระดับดีมากที่สุด คือ ($\bar{x}=4.7$) ร้อยละเอียดยัง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ (n=10)

ความคิดเห็นของพยาบาล	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1.เนื้อหา มีความชัดเจน เรียงลำดับอย่างเป็นขั้นตอน	4.90	0.32	มากที่สุด
2.การใช้ภาษา มีความชัดเจนเหมาะสม และเข้าใจง่าย	4.70	0.48	มากที่สุด
3.สามารถนำไปปฏิบัติ และให้การพยาบาลได้จริง	4.50	0.53	มากที่สุด
4.มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย	4.80	0.42	มากที่สุด
5.ท่านพึงพอใจในการใช้โปรแกรมนี้เพราะมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในหน่วยงาน	4.60	0.52	มากที่สุด
ภาพรวม	4.70	0.45	มากที่สุด

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการล้ม ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย เกิดการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ แก่ผู้ป่วย นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ซึ่งถือว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย วิเคราะห์จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก มีประวัติการมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงมาก่อน เป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้ประกอบอาชีพ รวมทั้งมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา¹⁰ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถช่วยลดอุบัติการณ์เกิดการล้ม สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาแล้วว่า การให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ และ/หรือการศึกษารายกรณี ระบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดคุณภาพของการพยาบาลที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม^{4,7, 9-12} อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ จะพบว่าโปรแกรมฯ

สามารถนำไปใช้ได้จริงในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ไม่ให้เกิดการล้ม และไม่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยสวัสดิภาพ อย่างไรก็ตามจากรายงานวิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ของอาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล¹³ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ยังไม่สามารถมีระบบการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน สวม. ที่เป็นเครือข่ายทางสุขภาพยังไม่มี ความรู้เพียงพอที่จะให้คำแนะนำ หรือดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยครั้งนี้ ยืนยันว่า การใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถช่วยลดอุบัติการณ์เกิดการล้ม โดยพยาบาลให้ความคิดเห็นว่าสามารถใช้โปรแกรมฯ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาลพึงพอใจในการใช้โปรแกรมนี้เพราะมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในหน่วยงานในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ วีระยุทธ ขาตะกาญจน์¹⁴ “วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) การวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาของ ผู้ปฏิบัติงานที่ดำเนินการเองโดยผู้ปฏิบัติงานจะมี โอกาสแก้ปัญหามาได้สำเร็จมากกว่าการวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ทำโดยบุคคลอื่น”

ข้อเสนอแนะ

1. นำโปรแกรมไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 85 ปี และมีค่าความรุนแรงของโรค 26-42 คะแนน เพื่อไม่ให้เกิดการล้ม และพัฒนาการกลืนได้อย่างปลอดภัย
2. ส่งเสริมให้เกิดการพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น มีการพิจารณาจัดให้มีในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลดูแลเฉพาะทาง
3. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และ/หรือศึกษาในผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมอื่น รวมทั้งการศึกษาวิจัยติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณดร.ชลการ ทรงศรี ดร. วรัญญาแสงพิทักษ์ และอาจารย์วิโรดิ พงษ์ทิพย์พัฒน์ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้ความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ได้สนับสนุนให้กำลังใจช่วยสนับสนุนแก้ปัญหาในด้านต่างๆ จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Stroke Day. [online]. [cited 2011 Aug 19] ; Available from: URL: <http://www.worldstrokecam - paign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.aspx>).
2. สุภาวงศ์จิรภักดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกและอุดตัน : รายงานการศึกษา, วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 2562; 3 (28): 807 – 817. สืบค้นจาก <https://www.srth.moph.go.th/region11journal/document/Y28N3/19.pdf>. เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2562.
3. World Health Organization (WHO). Global burden of disease 2000. 2006; Retrieved July 10, 2009, from World Health Organization web site: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasesstroke.pdf.
4. นฤมล นามวงษ์, นฤมล สีนสุพรรณ และ กุหลาบ ปุริสาร. ผลของโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะกลืนลำบาก. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2561; 8 (ฉบับพิเศษ): 251-261.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2560. สืบค้นจาก

- https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152 8 เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2562.
6. Martino R., Foley IN, Martino, Foley, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005; 36 (12): 2756 - 2763.
 7. เรณู มูลแก้ว, ประทุม สร้อยวงศ์, จินดา รัตน์ ชัยอาจ. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย* 2559; 3(2): 44-56.
 8. ศูนย์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์. *รายงานผู้ป่วยรับใหม่หรือผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงปี 2557-2561: โรงพยาบาลกุมภวาปี*; 2561.
 9. นลินี พสุคันธภักดิ์, สายสมร บริสุทธิ์ และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
 10. ปัทมา มิตรธรรมศิริ, พยุง เมฆพยัพ, อภินันท์ ชูวงศ์, ภัทรา อารักษ์พุทธรินทร์, บุญมา โอฐธนู, วิมลศรี สมร. *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ* หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2551-2552; 1-8. สืบค้นจาก <http://www.photharamhosp.go.th/ptrhos/attachments/article/30/pdfd11.pdf>. เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2563.
 11. ศิริวรรณ กฤษณพันธ์. *การพัฒนาระบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี* โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร* 2551; 5(1): 765-779.
 12. จิตลัดดา ประสานวงศ์, ปฐมวดี สิงห์ตง, รสสุคนธ์ สามเสน. *การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* โรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารกองการพยาบาล* 2555; 39(2): 51-65.
 13. อาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล. *การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย*. GRC 2012 Graduated Research Conference,

2555: 670-680 สืบค้นจาก file:///C:/Users/Win10x64Bit/Desktop/MAD%20ME/MAD%20ME-2019/MOD-2019/Articles/อ ำ ค ม . pdf. เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2563.

14. วีระยุทธ ชาทะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). **วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครศรีธรรมราช** 2553; 29(1): 1-7.

