บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

The Effect of the Self-Efficacy Promoting Program on Self-Efficacy and Swallowing Ability in Stroke Patients with Dysphagia

ภัทราภรณ์ ขาวผ่องอำไพ (Bhattharaporn Khowpongampai)*
ดวงพร ปิยะคง (Duangporn Piyakong)**
สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (Somluk Tepsuriyanont)**

Received: Jan 27, 2020
Revised: Feb 24, 2020
Accepted: Mar 24, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาในการกลืนลำบาก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรมประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1)เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) คู่มือการส่งเสริมความรู้และทักษะการบริหารกล้ามเนื้อปากและลิ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และสื่อวีดีทัศน์ 2)เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบประเมินความสามารถในการกลืน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการกลืนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann Whitney U Test และเปรียบเทียบ

*นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, e-mail: Bhattharaporn1316@gmail.com
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนเรศวร
• Internationalization
• Innovative Products
• Integrative Team & Networking

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการกลืนก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยความสามารถของตนเองในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนในกลุ่มทดลองภายหลังให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสามารถในการกลืนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสามารถในการกลืน โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกลืนลำบาก

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of the self-efficacy promoting program on the self-efficacy and the swallowing ability in stroke patients with dysphagia. A quasi-experimental design was conducted. The samples were stroke patients with dysphagia who were admitted in the medical or the neurosurgical units at a tertiary hospital in Thailand. They were divided into two groups, the control group and the experimental group. Thirty stroke patients with dysphagia were selected for each group.

The instruments used in the study were the demographic questionnaire, the self-efficacy promoting program which was developed from the "Self-Efficacy Theory" (Bandura 1997), the practice manual, the video to improves knowledge and skillsregarding to mouth and tongue exercise of stroke patients with dysphagia, the self-efficacy questionnaire and the swallowing ability questionnaire. Descriptive statistics including frequencies, mean and standard deviation were used to evaluate the demographic data, self-efficacy and swallowing ability.Mann Whitney U test was used to compare self-efficacy and swallowing ability between the control and the experimental group while Wilcoxon Signed Ranks test was utilized to compare self-efficacy and swallowing ability between before and after using the self-efficacy promoting program in the experimental group.

The results revealed that after the program:

1) The average score of self-efficacy in the experimental group hadsignificantly increased when compared to the scores before registering in the program. It increased with the statistical significance level of 0.05.

2) The mean self-efficacy score of patients in the experimental group was higher than that of the control group with a statistical significance level of 0.05.

3) The average swallowing abilityscorein the experimental group was higher than before registering in the program. This increased with a statistical significance level of 0.05.

4) The mean of swallowing ability scoresin the experimental group was higher than that of the control group with a statistical significance level of 0.05.

Keywords: Self-Efficacy Promoting Program on Self-Efficacy, Self-Efficacy, Swallowing Ability, Stroke, Dysphagia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประชากรโลก จากรายงานของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association, 2020) ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกาว่าภายในระยะเวลา 1 ปี มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว 800,000 ราย (American Heart Association, 2020) และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 5 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี (American Heart Association, 2020) สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยนั้นพบว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยปี พ.ศ. 2555 พบจำนวน 354.54 รายต่อแสนประชากรและเพิ่มขึ้นเป็น 425.24 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2558 (Prasat Neurological Institute,2015) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (World Health Organization,2016) โดยอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2555 พบจำนวน 33.4 รายต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 40.9 รายต่อแสนประชากรในปี 2558(Strategy and Planning Division Ministry of Public Health, 2016)

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะของพยาธิสภาพเป็น 2 ประเภท (Thongyu, 2019) คือ โรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke) มากถึงร้อยละ 80 (Limpastan, 2012) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากมีเลือดออก (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 20 (Limpastan,2012) สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประการ เช่น การเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น สาเหตุดังกล่าวส่งผลให้มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Prasat Neurological Institute, 2015) หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดการเสียชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือ เช่น แขนขาอ่อนแรง การรับรู้บกพร่อง ปากเบี้ยว และมีภาวะกลืนลำบากร่วมด้วย (Leelamanit, 2008) โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากถึงร้อยละ 94 (Langdon & Blacker, 2010)

การกลืนลำบาก (dysphagia) หมายถึง ความไม่สุขสบายในขณะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ อันเกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงาน และการ

เคลื่อนไหวในระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การขาดสารอาหาร การสำลักอาหาร หายใจขัดไอหายใจไม่ออกและปอดบวมจากการสำลักอาหารหรือน้ำเข้าสู่ปอด ถ้าภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขให้ทันท่วงที อาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตได้ การพัฒนาความสามารถของตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเพื่อให้สามารถกลืนได้ดีขึ้นหรือเป็นปกตินับเป็นสิ่งสำคัญ ดังการศึกษาของสายทิพย์ จ๋ายพงษ์ (Jaipong, 2007) ศึกษาผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากพบว่า หลังจากได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก ผู้ป่วยมีการสำลัก และการไอลดลง และบุญญิสา เมืองทอง (Mueangtong, 2010) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยต่อความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกลืนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการกลืน

งานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหาด้านการกลืน นอกจากจะช่วยพัฒนาความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดสมองให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น (Prasat Neurological Institute, 2009) ยังช่วยในการลดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร ส่งผลให้คุณภาพในชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การพัฒนาความสามารถในการกลืนนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนที่ดีขึ้น แต่การที่ผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากจะปฏิบัติได้ดี ต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะพัฒนาความสามารถในการกลืนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลผู้นั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่ และคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้น โดยแบนดูรา (Bandura, 1997) ยังอธิบายเพิ่มเติมไว้ว่า ถ้าบุคคลผู้นั้นรับรู้ว่าตนมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้น ๆ สูง จะกล้าเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ เพื่อกระทำให้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ แต่ถ้าบุคคลผู้นั้นรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นต่ำ จะคาดหวังต่อผลลัพธ์ต่ำ และอาจหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อพัฒนาความสามารถในการกลืนในผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบาก ผู้วิจัยจึงตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถของตนเองในการกลืนได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยอาศัยกลไกสำคัญ 4 วิธี ได้แก่ การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ การพัฒนาประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการได้รับคำพูดชักจูง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองที่จะกำลังเผชิญกับปัญหาด้านการกลืน และความยากลำบากในการกลืนของตนเอง ซึ่งผลจากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากสามารถเรียนรู้ และปฏิบัติการฝึกกลืนที่ประสบผลสำเร็จ ก่อให้เกิดทักษะการฝึกในครั้งนี้ และครั้งต่อไปได้สำเร็จ และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีการกลืนที่ปลอดภัย ไม่เกิดการสำลัก และช่วยทำให้ผู้ป่วยกลืนได้ดีขึ้นหรือกลืนได้ดังปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการ

กลืนลำบาก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองกับกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสามารถในการกลืนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสามารถในการกลืนดีกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่ม ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design)ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในครั้งแรกที่มีปัญหาในการกลืนลำบาก ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคเหนือตอนล่างแห่งหนึ่งจำนวน 60ราย โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณของ เฮิดเจส (Hedges, 1982cited in Srisatidnarakul, 2010) จากการเปิดตารางในการประมาณค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ของโคเฮน (Cohen, 1992cited in Srisatidnarakul, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการทดลอง ร้อยละ 18 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวมใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย

โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก โดยไม่จำกัดในเรื่องโรคประจำตัว 3) มีการบาดเจ็บของศีรษะที่ไม่รุนแรง (Mild head injury) โดยวัดด้วยแบบประเมินระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale (GCS) ได้ GCS >13 ขึ้นไป 4) มีระดับความสามารถในการรับรู้สติปัญญาดี โดยประเมินจากแบบทดสอบ MMSE ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai 2002) คะแนน > 22 ขึ้นของ Folstein และคณะ (Folstein, &McHugh, 1975) 5) มีภาวะกลืนลำบาก โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการกลืน ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วย (Dysphagia Screening Test) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Prasat Neurological Institute, 2009)6) แพทย์มีแบบแผนการรักษาให้เริ่มรับประทานอาหาร 7) สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 8) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 9)ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ2) เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย 3) มีภาวการณ์เจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

ผู้วิจัยควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ด้วยเทคนิคการจับคู่ในเรื่องเพศเดียวกัน และอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Sangkamanee, 2011) และเนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่มี 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพบกันได้ ผู้วิจัยคำนึงถึงปัญหาจริยธรรมที่อาจจะเกิดขึ้นในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับข้อมูลจากผู้วิจัย และอาจเกิดการปนเปื้อนของข้อมูล จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนหลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง คู่มือ "การส่งเสริมความรู้และทักษะการบริหารปากและลิ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก" และสื่อวีดีทัศน์ที่มีเนื้อหาของบุคคลต้นแบบที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะกลืนลำบากและประสบความสำเร็จในการฝึกกลืน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาด้วยตนเองจากการทบทวนจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค และการประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยประเมินจากคะแนน Glasgow coma scale ได้ ≥ 13 ขึ้นไป 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนใช้วัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พัฒนาโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูราร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน (เชื่อมั่นมากที่สุด = 5; เชื่อมั่นมาก = 4; เชื่อมั่นปานกลาง = 3; เชื่อมั่นน้อย = 2; ไม่มั่นใจเลย = 1) วิธีการแบ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ย 1-5 ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับน้อย 3) แบบประเมินความสามารถในการกลืน ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วย (Dysphagia Screening Test) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Prasat Neurological Institute, 2009) มีเกณฑ์ในการให้คะแนนความสามารถในการกลืน ดังนี้ คือ ถ้าผู้ป่วยกลืนได้ ขั้นตอนนั้นจะได้ 1 คะแนน แต่ถ้ากลืนไม่ได้จะได้ 0 คะแนน รวมคะแนนความสามารถในการกลืนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน แปลผลได้ว่า ถ้าคะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนมาก คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนน้อย

โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.91 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.993) แบบประเมินความสามารถในการกลืน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.96 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.75

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดยผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์สอนด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติทางด้านการกลืน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนพฤศจิกายน2561 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2562 โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างณ บริเวณข้างเตียงของผู้ป่วยก่อนที่จะเริ่มรับประทานอาหารมื้อแรก ประมาณ 60 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการบันทึกข้อมูลทั่วไป ประเมินความสามารถในการกลืน และประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืน ทำแบบประเมินเสร็จสิ้นจะสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนตามปกติที่เป็นรูปแบบมาตรฐานที่พยาบาลในโรงพยาบาลแห่งนี้ปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 วัน หรือ 9 มื้ออาหาร หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นครั้งที่ 2 โดยการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืน และประเมินความสามารถในการกลืนอีกครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที และมอบคู่มือเพื่อนำไปฝึก

2. กลุ่มทดลองดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 ณ บริเวณข้างเตียงผู้ป่วยก่อนการรับประทานอาหารมื้อแรกประมาณ 60 นาที โดยการสร้างสัมพันธภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการบันทึกข้อมูลทั่วไป ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืน และประเมินความสามารถในการกลืนเป็นการเสร็จสิ้นการพบครั้งที่ 1 ส่วนการพบกับกลุ่มทดลองอีกครั้งในมื้อต่อไปจะพบก่อนถึงเวลารับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ประมาณ 90 นาทีเป็นระยะเวลา 9 มื้อต่อเนื่องกัน โดยครั้งที่2เริ่มต้นด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการกลืน พร้อมแจกคู่มือการส่งเสริมความรู้และทักษะการบริหารกล้ามเนื้อปากและลิ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากโดยใช้กรอบของแบนดูรา 4 วิธี การให้สังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น ให้ดูวีดีทัศน์ของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการฝึกกลืน ส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ การให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การฝึกตามโปรแกรมที่กำหนด ได้แก่ฝึกหายใจ ทำความสะอาดปากและฟัน ฝึกกลืนน้ำลาย ออกกำลังกายยกล้ามเนื้อปากและลิ้น การจัดท่านั่ง และฝึกกลืนอาหารจริง ร่วมกับการได้รับคำพูดชักจูงส่วนการพบครั้งที่ 3 ถึง ครั้งที่ 9 ผู้วิจัยให้ทำการฝึกตามโปรแกรมที่กำหนดก่อนรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ประมาณ 65 นาที ต่อครั้ง ทุกมื้อ สำหรับการพบครั้งที่ 10เริ่มด้วยการฝึกตามโปรแกรมที่กำหนด หลังจากสิ้นสุดการฝึกให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนและแบบประเมินความสามารถในการกลืนก่อนสิ้นสุดการทดลอง โดยการพบกลุ่มทดลองจะพบก่อนรับประทานอาหารในทุกๆ มื้อ และในการพบจะพบต่อเนื่องกันในทุกมื้ออาหารจนครบจำนวนมื้ออาหารทั้งสิ้น 9 มื้อ รวมเป็นระยะเวลา 3 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่โค้งปกติส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่โค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้การรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร IRB No. 0250/61 ได้รับการรับรองเมื่อวันที่3 กรกฎาคม 2561และได้การรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก IRB No. 092/61 เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2561 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธ จะไม่มีผลกระทบใดๆ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำผลงานวิจัยไปเสนอในภาพรวมต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 51-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร และการวินิจฉัยโรค Hemorrhagic stroke Left กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 51-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร การวินิจฉัยโรค Ischemic stroke Left

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืน

2.1 การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (n = 30)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง		z-test	p-value
	$\overline{X}$	S.D.		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.66	0.30	4.684 *	.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.54	0.34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการกลืนของผู้ป่วย	$\overline{X}$	S.D.	z-test	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 30)	3.73	0.39	5.541*	0.000
กลุ่มทดลอง (n = 30)	4.54	0.34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การเปรียบเทียบความสามารถในการกลืน

3.1 ความสามารถในการกลืนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

เมื่อทำการเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า ความสามารถของตนเองในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนในกลุ่มทดลองภายหลังให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสามารถในการกลืนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (n = 30)

ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง		z-test	p-value
	$\overline{X}$	S.D.		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.43	0.57	2.324*	.020
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	1.73	0.91		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 เปรียบเทียบความสามารถในการกลืนภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เมื่อทำการเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย	$\overline{X}$	S.D.	z-test	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 30)	1.27	0.52	2.272*	0.023
กลุ่มทดลอง (n = 30)	1.73	0.91		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย การให้สังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Modeling) จากการดูวีดีทัศน์นำเสนอบุคคลต้นแบบที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะกลืนลำบากที่ผ่านการฝึกกลืนแล้วประสบความสำเร็จในการฝึกกลืน ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นตัวอย่างที่ดี รวมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากและการฝึกกลืนที่ถูกวิธี นำไปสู่การสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ในขณะฝึกกลืน การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองจากการฝึกกลืนและการได้รับคำพูดชักจูงในขณะฝึกกลืน ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเองมากขึ้น จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกลืนที่ดีขึ้น จึงทำให้คะแนนการรับรู้ความสามารถในการกลืนของตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของนิชธิมา ศรีจำนง(Srijumnong, 2010) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยภายในโปรแกรมจะประกอบไปด้วยการสอนญาติผู้ดูแลก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การวิจัยพบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Modeling) จากการใช้สื่อวีดีทัศน์นำเสนอบุคคลต้นแบบที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะกลืนลำบาก ที่ผ่านการฝึกกลืนแล้วประสบความสำเร็จในการฝึกกลืน ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นตัวอย่างที่ดี รวมกับการได้รับแรงจูงใจ นำไปสู่การสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่าง ว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองจะนำไปสู่ความพร้อมที่จะทำตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงทำให้คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์พา ธิมายอม(Thimayom, 2011) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน สมมติฐานที่ 3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสามารถในการกลืนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืน ซึ่งประกอบด้วยการจัดท่าที่เหมาะสม การฝึกบริหารกล้ามเนื้อปากและลิ้น ก่อนอาหารทุกมื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระหว่างกลืน และการเคลื่อนไหวของลิ้นได้ดีขึ้น และการได้รับประสบการณ์ตรงในการฝึกการกลืนอาหารอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองตามทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบไปด้วย 4 วิธีการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ การพัฒนาประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการได้รับคำพูดชักจูง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองที่จะกำลังเผชิญกับปัญหาด้านการกลืนให้มีความสามารถในการฝึกการกลืน ซึ่งสอดคล้องของบุญญิสา เมืองทอง (Mueangtong, 2010) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

สมมติฐานที่ 4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสามารถในการกลืนดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการฝึกกลืน อันเป็นผลมาจากการการส่งเสริมจากสิ่งจูงใจสำคัญ 4 แหล่ง ตามทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้แก่ การได้เห็นบุคคลต้นแบบที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากแล้วฝึกกลืนจนประสบความสำเร็จในการกลืน โดยดูสื่อวีดีทัศน์เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการฝึกกลืนด้วยตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อม ที่สร้างบรรยากาศให้เงียบสงบเหมาะแก่การฝึกกลืนการได้รับกำลังใจและการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการฝึกการกลืนรวมทั้งการได้ฝึกปฏิบัติการกลืนในขณะรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ อย่างต่อเนื่องด้วยตนเองเป็นระยะเวลาถึง 9 ครั้ง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกลืน มีความสามารถในการกลืนดีกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งสอดคล้องของบุญญิสา เมืองทอง (Mueangtong, 2010) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกลืนอย่างปลอดภัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะเป็นแนวทางให้แก่ทีมสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง และมีระดับความสามารถในการรับรู้สติปัญญาดี และมีปัญหาด้านการกลืน สามารถฝึกกลืนและพัฒนาความสามารถในการกลืนให้ได้ดังปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด รวมทั้งมุ่งเน้นในการพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และมีการฝึกทักษะการกลืนด้วยตนเองตั้งแต่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการกลืนได้ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาล และให้ผลที่ดี แต่ไม่อาจยืนยันได้ว่าเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะมีการกลืนที่เป็นปกติหรือไม่ ดังนั้นการศึกษาติดตามภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ทราบผลที่ชัดเจนมากขึ้นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ที่บ้านได้หรือไม่

2. ผลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้พัฒนาการกลืนให้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการกลืนในระยะปาก (Oral phase) แต่ไม่ได้ศึกษาเพื่อพัฒนาการกลืนในระยะคอหอย (pharyngeal phase) และระยะหลอดอาหาร (esophageal phase) ดังนั้นการวิจัยในครั้งต่อไปนี้ควรพัฒนาโปรแกรมสำหรับการฝึกกลืนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการกลืนในระยะคอหอยและระยะหลอดอาหาร เพื่อช่วยผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการกลืนในระดับระยะคอหอยและระยะหลอดอาหารได้มีความสามารถในการกลืนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ พลชัย ปลื้มภาณุภัทร ผศ.ดร.นภัสนันท์ ปิยะศิริภัณฑ์ ผศ.ดร.ณิชกานต์ ทรงไทย คุณยุบล จันฟอง คุณจินตนา ปาลิวนิช ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีประสิทธิภาพ และขอขอบพระคุณนายทรงศักดิ์ จำปาแพง ที่เป็นผู้ประสานงานในการติดต่อขอเข้าเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

เอกสารอ้างอิง

American Heart Association. (2020). *Heart disease and stroke statistics-2020 update. A Report From the American Heart Association.* Retrieved 5 March 2020 from http://circ.ahajournals.org

Bandura,A. (1997). *Self-efficacy: Theexerciseofcontrol.* Retrieved 20 January 2017 from http://search.proquest.com.ezaccess.ibraries.psu.edu/docview/619147930?accountid=13158.

Division of Non-Communicable Diseases. (2015). *Annual report 2015.* Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand. [In Thai].

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975) "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research. 12*(3), 189-198.

Jaipong, S. (2007). *The effect of utilizing nursing practice guidelines on promoting safety in swallowing among stroke patients with dysphagia in Prachomklao Hospital,*Master Thesis (Adult Nursing), Christian University of Thailand, Nakhon Pathom. [In Thai].

Langdon, C., & Blacker, C. (2010). Dysphagia in stroke: A new solution. *Stroke Research and Treatment,2010*(9),1-6.

Leelamanit, V. (2008). *Dysphagia and Aspiration.* Songkhla:Chanmuang Press. [In Thai].

Limpastan, K. (2012). *Cerebrovascular Disease* (2nd ed). Chiang Mai: Neurosurgery Department of Surgery, Chiang Mai University. [In Thai].

Mueangtong, B. (2010). *The effect of enhancing swallowing program on safety swallowing ability in stroke patients with dysphagia.* Master Thesis (Nursing), Prince of Songkla University, Songkla. [In Thai].

Prasat Neurological Institute. (2009). *Clinical nursing practice guidelinefor stroke patients with dysphagia.* Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand. [In Thai].

Prasat Neurological Institute. (2015). *Clinical nursing practice guideline for stroke.* Bangkok: Tana Press Co., Ltd. [In Thai].

Sangkamanee, Y., & Ruisungnoen, W.(2011). The effects of preparatory information on knowledge, anxiety, and self-care practice among patients underwent coronary artery bypass graft surgery, Khon Kaen. J*ournal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division, 30*(1), 15-21. [In Thai].

Srijumnong, N., Rawiworakul, T., Lagampan, S., & Malathum P. (2010). The effects of a self-efficacy promotion program for caregivers of persons with stroke at home, *Journal of Health and Nursing Research (Journal ofBoromarajonani College of Nursing, Bangkok), 26*(1), 28-43. [In Thai].

Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research* (5th ed). Bangkok: U&I Inter Media Co., Ltd.[In Thai].

Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. (2016). *Public health statistics.* Retrieved 27 February 2016 from http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation. [In Thai].

Thimayom, P., Chuawanlee, W.,& Jinnge, P., (2012). The effect of self-efficacy program on self-care behavior of hemiparesis patients. *Journal of Behavioral Science for Development, 4*(1), 63-73. [In Thai].

Thongyu, R., Piyakong, D., &Tepsuriyanont, S., (2019). The effect of the mutual goal setting nursing program on activities of daily living among patients with stroke. *Journal of Nursing and Health Care, 37*(2), 103-112. [In Thai].

World Health Organization. (2016). *Global health estimates 2015 summary tables: global deaths by cause, age and sex, 2000-2015.* Retrived 10 April 2018 from www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GHE2015_ Deaths_Global_2000_2015.xls