

รายงานการศึกษา ผักอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุลนางสาวกัญญาภัทร รัตนไชย อายุ ๓๒ ปี

การศึกษา ปริญญาตรีกายภาพบำบัดบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน กายภาพบำบัดในผู้ป่วยทั่วไปและสูงอายุ

สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

๑) ส่วนงาน ณ ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

- คัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

- ประเมินปัญหาด้านผู้สูงอายุที่มารับบริการ ดังนี้

๑. Fallประเมินการหกล้ม

๒. TUGT ประเมินการเดิน

๓. ๔ Stage Balance test ประเมินการทรงตัว

๔. Berg Balance test ประเมินการทรงตัวแบบ ๕๖ คะแนน

๕. ความเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม

๖. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

- ให้การบำบัดรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ

- ให้การบำบัดรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะทางกระดูกและกล้ามเนื้อ

- ส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการหกล้มจากการประเมินความสามารถในการเดิน (TUGT) และการประเมินการทรงตัว ๔ แบบ (๔ Stage balance test)

๒) ส่วนงานผู้ป่วยในและแผนกอื่นๆและผู้ป่วยใน

- ให้คำปรึกษาทางกายภาพบำบัด

- ให้การบำบัดรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะทางกระดูกและกล้ามเนื้อ

- ให้การบำบัดรักษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านระบบประสาท

- ให้การบำบัดรักษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านระบบหัวใจหายใจและหลอดเลือด

- ให้การบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะพร้อม Activity Daily living(การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน)

- ให้ความรู้ การจัดการความรู้ (Knowledge management) กับแผนกอื่นๆในเรื่องกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ

๓) งานเยี่ยมบ้าน

- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่มีปัญหาต้องการการฟื้นฟูและต้องการการเยี่ยมบ้าน โดยร่วมกับสำนักงานเขตบางขุนเทียนและศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๒(ถนน ทอสงลิมา) ในโครงการ “กทม.ใส่ใจผู้สูงหัวใจแกร่ง”

๔) ด้านวิชาการ

- ร่วมจัดอบรม(Knowledge management) ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลและบุคคลภายนอกโรงพยาบาล
- เป็นแหล่งศึกษาดูงาน/ฝึกงาน
- ทำงานวิจัย/ร่วมเป็นแหล่งวิจัย

๑.๒ ชื่อเรื่อง / หลักสูตรโครงการเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางกายภาพบำบัด สำหรับอาจารย์

พิเศษทางคลินิก เรื่อง Integrative Physical Therapy Interventions for Stroke

Patient และการสื่อสารด้วยหัวใจและทักษะสำคัญสำหรับอาจารย์พิเศษทางคลินิก

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย

ค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐บาท

ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

สถานที่ ณ ห้องบรรยาย ชั้น ๒ คณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการ เพิ่มพูนความรู้ และทักษะทางกายภาพบำบัด สำหรับอาจารย์พิเศษทางคลินิก เรื่อง Integrative Physical Therapy Intervention for Stroke Patient และ การสื่อสารด้วยหัวใจและทักษะสำคัญสำหรับอาจารย์พิเศษทางคลินิก

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

ผู้ฝึกอบรม มีความรู้ความเข้าใจในการบูรณาการการจัดการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและมีความเข้าใจในการดูแลนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงาน

๒.๒ เนื้อหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุและโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากขึ้น รวมถึงความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัดมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา การเรียนรู้ทักษะเพิ่มเติมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การบูรณาการการดูแลรักษาเพื่อส่งเสริมการทำงานของรยางค์ส่วนบนและส่วนล่าง

การฟื้นฟูร่างกายหลังจากเกิดหลอดเลือดสมอง เกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกและช่วงเวลาของการฟื้นฟูได้ดีที่สุดคือช่วง ๓ เดือนแรก ซึ่งจะเกิดการเรียนรู้ของสมองขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้รับ เช่น เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการฝึกฝนที่ถูกต้องโดยผู้มีความชำนาญ จะเกิดการเรียนรู้ที่ผิดแบบ ทำให้ส่งผลต่อไปได้ในระยะยาว

หน้าที่ในการทำงานของแขนมีด้วยกัน ๓ ส่วน คือ

๑.การระบุตำแหน่งของวัตถุเป้าหมาย โดยใช้ตาในการจับภาพวัตถุเป้าหมาย

๒.การเอื้อม หรือการเคลื่อนไหวของแขนและมือให้เข้าใกล้วัตถุ โดยการเคลื่อนไหวของรยางค์ในการเอื้อมหยิบของต้องมีการเคลื่อนขึ้นไหล่ด้านบนของข้อไหล่ (Elevation of shoulder girdle)ร่วมกับการบิดหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก (External rotation at GH joint)การเหยียดศอก (elbow Extension)การคว่ำ

หงายแขนส่วนปลาย (Supination and pronation at forearm)และการกระดกข้อมือ (wrist extension) การเหยียดของประกอบด้วย การเหยียดของข้อมือและนิ้วมือ (extension of wrist and finger) การกางและ หุบของนิ้วมือรอบวัตถุ(opposition of CMC and finger and thumb flexion)การปล่อยวัตถุประกอบด้วยการเหยียดของนิ้วมือและข้อมือ (Extension at wrist and MCP joint of finger)การกางและเหยียดออกของ นิ้วโป้ง (Abduction and extension at CMC joint of thumb)ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ผิดแบบ ในการเอื้อมมือหยิบจับสิ่งของ ผู้ป่วยจะใช้วิธีการเอื้อมหยิบโดยการโน้มตัวไปแทนการเอื้อมมือ และเนื่องจาก ลักษณะการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการทำหน้าที่กระดกข้อมือ ส่งผลให้เมื่อหยิบจับสิ่งของของผู้ป่วยที่ สามารถกำสิ่งของได้แต่ไม่สามารถปล่อยสิ่งของนั้นได้เพราะแรงของการกำมือมีมากเกินไป

เมื่อมีการอ่อนแรงข้างที่ผู้ป่วยไม่ถนัดทำให้ผู้ป่วยล้มการใช้งานข้างนั้นไป ส่งผลให้เกิด ข้อยึดติด มีอาการปวด จำกัดการเคลื่อนไหวและกิจวัตรประจำวัน การให้การรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับจากนัก กายภาพบำบัด ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจหรือใช้งานแขนขาข้างอ่อนแรง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อกลุ่ม Long finger flexors, wrist flexor, thumb adductor, adductor and internal rotators of glenohumeral joint ออกกำลังกายเน้นเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อกลุ่ม flexors, abductor and external rotators of glenohumeral joint, elbow flexor and extensor เพิ่มการฝึกงานใช้เทคนิคการยืดเหยียด กล้ามเนื้อแบบกระตุ้นการรับรู้ของระบบประสาท(Proprioceptive Neuromuscular Facilitation: PNF)การ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่เริ่มจากผู้ช่วยออกแรงยืดกล้ามเนื้อของผู้ฝึกจนรู้สึกตึงและให้ผู้ฝึกออกแรงหดตัวกล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวทิศทางเดียวกับผู้ช่วย หลังจากนั้นคลายกล้ามเนื้อออกแรงและให้ผู้ช่วยออกแรงยืดกล้ามเนื้อ เพื่อ เพิ่มการเคลื่อนไหวขึ้นอีกระดับหนึ่ง แล้วตามด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยเริ่มจากผู้ช่วยออกแรงยืด กล้ามเนื้อของผู้ฝึกให้สุดมุมการเคลื่อนไหว หลังจากนั้นให้ผู้ฝึกหดตัวกล้ามเนื้อที่ยืดออกด้านแรงกับผู้ช่วย ระยะ สุดท้ายให้ผู้ฝึกคลายกล้ามเนื้อจากการออกแรงและผู้ช่วยออกแรงยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว โดย ฝึกกับกล้ามเนื้อหดตัวขณะสั้นก่อน ค่อยฝึกกล้ามเนื้อหดตัวขณะยืดยาวออกการเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อหลัก และ ใช้เทคนิคยึดที่ผสมหลักการ reciprocal inhibition คือการที่เกร็งกล้ามเนื้อมัดตรงข้ามจะมีการส่งสัญญาณ ประสาทให้กล้ามเนื้อมัดที่ต้องการยืดคลายตัวเกร็งกล้ามเนื้อมัดตรงข้ามและยืดกล้ามเนื้อมัดที่ต้องการจะยืด สามารถใช้ลดอาการเกร็งติดแข็งในผู้ป่วยได้ ฝึกการทำงานประสานสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (coordination)การเอื้อมการหยิบสิ่งของ การทรงตัวของกล้ามเนื้อแกนกลาง ฝึกการควบคุมแรงบีบมือ การ กระตุ้นไฟฟ้าในกลุ่มกล้ามเนื้อ wrist and long finger extensors, palmar abductor of thumb, กล้ามเนื้อdeltoid , กล้ามเนื้อsupraspinatus, กล้ามเนื้อtriceps brachii และสุดท้ายฝึกงานที่เฉพาะเจาะจง กับการใช้ชีวิตประจำวันผู้ป่วย

๓. การเคลื่อนย้ายมือหรือการทำงานละเอียดอ่อน

การจัดการการรักษและฟื้นฟูของรยางค์ส่วนบน

๑.การรักษาที่ให้อาจเป็นกิจกรรมเฉพาะงานแบบจำเพาะเจาะจง

๒.ฝึกกิจกรรมนั้นซ้ำๆ

๓.จำกัดข้างมีแรงและใช้ข้างอ่อนแรงฝึกกิจกรรมนั้น

๔.ให้คู่มือการเคลื่อนไหวจริงของผู้ป่วย ดูการเคลื่อนไหวที่ถูก

๕.ใช้เครื่องมือกระตุ้น เช่น ใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ(Electrical Stimulation)

สอนผู้ป่วยให้ คิด วิธีฝึกใช้มือ

๑. ให้ผู้ป่วยเป็นคนเลือกในการเริ่มฝึกให้ผู้ป่วยเลือกว่าอยากฝึกงานไหนแบบไหนเป็นอันดับแรก ตัวอย่างในการตัดสินใจ อาจจะเลือกจากความจำเป็น ความง่ายยาก เริ่มฝึกที่ละงานตามลำดับความสำคัญที่ผู้ป่วยเลือก
๒. การตั้งเป้าหมายควรตั้งให้สามารถวัดได้เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงความสำเร็จในการฝึก เช่น การจับเวลา จำนวนครั้งที่สามารถทำได้ น้ำหนักที่สามารถทำได้ เมื่อผู้ป่วยทำสำเร็จแล้วควรมีการชื่นชมให้ความสำคัญกับความสำเร็จ
๓. ถามถึงความมั่นใจที่จะสามารถทำกิจกรรมนี้ได้สำเร็จโดยแก้ปัญหาได้ตรงตามเป้าหมายความต้องการ จาก ๐ ถึง ๑๐ (๐ คือไม่มั่นใจเลย ๑๐ คือมั่นใจสุด)
๔. วิเคราะห์ร่วมกับผู้ป่วยว่าเพราะอะไรที่ทำให้สามารถทำงานนั้นได้ เช่น เขยียดมือไม่ค่อยออก ไม่มีแรงยก คุณอยากลองทำงานนี้ให้หนักกายภาพบำบัดดูไหมคะ หรือ คุณลองทำงานนี้ให้ดูได้ไหมคะ เป็นต้น
๕. งานไหนที่มีความซับซ้อนมาก ให้แบ่งงานออกเป็นงานย่อย หากจุดที่ท้าทายให้ผู้ป่วย
๖. เริ่มฝึกจากง่ายไปยาก ใช้เวลาการฝึกประมาณ ๒๓-๓๐ นาที

หลักการการฝึกการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วย ๑๐ ประการ

๑. ถ้าไม่ได้มีการใช้งานส่วนนั้น สมองส่วนนั้นก็จะสลายไป อยากให้เกิดการเรียนรู้ส่วนไหน ให้ฝึกส่วนนั้นทำงานจริง
๒. ยิ่งใช้ ยิ่งเกิดทักษะ
๓. ต้องการให้การทำงานไหนดีต้องฝึกการทำงานนั้นแบบจำเพาะเจาะจง
๔. ฝึกการทำงานนั้นซ้ำๆ จำนวนมากถึงจะมีเกิดการเรียนรู้จริง
๕. เพิ่มความหนักในการฝึก
๖. เวลาเป็นสิ่งสำคัญในการฝึก
๗. การรักษานั้นต้องโดดเด่นและมีเป้าหมายว่าทำเพื่ออะไร
๘. การเปลี่ยนจากการฝึกงานหนึ่งไปอีกงานหนึ่ง
๙. อายุที่ต่างการมีผลต่อการฝึกฝนหรือเรียนรู้
๑๐. การฝึกงานหนึ่งสามารถไปรบกวนอีกงานหนึ่งได้ เมื่อมีการแยกฝึกเฉพาะงาน งานที่ฝึกต้องสอดคล้องกัน

ตรวจร่างกายเพื่อหาปัญหาตามพร่อง ดังนี้

๑. การจำกัดการเคลื่อนไหว
๒. กล้ามเนื้ออ่อนแรง
๓. กล้ามเนื้อเกร็งตัว
๔. ความบกพร่องทางการรับรู้ความรู้สึก
๕. มีปัญหาการทรงตัว การทรงท่า
๖. ขาดการเคลื่อนไหวที่ไม่ประสานงานกัน

นอกจากการฝึกมือได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยต้องมีการนั่งและทรงตัวได้ดีเราสามารถประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินTrunk impairment scale ในการประเมิน ดังนี้

ตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยนั่งอยู่ขอบเตียง ต้นขาทั้งสองข้างสัมผัสกับเตียงเท้าทั้งสองข้างวางห่างเท่ากับ ความกว้างของสะโพกและวางราบกับพื้น มุมของเข่าสองข้างทำมุม ๙๐ องศาแขนสองข้างวางพักอยู่บนต้นขา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรักษาตัวเองไว้ในท่าเริ่มต้นได้ภายใน ๑๐ วินาที โดยไม่ใช้แขนช่วยพยุง คะแนนรวมเท่ากับ ๐ ทำซ้ำ ๓ ครั้งห้ามซ่อม

การวัดสมรรถนะในการนั่งขณะมีการเคลื่อนไหว

๑. จากตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้สัมผัสเตียงหรือฐานนั่งด้วยข้อศอกข้างที่มีปัญหามากที่สุด (โดยมีการ หดสั้นของลำตัวด้านที่ได้รับพยาธิสภาพและมีการยืดเหยียดยาวออกของลำตัวด้านปกติ)และกลับสู่ตำแหน่ง เริ่มต้น ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๒ และ ๓ = ๐

- ผู้ป่วยล้ม จำเป็นต้องใช้แขนช่วยพยุง หรือข้อศอกไม่สัมผัสเตียงหรือฐานนั่ง = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการช่วยเหลือ ข้อศอกสัมผัสเตียงและฐานนั่ง = ๑

๒. ทำซ้ำข้อที่ ๑

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าไม่มีหรือมีการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวในด้านตรงข้าม = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง ไม่ เหวียงตัว โน้มลำตัว เอนลำตัวไปด้านหลัง = ๑

๓. ทำซ้ำข้อที่ ๑

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวสะดวก การเคลื่อนไหวสะดวกเป็นไปได้ ได้แก่ (๑) การใช้แขน (๒) การกางข้อ สะโพกด้านตรงข้าม (๓) การงอข้อสะโพก หากข้อศอกสัมผัสเตียงหรือฐานนั่งทางส่วนปลายมากกว่าครึ่งของ ส่วนต้นกระดูกขา (๔) การงอเข่า (๕) การเลื่อนของเท้าสองข้าง = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการช่วยเหลือ ข้อศอกสัมผัสเตียงและฐานนั่ง = ๑

๔. จากตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้สัมผัสเตียงหรือฐานนั่งด้วยข้อศอกข้างที่มีปัญหาน้อยที่สุด (โดยมี การหดสั้นของลำตัวด้านที่ได้รับปกติและมีการยืดเหยียดยาวออกของลำตัวด้านพยาธิสภาพ) และกลับสู่ ตำแหน่งเริ่มต้น ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๕ และ ๖ = ๐

- ผู้ป่วยล้ม จำเป็นต้องใช้แขนช่วยพยุง หรือข้อศอกไม่สัมผัสเตียงหรือฐานนั่ง = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการช่วยเหลือ ข้อศอกสัมผัสเตียงและฐานนั่ง = ๑

๕. ทำซ้ำข้อที่ ๔

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าไม่มีหรือมีการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวในด้านตรงข้าม = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง ไม่ เหวียงตัว โน้มลำตัว เอนลำตัวไปด้านหลัง = ๑

๖. ทำซ้ำข้อที่ ๔

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวสะดวก การเคลื่อนไหวสะดวกเป็นไปได้ ได้แก่ (๑) การใช้แขน (๒) การกางข้อ สะโพกด้านตรงข้าม (๓) การงอข้อสะโพก หากข้อศอกสัมผัสเตียงหรือฐานนั่งทางส่วนปลายมากกว่าครึ่งของ ส่วนต้นกระดูกขา (๔) การงอเข่า (๕) การเลื่อนของเท้าสองข้าง = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการช่วยเหลือ ข้อศอกสัมผัสเพียงแหล่งฐานนั่ง = ๑
๗. จากตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้ยกเชิงกรานด้านที่มีพยาธิสภาพจากเตียงหรือฐานนั่ง (โดยมีการหัด
สั้นของลำตัวด้านที่ได้รับพยาธิสภาพและมีการยึดเหยียดยาวออกของลำตัวด้านปกติ)และกลับสู่ตำแหน่งเริ่มต้น
ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๘ = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าไม่มีหรือมีการหัดสั้น/ยึดออกของลำตัวในด้านตรงข้าม = ๐
- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นการหัดสั้น/ยึดออกของลำตัวอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง ไม่
เหวี่ยงตัว โน้มลำตัว เอนลำตัวไปด้านหลัง = ๑

๘. ทำซ้ำข้อ ๗

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวขอชดเชย การเคลื่อนไหวขอชดเชยเป็นไปได้ ได้แก่ (๑) การใช้รยางค์แขนสองข้าง (๒)
การดันด้วยเท้าข้างเดียวกัน เท้าขาดการสัมผัสพื้น = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการเคลื่อนไหวขอชดเชย = ๑

๙. จากตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้ยกเชิงกรานด้านปกติจากเตียงหรือฐานนั่ง (โดยมีการหัดสั้นของ
ลำตัวด้านปกติและมีการยึดเหยียดยาวออกของลำตัวด้านพยาธิสภาพ)และกลับสู่ตำแหน่งเริ่มต้น ถ้าคะแนน =
๐ ข้อที่ ๑๐ = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าไม่มีหรือมีการหัดสั้น/ยึดออกของลำตัวในด้านตรงข้าม = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นการหัดสั้น/ยึดออกของลำตัวอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง ไม่
เหวี่ยงตัว โน้มลำตัว เอนลำตัวไปด้านหลัง = ๑

๑๐. ทำซ้ำข้อ ๙

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวขอชดเชย การเคลื่อนไหวขอชดเชยเป็นไปได้ ได้แก่ (๑) การใช้รยางค์แขนสองข้าง (๒)
การดันด้วยเท้าข้างเดียวกัน เท้าขาดการสัมผัสพื้น = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการเคลื่อนไหวขอชดเชย = ๑

การทำงานประสานสัมพันธ์

๑. จากตำแหน่งท่าเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้หมุนลำตัวส่วนบนจำนวน ๖ ครั้ง (หัวไหล่แต่ละข้างต้องเคลื่อน
มาทางด้านหน้าจำนวน ๓ ครั้ง) ด้านที่มีพยาธิสภาพเคลื่อนไหวก่อน ศีรษะตำแหน่งต้องอยู่ในท่าเริ่มต้น ถ้า
คะแนน = ๐ ข้อที่ ๒ = ๐

- ด้านที่มีพยาธิสภาพเคลื่อนไหวไม่ครบ ๓ ครั้ง = ๐

- การหมุนลำตัวไม่สมมาตรกัน = ๑

- การหมุนลำตัวสมมาตรกัน = ๒

๒. ทำซ้ำข้อ ๑ ภายใน ๖ วินาที

- การหมุนลำตัวไม่สมมาตรหรืองานใช้เวลามากกว่า ๖ วินาที = ๐

- การหมุนลำตัวสมมาตรหรืองานใช้เวลาน้อยกว่า ๖ วินาที = ๑

๓. จากตำแหน่งท่าเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้หมุนลำตัวส่วนล่างจำนวน ๖ ครั้ง (หัวเข่าแต่ละข้างต้องเคลื่อน
มาทางด้านหน้าจำนวน ๓ ครั้ง) ด้านที่มีพยาธิสภาพเคลื่อนไหวก่อน ลำตัวส่วนบนต้องอยู่ในท่าเริ่มต้นหาก
ผู้ป่วยมีการเคลื่อนตัวมาทางด้านหน้าต่อของขอบเตียงหรือฐานนั่งถือว่าอนุโลมได้ ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๔ = ๐

- ด้านที่มีพยาธิสภาพเคลื่อนไหวไม่ครบ ๓ ครั้ง = ๐
- การหมุนลำตัวไม่สมมาตรกัน = ๑
- การหมุนลำตัวสมมาตรกัน = ๒

๔. ทำซ้ำข้อ ๓ ภายใน ๖ วินาที

- การหมุนลำตัวไม่สมมาตรหรืองานใช้เวลามากกว่า ๖ วินาที = ๐
- การหมุนลำตัวสมมาตรหรืองานใช้นเวลาน้อยกว่า ๖ วินาที = ๑

ตัวอย่างแบบประเมินที่ใช้อื่นๆ

๑.แบบประเมินการทรงท่าสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ๑๒ ข้อ

๒.แบบประเมินสมดุลในการนั่งขณะมีการเคลื่อนไหวและการทำงานประสานสัมพันธ์

การส่งเสริมและปรับรูปแบบการเดินที่ถูกต้อง

๑. การเดินที่ผิดปกติ

- ไม่สามารถก้าวเดินได้ปกติ
- ไม่สามารถทรงตัวขณะเดินได้
- ไม่สามารถปรับการเดินให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

๒. ลักษณะความผิดปกติในการเดินที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

- Lateral trunk bending gait หรือเรียกอีกชื่อว่า Trendelenburg gait มีการอ่อน
- Anterior trunk bending gaitมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps muscle และมีการหดสั้นของกล้ามเนื้อ hip flexor muscle มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ankle plantar flexor muscle
- Posterior trunk bending gaitการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ hip extensor muscle, gluteus maximus muscleและมีการหดสั้นของกล้ามเนื้อhip flexor muscle
- Circumduction gaitมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของการกระดกข้อเท้า มีการหดสั้นของกล้ามเนื้อ ankle plantar flexor muscle และไม่สามารถควบคุมการงอเข้าและข้อสะโพกได้ มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ hip flexor muscleมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ hip adductor muscle, hip internal rotator muscle, hip extension muscle, ankle plantar flexor, and ankle invertor muscle
- Hip hiking gaitมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ hamstring and ankle dorsiflexor muscle และกระดกข้อเท้าไม่ได้
- Foot droop gait ไม่มีความมั่นคงหน้าข้อเท้า มีเท้าลากขณะยืนเดิน มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อankle plantar flexormuscle and tibialis anterior muscle
- Knee hyperextension gait มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps muscle, gluteus maximus muscle, hamstring muscle มีการหดสั้นของกล้ามเนื้อ ankle plantar flexormuscle
- Ataxia gaitบกพร่องการทำงานแบบประสานสัมพันธ์ ควบคุมการทรงตัวลำบาก ยากที่จะตรงแบบเส้นตรง

แบบประเมินที่ใช้สำหรับประเมินความผิดปกติในการเดิน

- ๑.แบบประเมินการเคลื่อนไหวพื้นฐาน
- ๒.แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ๒๐ คะแนน
- ๓.แบบประเมินการเดินด้วยระยะทาง ๖ เมตร
- ๔.แบบประเมินการทรงตัว ๔ ทิศทาง
- ๕.แบบประเมินการทรงตัว ๕๖ คะแนน

รูปแบบและเทคนิคที่ใช้ในการฝึกผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

๑. เทคนิคการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยการฝึกแบบไม่ออกคำสั่งแต่ใช้การกระตุ้นผ่านมือ
๒. การลดเกร็ง
๓. การออกกำลังกายเพื่อการรักษารวมถึงการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกแบบจำเพาะเจาะจง
๔. การใส่อุปกรณ์เสริมต่างๆ
๕. การกระตุ้นเป็นกิจกรรม
๖. การใช้กระแสไฟฟ้า

การสื่อสารด้วยหัวใจและทักษะสำคัญสำหรับอาจารย์พิเศษทางคลินิก

คือหลักการทำงานที่ยึดถือ การรักษาคนไข้นอกจากจะใช้ความเชี่ยวชาญในการทำงานแล้ว ยังต้องใช้หัวใจในการสื่อสารเพื่อเข้าถึงความรู้สึกของคนไข้ด้วย

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเองสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้มาปรับใช้กับตนเองให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงได้ทักษะใหม่ๆทางด้านการให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการอัปเดต และสามารถเลือกใช้การตรวจร่างกายและแบบประเมินต่างๆได้อย่างถูกต้อง มีความรู้ความเข้าใจในการบูรณาการการจัดการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเข้าใจในการดูแลนักศึกษาฝึกงาน

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน ผู้ป่วยกายภาพบำบัดในคลินิกผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะกลาง และผู้ป่วยใน จะได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการตรวจประเมินที่สมเหตุสมผลกับปัญหาของผู้ป่วย มีความรู้และเทคนิคการรักษา และการออกแบบโปรแกรมการรักษา ลดระยะเวลาการรักษา ลดภาวะผู้ป่วยล้นสถานพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักกายภาพบำบัดในแผนก

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑การปรับปรุง เทคนิคการรักษาต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนานต่อราย รวมถึงต้องมีความชำนาญในการเลือกแบบประเมินและเทคนิคให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถฝึกสอนญาติและผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ

๓.๒การพัฒนา ผลของการปรับปรุงส่งผลให้พัฒนาระบบการให้บริการมีศักยภาพมากขึ้น การรักษาถูกพัฒนาให้ดีขึ้น มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบได้มากขึ้น ลดภาวะผู้ป่วยล้นสถานพยาบาล

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เทคนิคการรักษากายภาพบำบัดส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการรักษา
ค่อนข้างนานต่อรายบุคคล ในขณะที่ผู้ป่วยมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น นักกายภาพบำบัดแต่ละท่านอาจมีการ
ปรับเปลี่ยนเทคนิคการรักษาให้ตรงกับเป้าหมาย

ลงชื่อ..... กัญญา งาม.....ผู้รายงาน
(นางสาว กัญญา งาม..... วัฒนาฯ)

ลงชื่อ..... อรุณี.....หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน
(นพ.อรุณี อัครพรไกรเลิศ)
36341

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....

ลงชื่อ..... Komeliat.....หัวหน้าส่วนราชการ
(นายคมชิต ชวนัสพร)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

รูปแบบและเทคนิคที่ใช้ในการฝึก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



การลดอาการเกร็ง

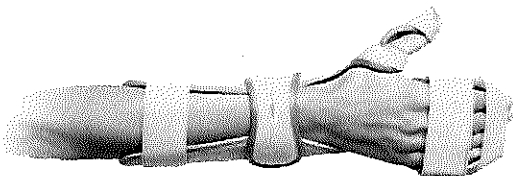
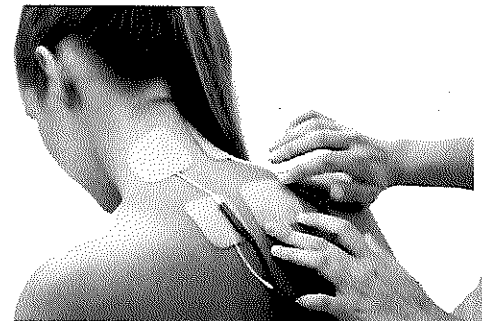


การกระตุ้นผู้ป่วยด้วยกิจกรรม



การออกกำลังกายเพื่อการ
รักษาร่วมกับการฝึกแบบ
จำเพาะเจาะจง

การใส่อุปกรณ์เสริมต่างๆ



การใช้กระแสไฟฟ้า

รายงานการศึกษา ผักกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุลนางสาวณัฐสุดาเงินเนยอายุ๒๙ปี
การศึกษาปริญญาตรี สาขากายภาพบำบัด
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านIntegrative Physical Therapy Interventions for Stroke Patient
ตำแหน่งนักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
หน้าที่ความรับผิดชอบตรวจประเมิน รักษา ดูแล ฟันฟู ป้องกันผู้ป่วยในระบบต่างๆ ทั้งในผู้ป่วยระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยทางระบบประสาท และผู้ป่วยในหอผู้ป่วย อีกทั้งยังมีการดูแลบรรณนักศึกษาปฏิบัติงานทางกายภาพในอนาคค
- ๑.๒ ชื่อเรื่อง / หลักสูตรโครงการเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางกายภาพบำบัด สำหรับอาจารย์
พิเศษทางคลินิก เรื่อง Integrative Physical Therapy Interventions for Stroke Patient
และการสื่อสารด้วยหัวใจและทักษะสำคัญสำหรับอาจารย์พิเศษทางคลินิก
เพื่อ ศึกษา ผักกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย
ค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐บาท
ระหว่างวันที่๑๕-๑๖ธันวาคม๒๕๖๕
สถานที่ณห้องบรรยาย ชั้น ๒ คณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผักกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะการรักษาด้วยการออกกำลังกายแก่นักกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูการเคลื่อนไหว
๒. เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้คณาจารย์และนักกายภาพบำบัดได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การรักษาด้วยการออกกำลังกายในการฟื้นฟูสมรรถภาพการเคลื่อนไหวสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว
๓. เพื่อเป็นการสร้างความร่วมมือทางวิชาการระหว่างคณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และโรงพยาบาลต่างๆ

๒.๒ เนื้อหา

ทฤษฎีเกี่ยวกับการกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนบน (Integrative interventions to promote upper limb function)

การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต มีการฟื้นฟูกิจกรรมและเรียนรู้ทางโรคระบบประสาทได้ตามรอยโรคแล้วมีอัตราเร่งการฟื้นตัวได้เร็วช่วง ๖ เดือนแรก การทำกายภาพบำบัดเป็นการสอนการเคลื่อนไหวและฟื้นฟูอย่างถูกต้องโดยไม่มีการเคลื่อนไหวขัดเขยซึ่งการทำกิจกรรมโดยใช้ร่างกายส่วนบนอาจจะประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ เช่น การมองเห็นเพื่อระบุตำแหน่งของวัตถุ การเอื้อมมือ หรือการเคลื่อนไหวของแขนและ

มือให้เข้าใกล้วัตถุ การเปิดปิดนิ้วมือเพื่อสร้างรูปมือให้สามารถจับสิ่งของได้ การเคลื่อนย้ายมือ หรือการทำงาน ของมือที่ละเอียดอ่อน รวมถึงการติดกระดูก การกินข้าวด้วย. โดยการเคลื่อนไหวของรยางค์ในการเอื้อมหยิบของ ต้องมีการเคลื่อนขึ้นไหล่ด้านบนของข้อไหล่ (Elevation of shoulder girdle)ร่วมกับการบิดหมุนข้อไหล่ออก ด้านนอก (External rotation at GH joint)การเหยียดศอก (elbow Extension)การคว่ำหงายแขนส่วน ปลาย (Supination and pronation at forearm)และการกระดกข้อมือ (wrist extension)การหยิบสิ่งของ ประกอบด้วย การเหยียดของข้อมือและนิ้วมือ (extension of wrist and finger) การกางและหุบของนิ้วมือ รอบวัตถุ(opposition of CMC and finger and thumb flexion)การปล่อยวัตถุประกอบด้วย การเหยียด ของนิ้วมือและข้อมือ (Extension at wrist and MCP joint of finger)การกางและเหยียดออกของนิ้วโป้ง (Abduction and extension at CMC joint of thumb)

โดยการฝึกเป็นการฝึกงานแขนข้างอ่อนแรงซ้ำ ร่วมกับการจำกัดการเคลื่อนไหวแขนข้างปกติในบางกิจกรรม กระตุ้นสมองข้างผิดปกติผ่านทางความคิดหรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เช่นให้ดูการเคลื่อนไหวของรยางค์ส่วนปลาย ผ่านวิดีโอ การกระตุ้นผ่านกระจก การฝึกคิดจินตนาการร่วมกับการออกแรงกับนักกายภาพบำบัด การกระตุ้น การรับรู้ความรู้สึก กระตุ้นกระแสไฟฟ้า และเพิ่มความแข็งแรง

ปัญหาที่เป็นอุปสรรคและพบในผู้ป่วย คือเรื่องการมองเห็น การมองและเคลื่อนไหวของมือไม่ สัมพันธ์กับวัตถุ มือกระตุกและกระชาก การทำรูปมือไม่สัมพันธ์กับวัตถุ เปิดนิ้วไม่ได้ ใช้แรงมากเกินไปมี แรงบีบมือเกินไปเมื่อหยิบสิ่งของแล้วไม่สามารถปล่อยได้ ยกแขนสูงเกินทิศทาง มีการถ่าน้ำหนักมาด้านหน้าที มากเกินขณะเอื้อมมือหยิบสิ่งของ ส่งผลให้เขทกล้ม กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ มีการหด เกร็งกล้ามเนื้อ การละเลยความสนใจข้างที่อ่อนแรงแรงถึงปัญหาด้านการสื่อสาร การให้รับการรักษาที่ผู้ป่วย ควรได้รับจากนักกายภาพบำบัด ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจหรือใช้งานแขนขาข้างอ่อนแรง การยืด เหยียดกล้ามเนื้ออกกลุ่ม Long finger flexors, wrist flexor, thumb adductor, adductor and internal rotators of glenohumeral joint ออกกัลกายเน้นเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้ออกกลุ่ม flexors, abductor and external rotators of glenohumeral joint, elbow flexor and extensor เพิ่มการฝึกงานใช้เทคนิคการยืด เหยียดกล้ามเนื้อแบบกระตุ้นการรับรู้ของระบบประสาท(Proprioceptive Neuromuscular Facilitation: PNF)การยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่เริ่มจากผู้ช่วยออกแรงยึดกล้ามเนื้อของผู้ฝึกจนรู้สึกตึงและให้ผู้ฝึกออกแรงหดตัว กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวทิศทางเดียวกับผู้ช่วย หลังจากนั้นคลายกล้ามเนื้อออกแรงและให้ผู้ช่วยออกแรงยึด กล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวขึ้นอีกระดับหนึ่ง (contract)แล้วตามด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยเริ่ม จากผู้ช่วยออกแรงยึดกล้ามเนื้อของผู้ฝึกให้สุดมุมการเคลื่อนไหว หลังจากนั้นให้ผู้ฝึกหดตัวกล้ามเนื้อที่ยึดออก ด้านแรงกับผู้ช่วย ระยะเวลาทำให้ผู้ฝึกคลายกล้ามเนื้อจากการออกแรงและผู้ช่วยออกแรงยึดเหยียดกล้ามเนื้อ เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว (hold relax)โดยฝึกกับกล้ามเนื้อหดตัวขณะสั้นก่อน (concentric muscle)ค่อยฝึก กล้ามเนื้อหดตัวขณะยืดยาวออก(eccentric muscle)การเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อหลัก และใช้เทคนิคยึดที่ ผสมหลักการ reciprocal inhibition คือการที่เกร็งกล้ามเนื้อมัดตรงข้ามจะมีการส่งสัญญาณประสาทให้ กล้ามเนื้อมัดที่ต้องการยึดคลายตัวเกร็งกล้ามเนื้อมัดตรงข้ามและ ยึดกล้ามเนื้อมัดที่ต้องการจะยึด สามารถใช้ ลดอาการเกร็งติดแข็งในผู้ป่วยได้ ฝึกการทำงานประสานสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (coordination)การเอื้อม การหยิบสิ่งของ การทรงตัวของกล้ามเนื้อแกนกลาง ฝึกการควบคุมแรงบีบมือ การกระตุ้นไฟฟ้าในกลุ่ม กล้ามเนื้อ wrist and long finger extensors, palmar abductor of thumb, deltoid, supraspinatus, triceps brachii และสุดท้ายฝึกงานที่เฉพาะเจาะจงกับการใช้ชีวิตประจำวันผู้ป่วย

นอกจากการฝึกมือได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยต้องมีการนั่งและทรงตัวได้ดีเราสามารถ ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินTrunk impairment scale ในการประเมิน ดังนี้

ตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยนั่งอยู่ขอบเตียง ต้นขาทั้งสองข้างสัมผัสกับเตียงเท้าทั้งสองข้างวางห่างเท่ากับความกว้างของสะโพกและวางราบกับพื้น มุมของเข่าสองข้างทำมุม ๙๐ องศาแขนสองข้างวางพักอยู่บนต้นขา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรักษาตัวเองไว้ในท่าเริ่มต้นได้ภายใน ๑๐ วินาที โดยไม่ใช้แขนช่วยพยุง คะแนนรวมเท่ากับ ๐ ทำซ้ำ ๓ ครั้งห้ามข้าม

การวัดสมดุลงในการนั่งขณะมีการเคลื่อนไหว

๑. จากตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้สัมผัสเตียงหรือฐานนั่งด้วยข้อศอกข้างที่มีปัญหามากที่สุด (โดยมีการหดสั้นของลำตัวด้านที่ได้รับพยาธิสภาพและมีการยืดเหยียดยาวออกของลำตัวด้านปกติ) และกลับสู่ตำแหน่งเริ่มต้น ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๒ และ ๓ = ๐

- ผู้ป่วยล้ม จำเป็นต้องใช้แขนช่วยพยุง หรือข้อศอกไม่สัมผัสเตียงหรือฐานนั่ง = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการช่วยเหลือ ข้อศอกสัมผัสเตียงและฐานนั่ง = ๑

๒. ทำซ้ำข้อที่ ๑

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าไม่มีหรือมีการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวในด้านตรงข้าม = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง ไม่เหวี่ยงตัว โน้มลำตัว เอนลำตัวไปด้านหลัง = ๑

๓. ทำซ้ำข้อที่ ๑

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวขดเขย การเคลื่อนไหวขดเขยเป็นไปได้ ได้แก่ (๑) การใช้แขน (๒) การกางข้อสะโพกด้านตรงข้าม (๓) การงอข้อสะโพก หากข้อศอกสัมผัสเตียงหรือฐานนั่งทางส่วนปลายมากกว่าครึ่งของส่วนต้นกระดูกขา (๔) การงอเข่า (๕) การเลื่อนของเท้าสองข้าง = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการช่วยเหลือ ข้อศอกสัมผัสเตียงและฐานนั่ง = ๑

๔. จากตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้สัมผัสเตียงหรือฐานนั่งด้วยข้อศอกข้างที่มีปัญหาน้อยที่สุด (โดยมีการหดสั้นของลำตัวด้านที่ได้รับปกติและมีการยืดเหยียดยาวออกของลำตัวด้านพยาธิสภาพ) และกลับสู่ตำแหน่งเริ่มต้น ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๕ และ ๖ = ๐

- ผู้ป่วยล้ม จำเป็นต้องใช้แขนช่วยพยุง หรือข้อศอกไม่สัมผัสเตียงหรือฐานนั่ง = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการช่วยเหลือ ข้อศอกสัมผัสเตียงและฐานนั่ง = ๑

๕. ทำซ้ำข้อที่ ๔

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าไม่มีหรือมีการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวในด้านตรงข้าม = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง ไม่เหวี่ยงตัว โน้มลำตัว เอนลำตัวไปด้านหลัง = ๑

๖. ทำซ้ำข้อที่ ๔

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวขดเขย การเคลื่อนไหวขดเขยเป็นไปได้ ได้แก่ (๑) การใช้แขน (๒) การกางข้อสะโพกด้านตรงข้าม (๓) การงอข้อสะโพก หากข้อศอกสัมผัสเตียงหรือฐานนั่งทางส่วนปลายมากกว่าครึ่งของส่วนต้นกระดูกขา (๔) การงอเข่า (๕) การเลื่อนของเท้าสองข้าง = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการช่วยเหลือ ข้อศอกสัมผัสเตียงและฐานนั่ง = ๑

๗. จากตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้ยกเชิงกรานด้านที่มีพยาธิสภาพจากเตียงหรือฐานนั่ง (โดยมีการหดสั้นของลำตัวด้านที่ได้รับพยาธิสภาพและมีการยืดเหยียดยาวออกของลำตัวด้านปกติ)และกลับสู่ตำแหน่งเริ่มต้น ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๘ = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าไม่มีหรือมีการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวในด้านตรงข้าม = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง ไม่เหวี่ยงตัว โน้มลำตัว เอนลำตัวไปด้านหลัง = ๑

๘. ทำซ้ำข้อ ๗

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวขดเขย การเคลื่อนไหวขดเขยเป็นไปได้ ได้แก่ (๑) การใช้ยางค์แขนสองข้าง (๒) การดันด้วยเท้าข้างเดียวกัน เท้าขาดการสัมผัสพื้น = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการเคลื่อนไหวขดเขย = ๑

๙. จากตำแหน่งเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้ยกเชิงกรานด้านปกติจากเตียงหรือฐานนั่ง (โดยมีการหดสั้นของลำตัวด้านปกติและมีการยืดเหยียดยาวออกของลำตัวด้านพยาธิสภาพ)และกลับสู่ตำแหน่งเริ่มต้น ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๑๐ = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าไม่มีหรือมีการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวในด้านตรงข้าม = ๐

- ผู้ป่วยแสดงให้เห็นการหดสั้น/ยืดออกของลำตัวอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง ไม่เหวี่ยงตัว โน้มลำตัว เอนลำตัวไปด้านหลัง = ๑

๑๐. ทำซ้ำข้อ ๙

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวขดเขย การเคลื่อนไหวขดเขยเป็นไปได้ ได้แก่ (๑) การใช้ยางค์แขนสองข้าง (๒) การดันด้วยเท้าข้างเดียวกัน เท้าขาดการสัมผัสพื้น = ๐

- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการเคลื่อนไหวขดเขย = ๑

การทำงานประสานสัมพันธ์

๑. จากตำแหน่งท่าเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้หมุนลำตัวส่วนบนจำนวน ๖ ครั้ง (หัวไหล่แต่ละข้างต้องเคลื่อนมาทางด้านหน้าจำนวน ๓ ครั้ง) ด้านที่มีพยาธิสภาพเคลื่อนไหวก่อน ศีรษะตำแหน่งต้องอยู่ในท่าเริ่มต้น ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๒ = ๐

- ด้านที่มีพยาธิสภาพเคลื่อนไหวไม่ครบ ๓ ครั้ง = ๐

- การหมุนลำตัวไม่สมมาตรกัน = ๑

- การหมุนลำตัวสมมาตรกัน = ๒

๒. ทำซ้ำข้อ ๑ ภายใน ๖ วินาที

- การหมุนลำตัวไม่สมมาตรหรืองานใช้เวลามากกว่า ๖ วินาที = ๐

- การหมุนลำตัวสมมาตรหรืองานใช้เวลาน้อยกว่า ๖ วินาที = ๑

๓. จากตำแหน่งท่าเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้หมุนลำตัวส่วนล่างจำนวน ๖ ครั้ง (หัวเข่าแต่ละข้างต้องเคลื่อนมาทางด้านหน้าจำนวน ๓ ครั้ง) ด้านที่มีพยาธิสภาพเคลื่อนไหวก่อน ลำตัวส่วนบนต้องอยู่ในท่าเริ่มต้นหากผู้ป่วยมีการเคลื่อนตัวมาทางด้านหน้าต่อของขอบเตียงหรือฐานนั่งถือว่าอนุมัติ ถ้าคะแนน = ๐ ข้อที่ ๔ = ๐

- ด้านที่มีพยาธิสภาพเคลื่อนไหวไม่ครบ ๓ ครั้ง = ๐

- การหมุนลำตัวไม่สมมาตรกัน = ๑

- การหมุนลำตัวสมมาตรกัน = ๒

๔. ทำซ้ำข้อ ๓ ภายใน ๖ วินาที

- การหมุนลำตัวไม่สมมาตรหรืองานใช้เวลามากกว่า ๖ วินาที = ๐

- การหมุนลำตัวสมมาตรหรืองานใช้เวลาน้อยกว่า ๖ วินาที = ๑

การฝึกผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม Accelerated Skill Acquisition Program มีรายละเอียดดังนี้

๑. การกำหนดงานที่จะใช้ในการฝึกผู้ป่วย

๑.๑ การฝึกงานที่ใช้มือเดียว เช่น ตีมน้ำ พลิกกระดาษ กินข้าว เขียนหนังสือ

๑.๒ การฝึกงานที่ใช้สองมือ เช่น ผูกเชือกกรองเท้า หั่นผัก พิมพ์งาน

๑.๓ การฝึกเพิ่มความแข็งแรง เช่น การยกขวดน้ำ หัวกระเป๋ากว้าง หัวของ

๒. การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่สภาพแวดล้อมที่ทำงานหรือที่บ้านทำงานอย่างไร เช่น เหตุการณ์ตีมน้ำ ใช้แก้วแบบไหน. ขวด หรือกระตักน้ำ ใส่ถ้วยเยาะขนาดไหน ใช้เวลาเร็วขนาดไหน จับเวลา จำนวนครั้งที่สามารถทำได้ เมื่อผู้ป่วยทำสำเร็จแล้วควรมีการชื่นชม ให้ความสำคัญกับความสำเร็จ

๓. ถามความมั่นใจในขณะที่ทำกิจกรรมที่ได้ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยได้สำเร็จโดยแก้ปัญหาตรงตามเป้าหมายความต้องการ โดยให้คะแนน ๐ ถึง ๑๐ โดยที่ ๑๐ คือมั่นใจที่สุด ๐ คือไม่มั่นใจเลย โดยที่การเลือกตัวเลขไม่มีถูกหรือผิด เลือกตามความมั่นใจของผู้ป่วย

๔. วิเคราะห์ซ้ำตามแบบประเมิน Accelerated Skill Acquisition Program รวมถึงวิเคราะห์การเคลื่อนไหวผู้ป่วย ปรับแก้การเคลื่อนไหวชุดเซยออก ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

๔.๑ ท่านคิดว่าส่วนใดของร่างกายหรือข้อต่อส่วนไหน ที่เป็นปัญหาทำกิจกรรมได้ยากลำบาก

๔.๑.๑ ไหล่

๔.๑.๒ ข้อศอก

๔.๑.๓ ข้อมือ

๔.๑.๔ มือและนิ้วมือ

๔.๑.๕ อื่นๆ

๔.๒ ท่านคิดว่าปัญหาที่ทำการลำบากและเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมปัญหาด้านใด

๔.๒.๑ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือไม่มีแรง

๔.๒.๒ ขาดการประสานสัมพันธ์ของข้อต่อและกล้ามเนื้อ

๔.๒.๓ เคลื่อนไหวไม่ได้หรือข้อติด

๔.๒.๔ ไม่รู้สึกหรือรับความรู้สึกได้ไม่เหมือนเดิม

๔.๒.๕ เคลื่อนไหวได้ไม่เร็วเท่าเดิม

๔.๒.๖ อื่นๆ

๔.๓ โปรแกรมการฝึกที่นักกายภาพบำบัดได้ให้กับผู้ป่วยหลังจากวิเคราะห์ปัญหา

๔.๓.๑ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่มีการหดเกร็ง คมโหนกกล้ามเนื้อให้ใกล้เคียงปกติ

๔.๓.๒ การฝึกกระตุ้นกล้ามเนื้อในการทำกิจกรรม

๔.๓.๓ การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

๔.๓.๔ การฝึกการเอื้อมือ

๔.๓.๕ การฝึกการควบคุมแรงบีบมือ

๔.๓.๖ การฝึกควบคุมมือ ทำมือเป็นรูปต่างๆที่จะจับวัตถุ

๔.๓.๗ การฝึกเปิดมือและการปล่อยวัตถุ

๔.๓.๘ การเคลื่อนไหวจัดการใช้มือและความคล่องแคล่ว

๕. การเพิ่มความหนักการฝึกความถี่จำนวนครั้งในการฝึกให้มาก โดยเฉลี่ยฝึกงานประมาณ ๒๕-๓๐ นาที

๖. การฝึกงานที่เป็นกิจกรรมของผู้ป่วย หากงานที่ฝึกมีความซับซ้อนแล้วผู้ป่วยยังไม่เข้าใจให้แต่งงานมาฝึกที่ละเอียดแล้วค่อยรวมงานลำดับขั้นสุดท้าย

๗. การเพิ่มความท้าทายในการฝึกให้ยากขึ้นโดยหาจุดที่จะทำให้งานนั้นเป็นงานที่ทำหายสำหรับผู้ป่วยหรือหาจุดที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ โดยเลือกจาก collaborative task เช่น เพิ่มน้ำหนักโดยใส่ไนในแก้ว หนึ่งในสี่ของแก้วเป็นครึ่งแก้ว หรือสามในสี่ของแก้ว หรือจอนผู้ป่วยไม่สามารถถือได้ ขนาดของแก้ว มุมในการถือ ระยะในการยกแก้ว หรือทำเริ่มต้นขณะยกแก้ว

ทฤษฎีเกี่ยวกับการกระตุ้นและส่งเสริมรูปแบบการเดิน (Integrative interventions for improving walking pattern)

รูปแบบการเดินที่ผิดปกติและมักพบในผู้ป่วยทางระบบโรคหลอดเลือดสมอง

- Lateral trunk bending gait หรือเรียกอีกชื่อว่า Trendelenburg gait มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ gluteus Medius
- Anterior trunk bending gait มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps muscle และมีการหดสั้นของกล้ามเนื้อ hip flexor muscle มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ankle plantar flexor muscle
- Posterior trunk bending gait มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ hip extensor muscle, gluteus maximus muscle และมีการหดสั้นของกล้ามเนื้อ hip flexor muscle
- Circumduction gait มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของการกระดกข้อเท้า มีการหดสั้นของกล้ามเนื้อ ankle plantar flexor muscle และไม่สามารถควบคุมการงอเข้าและข้อสะโพกได้ มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ hip flexor muscle มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ hip adductor muscle, hip internal rotator muscle, hip extension muscle, ankle plantar flexor, and ankle invertor muscle
- Hip hiking gait มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ hamstring and ankle dorsiflexor muscle และกระดกข้อเท้าไม่ได้
- Foot droop gait ไม่มีความมั่นคงหน้าข้อเท้า มีเท้าลากขณะยืนเดิน มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ankle plantar flexor muscle and tibialis anterior muscle
- Knee hyperextension gait มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps muscle, gluteus maximus muscle, hamstring muscle มีการหดสั้นของกล้ามเนื้อ ankle plantar flexor muscle
- Ataxia gait บกพร่องการทำงานแบบประสานสัมพันธ์ ควบคุมการทรงตัวลำบาก ยากที่จะตรงแบบเส้นตรง

รูปแบบการเดินและการแก้ไขความผิดปกติขณะเดิน

- ช่วง stance phase ขณะ heel strike มักพบการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ gastrocnemius muscle แก้ไขด้วยการยืดกล้ามเนื้อเพื่อทำให้โทนของกล้ามเนื้อปกติมากที่สุด นอกจากนี้มักพบกล้ามเนื้อของ ankle dorsiflexion muscle อ่อนแรงร่วมกับปลายเท้าตก สามารถแก้ไขได้ด้วยการเพิ่มความแข็งแรงร่วมกับใส่ ankle sling หรือ foot orthosis
- ช่วง stance phase ขณะ foot flat มักพบการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ gastrocnemius muscle แก้ไขด้วยการยืดกล้ามเนื้อเพื่อทำให้โทนของกล้ามเนื้อปกติมากที่สุดนอกจากนี้มักพบกล้ามเนื้อของ hip extensor muscle อ่อนแรงสามารถแก้ไขได้ด้วยการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในท่า bridging ในท่า outer-middle range และ middle-inner range
- ช่วง stance phase ขณะ mid-stance มักพบกล้ามเนื้อของ knee extensor Muscle อ่อนแรงส่งผลให้ควบคุมการเคลื่อนไหวของเข่าได้ไม่ดี สามารถแก้ไขได้โดยการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ knee extensor muscle ร่วมกับการฝึก knee control และ single leg step
- ช่วง stance phase ขณะ heel off และ toe off มักพบปัญหากล้ามเนื้อตึง หดสั้น จนกระทั่งหดเกร็งของกล้ามเนื้อนิ้วและนิ้วโป้งเท้า สามารถแก้ไขด้วยการยืดกล้ามเนื้อนิ้วและนิ้วโป้งเท้าให้โทนของกล้ามเนื้อใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ gastrocnemius muscle ร่วมกับการฝึก heel off และ toe off

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๑.๓.๑ ต่อตนเองได้ความรู้และทักษะการปฏิบัติการรักษาด้วยการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการเคลื่อนไหวแก่ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวที่สามารถนำไปใช้ให้กับผู้ป่วยมากขึ้น

๑.๓.๒ ต่อหน่วยงานได้มีการทบทวนความรู้ เทคนิค และทักษะการปฏิบัติการรักษา การเข้าหาผู้ป่วยรวมถึงออกแบบโปรแกรมการรักษา การออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการปวดและการเคลื่อนไหวร่วมกันในแผนกมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ร่วมกันระหว่างนักกายภาพในแผนก

๑.๓.๓ อื่นๆต่อระบบการให้บริการและผู้รับบริการ การทบทวนความรู้และการแลกเปลี่ยนกับผู้ที่มีประสบการณ์ รวมถึงการมีเทคนิคการรักษาที่มากขึ้นส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้นมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกได้มากขึ้น ลดภาวะจำนวนผู้ป่วยล้นสถานพยาบาล และการให้ผลตอบแทนที่มากเกินความจำเป็น

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุงเทคนิคการรักษาต้องใช้เวลาจำนวนหนึ่งในการรักษาต่อครั้งต้องมีความชำนาญ และการฝึกปฏิบัติบ่อยมีการปรับเปลี่ยนเวลาในการรักษาเพื่อให้เหมาะกับระบบการบริการ นอกจากนั้นได้มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยบางโปรแกรมที่สามารถกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้

๓.๒การพัฒนาผลของการปรับปรุงส่งผลให้พัฒนาระบบการให้บริการรวมศักยภาพการรักษาถูกพัฒนาให้ดีขึ้น มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบบริการได้มากขึ้น ลดภาวะผู้ป่วยล้นสถานพยาบาลและการให้หัตถการการรักษาที่เกินความจำเป็น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....
.....

ลงชื่อ.....*ณัฐดา* 16/10/64.....ผู้รายงาน

(นางสาวณัฐดา เงินเนย)

ตำแหน่งนักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....*พริเยศ*.....หัวหน้ากลุ่มงาน

(นางสาวพริเวรินทร์ พริเยศยงกุล)

ตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....*คมชิต*.....หัวหน้าส่วนราชการ

(นายคมชิต ขวณัสนพร)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาการเดินผิดปกติ



Heelstrike

ช่วงที่ส้นเท้าแตะพื้น

มักพบอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อน่อง, กล้ามเนื้อการกระดกเท้าอ่อนแรง, ปลายเท้าตก

แก้ไข : ยึดกล้ามเนื้อน่อง ,ใส่เครื่องช่วยพยุงข้อเท้า



Footflat

ช่วงที่เท้าวางราบกับพื้น

มักพบอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อน่อง, กล้ามเนื้อในการเหยียดข้อสะโพกอ่อนแรง

แก้ไข : ยึดกล้ามเนื้อน่อง ,เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อข้อสะโพกในท่านอนตั้งขาสองข้างแล้วยกก้น



Midstance

ช่วงที่เหยียบเต็มเท้า

มักพบกล้ามเนื้อในการเหยียดเข้าอ่อนแรง ควบคุมการทำงานของเขาได้ไม่ดี

แก้ไข : เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อเหยียดเข้า โดยเกร็งเหยียดเข้าติดเตียง ฝึก knee control หรือฝึกยืนด้วยขาหนึ่งข้าง



Pushoff

ช่วงที่ปลายเท้าแตะพื้น

มักพบอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อนิ้วและนิ้วโป้งเท้า

แก้ไข : ยึดกล้ามเนื้อนิ้วและนิ้วโป้งเท้า ร่วมกับฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ฝึกยืนด้วยปลายเท้าสลับกับส้นเท้า



Midswing

ช่วงที่เท้ายกพ้นพื้น

มักพบอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาด้านหลังร่วมกับกล้ามเนื้อในการงอข้อสะโพก

แก้ไข : เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อในการงอข้อสะโพก