

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
(ตำแหน่งประเภททั่วไป)

ตำแหน่งนักอาชีวบำบัด 6 ว (ด้านบริการทางวิชาการ)

กรรมการตรวจแล้ว

ผ่าน

แก้ไขเพิ่มเติม

กรรมการ... วันที่... ๒๕๕๒

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การกระตุ้นกลืนในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านการกลืน
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง คู่มือกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

เสนอโดย

นางกัณวัน จินะสะทุ้ง

ตำแหน่งนักอาชีวบำบัด 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 730)

กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การกระตุ้นกลืนในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการกลืน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2550 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ.2550
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular accident) เป็นโรคที่มีสถิติอันดับหนึ่งของงานกิจกรรมบำบัดและอยู่ในกลุ่มโรค 5 อันดับแรกของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางราย จะมีภาวะบกพร่องทางการกลืน (Dysphagia) ร่วมด้วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาข้อมูลการตรวจประเมินและการรักษาภาวะบกพร่องทางการกลืน เพื่อจะได้มีประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น และเป็นการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการกลืนเพื่อเป็นประโยชน์แก่บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการกลืนเป็นความผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารทางสายยาง ซึ่งเป็นภาระของญาติในการจัดหาอาหารพิเศษ ผู้ป่วยเองก็ขาดโอกาสในการรับรสอร่อยของอาหารบางราย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะขาดอาหาร ภาวะขาดน้ำ ภาวะการนำส่งอาหารเข้าปอดแล้วทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการกลืนต้องได้รับการบำบัดรักษา เพื่อฝึกการกระตุ้นการกลืนโดยวิธีรักษาทางกิจกรรมบำบัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 รวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

4.2 เรียบเรียงเนื้อหา

4.3 จัดเผยแพร่ผ่าน web site ของโรงพยาบาล ทั้งในองค์กร (intranet) และนอกองค์กร(internet)

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ ผู้เสนอเป็นผู้รวบรวมผลงานวิชาการทั้งหมด จัดทำเป็นบทความ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความบกพร่องทางการกลืน หรือภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นความผิดปกติของการกลืน คือ การกลืนที่ช้า กลืนลำบาก (กลืนติด กลืนไม่ลง) หรือการกลืนที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาท, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยภาวะกลืนลำบากเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ที่ตามมา เช่น ภาวะขาดน้ำ, น้ำหนักลด, ปอดอักเสบ และการอุดตันของทางเดินหายใจ เป็นต้น^{1,2}

กิจกรรมการรับประทานอาหารถือเป็นขอบเขตหนึ่งของกิจกรรมด้านกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมการดูแลรักษาตนเอง (Activity of Daily Living) เมื่อบุคคลมีความบกพร่องทางการกลืน หรือ กลืนลำบาก⁴ จึงมีผลทำให้ความสามารถในการรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองด้วยความปลอดภัยลดลง ดังนั้นงานกิจกรรมบำบัดจึงมีบทบาทในการกระตุ้นรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อาการและอาการแสดงของภาวะกลืนลำบาก ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีความผิดปกติ

1. Oral phase เป็นระยะแรกของการกลืนที่เกิดขึ้นอย่างตั้งใจ เราสามารถควบคุมให้มีการกลืน หรือ ไม่มีการกลืนในระยะนี้ได้ เมื่ออาหารถูกคลุกเคล้าเปลี่ยนเป็นคำพร้อมกลืนแล้ว จะถูกดันเข้าสู่คอหอย (Oropharynx) ขณะเดียวกันปากจะปิดสนิท เพื่อให้ช่องปากเป็นช่องปิด^{3,8}
ถ้ามีความผิดปกติในระยะนี้จะมีน้ำและอาหารไหลทางมุมปาก (Drooling), อาหารอยู่ที่กระพุ้งแก้ม (Squirreling), กลืนยากต้องกลืนหลายครั้ง (Repeated swallowing attempts) การเคี้ยวไม่ปกติอาหารไหลลงสู่คอหอยก่อนกลืน (Premature spillage)¹
2. Pharyngeal phase เป็นระยะที่อาหารผ่านคอหอยลงสู่หลอดอาหาร ระยะนี้จะมีการหดตัวขึ้นของเพดานอ่อน (Soft palate) เพื่อไม่ให้อาหารไหลย้อนกลับเข้าจมูก และมีการเคลื่อนไหวของฝาปิดกล่องเสียง(Epiglottis)และกล่องเสียงยกขึ้นไปปิดหลอดลม(Trachea) จึงป้องกันไม่ให้อาหารลงหลอดลม^{3,8}
ถ้ามีความผิดปกติในระยะนี้ จะมีอาการสำลักขึ้นจมูก (Nasal regurgitation), เศษอาหารตกค้างในช่องคอหอย (Pharyngeal residue) จำนวนมาก, เกิดอาการไอหรือสำลักขณะกลืน¹
3. Esophageal phase ระยะนี้อาหารผ่านเข้าสู่หลอดอาหาร แล้วมีการบีบตัวของหลอดอาหาร (Peristalsis) ให้อาหารผ่านเข้าสู่กระเพาะอาหาร^{3,8}
ถ้ามีความผิดปกติในระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนมีอาหารติดอยู่ (Food Sticking) และอาการแสบร้อนที่บริเวณอกได้ (Heartburn)¹

การประเมินทางคลินิกกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการกลืน

1. การซักประวัติและทบทวนเพิ่มประวัติของผู้ป่วย ที่เกี่ยวกับปัญหาความบกพร่องทางการกลืน ปัจจัยที่มีผลต่อการกลืน เช่น ลักษณะอาหารที่ผู้ป่วยกลืนลำบาก หรือกลืนแล้ว ทำให้สำลักและทำทางขณะกลืน เป็นต้น รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ข้อควรระมัดระวัง ระดับการรู้สึกตัวของผู้ป่วย ชนิดของอาหารที่ได้รับในปัจจุบัน สภาวะจิตใจ (Psychosocial status) ความวิตกกังวล (Subjective complaints) และการบำบัดรักษา จากวิชาชีพต่าง ๆ^{1,3}
2. การตรวจระดับการรู้สึกตัว
ใช้การประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) (รายละเอียดดูในภาคผนวก)
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
 - ไม้กดลิ้น
 - สำลีพันปลายไม้
 - ไฟฉายสำหรับดูในปาก
 - ควรประเมินในท่านั่ง ถ้าตัวและศีรษะตั้งตรง

4. การตรวจประเมินองค์ประกอบที่สำคัญต่อกิจกรรมการกิน ซึ่งประกอบด้วย

4.1 การประเมิน Primitive Oral Reflexes ได้แก่

4.1.1 Root Reflex

วิธีทดสอบ : ใช้นิ้วมือลูบเบาๆที่แก้มจากบริเวณมุมปากเคลื่อนไปยังโหนก ทำแบบนี้ทั้งซ้ายและขวา

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยจะหันศีรษะมาทางด้านที่ถูกกระตุ้น พร้อมกับห่อริมฝีปาก กระดกคี่นขึ้น เตรียมพร้อมที่จะดูด^{3,8}

4.1.2 Lip Reflex

วิธีทดสอบ : ใช้นิ้วมือลูบเบาๆจากบริเวณแก้มถึงมุมปาก

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยจะมีการข่นและดึงกลับริมฝีปากสลับกันอย่างรวดเร็ว

4.1.3 Sucking Reflex

วิธีทดสอบ : ใช้นิ้วมือหรือไม้กดคี่นพันผ้ากอซ ใส่เข้าไปในปากและหมุนไปแนวกลางของริมฝีปาก ส่วนหน้าของคี่น เหยือก หรือเพดานแข็ง

ปฏิกิริยาตอบสนอง: ผู้ป่วยจะห่อริมฝีปากรอบๆนิ้วมือหรือไม้กดคี่น พร้อมกับดูด^{3,8}

4.1.3 Snout Reflex

วิธีทดสอบ : ใช้นิ้วมือสองนิ้วเคาะรอบริมฝีปาก

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยทำริมฝีปากขึ้น

4.1.4 Cephalic Reflex

วิธีทดสอบ : ใช้นิ้วมือสองนิ้วเคาะแก้มทั้งสองข้าง คาง และหน้าผาก

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยจะมีการกระตุกศีรษะออกจากคี่นกระตุ้น หรือ สายศีรษะหนี หรือปิดตาแน่น^{3,8}

4.1.5 Mouth Reflex

วิธีทดสอบ : สัมผัสเบา ๆ ตรงกลางริมฝีปาก

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยจะเปิดปาก (อ้าปาก)^{3,8}

4.1.7 Bite Reflex

วิธีทดสอบ : ใช้ไม้กดคี่นพันผ้ากอซใส่เข้าไปในปาก โดยให้อยู่ระหว่างฟันบนและฟันล่าง

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยจะใช้ฟันกัดไม้กดคี่นอย่างรวดเร็ว^{3,8}

4.1.8 Chew Reflex

วิธีทดสอบ : ถูเบา ๆ บริเวณด้านหน้าและด้านข้างของฟัน

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยจะทำท่าเคี้ยวโดยไม่ปิดขากรรไกร (เป็นการเคี้ยวที่ผิดปกติ)^{3,8}

4.2 การประเมิน Normal Oral Reflexes ที่จำเป็นในการกลืน ได้แก่

4.2.1 Jaw Reflex

วิธีทดสอบ : ใช้นิ้วมือสองนิ้ววางบนคางในแนวนอน แล้วลูบไปด้านตรงข้าม

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยจะปิดบังขากรรไกรอย่างรวดเร็วและแรงเกินไป ซึ่งเป็นไปได้ว่าเป็นผลของ Bite Reflex^{3,8}

4.2.2 Gag Reflex

วิธีทดสอบ : ใช้ไม้กักลิ้นเข้าไปแตะบริเวณโคนลิ้น

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยจะแสดงอาการสำรอกอาหาร ซึ่งเป็นผลของการหดตัวของกล้ามเนื้อของกล่องเสียง^{3,8}

4.2.3 Swallow Reflex

วิธีทดสอบ : ให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย หรือ ให้นำอาหารวางบนลิ้นใกล้โคนลิ้น

ปฏิกิริยาตอบสนอง : ผู้ป่วยจะหดลิ้นกลับเพื่อกลืนอาหารลงไป^{3,8}

4.2.4 Cough Reflex

วิธีทดสอบ : ทำให้คอระคายเคือง

ปฏิกิริยาตอบสนอง : มีการหดตัวของกะบังลม การยกตัวขึ้นของกล่องเสียง และมีการหดตัวของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับคอหอย ซึ่งเป็นผลจากการไอ^{3,8}

5. การประเมินเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะที่เกี่ยวกับการกลืน

(Oro-Motor-Sensory Evaluation)

5.1 การควบคุมริมฝีปาก (Lip control)

ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวริมฝีปากในทิศทางต่าง ๆ เช่น การห่อปาก (Pursing), การหนีงิยืมกว้าง ๆ (retraction) และการปิดริมฝีปาก รวมถึงสังเกตภาวะสมดุลของริมฝีปากทั้งสองด้านขณะเคลื่อนไหว ซึ่งมีการแปลผลได้ 3 ลักษณะคือ ปกติ (intact), บกพร่อง (impaired) และไม่สามารถทำได้ (absent)^{6,5,9}

5.2 การควบคุมขากรรไกร (Jaw control)

ในภาวะปกติ กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า และช่องปากจะคลายตัว ขากรรไกรจะอยู่ในลักษณะสมดุล (Symmetry) กันทั้งสองข้างและสามารถเคลื่อนไหว ในทิศทางยื่นมาด้านหน้า (protraction), ดึงกลับไปด้านหลัง (retraction), เอียงซ้ายและขวา (lateral motion) และยกขึ้นลง (elevation) ได้คล่องแคล่ว^{6,5,9}

5.3 การควบคุมลิ้น (Tongue control)

- ต้องดูลักษณะทั่ว ๆ ไปของลิ้นและขณะพัก ลิ้นอยู่ในภาวะสมดุลหรือไม่ (Symmetry)
- มีภาวะลิ้นยื่นเข้าและออกช่องปากตลอดเวลา (Tongue thrust) หรือไม่ ซึ่งจะมีผลทำให้การปิดปากไม่ได้ กลืนลำบาก
- ดูว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวลิ้นไปในทิศทางต่าง ๆ เช่น แลบลิ้น, กระจกลิ้นขึ้นลง, หดลิ้นเข้าปาก, แลบลิ้นไปทางซ้าย-ขวา และวนรอบริมฝีปากได้หรือไม่^{6,5,9}

5.4 การประเมินเพดานอ่อน (Velum/Soft palate assessment)

- ความสมดุลขณะพัก (Symmetry at rest) โดยการให้ผู้ป่วยอ้าปาก แล้วให้สังเกตเพดานอ่อน ว่ามีเอียงไปด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่
- ความสมดุลขณะเคลื่อนไหว (Symmetry during movement) โดยการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกเสียง “อา” แล้วสังเกตความสมดุลของเพดานอ่อน

ข้อสังเกต

- ภาวะอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของเพดานอ่อน ก็จะพบว่าการเอียงของเพดานอ่อนไปอีกด้านหนึ่ง (Asymmetry)
- ภาวะเสียงขึ้นจมูก (Hypernasality of speech)
- ซึ่งทั้งสองภาวะนั้นจะทำให้พบการขย้อนอาหารออกทางจมูกได้ (Nasal regurgitation)^{6,5,9}

5.5 การเคลื่อนไหวของกล่องเสียง (Laryngeal Excursion)

- ให้ผู้ทดสอบหรือนักกิจกรรมบำบัดใช้ปลายนิ้ว 3 นิ้ว วางบริเวณลำคอ แล้วกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยกลืน ผู้ทดสอบหรือนักกิจกรรมบำบัดรู้สึกได้ถึง การเคลื่อนขึ้นของคอหอย
- ถ้ามีภาวะบกพร่องจะมีผลต่อการกลืน จะทำให้กลืนลำบากและอาจมีผลต่อการเกิดการสำลัก(Aspiration)ได้^{6,5,9}

5.6 การประเมินการรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง (The sensory evaluation)

จะประเมินเกี่ยวกับการรับรส, การสัมผัส, อุณหภูมิ โดยใช้สำลีพันปลายไม้แต่ละบริเวณอวัยวะต่าง ๆ เช่น

ริมฝีปาก : แต่ละบริเวณด้านข้าง ซ้าย ขวา และกลางริมฝีปาก

ลิ้น : แต่ละบริเวณด้านข้าง ซ้าย ขวา และกลางลิ้น

เพดานแข็ง : แต่ละบริเวณด้านข้าง ซ้าย ขวา และกลางเพดานแข็ง

เพดานอ่อน : แต่ละบริเวณด้านข้าง ซ้าย ขวา และกลางเพดานอ่อน

กระพุ้งแก้ม : แต่ละบริเวณด้านใน ด้านนอกของกระพุ้งแก้ม

และให้ผู้ผู้ป่วยบอกว่ามีความรู้สึกหรือไม่ และบริเวณใดของอวัยวะเหล่านั้น^{6,5,9}

วิธีการรักษาภาวะกลืนลำบาก

1. การรักษาโดยตรง เป็นวิธีการที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย เช่น การกระตุ้นและออกกำลังอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกิน, การกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Reflex) ที่จำเป็นกับการกิน, เทคนิคการรักษาภาวะการฉีกลิ้นลำบาก เป็นต้น⁸
2. การรักษาทางอ้อม เป็นวิธีที่ให้ความสำคัญต่อปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะกลืนลำบาก เช่น ภาวะโภชนาการ, ท่าทางขณะรับประทานอาหาร, ความปลอดภัยขณะกลืน, ลักษณะของอาหาร และความรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับภาวะกลืนลำบาก⁸

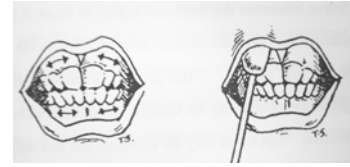
6. การรักษาภาวะกลืนลำบาก

6.1 การกระตุ้นการรับสัมผัสของปาก (Oral Tactile Stimulation)

เทคนิคนี้การกระตุ้นก่อนการรับประทานอาหาร เป็นการให้การรับสัมผัส (Tactile sensation) ร่วมกับการรับรส (Taste stimulation) เพื่อกระตุ้นให้มีการหลั่งของน้ำลายเพิ่มขึ้น น้ำลายจะ ช่วยในการหล่อลื่นและสลายอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการเริ่มต้นของ การย่อยอาหาร

วิธีการกระตุ้น ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าทางที่เหมาะสม^{3,8}

- ใช้สำลีพันปลายไม้ชุบน้ำมะนาวเป็นอุปกรณ์กระตุ้น
- แบ่งเหงือกด้านบนล่าง เป็นสี่ส่วน
- ใช้สำลีพันปลายไม้ชุบน้ำมะนาวเริ่มถูที่จุดกึ่งกลางของ เหงือกด้านบนไปกลับ (ส่วนที่หนึ่ง) และทำอีกสามส่วนที่เหลือเหมือนกันจนครบ จึงนำ สำลีพันปลายไม้ออกจากปากผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกลืนภายใน 5 วินาที(ใช้แรงกดเบาๆ และสม่ำเสมอ)
- สามารถใช้วิธีการกระตุ้นนี้ 2-3 ครั้งต่อวัน ก่อนอาหาร
- สามารถเพิ่มการกระตุ้นที่ลิ้น กระพุ้งแก้ม และเพดานแข็ง
- ข้อควรระวังห้ามกระตุ้นไปทางด้านหลังมากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสำรอกอาหาร ได้^{3,8}



6.2 ท่าทางที่เหมาะสมในการกระตุ้นกลืน (Therapeutic positioning)

- ศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว หรือ หมุนไปข้างที่อ่อนแรง (ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก)
- ไหล่ไปด้านหน้าเล็กน้อย
- มีอุปกรณ์หรือหมอนรองร่างกายส่วนบน
- ข้อศอกมีอุปกรณ์หรือหมอนรอง หรือวางบนโต๊ะ
- แขนข้างที่อ่อนแรงกางและข้อศอกงอเล็กน้อย^{3,8}

6.3 การออกกำลังกาย/เพิ่มการเคลื่อนไหวของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับปาก

6.3.1 การฝึกการเคลื่อนไหวของริมฝีปากและแก้ม

- เปิดและปิดริมฝีปากอย่างช้า ๆ และต้องปิดริมฝีปากให้สนิท
- เม้มริมฝีปากแล้วเปิดปากพร้อมปล่อยลมแรง ๆ (Pucker) ริมฝีปากค้างไว้ แล้วค่อย คลายออก
- ยิ้มปากกว้างค้างไว้แล้วค่อยคลายออก
- เม้มริมฝีปากให้แน่นแล้วค่อยคลายออก
- ให้กิจกรรมการเป่าต่าง ๆ (Blowing exercises) เช่น การเป่านกหวีด, เป่ากบ, เป่าฟอง สบู่ และเป่าเทียนไข^{3,8}

6.3.2 การฝึกการเคลื่อนไหวของลิ้น

- ให้ผู้ป่วยแลบลิ้นและพยายามใช้ลิ้นแตะจมูก
- ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นวนแตะรอบริมฝีปาก

- ให้ผู้ป่วยแลบลิ้นไปด้านซ้าย , ด้านขวา
- ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นเลียขนมหวาน เช่น อมยิ้ม หรือ ขนมที่ติดกับปลายไม้ (lollipop)^{3,8}
- ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้ม
- ให้ผู้ป่วยออกเสียงคำว่า “ลา ลา ลา , คา คา คา , คา-ลา ลา-ลา ลา-ลา” ให้เร็วเท่าที่ทำได้

6.3.3 การฝึกการเคลื่อนไหวขากรรไกร

- เปิดปากกว้างและออกเสียง “อา”
- ปิดปากแล้วขยับขากรรไกรไปทางซ้ายและทางขวา^{3,8}

6.3.4 การฝึกการเคลื่อนไหวศีรษะและคอ

- ขึ้นศีรษะไปด้านหน้าเล็กน้อย ค้างไว้
- หันศีรษะจากข้างหนึ่งไปอีกข้างหนึ่ง
- หมุนศีรษะจากขวา, ไปข้างหน้า, ซ้ายและไปข้างหน้า
- ดึงไหล่ไปข้างหลัง (retract scapula) แล้วค้างไว้
- ยกไหล่ให้ชิดใบหูโดยทำทีละข้าง
- พยายามให้ใบหูชิดหัวไหล่ให้ได้^{3,8}

7. ใช้เทคนิคการรักษาของกิจกรรมบำบัด

7.1 เทคนิคการกระตุ้นให้มีการเปิดปาก (Facilitating techniques : Mouth Opening)

- ใช้นิ้วหรือช้อนแตะเบา ๆ ที่ริมฝีปาก
- ใช้นิ้วแตะเบาที่คางและให้ผู้ป่วยอ้าปาก
- ออกแรงกดส้อมเสมอ บริเวณใต้คางในทิศทางขึ้น
- ออกแรงกดกล้ามเนื้อ Digastric (เป็นกล้ามเนื้อที่มีรูปร่างคล้ายตัว “V” อยู่ใต้คาง)^{3,8}

7.2 เทคนิคการกระตุ้นให้ปิดปาก (Facilitating techniques : Mouth Closure)

- ใช้เทคนิคการเคาะ (Tapping) บริเวณคางและแก้มจะกระตุ้นให้เกิดการปิดปาก
- กดเบา ๆ บนริมฝีปากด้านบนบริเวณใต้จมูก^{3,8}
- ยึดกล้ามเนื้อรอบริมฝีปาก (Orbicularis oris) และกล้ามเนื้อปิดขากรรไกร (Masseter)

7.3 เทคนิคการกระตุ้นให้มีการกลืน (Swallowing)

- ใช้นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ และนิ้วกลาง ถูพร้อมออกแรงกดพอสมควรบริเวณด้านข้างกล่องเสียงในทิศทางขึ้น เริ่มจากกระดูกไหปลาร้าขึ้นไปจนถึงใต้คาง พร้อมกับบอกให้ผู้ป่วยกลืนให้ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้ง
- กดเบา ๆ ที่กล่องเสียง (Larynx) โดยตรง
- ให้ผู้ป่วยปิดปากเอง หรือใช้มือของนักกิจกรรมบำบัดปิดปากของผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยกลืน
- ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางกดอย่างสม่ำเสมอ (Firm tactile pressure) ใต้คางบริเวณโคนลิ้น^{3,8}

- การนวดกล้ามเนื้อบริเวณกล่องเสียงโดยใช้นิ้ววางไว้ใต้คางข้าง ๆ กล่องเสียง นวดจนถึงแอ่งของกระดูกสันหน้าอก (sternal notch)

7.4 เทคนิคการกระตุ้นการรับรู้สึกรู้สึก (Thermal stimulation techniques)

- ใช้ mirror เช่น้ำแข็งลูบทางเชื่อมระหว่างปากกับคอหอย 5-6 ครั้ง
- นำกระจกมาเช่น้ำแข็งนาน 2-3 วินาที และนำกลับไปกระตุ้นซ้ำอีก 3-5 รอบ
- หลังจากการกระตุ้น ให้ผู้ป่วยกลืนน้ำเย็นซ้ำอีกครั้ง (ให้ในปริมาณที่น้อย)
- การกระตุ้นนี้ควรกระตุ้นก่อนถึงเวลาของมื้ออาหาร^{3,8}

7.5 เทคนิคการลดการตอบสนองแบบกีด (Desensitization techniques : Bite Reflex)

- ถูและลูบด้วยแรงกดเล็กน้อยบริเวณริมฝีปาก เหงือก และลิ้น แบบต่อเนื่อง
- ใช้อุปกรณ์กดบริเวณแนวกลางใกล้ๆ ปลายลิ้นต่อเนื่องไปถึงส่วนโคนลิ้นอย่างช้า ๆ ทำซ้ำ 8-10 ครั้ง ก่อนมื้ออาหาร ห้ามใช้กับผู้ป่วยที่มี Bite reflex ที่รุนแรง^{3,8}

7.6 เทคนิคการลดการตอบสนองแบบสำรอก (Hyperactive Gag Reflex)

- จัดสถานที่รับประทานอาหารให้สบาย ๆ เพื่อให้สมองได้ผ่อนคลายจากสิ่งกระตุ้นจากภายนอก
- ควรรับประทานอาหารเพียงคำเล็กๆ
- ห้ามรับประทานอาหารเป็นก้อน ๆ หรืออาหารที่แห้ง ๆ

7.7 เทคนิคการกระตุ้นการตอบสนองแบบสำรอก (Hypoactive Gag Reflex)

- ให้กัมสีระไปด้านหน้าเล็กน้อยขณะกำลังกลืนอาหาร
- ใช้สำลีพันปลายไม้ชุบน้ำมะนาววนวดลิ้นไก่และเพดานอ่อน
- ใช้สำลีพันปลายไม้ชุบน้ำมะนาววนวดบริเวณโคนลิ้นนาน 10-15 นาทีแล้วหยุด
- ถ้าเหตุการณ์ตอบสนองของลิ้นให้หยุดการกระตุ้น^{3,8}

7.8 เทคนิคการควบคุมขากรรไกร (Mandibular manipulation technique)

- วางนิ้วชี้ไว้บนคางและวางนิ้วกลางไว้ใต้คาง แล้วจึงควบคุมการเคลื่อนไหวของขากรรไกรขึ้นและลงประมาณ 6-8 ครั้ง แล้วจึงปล่อยมือออก
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวขากรรไกรและกลืน

7.9 เทคนิคการควบคุมกล่องเสียง (Laryngeal manipulation technique)

- ใช้นิ้ว 2-3 นิ้วนวดขึ้นเบาๆ จากกระดูกอ่อนไทรอยด์ (Thyroid cartilage) จนถึงใต้ต่อโคนลิ้น
- บอกให้ผู้ป่วยกลืนและทำซ้ำๆ 5 ครั้ง

8. ลักษณะอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการกลืนลำบาก

ควรเป็นอาหารที่มีกากน้อย มีการดัดแปลงเนื้ออาหาร (Texture) โดยการใช้การปั่น ถ้าเป็นของเหลวต้องทำให้ข้นขึ้นโดยใช้แป้งมันหรือแป้งข้าวโพด เพื่อให้เป็นเนื้อเดียวกันมีลักษณะกึ่งแข็งกึ่งเหลวคล้ายแป้งเปียก (Semi liquid) เนื้ออาหารไม่หยาบ เป็นอาหารที่กระตุ้นการกลืนและลดสิ่งคัดหลั่ง (mucous) ที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารเหลวเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสำลักได้⁸

อาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะการกลืนลำบาก (Dysphasia) แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1. Thick Puree – No Liquid : อาหารปั่นข้นเป็นเนื้อเดียวกัน เป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เริ่มการรับประทานอาหารทางปาก หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคี้ยวอาหารแข็งหรือกลืนอาหารเหลวได้ อาหารที่มีลักษณะเป็นข้นเป็นเนื้อเดียวกันหรืออาหารที่สามารถบังคับการเคี้ยวและกลืนได้ เช่น เยลลี่ , แยม, เนยถั่ว, สังขยา, ไข่ตุ๋น, ฟักทองบด เป็นต้น⁸
2. Thick and thin puree – thick liquids : อาหารปั่นข้นมากและข้นปานกลาง เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เคี้ยวได้บ้างเล็กน้อย แต่ไม่สามารถกลืนอาหารที่เป็นน้ำเหลว ๆ ได้โดยไม่สำลัก อาหารชนิดนี้อาจมีส่วนผสมของของเหลวมากกว่าชนิดแรก เช่น โจ๊กข้น, ไข่ลวก, ครีมชุปข้น, ซีเรียลผสมนม⁸ เป็นต้น
3. Mechanical soft - Thick liquids : อาหารอ่อนมีน้ำขลุกขลิก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เคี้ยวลำบาก และมีปัญหาการกลืนอาหารบางชนิดหรือผู้ป่วยไม่มีฟัน ใส่ฟันปลอม อาหารอ่อนเคี้ยวง่ายไม่มีเปลือกหรือเปลือกแข็งอาจจะบดหรือสับหยาบ เช่น ข้าวต้มข้น, มั้กกะโรนี, แพนเค้ก, ผลไม้สุก (กล้วย, ฝรั่งสุก, เนื้อส้มไม่มีเยื่อหุ้ม) งคั่ว อาหารทอดกรอบ⁸
4. Mechanical soft diet – liquids as tolerated : อาหารอ่อนปกติเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ ไม่จำเป็นต้องบดหรือสับ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องการกลืนเล็กน้อย สามารถเคี้ยวอาหารอ่อนได้ และกลืนของเหลวได้⁸

7. ผลสำเร็จของงาน

7.1. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านการกลืน

7.2 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านการกลืน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพิ่มพูนความรู้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านการกลืน

8.2 เพิ่มพูนความรู้ในการกระตุ้นกลืนในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านการกลืน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 หนังสือที่ใช้ค้นคว้าบางส่วนเป็นภาษาอังกฤษ ทำให้ใช้เวลาในการอ่านนาน

9.2 เรื่องที่ทบทวนนี้เป็นเรื่องที่มีการกล่าวถึงในหนังสือและงานวิจัยหลายรูปแบบทำให้ยากต่อการนำมาเรียบเรียงได้ครบถ้วน

9.3 ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยวิธีกระตุ้นกลืนส่วนใหญ่มักจะมีเสมหะมาก หรือมีการควบคุมศีรษะได้ไม่ดี ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการกระตุ้นกลืน

10. ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากเรื่องที่น่าสนใจมีหนังสือและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาก ผู้อ่านจึงควรติดตามความรู้ใหม่ๆ

เสมอ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*กัณวัน จินะสะทุ้ง*.....

(นางกัณวัน จินะสะทุ้ง)

ผู้ขอรับการประเมิน

26 / S.ก. 2550

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*สุทัศน์ ภัทรวรธรรม*.....

(นายสุทัศน์ ภัทรวรธรรม)

นายแพทย์ 7 วช.

(ด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

26 / S.ก. 2550

ลงชื่อ.....*สามารถ ตันอริยกุล*.....

(นายสามารถ ตันอริยกุล)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง

26 / S.ก. 2550

เอกสารอ้างอิง

1. ภัทธา วัฒนพันธ์.การตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของการกลืน. เอกสารประชุมวิชาการประจำปี 2550.คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
2. สร้อยสุดา วิทยากร. การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก.เอกสารประกอบการสอนวิชา 513423. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.
3. สร้อยสุดา วิทยากร.การฟื้นฟูสภาพในกิจกรรมการบริโภคสำหรับเด็กสมองพิการ.เชียงใหม่: งานส่งเสริมการวิจัยและตำรา กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
4. American Occupational Therapy Association. Specialized Knowledge and skill in Eating and Feeding for Occupational Therapy Practice. American Journal of Occupational Therapy 2000; 54:629-640.
5. Denise Reid, Kala Subramaniam. Knowledge use among occupational therapists for infant feeding assessments. Canadian Journal of Occupational Therapy2003; 70:243-247.
6. Jeffrey B, Jennifer C, Mikoto Baba. Evaluation and Treatment of Swallowing Impairments. AFP 2000; 61:2453-62.
7. Sliverman E, Elfant I, Dysphagia: An Evaluation and Treatment Program For Adult. American Journal of Occupational Therapy1979;33:382-392.
8. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center. Dysphagia management of the adult. Bangkok. Theptarin Hospital, 1997.
9. CAOT Publications Ace,.,<http://www.caot.ca/otnow/novo5/swallowing.pdf>.Access on January 3,2007.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางกัญวัน จินะสะทุ้ง

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง นักอาชีวบำบัด 6 ว ด้านบริการทางวิชาการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพท.730) สังกัด กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์
เรื่อง คู่มือกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

หลักการและเหตุผล

1. เพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกแก่ญาติ ผู้ป่วย และบุคคลที่เกี่ยวข้อง
2. ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีจำนวนมากขึ้น แต่นักกิจกรรมบำบัดที่ให้บริการมีจำนวนน้อย จึงทำให้การบริการไม่ทั่วถึง และผู้ป่วยมีความลำบากในการเดินทางมาเพื่อรับการรักษา ถ้ามีคู่มือผู้ป่วยและญาติก็สามารถนำไปปฏิบัติตัวที่บ้านได้ จึงคิดจะทำคู่มือนี้ขึ้นมา

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้ญาติและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ถูกต้องและครอบคลุมปัญหาทุกด้าน
ของผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยเองจะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้
กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

เพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ถูกต้องและครอบคลุมปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย จึง
ได้จัดทำคู่มือที่อ่านเข้าใจง่ายและมีภาพประกอบ ซึ่งเนื้อหามีดังนี้

1. ความหมายของโรคและงานกิจกรรมบำบัด

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์อัมพาต
เป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการรุนแรงและเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของ
ระบบหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลทำให้เนื้อสมองบางส่วนหรือทั้งหมดสูญเสียความสามารถในการ
ทำงานก่อให้เกิดอาการ และอาการแสดงของโรคได้หลายรูปแบบแตกต่างกันไป เช่น แขนขาอ่อน
แรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีก พูดไม่ได้กลืนลำบาก ชัก สับสน หมดสติ เป็นต้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาจนพ้นขีดอันตรายแล้วจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วย
ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้อย่างรวดเร็วและมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่
สังคมได้ โดยให้เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมน้อยที่สุด

กิจกรรมบำบัด (Occupational therapy)

ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของงานฟื้นฟูสมรรถภาพ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ขึ้นได้ โดยเป้าหมายสูงสุดของการรักษาทางกิจกรรมบำบัดมิได้มุ่งให้ผู้ป่วยหายจากสภาพความพิการ
หรืออัมพาตอย่างเดียว แต่คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเอง และดำเนินชีวิตได้
อย่างมีความสุขตามศักยภาพอีกครั้ง

2. จุดประสงค์ในการรักษาทางกิจกรรมบำบัด

1. ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันให้ได้เร็วและมากที่สุด

โดย...ฝึกสอนเทคนิคและวิธีการทำกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การฝึกพลิกตะแคงตัวลุกขึ้นนั่ง การเคลื่อนย้ายตัว การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ

การช่วยพลิกตะแคงตัวมาด้านที่มีแรง

วิธีทำ 1. ให้ผู้ดูแล/ญาติ ยืนอยู่ด้านที่มีแรงจัดมือผู้ป่วยประสานกันทั้งสองข้าง ในท่าเหยียดออกมาด้านหน้า และชันเข่าทั้งสองข้าง เท้าวางราบบนที่นอน

2. ระยะเวลาผู้ดูแล/ญาติช่วยเหลือผู้ป่วยให้หมุน (พลิก) ตัวมาด้านที่มีแรง หากผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนจึงลดความช่วยเหลือลงจนกระทั่งผู้ป่วยทำได้เอง

การพลิกตะแคงตัวมาด้านอัมพาต

วิธีทำ 1. ให้ผู้ป่วยชิดขอบเตียงมาทางด้านที่มีแรง (โดยประมาณหากผู้ป่วยพลิกตัวไปแล้ว ไม่ชิดขอบเตียงมากนัก)

2. จัดมือผู้ป่วยประสานกันทั้งสองข้าง ในท่าเหยียดออกมาด้านหน้า และชันเข่าทั้งสองข้าง เท้าวางราบบนที่นอน

3. พลิก/เหวี่ยงแขน ขามาด้านอัมพาต

การลุกนั่งด้านที่มีแรงโดยมีคนช่วย

วิธีทำ 1. ให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาใกล้ขอบเตียง แล้วพลิกตะแคงตัวมาทางด้านที่มีแรง เลื่อนเท้าทั้งสองข้าง ห้อยข้างเดียว

2. ผู้ดูแล / ญาติ ใช้มือข้างหนึ่งจับคันไหล่ด้านมีแรง (ออกแรงช่วย) มืออีกข้างกดบริเวณสะโพก

3. ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่มีแรงวางทาบบนที่นอน ยกศีรษะและลำตัวขึ้น

การลุกขึ้นนั่งบนเตียงด้วยตนเอง

วิธีทำ 1. ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายบนเตียง ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่มีแรงยกมือข้างอัมพาตวางทาบบนอก หรือบริเวณท้อง

2. ให้ผู้ป่วยใช้เท้าข้างที่มีแรงชันเท้าข้างอัมพาตบริเวณข้อเท้า ให้ห้อยไว้ข้างขอบเตียง

3. ให้ผู้ป่วยใช้ศอกค้ำคียนพื้นทีนอน มือกำขอบที่นอน ยกศีรษะไหล่ขึ้นจากที่นอน เป็นท่านั่ง

การเคลื่อนย้ายตัวจากรถเข็นไปเตียง

วิธีทำ 1. จัดรถเข็นท่ามุม 45 องศา กับเตียง

2. เท้าทั้งสองข้างของผู้ป่วยวางราบกับพื้น และวางห่างกันเล็กน้อย

3. ผู้ดูแล / ญาติ ใช้แขนสองข้างสอดใต้รักแร้ของผู้ป่วย (ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือมาก)

4. ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืน และค่อย ๆ หมุนตัวลงนั่งบนเตียง

การย้ายตัวจากเตียงไปรถเข็น

วิธีทำ 1. จัดรถเข็นเข้าทางด้านที่มีแรง โดยเอียงท่ามุมประมาณ 45 องศากับเตียงและให้ใกล้เตียงมากที่สุด ล็อคล้อ ยกหรือเหยียดที่วางเท้าของรถเข็นขึ้น

2. ทำทั้งสองข้างของผู้ป่วยวางราบกับพื้น และวางห่างกันเล็กน้อย มือข้างที่มีแรงจับที่วางแขนด้านที่อยู่ไกลจากเตียง

3. ผู้ป่วยลุกขึ้นยืน (ถ้าสามารถยืนได้มั่นคง) โน้มศีรษะและลำตัวไปด้านหน้า หมุนเท้าดี 90 องศา ออก และงอเข่าด้านคืออย่างช้า ๆ ลงนั่ง

การสวมกางเกง

วิธีทำ 1. ให้ผู้ป่วยจัดกางเกงในท่าพร้อมที่จะสวม ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าข้างเตียง ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่มีแรงยกขาข้างอัมพาตให้วางทับขาข้างที่มีแรง จัดขากางเกงด้านอัมพาตให้เท่าอัมพาตพร้อมที่จะสวมกางเกงได้ จากนั้นใช้มือดีดึงกางเกงขึ้น

2. ให้ผู้ป่วยจัดเท้าที่มีแรงสวมเข้าที่ขากางเกง ใช้มือที่มีแรงดึงขอบเอวกางเกงขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้

3. การสวมกางเกง กรณีที่ผู้ป่วยยืนทรงตัวได้ดี ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืน จากท่านั่งและพึงไปที่เตียง จากนั้นใช้มือที่มีแรงดึงกางเกงขึ้น และจัดกางเกงให้เรียบร้อย

กรณีที่ผู้ป่วยทรงตัวไม่ดีในทำยืน แนะนำให้ผู้ป่วยนอนใส่กางเกงบนเตียง โดยให้นอนหงาย งอเข่า สะโพกด้านที่มีแรงและใช้เท้าด้านดีวางบนที่นอน ดันตัวขึ้น สะโพกยกขึ้น ใช้มือที่มีแรงดึงและจัดกางเกงให้เรียบร้อย

การถอดกางเกง

วิธีทำ 1. กรณีที่ผู้ป่วยยืนทรงตัวได้ดี แนะนำให้ถอดกางเกงในทำยืน พึงขอบเตียง ผนังห้อยขณะเดียวกันให้ใช้มือข้างที่มีแรงถอดกางเกง

กรณีที่ผู้ป่วยมีการทรงตัวไม่ดีในทำยืน แนะนำให้ผู้ป่วยถอดกางเกงในท่านั่ง โดยให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเตียง ใช้มือที่มีแรงดันกางเกงออกจากขาข้างที่มีแรง โดยยกสะโพกและขาที่มีแรงร่วมกับการ ใช้มือ

2. ใช้มือที่มีแรงยกขาข้างอัมพาตทับบนขาข้างที่มีแรง และใช้มือดีดึงขากางเกงออกจากขาข้างอัมพาต กรณีผู้ป่วยทรงตัวไม่ดีให้ผู้ป่วยนอนถอดบนเตียง โดยให้ถอดตะขอ ซิป กระดุม หลังจากนั้นให้ งอเข่า งอสะโพกและเท้าด้านที่มีแรงวางราบบนที่นอน และดันลำตัวขึ้น พร้อมกับมือดีดึงขอบกางเกงลง

การใส่เสื้อ

วิธีทำ 1. ให้ผู้ป่วยวางเสื้อบนตักของผู้ป่วยเอง โดยให้ด้านในของเสื้อวางขึ้นบนตัก ส่วนด้านคอเสื้อจัดให้อยู่ไกลจากตัวของผู้ป่วย

2. ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่มีแรงจับแขนข้างอัมพาตสอดเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วจึงดึงเสื้อขึ้น

3. ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างมีแรงดึงเสื้อขึ้นจนถึงไหล่ จัดเสื้อส่วนที่เหลือพาดไปด้านหลังของผู้ป่วย

4. ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างหนึ่งออกไปด้านหลัง เพื่อใช้แขนสอดเข้าไปที่แขนเสื้อที่เหลือ
การถอดเสื้อ

วิธีทำ 1. ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างมีแรงจับเสื้อบริเวณไหล่ด้านหลัง แล้วถอดเสื้อออกจากไหล่ถึงข้อศอก
2. ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างมีแรงจับตรงกลางขอบเสื้อด้านแขนที่มีแรง ดึงเสื้อให้หลุดจากไหล่ด้านที่มีแรง

3. ให้ผู้ป่วยยกแขนด้านดีขึ้นให้แขนเสื้อหลุดออกจากแขนของผู้ป่วย

4. เมื่อแขนด้านดีหลุดออกจากเสื้อได้แล้ว ให้ใช้แขนด้านดีดึงเสื้อออกจากแขนของผู้ป่วย

2. ส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำงานของมือ

โดย...ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้น และฟื้นฟูความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ปกติ เช่น เกมส่ งานฝีมือ ศิลปะ การทำกิจวัตรประจำวัน หรืองานอาชีพ

ฝึกการทำงานของแขนและมือข้างที่เป็นอัมพาต เช่น การฝึกหยิบจับสิ่งของ การทำกิจวัตรประจำวัน การเขียนหนังสือ เป็นต้น

3. แก้ไขปัญหาทางการรับรู้และสติปัญญาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

โดย...ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ เช่น กิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ร่างกายด้านที่เป็นอัมพาต กิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการรู้สึกร่างกาย กิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการจำ การสื่อสาร การคิดคำนวณอย่างง่าย เป็นต้น

4. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความพิการผิดรูปจากอาการอัมพาต

โดย...แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีท่าทางที่เหมาะสมขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ

แนะนำ ประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วย / อุปกรณ์เสริมที่จำเป็น เช่น เครื่องพยุงแขน (Arm sling) เพื่อป้องกันข้อไหล่ข้างที่เป็นอัมพาตเคลื่อนหลุด และอุปกรณ์ดามมือ (Hand splint) เพื่อช่วยจัดทำข้อมือและนิ้วมือข้างที่เป็นอัมพาตให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม เป็นต้น

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมและสามารถทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความสามารถ

โดย...ประเมินและฝึกทักษะความพร้อมก่อนออกไปประกอบอาชีพของผู้ป่วย

(Prevocational Evaluation and Training)

แนะนำและส่งเสริมให้มีการปรับสภาพแวดล้อมและสถานที่ทำงานให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองมากขึ้น
2. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ทำให้ลดภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
ตัวชี้วัดความสำเร็จ โดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ที่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับจากคู่มือ
ซึ่งควรทำแบบสอบถามได้คะแนนมากกว่า 80 %

ลงชื่อ.....*กณวัน จินะสะทุ้ง*.....

(นางกณวัน จินะสะทุ้ง)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....*1.B/0.10/2552*.....

เอกสารอ้างอิง

1. มยุรี เพชรอักษร. กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2532.
2. สุจิตรา แสนทวีสุข. คู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเกิดอัมพาตครึ่งซีก. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

ภาคผนวก

แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว จะประเมินพฤติกรรม 3 ด้านของผู้ป่วยดังนี้

ด้านที่ 1 การลืมตา

ลืมตาได้เอง	4 คะแนน
ลืมตาเมื่อถูกเรียก	3 คะแนน
ลืมตาเมื่อเจ็บ	2 คะแนน
ไม่ลืมตาเลย	1 คะแนน

ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหว

เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้อง	6 คะแนน
ไม่ทำตามคำสั่งแต่ทราบตำแหน่งเจ็บ	5 คะแนน
ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด	4 คะแนน
แขนงอผิดปกติ (decorticated)	3 คะแนน
แขนเหยียดผิดปกติ (decerebrated)	2 คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย	1 คะแนน

ด้านที่ 3 การใช้คำพูด

พูดตอบคำถามได้ทันทีถูกต้อง	5 คะแนน
พูดได้เป็นประโยคแต่สับสน	4 คะแนน
พูดได้เป็นคำๆ	3 คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ครวญคราง	2 คะแนน
ไม่ส่งเสียงเลย	1 คะแนน

ผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรมที่แสดงทั้ง 3 ด้าน จะบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะดังนี้คือ

1. ระดับ 13-15 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (minor head injury) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เองหรือเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง และตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อย หรือสับสนบ้างเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีประวัติการหมดสติชั่วคราวหลังจากได้รับบาดเจ็บ
2. ระดับ 9-12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (moderate head injury) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่าย ๆ ได้ถูกต้อง โดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมากอาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวด หรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีประวัติหมดสติหลังจากได้รับบาดเจ็บ
3. ระดับ 3-8 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี หรืองอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย