

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการ การสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก

Effects of Family Caregivers' Preparedness Program on Preventing Aspiration in Older Patients with Dysphagia

ศิริรัตน์ เหมสุวรรณ* วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ

Sirirat Hermsuwan* Virapun Wirojratana Doungrut Wattanakitkriear

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย 73170

Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand, 73170

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 21 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระยะเวลาของโปรแกรม 4 วัน แต่ละวันใช้เวลา 15-45 นาที รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของอาร์ชโบลและสจีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากสามารถเพิ่มความพร้อมในการดูแลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 5.79, p = .00$)

ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยควรส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะและเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลจากโรงพยาบาลต่อเนื่องไปยังบ้าน และเป็นการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะกลืนลำบาก, ผู้สูงอายุ, ญาติผู้ดูแล

Abstract

This study aimed to examine the effects of family caregivers' preparedness program on preventing aspiration in Thai older patients with dysphagia, a randomized control trial. The participants were family caregivers aged 20 years and above, male and female who take care of older patients are admitted in a private hospital in Bangkok. The participants were comprised of 42 family caregivers and randomly assigned to the two study group (n = 21 per group). There were 21 family caregivers in the control group who received routine nursing care and 21 family caregivers in the experimental groups who received routine nursing care and the preparedness program, 4-day program duration, 15-45 minutes each day. Data collection was performed by

*Corresponding Author: *E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัยและสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 5 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ 28 มิ.ย. 2566 (revised) วันที่ตอบรับ 8 ก.ค. 2566 (accepted)

using demographic questionnaires, and the Preparation for Caregiving form. Descriptive statistics and t-test were used to analyze the data.

The results showed that the family Caregivers' Preparedness Program on Preventing Aspiration in Older Patients with Dysphagia in the experimental group were significantly higher than those in the control group with statistical significance ($t = 5.79, p = .00$).

Since the patient has been admitted, nurses could encourage family to take part in caring to develop the competency and preparedness of caregivers from the hospital to home and to develop the role of nurses in caring for patients before discharge from the hospital to be more efficient.

Keywords: dysphagia, older patients, family caregivers

บทนำ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกายทำงานลดน้อยลง เป็นผลมาจากความเสื่อมโทรมตามกระบวนการสูงอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท สารสื่อประสาทและสรีรวิทยาเป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุด ซึ่งความเสื่อมโทรมด้านสมองดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา¹ โดยกระบวนการกลืนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อการกลืนในผู้สูงอายุลดลง² ซึ่งภาวะกลืนลำบากทำให้เพิ่มความเสี่ยงและมักเป็นสาเหตุนำไปสู่ปัญหาที่สำคัญ คือ ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักอาหารและน้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือต้องกลับเข้ามารับการรักษาค้ำในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต³

แม้โรคระบบประสาทจะให้การรักษาที่จำเพาะเจาะจงแล้ว แต่ผู้ป่วยบางรายยังคงมีปัญหาความผิดปกติของการกลืนปรากฏอยู่⁴ ซึ่งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การฟื้นฟูการกลืน โดยเฉพาะการปรับความหนืดของของเหลวและพื้นผิวของอาหารที่เป็นของแข็งเพื่อหลีกเลี่ยงการสำลัก⁵ แต่วัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยจากกระบวนการชราตลอดเวลา ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลเพราะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แทนบุคลากรทางสุขภาพ⁶ หากญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล (Preparedness for Caregiving) จะช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้เร็วขึ้นลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การสำลักได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁷

ปัจจุบันผู้ป่วยมักถูกจำกัดให้อยู่โรงพยาบาลในระยะสั้น ๆ เวลาที่ใช้ในการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติการดูแล การประเมินความเข้าใจหรือความเชี่ยวชาญของผู้ดูแลถูกจำกัดลง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลบางรายขาดความพร้อมด้านศักยภาพในการดูแล ซึ่งการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลควรเริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 3.10 ของผู้ดูแลทั้งหมดเคยผ่านการอบรมจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับผู้ที่เคยอบรมแบบไม่เป็นทางการมีร้อยละ 4.30 และผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการอบรมมีสูงถึงร้อยละ 92.60⁸

จากการปฏิบัติการพยาบาลและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาท ทั้งด้านการดูแลและการฟื้นฟูการกลืนพบว่า การเตรียมความพร้อมส่วนใหญ่เป็นการเตรียมพร้อมของผู้ป่วย คือ ให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหาร น้ำและยาได้อย่างปลอดภัย ได้รับสารอาหารและน้ำได้เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย และป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก และการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลพบเพียงการให้คำแนะนำ และข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับการจัดการกับอาหารซึ่งไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะการกลืนลำบากและจำเป็นต้องมีญาติผู้ดูแลอาจมีความเสี่ยงต่อการสำลักได้ ขณะเดียวกัน การเฝ้าระวังและการจัดการกับภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดการสำลัก ขณะอยู่โรงพยาบาลมักเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล แต่เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ซึ่งยังไม่มี การศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในด้านนี้อย่างชัดเจน

กล่าวคือ ยังไม่มีการศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในแต่ละองค์ประกอบมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลที่เป็นรูปแบบสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล ผ่านกรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) ของอาร์ชโบลด์และสจิวต์ (1986) พร้อมทั้งมีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาเป็นช่องทางอำนวยความสะดวกในการนัดหมายเวลาและสถานที่ การส่งมอบสื่อการสอนให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนการดูแลได้ด้วยตนเอง โดยญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีจะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการฟื้นฟูการกลืนที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม

คำถามการวิจัย

1. ความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) ของอาร์ชโบลด์และสจิวต์ (1986) เป็นการสำรวจและการให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลที่จะมีอิทธิพลต่อบทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูการกลืน 6 กิจกรรม ดำเนินการสอนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) และการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ โดยตลอดการลงมือปฏิบัติหากปฏิบัติไม่ถูกต้องจะมีการสอนแนะเป็นระยะจนสามารถปฏิบัติได้ และมีการมอบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) ที่สอดคล้องกับการสอนส่งให้ญาติผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนการดูแลได้ด้วยตนเอง การติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมโดยญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีจะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดีขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการฟื้นฟูการกลืนที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก

1. การประเมินความพร้อมก่อนการกลืน
2. การจัดทำช่วยกลืน
3. การเลือกและจัดอาหารที่เหมาะสมกับการกลืน
4. การเฝ้าระวังการสำลัก
5. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน
6. การหาแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแล

ความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยตามแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1986)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Control Trial) ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มแบบง่าย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำสุ่มหมายเลข 1-46 เตรียมไว้ ป้องกัน Selection Bias ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ช่องสีน้ำตาลปิดผนึกบรรจุหมายเลขไว้ซองละ 1 หมายเลข ให้กลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกหยิบซอง ผู้วิจัยเปิดซองสีน้ำตาลปิดผนึกที่บรรจุหมายเลขไว้และจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาของ Mohammadi และคณะ¹⁰ กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 และกำหนดระดับอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มออกกลุ่มละ 21 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 ในแต่ละกลุ่มเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนกลุ่มละ 23 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ 1) เป็นญาติและเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคระบบประสาท โดยผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินภาวะกลืนลำบากเบื้องต้นตามมาตรฐานการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยด้วยแบบประเมินการกลืนข้างเดียว Gugging Swallowing Screen (GUSS)¹¹ พบระดับความรุนแรงของภาวะกลืนลำบากระดับ 3 และ 4 คือ มีอาการกลืนลำบากเล็กน้อยโดยไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการสำลักน้อยที่สุดและแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้ 2) อายุ 20 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นเงินเดือนในการดูแล 3) ไม่เคยผ่านการอบรมจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก 4) ไม่มีควมบกพร่องทางการรับรู้ กรณีญาติผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมินมินิ-ค็อก (Mini-Cog) ฉบับภาษาไทย และ 5) สามารถพูดและอ่านภาษา

ไทยได้ดี และสามารถติดต่อสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่มีแอปพลิเคชันไลน์

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยในความดูแลไม่ยินยอมให้ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย

เกณฑ์การถอนตัว ได้แก่ ญาติผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง กรณีญาติผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผ่านการคัดกรองความบกพร่องด้านการรู้คิดผ่านแบบประเมินมินิ-ค็อก (Mini-Cog) ฉบับภาษาไทย¹² โดยแบบประเมินมีคะแนนรวม 5 คะแนน พบคะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ อายุ การวินิจฉัยโรคระบบประสาท และระดับภาวะกลืนลำบาก

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยสูงอายุ เวลาและระยะเวลาในการดูแล การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ประสิทธิภาพในการดูแล ผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล ความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคประจำตัว และผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและจิตใจ

2.3 แบบประเมินความพร้อมในการดูแล สร้างโดย Archbold และ Stewart แปลเป็นภาษาไทยโดย Wirojratana¹³ เป็นการประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล 7 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบรายข้อ คือ 0 ถึง 4 คะแนน โดยแบบประเมินความพร้อมในการดูแลมีคะแนนรวมทั้งสิ้นเท่ากับ 32 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความพร้อมมาก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล

ต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก จากโรคระบบประสาท ระยะเวลาของโปรแกรมทั้งสิ้น 4 วัน แต่ละวันใช้เวลา 15-45 นาที ดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 1) จากนั้นให้ความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก” ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย

1. การประเมินความพร้อมก่อนการกลืน
1) ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกตัวและตื่นดี และ 2) ประเมินระบบทางเดินหายใจอยู่ในสภาวะปกติ ไม่มีอาการเหนื่อย กรณีมีน้ำลายหรือเสมหะคั่งค้างต้องดูดและดูดเสมหะก่อนรับประทานอาหาร

2. การจัดทำช่วยกลืน โดยจัดทำนั่งให้ศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ข้อศอกและแขนวางบนโต๊ะหรือหมอนหลังรับประทานเสร็จให้อยู่ในท่านั่งต่อประมาณ 15-30 นาที

3. การเลือกและจัดอาหารที่เหมาะสมกับการกลืน พร้อมทั้งข้อแนะนำในการรับประทานอาหาร ได้แก่
1) จังหวะการรับประทานไม่ให้เร็วเกินไป การรับประทานคำเล็กหรือพอดีคำหรือการเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน 2) หากจำเป็นต้องป้อนอาหาร ไม่ป้อนอาหารเข้าไปลึกจนเกินไป และใช้เวลาในการกลืน ไม่เร่งรัดผู้ป่วยสูงอายุ 3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสูงอายุมีสมาธิในการกลืนอาหาร พูดคุยกับผู้ป่วยสูงอายุเท่าที่จำเป็นและไม่ทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวขณะรับประทานอาหาร และ 4) ทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรียในช่องปาก

4. การเฝ้าระวังการสำลัก 1) สังเกตอาการผิดปกติขณะรับประทานอาหาร เช่น เริ่มควรให้หยุดรับประทานอาหารทันที และต้องรีบทำให้ทางเดินอาหารและหายใจโล่ง เช่น ดูแลให้คายหรือไอเอาอาหารออก 2) หากผู้ป่วยสูงอายุมีอาการสำลักอาหาร ยังรู้สึก พูดไม่มีเสียง ไอไม่ออก หายใจติดขัด แสดงว่ามีการอุดตันทางเดินหายใจรุนแรง ให้การช่วยเหลือโดยการกดกระแทกที่ท้องทันทีเพื่อขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจส่วนบน 3) สังเกตอาการออกซิเจนในเลือดต่ำจากการเกิดการสำลัก หากมีเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วพบค่าน้อยกว่า 95% กรณีไม่มีเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว สังเกตอาการผิดปกติที่อาจแสดงถึงอาการออกซิเจนในเลือดต่ำ เช่น ไอมากขึ้น หายใจเร็ว หายใจถี่ เหงื่อออก หรือหายใจไม่ออก และให้ขอความช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือนำส่ง

โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อตรวจประเมินต่อไป

5. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน ดังนี้ 1) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อปากและใบหน้า ได้แก่ การฝึกควบคุมริมฝีปากโดยการทำปากจู้สลับกับยิ้มเห็นฟัน และการนึ้มปากหนีบผ้าหรือกระดาษ ทำ 8-10 ครั้งต่อเซต 3 เซตต่อวัน 2) การเคลื่อนไหวขากรรไกร ได้แก่ การอ้าปากสลับกับหุบปาก และการกัดฟันค้างไว้ 5 วินาทีแล้วคลาย ทำ 8-10 ครั้งต่อเซต 3 เซตต่อวัน และการควบคุมการเคลื่อนไหวของลิ้น ได้แก่ การแลบลิ้นเคลื่อนไหวสลับซ้ายและขวา และการปิดปากเอาลิ้นแตะกระพุ้งแก้มสลับซ้ายและขวา ทำ 8-10 ครั้งต่อเซต 3 เซตต่อวัน

6. การหาแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแล เช่น ศูนย์สาธารณสุขหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนอกสถานพยาบาล

วันที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติใช้เวลาประมาณ 45 นาที ประกอบด้วย

1. การสอนสาธิตข้างเตียง 1) การจัดทำช่วยกลืน และ 2) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน

2. การตัดสินใจเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม โดยการใช้สื่อรูปภาพที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้และให้ญาติผู้ดูแลเลือกอาหารที่เหมาะสมกับระดับการกลืนของผู้ป่วยสูงอายุตามคำแนะนำ

3. การจำลอง 3 สถานการณ์หากเกิดการสำลักผ่านสื่อแผ่นพับที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ แต่ละสถานการณ์มี 2 ทางเลือกให้ตัดสินใจ คือ 1) ทางเลือกที่เหมาะสม และ 2) ทางเลือกที่ไม่เหมาะสม

วันที่ 3 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติการดูแล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

วันที่ 4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 2) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน นำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนของเนื้อหาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

3.2 สื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) เรื่อง

“การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก” ที่ประกอบด้วยกิจกรรมพื้นฐานการกลืน 6 กิจกรรมเป็นสื่อการสอนหลักให้กับญาติผู้ดูแล

3.3 คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก” เนื้อหาสอดคล้องกับการสอนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนการดูแลซ้ำได้ด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS 2021/23.0706 วันที่ 16 กรกฎาคม 2564 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ 298-09-21 CAEN-H Fub วันที่ 18 พฤศจิกายน 2564 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบรายละเอียดโครงการวิจัยจากผู้วิจัย ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล รวมทั้งมีสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดกับการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองต่อการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจกแผ่นพับที่ระบุรายละเอียดของโครงการวิจัยและช่องทางการติดต่อผู้วิจัย และแจ้งข้อมูลเบื้องต้นโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยเป็นการส่วนตัวตามช่องทางการติดต่อที่ระบุไว้ในแผ่นพับ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูล พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจะให้ลงนามในเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 46 ราย นำแบบ

ประเมินสมรรถภาพสมองมินิ-ค็อก (Mini-Cog) ไปประเมินกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ภายหลังผู้วิจัยขออนุญาตในการติดต่อนัดหมายเวลาและสถานที่ทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อเข้าทำการเก็บข้อมูล ณ ห้องผู้ป่วยนั้น ๆ ระยะเวลาโปรแกรม 4 วัน

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการทดลอง ดังต่อไปนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 1) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดต่อขอให้ตอบแบบประเมินความพร้อมญาติผู้ดูแลอีกครั้งหลังจากเข้าพบวันแรก 3 วัน

วันที่ 2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความพร้อมญาติผู้ดูแล (ครั้งที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 5 นาที พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก” ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น หากกลุ่มตัวอย่างสนใจ ผู้วิจัยจะขออนุญาตส่งคู่มือดังกล่าวให้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พร้อมอธิบายและตอบข้อซักถามพอสังเขป ภายหลังแจ้งยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) และได้รับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) ที่สอดคล้องกับการสอนผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ดำเนินการทดลอง ดังต่อไปนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 1) จากนั้นให้ความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก” ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมก่อนการกลืน 2) การจัดทำช่วยกลืน 3) การเลือกและจัดอาหารที่เหมาะสมกับการกลืน 4) การเฝ้าระวังการสูดสำลัก 5) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน และ 6) การหาแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแล

วันที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ประกอบด้วย 1) การสอนสาธิตข้างเตียง 2) การตัดสินใจเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม โดยการ

ใช้สื่อรูปภาพที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้และให้ญาติผู้ดูแลเลือกอาหารที่เหมาะสมกับระดับการกลืนของผู้ป่วยสูงอายุตามคำแนะนำ
3) การจำลอง 3 สถานการณ์หากเกิดการสําลักผ่านสื่อแผ่นพับที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ แต่ละสถานการณ์มี 2 ทางเลือกให้ตัดสินใจคือ ทางเลือกที่เหมาะสมและทางเลือกที่ไม่เหมาะสม

วันที่ 3 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติกรดูแล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

วันที่ 4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (ครั้งที่ 2) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย พร้อมอธิบายและตอบข้อซักถามพอสังเขป ภายหลังจากยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าตัวแปรแต่ละตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมญาติผู้ดูแลหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่าลักษณะข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N = 21)		กลุ่มควบคุม (N = 21)		x ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.11	.74
ชาย	7	33.30	6	28.60		
หญิง	14	66.70	15	71.40		
อายุ					1.10F	.71F
20 - 39 ปี	9	42.90	12	57.10		
40 - 59 ปี	9	42.90	6	28.60		
≥ 60 ปี	3	14.30	3	14.30		
	Mean = 44.43		Mean = 43.81			
	SD = 12.66		SD = 13.74			
ระดับการศึกษา					2.37F	.64F
ไม่ได้ศึกษา	2	9.50	1	4.80		
ประถมศึกษา	3	14.30	4	19.00		
มัธยมศึกษา	0	0.00	2	9.50		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	76.20	14	66.70		
อาชีพ					2.34F	.79F
เกษตรกร	0	0.00	2	9.50		
ข้าราชการ	3	14.30	2	9.50		
พนักงานบริษัท	4	19.00	4	19.30		

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N = 21)		กลุ่มควบคุม (N = 21)		x ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	42.90	7	33.30	2.84F	.45F
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	14.30	6	28.60		
ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยสูงอายุ						
คู่สมรส	3	14.30	7	33.30	.00	1.00
บุตร	9	42.90	8	38.10		
บุตรเขย/บุตรสะใภ้	1	4.80	0	0.00		
หลาน	8	38.10	6	28.60		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอื่นมาก่อน						
ไม่มี	14	66.70	14	66.70		
มี	7	33.30	7	33.30		
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ						
ไม่มี	21	100.00	21	100.00		
มี	0	0.00	0	0.00		

F = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 1 พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ โดยญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย อายุเฉลี่ย 44.43 ปี (SD = 12.66) และญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43.81 ปี (SD = 13.74) ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 42.90 และร้อยละ 38.10 ตามลำดับ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 76.20 และร้อยละ 66.70 ตาม

ลำดับ และญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 42.90 และร้อยละ 33.30 ตามลำดับ ด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น พบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอื่นมาก่อน ทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 66.70 เท่ากัน และไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเลย คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยรายข้อของความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมกับผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยความพร้อมรายข้อหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง (N = 21)		กลุ่มควบคุม (N = 21)	
	Mean	SD	Mean	SD
1. การดูแลความต้องการด้านร่างกาย	3.19	.60	2.24	.70
2. การดูแลความต้องการทางด้านอารมณ์	2.76	.77	2.05	.74
3. การหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและจัดหาบริการ	3.43	.75	2.52	.68
4. การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแล	2.86	.73	1.86	.91
5. การดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจทั้งตัวท่านเองและผู้สูงอายุ	2.95	.67	2.05	.59
6. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน	2.90	.77	1.67	.80
7. การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข	3.57	.60	2.67	.73
8. ความพร้อมโดยรวม	3.05	.669	2.10	.70

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบบรายข้อ คือ 0 ถึง 4 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงว่ามีความพร้อมมาก พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมรายข้อหลังเข้าร่วมกิจกรรมของมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังการทดลองโดยรวม เท่ากับ 3.05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมมากที่สุด

คือ การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข เท่ากับ 3.57 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังการทดลอง โดยรวม เท่ากับ 2.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมมากที่สุด คือ การขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข เท่ากับ 2.67

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก จากโรคระบบประสาทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยความพร้อม	กลุ่มทดลอง (N = 21)		กลุ่มควบคุม (N = 21)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	11.71	4.30	11.33	5.12	.26	.80
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	24.71	4.04	17.14	4.43	5.79	.00

ตารางที่ 3 พบว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถเพิ่มความพร้อมในการดูแลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 5.79, p = .00$) ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 24.71 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 17.14 คะแนน

การอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยผู้ใหญ่และเป็นบุตรของผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก เนื่องจากพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ยึดถือความกตัญญูต่อนัก สอนให้บุตรทดแทนบุญคุณโดยการเลี้ยงดูบิดาและมารดาเป็นการตอบแทนเมื่อท่านมีอายุมากขึ้น และผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเนื่องจากเพศหญิงมักถูกสังคมคาดหวังให้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัว และเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนโยน รอบคอบ จึงมักจะทำหน้าที่ในการดูแลจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าเพศชาย ดังนั้น จึงมักได้รับหน้าที่ให้รับผิดชอบ

ดูแลสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่สภาวะปกติจนถึงเมื่อมีการเจ็บป่วย¹⁴

ด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งการศึกษาสูงทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลและมีโอกาสแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น 15 ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวและไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการมีความพร้อมด้านค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจากภาวะกลืนลำบากที่มีสาเหตุจากโรคระบบประสาทรุนแรงเป็นการรักษาที่จำเพาะและต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟู ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่รับบทบาทในการดูแลครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูง มีความพร้อมทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม สามารถเพิ่มความพร้อมความสามารถและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลให้สูงขึ้นได้¹⁶ ส่วนประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า การมีประสพการณ์ในการดูแลมาก่อนจะทำให้ผู้ดูแลมีทักษะ มีประสพการณ์ มีความเชี่ยวชาญ และมีความมั่นใจ รู้สึกว่าเป็นความยากลำบากในการดูแลน้อย

ลงและมีการปรับตัวของผู้ดูแลให้เข้ากับบทบาทใหม่ที่ได้รับ
ครั้งนี้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล¹⁷

ผลการศึกษาก่อนการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ย
ความพร้อมของญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่สำคัญ
ทางสถิติ .05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความ
พร้อมหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติ
ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุที่มี
ภาวะกลืนลำบากจากโรคระบบประสาทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม
การเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตาม
ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ตารางที่ 3) ซึ่งตอบคำถาม
การวิจัยและสามารถอภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมการเตรียม
ความพร้อมญาติผู้ดูแลที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟู
การกลืน 6 กิจกรรม คือ 1) การประเมินความพร้อมก่อน
การกลืน 2) การจัดทำช่วยกลืน 3) การเลือกและจัดอาหารที่
เหมาะสมกับการกลืน 4) การเฝ้าระวังการสำลัก 5) การออก
กำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน และ 6) การหาแหล่งช่วย
เหลือและสนับสนุนในการดูแล โดยการสอนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์
(PowerPoint) จำนวน 1 ครั้ง และมอบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์
(e-book) ที่สอดคล้องกับการสอนผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์
การเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติที่หากปฏิบัติ การติดตามเยี่ยม
และให้คำปรึกษาตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ญาติผู้ดูแล
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีความรู้ มีความ
เข้าใจ ตลอดจนมีทักษะการดูแลต่าง ๆ ในบทบาทการเป็นผู้ดูแล
โดยญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีจะทำให้
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ
การฟื้นฟูการกลืนที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการสำลักจาก
ภาวะกลืนลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแล
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกลืนอาหารอย่างปลอดภัย
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติ และติดตามภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่ากลุ่มที่
ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะปอดติดเชื้อ
จากการสำลัก แต่ไม่พบในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม แสดงถึงความ
ปลอดภัยในการกลืนอาหารของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมเมื่อกลับบ้าน¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างจาก
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่สามารถ

ติดต่อสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่มีแอปพลิเคชันไลน์
อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่ม
ตัวอย่างอื่นที่มีข้อจำกัดในการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนหรือ
ไม่มีอินเทอร์เน็ตที่ทำให้ใช้บริการแอปพลิเคชันไลน์ได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเตรียม
ความพร้อมญาติผู้ดูแลต่อการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยสูงอายุ
ที่มีภาวะกลืนลำบากควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
โดยเฉพาะพยาบาลในหอผู้ป่วยในการส่งเสริมให้ญาติเข้ามามี
ส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสภาพการกลืน ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะและ
เตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล
ต่อเนื่องไปยังบ้าน เกิดผลดีต่อทั้งผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว
ต่อไป และเป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้มี
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับผลของ
การฟื้นฟูสภาพการกลืนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก
หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในระยะ
ยาวต่อไปในระยะหลังการฟื้นฟูสภาพการกลืน 1 เดือน 3 เดือน
หรือ 6 เดือน เป็นต้น

References

1. Charoensuk D. Contemporary aging and community health promotion. Journal of the Police Nurses. 2015); 7(2), 280-295. (in Thai)
2. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. Clinical Practice Guidelines: dysphagia. 1th ed. Nonthaburi: Sahamit Printing And Publishing Company Limited; 2019. (in Thai)
3. Saiyot S. Prevalence of dysphagia in hospitalized stroke patients in Sisaket hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2018; 33(2); 119-28. (in Thai)

4. Carmen M, Alberto M, Graupera M, Arias O, Elvira A, Cabré M, et al. Prevalence, risk factors, and complications of oropharyngeal dysphagia in older patients with dementia. *Nutrients*. 2020; 12; 863-77.
5. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017; 18; 576-82.
6. Kasemkijwattana S, Praisong P. Family caregivers chronic disease. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014; 29(4); 22-31. (in Thai)
7. Archbold S, Lutman M, Marshall D. Categories of auditory performance. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*. 1995; 104; 312-14.
8. Schumacher K, Stewart B, Archbold P, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcome during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*. 2008; 35(1); 49-56.
9. National Statistical Office. Report on the 2017 survey of the older persons in Thailand. 1th ed. Bangkok: Statistical Forecasting Division; 2017. (in Thai)
10. Mohammadi S, Zabolypour S, Ghaffari F, Arazi T. The effect of family-oriented discharge program on the level of preparedness for care-giving and stress experienced by the family of stroke survivors. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2019; 17(2); 113-19.
11. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients; The Gugging Swallowing Screen. *Journal of the American Heart Association*. 2007; 38; 2948-52
12. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015; 15(5); 594-600. (in Thai)
13. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory [dissertation]. Portland, OR: Oregon Health & Science University; 2002.
14. Surakan P, Jongudomkarn D. The family caregiver's roles in providing care for chronically the ill family members: A synthesis of qualitative research theses. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*. 2019; 26(2); 83-92. (in Thai)
15. Pettakon S, Teerawanviwat D. Risk of catastrophic health expenditures among Thai elderly. *KKU Research Journal*. 2019; 19(3); 36-47. (in Thai)
16. Piriya-jaratchai N, Sasat S. Factors predicting caregiver's readiness for dependent older persons in transition period on hospital to home. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(3); 231-40. (in Thai)
17. Sutthirit S, Yuangthong A, Chanead W, Niyomjit S, Bueasang N, Rodcharoen S. Stress of caregivers providing care for bedridden elderly, Surat Thani Province. *Reg11med*. 2021; 35(2); 1-12. (in Thai)
18. Laplai P, Wongvatunyu S, Sirapo-ngam Y. The effects of the program to promote safe eating in stroke patients on family caregivers knowledge, self-efficacy, outcome expectation, family caregivers satisfaction, and safe eating in stroke patients. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2017; 9(2); 78-98. (in Thai)