

คู่มือปฏิบัติงาน

การฝึกกิจวัตรประจำวันในผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

สำหรับนักกิจกรรมบำบัด

โดย

นางสาวพนินทร กองเกตุใหญ่

นางสาววิภาวี ธนาภาธิวัฒน์

นักกิจกรรมบำบัด

สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2562

คำนำ

เนื่องจากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังที่เข้ามารับบริการที่สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ทางสาขากิจกรรมบำบัดต้องมีการพัฒนามาตรฐานในการให้บริการที่เป็นระบบและสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน คู่มือเล่มนี้จึงถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังด้านกิจวัตรประจำวันสำหรับนักกิจกรรมบำบัด โดยผู้เขียนได้รวบรวมองค์ความรู้ที่ได้จากประสบการณ์การทำงานกว่า 19 ปี มาเป็นแนวทางในการให้การฟื้นฟู ทั้งวิธีการฝึก การให้อุปกรณ์ช่วย ตลอดจนเทคนิคข้อควรระวังต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะฝึกผู้ป่วยพร้อมกับยกตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยที่น่าสนใจ เพื่อให้ให้นักกิจกรรมบำบัดได้นำไปศึกษาและเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดได้ต่อไป

พนินทร กองเกตุใหญ่

วิภาวี ธนาภาวิวัฒน์

นักกิจกรรมบำบัด

สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญเรื่อง

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญเรื่อง	๗
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง	๗
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของคู่มือ	2
1.3 ประโยชน์ที่จะได้จากคู่มือ	2
1.4 ขอบเขตการศึกษาของคู่มือ	2
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะของคู่มือ	3
บทที่ 2 บทบาทและหน้าที่ของตำแหน่ง	
2.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	4
2.2 โครงสร้างการบริหารจัดการ	
2.2.1 โครงสร้างภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	6
2.2.2 โครงสร้างสาขากิจกรรมบำบัด	7
บทที่ 3 หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงานและเงื่อนไข	
3.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)	8
3.2 สรีรวิทยาของกระดูกสันหลัง (Anatomy of spine)	9
3.3 การจำแนกระดับของการบาดเจ็บ (Classification of injury)	9
3.4 การวินิจฉัยระดับของการบาดเจ็บไขสันหลัง	11
3.5 กิจกรรมบำบัดในผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Occupational therapy in spinal cord injury)	13
3.6 กิจกรรมประจำวันในผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Activities of daily living in spinal cord injury)	14
บทที่ 4 เทคนิคในการปฏิบัติงาน	
4.1 ขั้นตอนการเข้ารับบริการฟื้นฟูด้านกิจกรรมประจำวัน	18

หน้า

4.2 การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการ	19
4.3 การประเมินสมรรถภาพทางกายพื้นฐานก่อนเข้ารับการฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวัน	20
4.4 การให้การฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวัน	
4.4.1 ด้านที่ 1 การรับประทานอาหาร (Feeding)	28
4.4.2 ด้านที่ 2 การอาบน้ำเช็ดตัว (Bathing)	34
4.4.3 ด้านที่ 3 สุขวิทยาส่วนบุคคล (Grooming)	40
4.4.4 ด้านที่ 4 การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	44
4.4.5 ด้านที่ 5 การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน (Toilet use)	63
4.4.6 ด้านที่ 6 การเคลื่อนย้าย (Transfer)	72
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและพัฒนา	
5.1 ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะฝึกผู้ป่วยและแนวทางแก้ไข	87
5.2 ตัวอย่างกรณีศึกษา	
- กรณีศึกษารายที่ 1	91
- กรณีศึกษารายที่ 2	96
- กรณีศึกษารายที่ 3	101
เอกสารอ้างอิง	106

สารบัญภาพ

	หน้า
รูปที่ 3.1 แสดงสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลังได้แก่ ตกบันไดและอุบัติเหตุทางรถยนต์	8
รูปที่ 3.2 แสดงลักษณะของกระดูกสันหลังและไขสันหลังที่อยู่ภายใน	9
รูปที่ 3.3 แสดงการแบ่งระดับไขสันหลังที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	10
รูปที่ 3.4 แสดงผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง แบบอัมพาตทั้งตัว (Quadriplegia)	11
รูปที่ 3.5 แสดงผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง แบบอัมพาตครึ่งท่อนล่าง (Paraplegia)	11
รูปที่ 4.1 แสดงการใช้ Goniometer ในการวัดมุมข้อ	20
รูปที่ 4.2 แสดงแบบประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ	20
รูปที่ 4.3 แสดงการทรงท่านั่งแบบเหยียดขาบนเตียง	21
รูปที่ 4.4 แสดงการทรงท่านั่งแบบห้อยขาข้างเตียง	21
รูปที่ 4.5 แสดงแบบประเมินความสามารถในการทรงท่านั่ง	22
รูปที่ 4.6 แสดงแบบประเมินด้านกิจวัตรประจำวันที่น่ามาประยุกต์ใช้ใน สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	24
รูปที่ 4.7 แสดงการวางแผนกันลื่นสำหรับรองจาน	28
รูปที่ 4.8 แสดงโต๊ะเหนือเตียงและการใช้โต๊ะญี่ปุ่น	28
รูปที่ 4.9 แสดงการใช้ผ้ากันเปื้อนพลาสติก	29
รูปที่ 4.10 แสดงการจัดทำผู้ป่วยโดยใช้หมอนประคองตัวในท่านั่ง	30
รูปที่ 4.11 แสดงการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงแขนร่วมกับ อุปกรณ์ประคองมือแบบมีที่เสียบข้อ และอุปกรณ์ป้องกันอาหารออกนอกจาน ในการรับประทานอาหาร	30
รูปที่ 4.12 แสดงอุปกรณ์ประคองมือแบบมีที่เสียบข้อและการทำงาน	31
รูปที่ 4.13 แสดงอุปกรณ์ช่วยเสียบข้อ/ส้อมและการทำงาน	31
รูปที่ 4.14 แสดงอุปกรณ์เสริมด้ามใหญ่และการทำงาน	32
รูปที่ 4.15 แสดงอุปกรณ์ช่วยป้องกันอาหารออกนอกจานและการทำงาน	32
รูปที่ 4.16 แสดงแก้วหูใหญ่และการสอดนิ้วที่แก้วเพื่อใช้งาน	32
รูปที่ 4.17 แสดงการจัดทำผู้ป่วยที่มีการทรงท่าระดับ no-fair บนรถนั่งคนพิการ	34
รูปที่ 4.18 แสดงล้อเข็นสำหรับอาบน้ำ/ขับถ่าย	35
รูปที่ 4.25 แสดงการใช้งานอุปกรณ์แผ่นรองสรีระบนรถนั่งคนพิการ	35
รูปที่ 4.19 แสดงล้อเข็นสำหรับอาบน้ำ/ขับถ่าย	36
รูปที่ 4.20 แสดงถุงมือช่วยอุ้งตัว	37
รูปที่ 4.21 แสดงหวีสระผม	37

หน้า

รูปที่ 4.22 แสดงแผ่นกันลื่นสำหรับรองเท้า	37
รูปที่ 4.23 แสดงการใช้งานฟองน้ำ/แปรงเสริมด้ามยาว	38
รูปที่ 4.24 แสดงเก้าอี้พลาสติกสำหรับอาบน้ำ/เก้าอี้สำหรับขับถ่าย	39
รูปที่ 4.25 แสดงการจัดห้องอาบน้ำโดยให้อุปกรณ์อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง	39
รูปที่ 4.26 แสดงการใช้งานอุปกรณ์ประคองมือแบบมีที่เสียบแปรงสีฟัน	41
รูปที่ 4.27 แสดงอุปกรณ์ช่วยในการเสียบด้ามหวี/มีดโกนหนวด	41
รูปที่ 4.28 แสดงอุปกรณ์เสริมด้ามใหญ่สำหรับเสียบด้ามแปรงสีฟัน/หวี	42
รูปที่ 4.29 แสดงล้อขึ้นสำหรับอาบน้ำแบบมีล้อสามารถโดนน้ำได้	42
รูปที่ 4.30 แสดงการใช้ตุ๊กตากลึงกดเสื้อแทนกระดุม	45
รูปที่ 4.31 แสดงเสื้อที่ใช้กระดุมเม็ดใหญ่	45
รูปที่ 4.32 แสดงซิพมียี่ห้อหรือการนำเศษผ้ามาเย็บร้อยกับห่วงซิพสำหรับเกี่ยว	46
รูปที่ 4.33–4.37 แสดง 5 ขั้นตอนการใส่เสื้อผ่าหน้าสำหรับผู้ป่วยการทรงท่าระดับ no และมีแรง เฉพาะข้อมือ	47
รูปที่ 4.38–4.42 แสดง 5 ขั้นตอนการถอดเสื้อผ่าหน้าสำหรับผู้ป่วยการทรงท่าระดับ no และมีแรง เฉพาะข้อมือ	48
รูปที่ 4.43 แสดงอุปกรณ์ช่วยหนีบของน้ำหนักเบา	49
รูปที่ 4.44 แสดงอุปกรณ์ช่วยใส่ถุงเท้าและการใช้งาน	49
รูปที่ 4.45 แสดงอุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง	50
รูปที่ 4.46 แสดงอุปกรณ์ช่วยใส่รองเท้า	50
รูปที่ 4.47–4.49 แสดง 3 ขั้นตอนการใส่เสื้อผ่าหน้าแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)	51
รูปที่ 4.50–4.52 แสดง 3 ขั้นตอนการใส่เสื้อคอกลมแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)	52
รูปที่ 4.53–4.55 แสดง 3 ขั้นตอนการใส่เสื้อผ่าหน้าในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good	53
รูปที่ 4.56–4.59 แสดง 4 ขั้นตอนการใส่เสื้อคอกลมในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good	54
รูปที่ 4.60–4.62 แสดง 3 ขั้นตอนการถอดเสื้อผ่าหน้าแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)	55
รูปที่ 4.63–4.65 แสดง 3 ขั้นตอนการถอดเสื้อคอกลมแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)	56
รูปที่ 4.66–4.69 แสดง 4 ขั้นตอนการถอดเสื้อผ่าหน้าในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good	57
รูปที่ 4.70–4.74 แสดง 4 ขั้นตอนการถอดเสื้อคอกลมในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good	58
รูปที่ 4.75–4.78 แสดง 4 ขั้นตอนการนั่งใส่กางเกงแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)	59
รูปที่ 4.79–4.83 แสดง 5 ขั้นตอนการนั่งใส่กางเกงในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good	60

หน้า

รูปที่ 4.84–4.87 แสดง 4 ขั้นตอนการนั่งถอดกางเกงแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)	61
รูปที่ 4.88–4.91 แสดง 4 ขั้นตอนการนั่งถอดกางเกงในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good	62
รูปที่ 4.92 แสดงหมอนนอนสำหรับใช้ในการขับถ่ายในท่านอน	64
รูปที่ 4.93 แสดงเก้าอี้สำหรับขับถ่ายแบบมีฝาปิด	65
รูปที่ 4.94 แสดงเก้าอี้สำหรับขับถ่ายแบบคร่อมส้วมซึม	66
รูปที่ 4.95 แสดงรูปแบบของราวจับและตำแหน่งการติดตั้ง	66
รูปที่ 4.96 แสดงเข็มขัดช่วยพยุงตัว	67
รูปที่ 4.97–4.100 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปโถส้วมแบบเข้าด้านหน้า	67
รูปที่ 4.101–4.104 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวจากโถส้วมกลับรถนั่งคนพิการแบบเข้าด้านหน้า	68
รูปที่ 4.105–4.108 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปโถส้วมแบบเข้าด้านข้าง	70
รูปที่ 4.109–4.111 แสดง 3 ขั้นตอนการย้ายตัวจากโถส้วมไปรถนั่งคนพิการแบบเข้าด้านข้าง	71
รูปที่ 4.112 แสดงกระดานช่วยย้ายตัว (แบบนอน)	73
รูปที่ 4.113 แสดงเครื่องช่วยย้ายตัว	73
รูปที่ 4.114 แสดงกระดานช่วยย้ายตัว (แบบนั่ง)	74
รูปที่ 4.115–4.118 แสดง 3 ขั้นตอนการย้ายตัวจากเตียงไป/กลับเปลนอน	75
รูปที่ 4.119–4.124 แสดง 6 ขั้นตอนการย้ายตัวจากรถนั่งคนพิการไปเตียงแบบเข้าด้านหน้า	76
รูปที่ 4.125–4.129 แสดง 5 ขั้นตอนการย้ายตัวจากเตียงไปรถนั่งคนพิการแบบเข้าด้านหน้า	77
รูปที่ 4.130 แสดงบันไดลิงและการใช้งาน	79
รูปที่ 4.131–4.134 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปเตียงแบบเข้าด้านหน้า	80
รูปที่ 4.135–4.139 แสดง 5 ขั้นตอนการย้ายตัวไปรถนั่งคนพิการแบบเข้าด้านหน้า	82
รูปที่ 4.140 แสดงการวางกระดานช่วยย้ายตัวแบบเข้าด้านข้าง	83
รูปที่ 4.141 แสดงอุปกรณ์เชือกช่วยลูกนั่งและการทำงาน	83
รูปที่ 4.142 แสดงอุปกรณ์ช่วยดึงขาและการทำงาน	84
รูปที่ 4.143–4.146 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปเตียงแบบเข้าด้านข้าง	84
รูปที่ 4.147–4.150 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปรถนั่งคนพิการแบบเข้าด้านข้าง	86
รูปที่ 5.1 แสดงค่าความดันต่ำในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง	87
รูปที่ 5.2 แสดงการยกขาผู้ป่วยพาดเก้าอี้/เตียง	87
รูปที่ 5.3 แสดงท่าทางการฝึกแบบกึ่งนอน	87
รูปที่ 5.4 แสดงการพันผ้า Elastic bandage (EB) ตั้งแต่ปลายเท้าขึ้นมาถึงบริเวณหัวเข่า	88

หน้า

รูปที่ 5.5 แสดง Philadelphia collar (อุปกรณ์ประคองคอ) และ Taylor brace (อุปกรณ์ประคองหลัง)	89
รูปที่ 5.6 แสดง Axillary crutches และ Long leg braces ในการช่วยพยุงผู้ป่วยเวลาเดิน	89
รูปที่ 5.7 แสดงรูปถ่ายสภาพห้องน้ำที่บ้านผู้ป่วย	90

สารบัญตาราง

ตารางที่ 3.1 แสดงการคาดหมายระดับความสามารถของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injuries) ระดับต่างๆ	15
ตารางที่ 4.1 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด ด้านการรับประทานอาหาร	28
ตารางที่ 4.2 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด ด้านการอาบน้ำเช็ดตัว	34
ตารางที่ 4.3 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	40
ตารางที่ 4.4 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด ด้านการสวมใส่เสื้อผ้า	44
ตารางที่ 4.5 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด ด้านการใช้ห้องสุขาหรือกระโถน	64
ตารางที่ 4.6 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด ด้านการเคลื่อนย้าย	72
ตารางที่ 5.1 แสดงผลการประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อในกรณีศึกษารายที่ 1	91
ตารางที่ 5.2 แสดงผลการประเมินการทรงท่าในกรณีศึกษารายที่ 1	92
ตารางที่ 5.3 แสดงผลการประเมินแรกเริ่ม การตั้งเป้าประสงค์และผลการรักษาด้านกิจวัตรประจำวัน ในกรณีศึกษารายที่ 1	93
ตารางที่ 5.4 แสดงการตั้งเป้าประสงค์ ผลการรักษา ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและพัฒนา ในกรณีศึกษารายที่ 1	95
ตารางที่ 5.5 แสดงผลการประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อในกรณีศึกษารายที่ 2	96
ตารางที่ 5.6 แสดงผลการประเมินการทรงท่าในกรณีศึกษารายที่ 2	97
ตารางที่ 5.7 แสดงผลการประเมินแรกเริ่ม การตั้งเป้าประสงค์และผลการรักษาด้านกิจวัตรประจำวัน ในกรณีศึกษารายที่ 2	98
ตารางที่ 5.8 แสดงการตั้งเป้าประสงค์ ผลการรักษา ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและพัฒนา ในกรณีศึกษารายที่ 2	100
ตารางที่ 5.9 แสดงผลการประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อในกรณีศึกษารายที่ 3	101
ตารางที่ 5.10 แสดงผลการประเมินการทรงท่าในกรณีศึกษารายที่ 3	102

ตารางที่ 5.11 แสดงผลการประเมินแรกรับ การตั้งเป้าประสงค์และผลการรักษาด้านกิจกรรมประจำวัน ในกรณีศึกษา รายที่ 3	103
ตารางที่ 5.12 แสดงการตั้งเป้าประสงค์ ผลการรักษา ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและพัฒนา ในกรณีศึกษา รายที่ 3	105

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมา

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ทำให้การรักษาโรคต่างๆมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมากทั้งวิธีการและเครื่องมือ ซึ่งล้วนเข้ามามีบทบาทสำคัญกับชีวิตของคนเรามากขึ้น ความเจริญก้าวหน้าทางด้านนี้ได้ทำให้เรามีชีวิตที่ยืนยาวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและที่สำคัญแนวโน้มของการพัฒนายังเป็นไปอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะทำให้การรักษาโรคสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

พัฒนาการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ทำให้จำนวนผู้ที่เสียชีวิตลดน้อยลงและคนพิการมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูลล่าสุดเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2560 พบว่ามีคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1,802,375 คน หรือร้อยละ 2.72 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีความพิการด้านการเคลื่อนไหวหรือพิการทางกายสูงถึง 878,888 คน หรือร้อยละ 48.76 ของผู้พิการทั่วประเทศ โดยสถานการณ์ดังกล่าวได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹

สาเหตุส่วนใหญ่ของความพิการด้านการเคลื่อนไหวหรือพิการทางกายอันดับหนึ่งคืออุบัติเหตุ เช่นอุบัติเหตุทางการจราจรหรือการตกจากที่สูง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บที่ไขสันหลังที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกายที่เรียกว่า อัมพฤกษ์หรืออัมพาต ซึ่งพบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติ² ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบปัญหาด้านการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันหากไม่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูที่ถูกต้องก็มักจะมี ความบกพร่องทางด้านร่างกายซ้ำซ้อน มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในภาวะพึ่งพาทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจรวมทั้งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง³

การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะจากทีมผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เป็นหน่วยงานทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ให้บริการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใส่หรือถอดเสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายตัว ซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้จะตกอยู่ในภาวะพึ่งพาและเป็นภาระต่อญาติ/ผู้ดูแลต่อไป นักกิจกรรมบำบัดจะทำการประเมินสภาพร่างกาย ตั้งเป้าประสงค์และให้การฟื้นฟูตามสมรรถภาพร่างกายที่เหลืออยู่ ตลอดจนจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยและญาติในการฝึกทั้งในโรงพยาบาลและนำกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างสอดคล้อง ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดจะต้องอาศัยประสบการณ์ ความชำนาญ และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้การฟื้นฟูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ป่วย

และผู้ดูแล จึงเป็นที่มาของการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน “การฝึกกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคเจ็บที่ไขสันหลังสำหรับ นักกิจกรรมบำบัด” เพื่อประสิทธิผลของการฟื้นฟู การดูแลต่อเนื่องของผู้ดูแลและใช้ความสามารถที่หลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพเพื่อการดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1. เพื่อรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้การบำบัดฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคเจ็บที่ไขสันหลัง
2. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลการศึกษาทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคเจ็บที่ไขสันหลัง
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การบำบัดฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคเจ็บที่ไขสันหลัง
4. เพื่อเป็นคู่มือการสอนสำหรับนักกิจกรรมบำบัดในการให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บที่

ไขสันหลังด้านกิจวัตรประจำวัน

1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับจากคู่มือ

1. เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การบำบัดฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคเจ็บที่ไขสันหลังแก่ นักกิจกรรมบำบัด นักศึกษากิจกรรมบำบัด บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่มีความสนใจ
2. ผู้อ่านสามารถนำขั้นตอนการปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงทางกิจกรรมบำบัดได้
3. ผู้อ่านสามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ในการบำบัดฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเจ็บที่ไขสันหลังแต่ละรายได้
4. เป็นคู่มือการสอนสำหรับนักกิจกรรมบำบัดในการให้คำแนะนำญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บที่ไขสันหลัง

1.4 ขอบเขตการศึกษาของคู่มือ

1. ใช้สำหรับนักกิจกรรมบำบัดที่ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเจ็บที่ไขสันหลังด้านการทำกิจวัตรประจำวันของสาขากิจกรรมบำบัดภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เป็นการให้การบำบัดฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมิน Modified barthel index (MBI) จำนวน 6 ใน 10 ข้อ ที่ให้บริการโดยนักกิจกรรมบำบัด ได้แก่ ด้านที่ 1. การรับประทานอาหาร ด้านที่ 2. การอาบน้ำเช็ดตัว ด้านที่ 3. สุขาวิทย์ส่วนบุคคล ด้านที่ 4. การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า ด้านที่ 7. การใช้ห้องสุขาหรือกระโถนและ ด้านที่ 8. การเคลื่อนย้าย
3. ใช้สำหรับเป็นแนวทางในการให้การบำบัดฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ไขสันหลังโดยสมบูรณ์ (Complete lesion) เพื่อให้ให้นักกิจกรรมบำบัดใช้เป็นพื้นฐานในการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเจ็บที่ไขสันหลังบางส่วน (Incomplete lesion) ได้ต่อไป

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะของคู่มือ

1. **กิจกรรมบำบัด (Occupational therapy)** หมายถึง กระบวนการที่ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด อาจมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมภายใต้การดูแลจากนักกิจกรรมบำบัด⁴
2. **ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)** หมายถึง ผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังรวมถึงรากประสาทที่อยู่ในโพรงของกระดูกสันหลัง⁵
3. **อัมพาตทั้งตัว (Quadriplegia/tetraplegia)** หมายถึง ภาวะอัมพาตหรืออ่อนแรงของแขนทั้งหมัดหรือบางส่วนร่วมกับลำตัวและขาทั้งสองข้าง เนื่องจากไขสันหลังระดับคอได้รับบาดเจ็บ⁵
4. **อัมพาตครึ่งล่าง (Paraplegia)** หมายถึง ภาวะอัมพาตหรืออ่อนแรงของลำตัวและขาทั้งสองข้างหรือเฉพาะขาหรือบางส่วน of ขา⁵
5. **การบาดเจ็บไขสันหลังโดยสมบูรณ์ (Complete lesion)** หมายถึง รอยโรคหรือความเสียหายของไขสันหลังที่ทำให้ระบบประสาทสั่งการและรับรู้ความรู้สึกในส่วน of ร่างกายที่ถูกควบคุมด้วยไขสันหลังระดับที่ต่ำกว่าพยาธิสภาพลงไปที่ทั้งหมดไม่สามารถทำงานได้^{6,7}
6. **การบาดเจ็บไขสันหลังบางส่วน (Incomplete lesion)** หมายถึง รอยโรคหรือความเสียหายของไขสันหลังที่ทำให้การทำงานของไขสันหลังระดับที่ต่ำกว่าพยาธิสภาพลงไปที่สูญเสียไปเพียงบางส่วน ผู้ป่วยยังคงมีความรู้สึกและ/หรือสามารถสั่งการกล้ามเนื้อบางส่วนที่ถูกควบคุมด้วยประสาทไขสันหลังที่อยู่ต่ำกว่าระดับการบาดเจ็บยังคงทำงานได้^{6,7}
7. **กิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL)** หมายถึง การทำกิจกรรมส่วนบุคคลเป็นประจำทุกวันเพื่อเป็นการดูแลตัวเองโดยเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำเช็ดตัว สุขาภิบาลส่วนบุคคล การแต่งตัว การใช้ห้องสุขาหรือกระโถนและการเคลื่อนย้าย⁶
8. **แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Modified barthel index: MBI)** หมายถึง แบบคัดกรองในการทำกิจวัตรประจำวันแบ่งเป็น 10 ด้าน ได้แก่ 1. การรับประทานอาหาร 2. การอาบน้ำเช็ดตัว 3. สุขาภิบาลส่วนบุคคล 4. การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 5. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 6. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ 7. การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 8. การเคลื่อนย้าย 9. พาเดินและการเคลื่อนที่ 10. การขึ้นลงบันได⁸
9. **อุปกรณ์ช่วยคนพิการ (Adaptive device)** หมายถึง อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่นำมาใช้ในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วยหรือผู้พิการเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้จะต้องประดิษฐ์ ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ใช้งานแต่ละคน ตัวอย่างเช่น อุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร แปรงฟัน หวีผม ย้ายตัว เป็นต้น^{6,7}

บทที่ 2

บทบาทและหน้าที่ของตำแหน่ง

2.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานระดับต้นที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถทางวิชาการในการทำงาน ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกิจกรรมบำบัดโดยการคัดกรอง ประเมิน ตั้งเป้าประสงค์ ให้การบำบัดฟื้นฟูและติดตามหลังจำหน่าย ภายใต้การกำกับ แนะนำ ตรวจสอบ และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

● ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1. ด้านการปฏิบัติการ

1) คัดกรอง ตรวจสอบและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด วางแผนในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยเพื่อพัฒนาทักษะในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพของผู้ป่วย

2) ออกแบบ ประดิษฐ์ ดัดแปลง ประยุกต์ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย เครื่องตาม สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ สามารถพึ่งพาตนเองและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม

3) บันทึก รวบรวม ศึกษา ค้นคว้า ข้อมูลทางวิชาการ จัดทำบทความ เอกสารทางวิชาการ เพื่อเผยแพร่ให้เกิดความเข้าใจงานด้านกิจกรรมบำบัดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านกิจกรรมบำบัด

4) ให้บริการวิชาการด้านต่าง ๆ เช่น ช่วยสอน ให้คำปรึกษา แนะนำในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ระดับรองลงมาและแก่นักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน ตอบปัญหาและชี้แจงเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับงานในหน้าที่เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

2. ด้านการวางแผน

วางแผนการทำงานที่รับผิดชอบ ร่วมวางแผนการทำงานของหน่วยงานหรือโครงการ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

3. ด้านการประสานงาน

1) ประสานการทำงานร่วมกันระหว่างทีมงานหรือหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกเพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้

2) ชี้แจงและให้รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูล ข้อเท็จจริง แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเข้าใจหรือความร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย

4. ด้านการบริการ

1) ให้คำปรึกษา แนะนำเบื้องต้น เผยแพร่ ถ่ายทอดความรู้ ทางด้านกิจกรรมบำบัด รวมทั้งตอบปัญหาและชี้แจงเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับงานในหน้าที่เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบข้อมูลความรู้ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

2) จัดเก็บข้อมูลเบื้องต้นและให้บริการข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับด้านกิจกรรมบำบัด เพื่อให้บุคลากรทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน นักศึกษา ตลอดจนผู้รับบริการได้ทราบข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์สอดคล้องและสนับสนุนภารกิจของหน่วยงาน และใช้ประกอบการพิจารณากำหนดนโยบาย แผนงาน หลักเกณฑ์ มาตรการต่างๆ

5. ด้านอื่นๆ

1) จัดทำโครงการต่างๆ ที่สอดคล้องกับงานประจำเพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงระบบงานให้มีประสิทธิภาพ

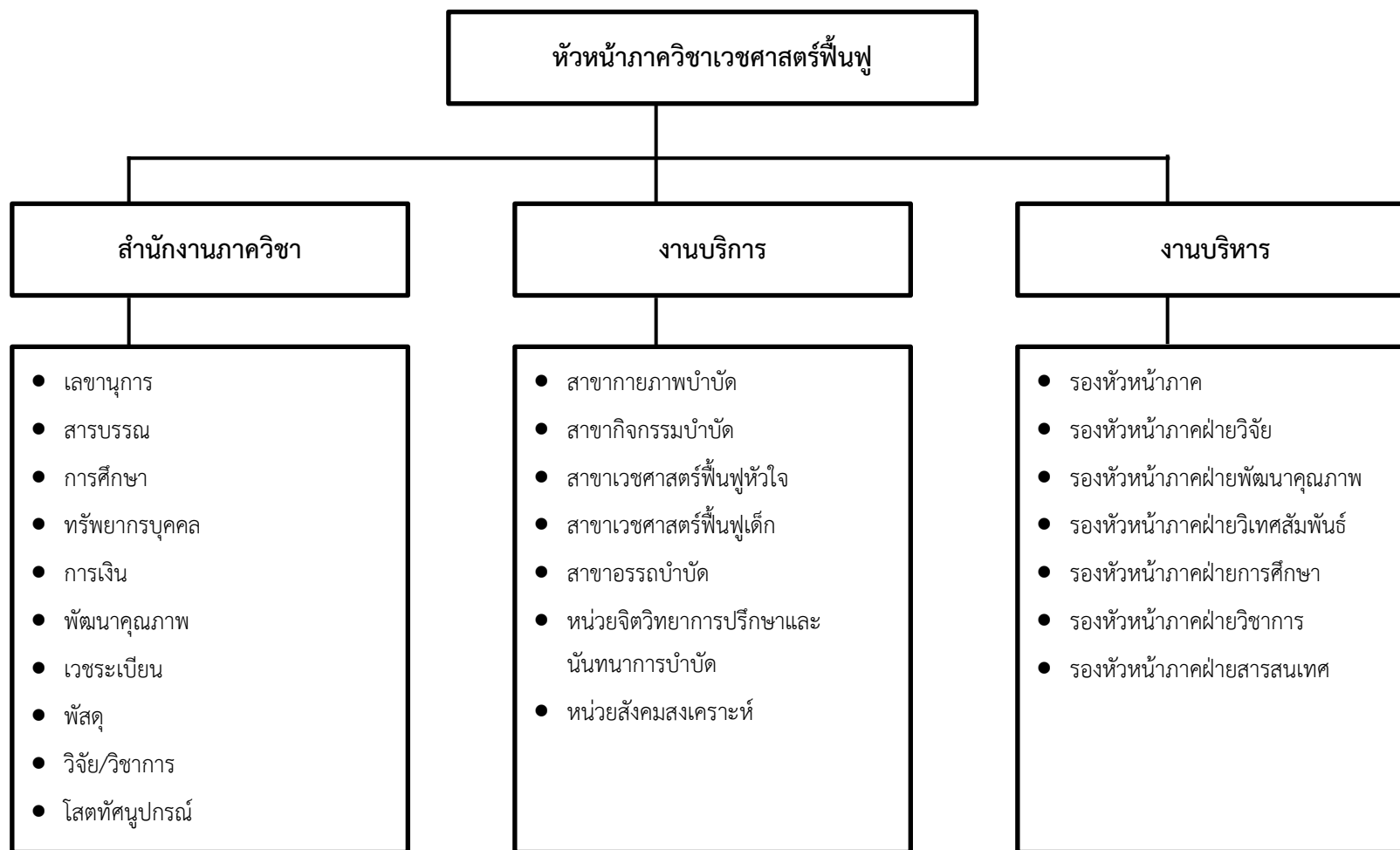
2) ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ หมายรวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสอนและการเป็นวิทยากรให้ความรู้ทางด้านกิจกรรมบำบัดให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องและบุคคลทั่วไป

3) จัดทำงานพัฒนาคุณภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและมหาวิทยาลัยเพื่อให้เกิดการพัฒนาไปในแนวทางเดียวกัน

4) พัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการทำงานรวมถึงกระบวนการฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพ น่าเชื่อถือและสามารถนำไปต่อยอดพัฒนาได้ต่อไป

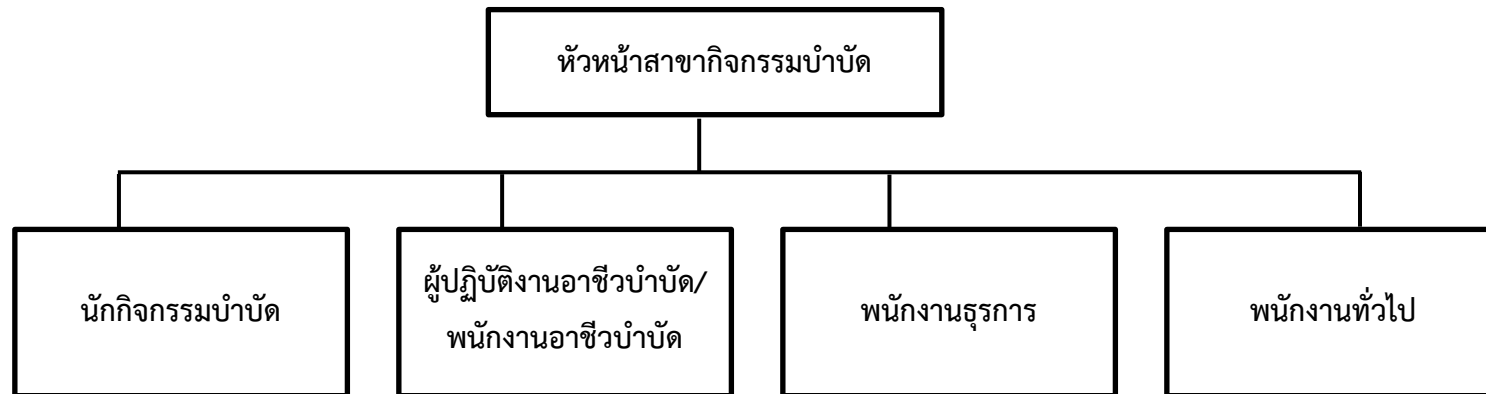
2.2 โครงสร้างการบริหารจัดการ

2.2.1 โครงสร้างภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู



แผนภูมิที่ 2.1 แสดงโครงสร้างภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
(ที่มา: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)

2.2.2 โครงสร้างสาขากิจกรรมบำบัด



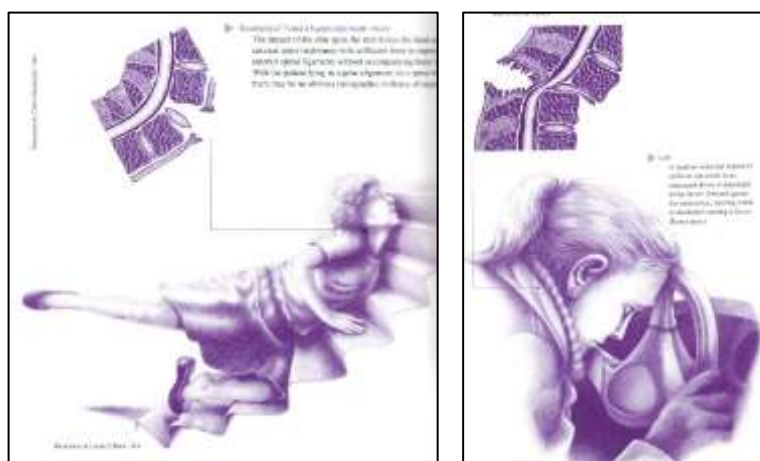
แผนภูมิที่ 2.2 แสดงโครงสร้างสาขากิจกรรมบำบัด
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

บทที่ 3

หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงานและเงื่อนไข

3.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)

การได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury : SCI) หมายถึง การบาดเจ็บของไขสันหลังที่ทำให้ระบบประสาทเสียหายหรือบกพร่องไปตั้งแต่ระดับของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บลงไป¹⁰ ซึ่งจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายวิภาคของกระดูกสันหลัง/ไขสันหลังและความรุนแรงของกระดูกสันหลังที่ได้รับความเสียหาย⁵ สาเหตุการบาดเจ็บไขสันหลังเกิดจากกัมมันตรังสีหรือการบาดเจ็บที่ทำให้ไขสันหลังถูกกด ตัด หรือกระทบกระเทือนจากแรงภายนอกที่มากกระทำต่อกระดูกสันหลังหรือไขสันหลังโดยตรง (Traumatic causes) โดยสาเหตุที่พบได้บ่อย ได้แก่ อุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ ตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย (ถูกยิง ถูกแทง ถูกตี) และอุบัติเหตุจากการกีฬา



รูปที่ 3.1 แสดงสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลังได้แก่ ตกบันไดและอุบัติเหตุทางรถยนต์

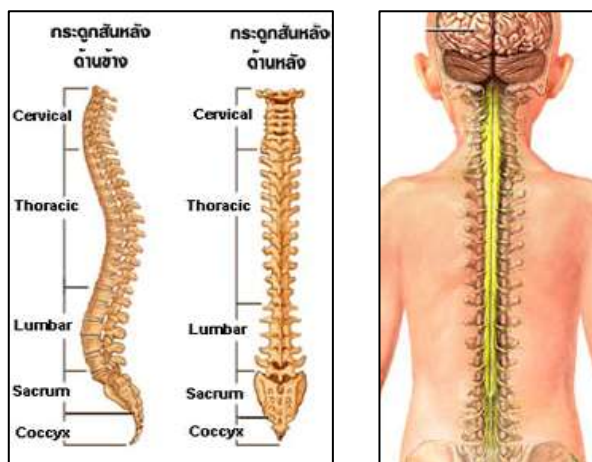
(ที่มา : Paul Harrison (2000)³ สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2560)

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นนอกเหนือจากการบาดเจ็บโดยตรง (Non-traumatic causes) ได้แก่ โรคของไขสันหลัง เช่น ไขสันหลังอักเสบ เนื้องอกหรือโรคของหลอดเลือด ที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไขสันหลังและมีอาการคล้ายกับการบาดเจ็บที่ไขสันหลังโดยตรงอีกด้วย^{3,6}

3.2 สรีรวิทยาของกระดูกสันหลัง (Anatomy of spine)^{11,12}

กระดูกสันหลังในคนปกติจะมี 33 ชั้น จัดเรียงตามแนวยาวของลำตัวโดยมีไขสันหลังอยู่ภายใน แบ่งเป็นระดับต่างๆ ดังนี้

1. ไขสันหลังระดับคอ (Cervical cord) อยู่ภายในกระดูกสันหลังตั้งแต่กระดูกสันหลังข้อที่ 1 (C1) ถึงกระดูกสันหลังข้อที่ 8 (C8) อยู่ในช่วงลำคอ ไขสันหลังบริเวณนี้จะทำหน้าที่ในการส่งกระแสประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณหน้า คอ กระบังลม (ช่วยในเรื่องของการหายใจ) หัวไหล่ ข้อศอก ข้อมือและมือ
2. ไขสันหลังระดับอก (Thoracic cord) มีจำนวน 12 ชั้น (T1-T12) อยู่ในส่วนอก ไขสันหลังบริเวณนี้จะทำหน้าที่ในการส่งกระแสประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อภายในมือและลำตัว
3. ไขสันหลังระดับบั้นเอว (Lumbar cord) มี 5 ชั้น (L1-L5) อยู่ในช่วงเอวและมีขนาดใหญ่เพื่อรองรับน้ำหนักของร่างกายตอนล่าง ไขสันหลังบริเวณนี้จะทำหน้าที่ในการส่งกระแสประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณขา
4. ไขสันหลังระดับกระเบนเหน็บ (Sacral cord) ซึ่งเดิมมี 5 ชั้น (S1-S5) แต่จะเชื่อมรวมกันเป็นชั้นเดียว ไขสันหลังบริเวณนี้จะทำหน้าที่ในการส่งกระแสประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณขาและเท้า
5. กระดูกสันหลังระดับก้นกบ (Coccygeal vertebrae) อาจมี 3-4 ชั้น



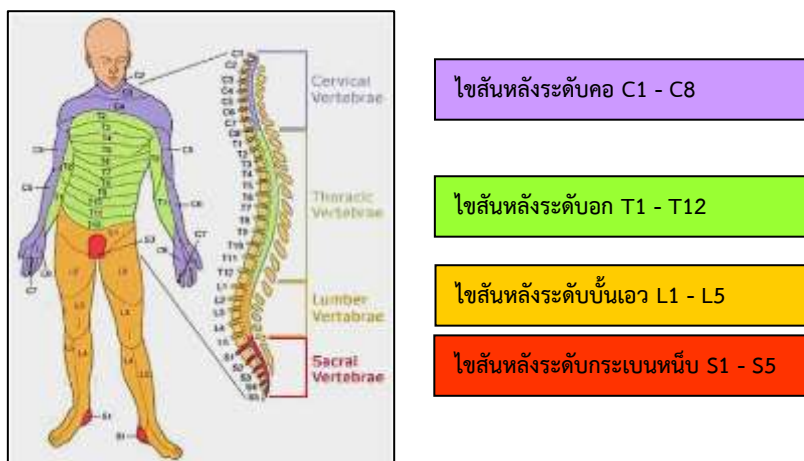
รูปที่ 3.2 แสดงลักษณะของกระดูกสันหลังและไขสันหลังที่อยู่ภายใน

(ที่มา: Paul Harrison (2000)³ สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2560)

3.3 การจำแนกระดับของการบาดเจ็บ (Classification of injury)^{6,13}

ระดับของการบาดเจ็บไขสันหลังสามารถจำแนกได้โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท โดยเฉพาะการทำงานของระบบประสาทสั่งการและรับรู้ความรู้สึก (Motor and sensory function) ในทางคลินิกนิยมใช้ระดับต่ำสุดของรากประสาทไขสันหลังที่ยังทำงานได้ปกติอยู่เป็นตัวบ่งชี้ระดับของการบาดเจ็บหรืออัมพาต ตัวอย่างเช่น ในการวินิจฉัยโรคบอกว่าเป็น Complete C6 lesion หรือ “C6 complete quadriplegia” หมายความว่าการทำงาน

ของเส้นประสาทไขสันหลังตั้งแต่ระดับต่ำกว่า C6 เสียไปหรือร่างกายส่วนที่เลี้ยงโดยเส้นประสาทไขสันหลังที่ต่ำกว่าระดับ C6 ลงไปเป็นอัมพาตแต่ส่วนที่ถูกเลี้ยงโดยเส้นประสาทไขสันหลังระดับ C6 และระดับที่สูงกว่าขึ้นไปยังทำงานได้ปกติ (เฉพาะที่ระดับ C6)



รูปที่ 3.3 แสดงการแบ่งระดับไขสันหลังที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
(ที่มา: ทศพร บรรยมาก (2551)⁶ สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2561)

สำหรับการประเมินระดับการสูญเสียของระบบประสาทไขสันหลังสามารถจัดแบ่งตามระดับความรุนแรงได้จากลักษณะการคงอยู่ของการทำงานของไขประสาทส่วนหลังได้จัดแบ่งเป็น system ต่างๆ ตาม American spinal injury association (ASIA) impairment scale โดยใช้เพื่อประเมินความรุนแรงและติดตามผลการรักษา ดังนี้

A = Complete คือ เป็นอัมพาตสมบูรณ์ ไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก และไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกจากในและ/หรือรอบทวารหนัก (No sacral sparing)

B = Incomplete คือ เป็นอัมพาตแต่ยังรับรู้ความรู้สึกได้ในส่วนที่ต่ำกว่า NLI (Neurological level of injury) ร่วมกับสามารถรับรู้ความรู้สึกในทวารหนัก และ/หรือรอบทวารหนัก แต่ไม่มีการทำงานของประสาทสั่งการในส่วนที่เป็นอัมพาต (Sacral sparing)

C = Incomplete คือ ยังมีการทำงานของประสาทสั่งการต่ำกว่า NLI และมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนกล้ามเนื้อหลักที่ได้อ่อน NLI มีกำลังกล้ามเนื้อน้อยกว่าระดับ 3

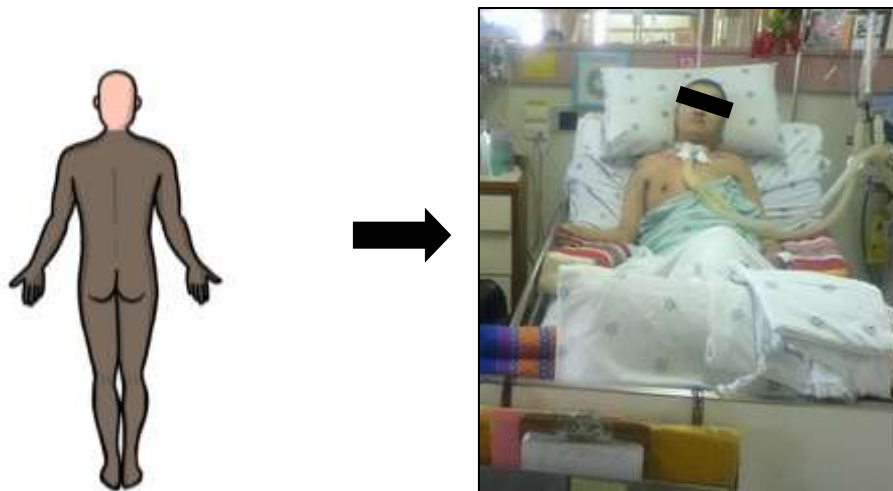
D = Incomplete คือ ยังมีการทำงานของประสาทสั่งการต่ำกว่า NLI และจำนวนกล้ามเนื้อหลักอย่างน้อยครึ่งหนึ่งที่อยู่ต่ำกว่า NLI มีกำลังกล้ามเนื้อตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป

E = Normal คือ ประสาทสั่งงาน ประสาทรับรู้ความรู้สึกและการขับถ่ายกลับฟื้นเป็นปกติ

3.4 การวินิจฉัยระดับของการบาดเจ็บไขสันหลัง^{6,14,15}

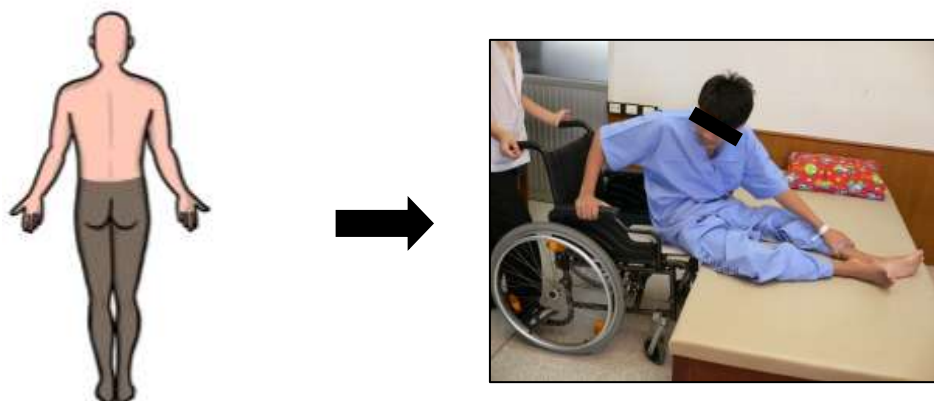
การวินิจฉัยและบ่งบอกระดับของการบาดเจ็บไขสันหลังแต่ละระดับจำเป็นต้องระบุด้วยว่าเป็นแบบ Complete หรือ Incomplete lesion

การบาดเจ็บไขสันหลังโดยสมบูรณ์ (Complete lesion) หมายถึง รอยโรคหรือความเสียหายของไขสันหลังที่ทำให้ระบบประสาทสั่งการและรับรู้ความรู้สึกในส่วนของร่างกายที่ถูกควบคุมด้วยไขสันหลังระดับที่ต่ำกว่า NLI ลงไปทั้งหมดไม่สามารถทำงานได้



รูปที่ 3.4 แสดงผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง แบบอัมพาตทั้งตัว (Quadriplegia)

(ที่มา: วาดโดยนายณัฐวุฒิ บุญทา สาขากิจกรรมบำบัดและหอผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal unit) ภาควิชาออร์โธปิดิกส์)



รูปที่ 3.5 แสดงผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง แบบอัมพาตครึ่งท่อนล่าง (Paraplegia)

(ที่มา: วาดโดยนายณัฐวุฒิ บุญทา สาขากิจกรรมบำบัดและสาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

การบาดเจ็บไขสันหลังบางส่วน (Incomplete lesion) หมายถึง รอยโรคหรือความเสียหายของไขสันหลังที่ทำให้การทำงานของไขสันหลังระดับที่ต่ำกว่า NLI ลงไปเสียไปเพียงบางส่วน ผู้ป่วยยังคงมีความรู้สึกและ/หรือสามารถสั่งการกล้ามเนื้อบางส่วนที่ถูกควบคุมด้วยประสาทไขสันหลังที่อยู่ต่ำกว่าระดับการบาดเจ็บยังคงทำงานได้ แบ่งเป็น 6 แบบ คือ

1. Brown-Sequard syndrome (BSS) คือ การที่ไขสันหลังซีกใดซีกหนึ่งได้รับอันตราย มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle weakness) และสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกการทรงตัว (Position sense) การรับรู้ความรู้สึกของข้อ (Proprioception sense) และการสั่นสะเทือน (Vibration sense) ของร่างกายซีกเดียวกับที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บและสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด (Pain) อุณหภูมิ (Temperature) และสัมผัส (Touch) ของร่างกายซีกตรงข้ามกับไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ

2. Anterior cord syndrome (ACS) คือ การสูญเสียหน้าที่ของ Anterior 2/3 ของ spinal cord ผู้ป่วยจะอ่อนแรงแขนและขาทั้ง 2 ข้าง เสียการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิและสัมผัสของร่างกายทั้ง 2 ข้าง โดยยังคงเหลือระบบรับรู้ความรู้สึกการทรงตัว การรับรู้ความรู้สึกของข้อและการสั่นสะเทือน

3. Central cord syndrome (CCS) คือ การที่ไขสันหลังส่วนกลางได้รับอันตรายก่อนบริเวณรอบๆ ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและขาที่บริเวณแขนและมือ โดยมีความรุนแรงกว่ากล้ามเนื้อของขา ผู้ป่วยบางรายสูญเสียการทำงานของระบบประสาททั้งแขนและขาแต่ยังหลงเหลือความรู้สึกบริเวณรอบทวารหนักและยังสามารถขมิบก้นหรือหูดรอบทวารหนักได้ (เรียกว่า Sacral sparing)

4. Cauda equina syndrome (CES) คือ มีการทำลายรากประสาทไขสันหลังระดับ Lumbar และ sacral บริเวณที่เรียกว่า Cauda equina ทำให้มีอาการอ่อนแรงของร่างกายหรือเป็นอัมพาตแบบ Flaccid paralysis และสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกทั้งหมดตั้งแต่ระดับต่ำกว่า NLI ลงไป

5. Posterior cord syndrome (PCS) คือ ผู้ป่วยจะสูญเสียความรู้สึกการทรงตัวการรับรู้ความรู้สึกของข้อและการสั่นสะเทือนของร่างกายทั้ง 2 ข้าง โดยมักไม่พบการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือเสียการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิและสัมผัสและพบได้น้อยที่สุด ไม่ถึง 1%

6. Conus medullaris syndrome (CMS) คือ มักเกิดร่วมกับการบาดเจ็บของกระดูสันหลังส่วน Thoracolumbar junction (T11-L2) ผู้ป่วยจะเกิดอัมพาตของขาทั้ง 2 ข้าง (Spastic paralysis) สูญเสียการทำงานของความรู้สึกในระดับ Lower lumbar และ sacrum หากมีการกดทับ Sacral cord ผู้ป่วยจะสูญเสียการควบคุมการทำงานของระบบปัสสาวะ (Urinary dysfunction) กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณทวารหนักอ่อนแรง (Loose anal sphincter tone) และสูญเสียความรู้สึกรอบทวารหนัก (Loss of perianal sensation) โดยส่วนแขนยังคงทำงานได้ดีอยู่

3.5 กิจกรรมบำบัดในผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Occupational therapy in spinal cord injury)

นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist : OTs) มีบทบาทสำคัญในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง โดยประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจ การดำเนินชีวิตในสังคมและการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามบทบาทและศักยภาพที่เขาพึงมีอยู่ได้โดยไม่เป็นภาระหรือให้เป็นภาระแก่ผู้อื่นน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้⁶

การให้บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

- **ระยะเฉียบพลัน (Acute stage)¹⁶**

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง นักกิจกรรมบำบัดอาจจะเข้าทำการประเมินผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงทันทีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ขึ้นพื้นฐานถึงการฝึกในอนาคต การจัดหาอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกเรื่องการควบคุมสิ่งแวดล้อม เช่น แสง โทรศัพท์ โทรทัศน์ เพื่อลดความวิตกกังวล ตลอดจนการช่วยเคลื่อนไหวย่างที่ไม่ได้จำกัดการเคลื่อนไหว เช่น แขน ขา เพื่อป้องกันการติดแข็งของข้อในเบื้องต้น

- **ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation stage)^{5,6}**

หลังจากพ้นระยะเฉียบพลัน (กินเวลา 6–8 สัปดาห์) หรืออาจน้อยกว่าผู้ป่วยจะเริ่มสามารถเคลื่อนไหวได้มากขึ้น และสามารถลุกมานั่งบนเตียงและบนเก้าอี้ล้อเข็นได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจะเริ่มทำได้เต็มที่ ดังนั้นเป้าหมายหลักของนักกิจกรรมบำบัดในระยะนี้ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นได้เพื่อไปถึงเป้าหมายของการฟื้นฟู (Functional goals) ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงคุณค่าของตัวเองและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองทั้งทางด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และกลับไปอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นหรือให้เป็นภาระต่อผู้อื่นน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ เป้าประสงค์ของกิจกรรมบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถอธิบายได้เป็นข้อๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตัวเอง สามารถปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไปได้ และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มที่
2. คงไว้หรือเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ยังคงทำงานได้อยู่ (Innervated muscles)
3. ช่วยพัฒนาความสามารถในการทรงตัวและท่าทาง (Balance and posture) ที่ดีขณะอยู่บนเตียง รถนั่งคนพิการและขณะทำกิจกรรม
4. เพิ่มความทนทานของร่างกาย (Physical endurance) ในการทำกิจกรรมต่างๆ

5. ส่งเสริมและแนะนำให้มีการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม (Home and environmental modification) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
6. เตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพหรือศึกษาต่อได้ตามระดับความสามารถ
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำงานอดิเรกหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความสนใจได้ต่อไป
8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตัวเองให้มากที่สุดตามระดับความสามารถที่จะพึงมีได้สูงสุด
9. จัดหา แนะนำและฝึกหัดการใช้อุปกรณ์ช่วย (Assistive devices) อุปกรณ์ดัดแปลง (Adaptive devices) หรืออุปกรณ์เสริม (Orthoses) ที่จำเป็นในการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

3.6 กิจวัตรประจำวันในผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Activities of daily living in spinal cord injury) ^{4,6,16}

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้อีกครั้งตามระดับความสามารถที่จะพึงมีได้สูงสุดนั้นจะบอกถึงคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับการบาดเจ็บเป็นสำคัญ ผู้ป่วย quadriplegia ระดับสูง เช่น C4 ขึ้นไป จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเกือบทุกด้าน ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ต่ำลงมาอาจต้องได้รับการช่วยเหลือหรือให้อุปกรณ์ช่วยบ้างในบางกรณี

นักกิจกรรมบำบัดสามารถช่วยส่งเสริมความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังได้โดย

1. การช่วยเตรียมสภาพร่างกาย เช่น ช่วงการเคลื่อนไหว ความแข็งแรง ความทนทาน การทรงท่าและสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้พร้อมในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ
2. แนะนำฝึกหัดและสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยแนะนำหรือสอนเทคนิคและวิธีการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล เช่น เทคนิคที่ช่วยให้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ง่ายขึ้นและเหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการประหยัดพลังงาน (Energy conservation) การป้องกันอุบัติเหตุในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้ส่วนของร่างกายที่ติดอยู่ทำงานหรือชดเชยส่วนที่เป็นอัมพาต (Compensation methods) และการเพิ่มทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันโดยการฝึกซ้ำ ๆ ทั้งในสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริง การแนะนำจัดหา ประดิษฐ์และฝึกการใช้อุปกรณ์ดัดแปลงหรืออุปกรณ์ช่วยต่างๆ ที่จำเป็นต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น Mouth stick เป็นต้น

ตารางที่ 3.1 แสดงการคาดหมายระดับความสามารถของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injuries) ระดับต่างๆ^{4,6,17}

ระดับของการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และกล้ามเนื้อที่ทำงานได้	การเคลื่อนไหวของร่างกาย ที่สามารถทำได้	ระดับความสามารถ
ระดับคอ C1–C3 (Face and neck muscles)	- แสดงสีหน้าได้ - พุด เคี้ยว กลืนอาหารได้ - ไม่สามารถขยับคอ กะบังลม และร่างกายได้ - ไม่สามารถนั่งได้เองต้องปรับหัวเตียงหรือพังกาแพงแบบมีผู้ดูแลช่วยประคอง	จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและอาจมีข้อจำกัดในการพูดหรือสื่อสาร ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆได้เอง จำเป็นต้องมีคนช่วยการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมด สามารถนั่งรถนั่งคนพิการที่ปรับตามสภาพความพิการได้และสามารถควบคุมรถเข็นไฟฟ้าได้เองโดยมีอุปกรณ์พิเศษช่วย
ระดับคอ C4 (เพิ่มเติมจาก C1–C3) (Diaphragm and upper trapezius)	- เคลื่อนไหวศีรษะได้ - ยกไหล่ - ไม่สามารถขยับลำตัว แขนและขาได้ - ไม่สามารถนั่งได้เองต้องปรับหัวเตียงหรือพังกาแพงแบบมีผู้ดูแลช่วยประคอง	อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ควรมีการฝึกการหายใจ ส่วนใหญ่พูดหรือสื่อสารได้ปกติ จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ทั้งหมด แต่บางรายถ้ามีอุปกรณ์ช่วยพิเศษอาจพอใช้ได้ สามารถนั่งรถนั่งคนพิการที่ปรับตามสภาพความพิการได้ และสามารถควบคุมรถนั่งคนพิการไฟฟ้าได้เองโดยต้องมีอุปกรณ์พิเศษช่วย
ระดับคอ C5 (เพิ่มเติมจาก C4) (Deltoid, Biceps, Brachialis, Brachioradialis, Rhomboids and Serratus anterior)	- ควบคุมศีรษะ คอ ยกไหล่ได้ - พกควบคุมไหล่และงอข้อศอกได้ - ไม่สามารถขยับลำตัวและขา - ไม่สามารถนั่งได้เองต้องปรับหัวเตียงหรือพังกาแพงแบบมีผู้ดูแลช่วยประคอง	สามารถรับประทานอาหารและแปรงฟันได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วย อาจช่วยผู้ดูแลใส่เสื้อและเคลื่อนที่บนเตียงได้บ้าง แต่ผู้ดูแลยังต้องช่วยในเคลื่อนที่และย้ายตัวไปนั่งรถนั่งคนพิการ ยังต้องช่วยยกหรือขยับตัวเพื่อลดโอกาสเกิดแผลกดทับเวลานั่งสามารถเข็นรถนั่งคนพิการได้ในระยะสั้น โดยมีการปรับวงล้อแต่ในการเคลื่อนที่ระยะไกล ควรใช้รถนั่งคนพิการไฟฟ้าและควรมีการฝึกบริหารการหายใจ และฝึกไถ่การดูแลด้านปัสสาวะและอุจจาระยังต้องได้รับการช่วยเหลือโดยผู้ช่วยเหลือ

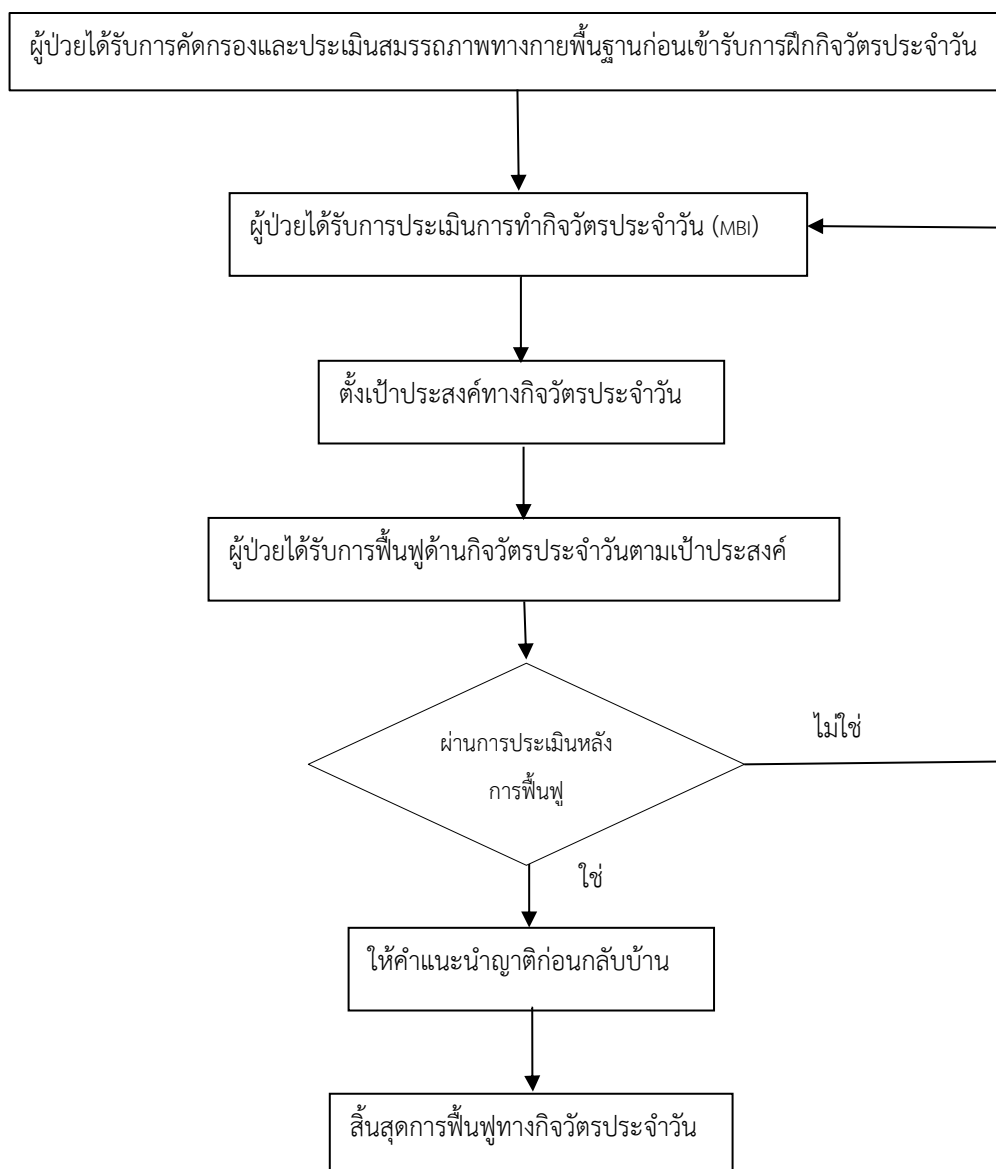
ระดับของการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และกล้ามเนื้อที่ทำงานได้	การเคลื่อนไหวของร่างกาย ที่สามารถทำได้	ระดับความสามารถ
ระดับคอ C6 (เพิ่มเติมจาก C5) (Pectoraris major, Latissimus dorsi, Supinator and Extensor Carpi radialis)	- พลิกแขนได้ - กระดกข้อมือได้ - ไม่สามารถขยับลำตัวและขาได้ - ไม่สามารถนั่งได้เองต้องปรับหัวเตียงหรือพิงกำแพงแบบมีผู้ดูแลช่วยประคอง	สามารถรับประทานอาหารและแปรงฟันได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วย ผู้ป่วยสามารถกระดกข้อมือช่วยทำกิจกรรม เช่นเกี่ยวเสื้อผ้าได้ การดูแลด้านปัสสาวะและอุจจาระยังต้องได้รับการช่วยเหลือโดยผู้ช่วยเหลือ
ระดับคอ C7-C8 (เพิ่มเติมจาก C6) (Triceps, Flexor carpi radialis and ulnaris, Extrinsic finger flexors and extensors, Extensor and Flexor pollicis and Intrinsic muscles)	- เหยียดข้อศอก - มีกล้ามเนื้อภายในมือทั้งการกำและเหยียด - C8 จะมีกำลังของกล้ามเนื้อมือมากขึ้น - ไม่สามารถนั่งได้เองต้องปรับหัวเตียงหรือพิงกำแพงแบบมีผู้ดูแลช่วยประคอง	สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง โดยอาจใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยสามารถย้ายตัวได้โดยใช้แผ่นไม้รองช่วยย้ายตัว สามารถขยับตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเวลานั่งได้ สามารถเข็นรถนั่งคนพิการเองได้ โดยอาจมีการปรับวงล้อเพื่อให้กำวงล้อได้ดีขึ้น เป็นระดับที่สามารถขับรถยนต์ดัดแปลงได้ ควรมีการฝึกบริหารการหายใจสามารถช่วยในการดูแลด้านปัสสาวะและอุจจาระโดยใช้อุปกรณ์ช่วย
ระดับอก T1-T12 (เพิ่มเติมจาก C7-C8) (Small finger abduction, Dorsal and Palmar Interossei, Abductor Pollicis Brevis, Erector Spinae of upper back Upper intercostals, Abdominals muscles, Quadratus Lumborum)	- ควบคุมศีรษะ คอ แขนและมือได้ - กล้ามเนื้อหน้าอกและลำตัวมีกำลัง - แขนและมือเป็นปกติ - ทรงตัวในท่านั่งเหยียดขาบนเตียงพอได้(ใช้มือจับที่หัวเข่าเพื่อช่วยพยุงตัวนั่งพอได้) - ไม่สามารถขยับขาได้	สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานรวมทั้งการดูแลด้านปัสสาวะและอุจจาระได้ด้วยตัวเองทุกอย่าง อาจมีหรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ย้ายตัวได้ด้วยตัวเองโดยอาจใช้หรือไม่ใช้ไม้รองย้ายตัวและสามารถขยับตัวหรือยกตัวบนรถนั่งคนพิการเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสามารถใส่กายอุปกรณ์เสริมช่วยตามขาที่อ่อนแรง เพื่อฝึกยืนและเพื่อเดินออกกำลังกายระยะสั้นได้ สามารถฝึกทักษะที่ยากขึ้นในการใช้รถเข็นและเข็นรถเข็นได้ในพื้นที่ราบ และพื้นที่ลักษณะต่างๆ ได้ สามารถขับรถยนต์ดัดแปลงได้

ระดับของการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และกล้ามเนื้อที่ทำงานได้	การเคลื่อนไหวของร่างกาย ที่สามารถทำได้	ระดับความสามารถ
ระดับเอว L1–ระดับกระเบนเหน็บ S5 (L1-S5) (Intrinsic muscle, Abdominals muscles, Hip muscle, Knee muscles and Ankle muscle)	- ทรงตัวในท่านั่งเหยียดขาข้างเดียว และห้อยขาข้างเดียวได้ดี - กล้ามเนื้อส่วนขาและเท้าเริ่มมีแรง - แต่ยังอาจมีปัญหาการควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์	ทำกิจกรรมได้หมดด้วยตัวเองเช่นเดียวกับระดับ T1-T12 สามารถเดินได้โดยใช้กายอุปกรณ์เสริมตามที่ขาในระดับต่าง ๆ หรือเดินได้ใกล้เคียงปกติขึ้นกับพยาธิสภาพ และสามารถจัดการดูแลด้านปัสสาวะและอุจจาระได้ด้วยตัวเอง สามารถขับรถยนต์ดัดแปลงหรือรถยนต์ทั่วไปได้

บทที่ 4

เทคนิคในการปฏิบัติงาน

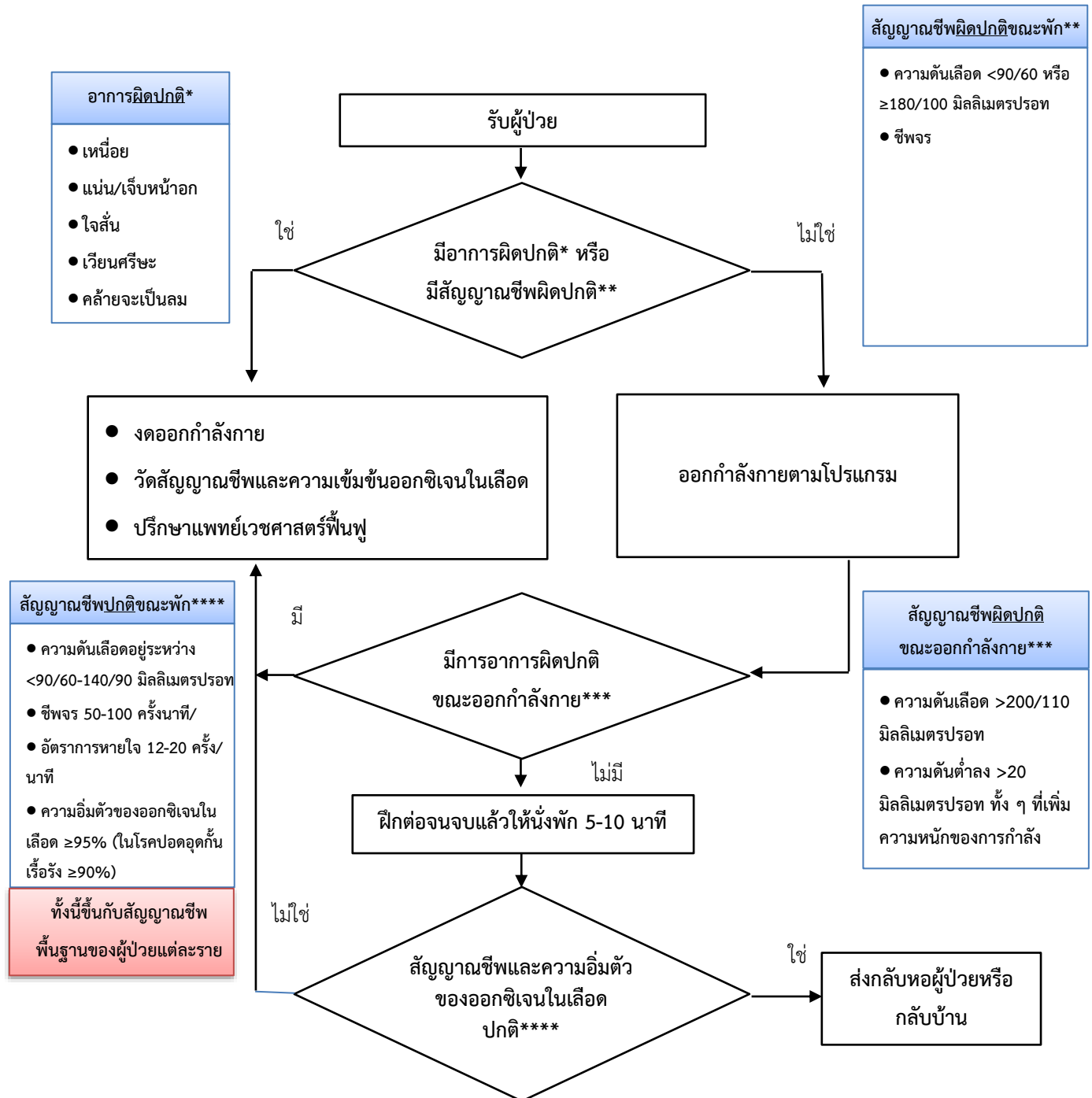
4.1 ขั้นตอนการเข้ารับบริการฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวัน



แผนภูมิที่ 4.1 แสดงขั้นตอนเข้ารับบริการฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวันสาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.2 การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการ

นักกิจกรรมบำบัดทำการคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการที่สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช มีขั้นตอนดังนี้



แผนภูมิที่ 4.2 แสดงการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการที่สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.3 การประเมินสมรรถภาพทางกายพื้นฐานก่อนเข้ารับการฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวัน

4.3.1 ประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Range of motion: ROM)⁸ เพื่อดูช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย แขนขา โดยใช้อุปกรณ์ชื่อ Goniometer วัดมุมข้อเป็นองศา เป็นการช่วยนักกิจกรรมบำบัดพิจารณาระยะเฝื่อนและการหยิบจับของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการปวดตามข้อ



รูปที่ 4.1 แสดงการใช้ Goniometer ในการวัดมุมข้อ
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

แบบประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ											
ชื่อ											
PROM (ซ้าย)				Item				PROM (ขวา)			
1	2	3	4					1	2	3	4
Shoulder											
				Flexion	(0-170 องศา)						
				Extension	(0-60 องศา)						
				Abduction	(0-170 องศา)						
				Horizontal abduction	(0-60 องศา)						
				Horizontal adduction	(0-130 องศา)						
				Internal rotation	(0-70 องศา)						
				External rotation	(0-90 องศา)						
Elbow											
				Flexion	(0-150 องศา)						
				Extension	(0 องศา)						
Forearm											
				Supination	(0-90 องศา)						
				Pronation	(0-90 องศา)						
Wrist											
				Flexion	(0-80 องศา)						
				Extension	(0-70 องศา)						
				Ulnar deviation	(0-35 องศา)						
				Radial deviation	(0-20 องศา)						
Thumb											
				MCP Flexion	(0-50 องศา)						
				IP Flexion	(0-90 องศา)						
				Abduction	(0-50 องศา)						
H/L											
PROM (ซ้าย)				Item				PROM (ขวา)			
1	2	3	4					1	2	3	4
Index											
				MCP Flexion	(0-90 องศา)						
				MCP Hyperextension	(0-45 องศา)						
				PP Flexion	(0-110 องศา)						
				DIP Flexion	(0-80 องศา)						
				Abduction	(0-25 องศา)						
Middle											
				MCP Flexion	(0-90 องศา)						
				MCP Hyperextension	(0-45 องศา)						
				PP Flexion	(0-110 องศา)						
				DIP Flexion	(0-80 องศา)						
				Abduction	(0-25 องศา)						
Ring											
				MCP Flexion	(0-90 องศา)						
				MCP Hyperextension	(0-45 องศา)						
				PP Flexion	(0-110 องศา)						
				DIP Flexion	(0-80 องศา)						
				Abduction	(0-25 องศา)						
Little											
				MCP Flexion	(0-90 องศา)						
				MCP Hyperextension	(0-45 องศา)						
				PP Flexion	(0-110 องศา)						
				DIP Flexion	(0-80 องศา)						
				Abduction	(0-25 องศา)						

รูปที่ 4.2 แสดงแบบประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.3.2 ประเมินความสามารถในการทรงท่านั่ง (Static sitting balance) เพื่อดูระดับการทรงท่าของผู้ป่วย และนำมาพิจารณาทำทางในการฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมและปลอดภัย โดยขณะทำการประเมิน นักกิจกรรมบำบัดจะต้องอยู่ด้านหลังหรือด้านหน้าผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อป้องกันผู้ป่วยล้ม

การประเมินความสามารถในการทรงท่านั่ง แบ่งเป็น 2 ท่า ได้แก่

ก. ท่านั่งเหยียดขาบนเตียง (Long sitting balance) ให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาบนเตียงไม่พิงหลัง



รูปที่ 4.3 แสดงการทรงท่านั่งแบบเหยียดขาบนเตียง
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. ท่านั่งห้อยขาข้างเตียง (Chair sitting balance) ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเตียง เท้าทั้งสองวางราบกับพื้น ข้อสะโพกและข้อเข่าอ 90 องศา ไม่พิงหลัง



รูปที่ 4.4 แสดงการทรงท่านั่งแบบห้อยขาข้างเตียง
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

แต่ละท่าจะแบ่งความสามารถเป็น 4 ระดับ คือ

- No คือ ไม่สามารถทรงทำนั่งได้เลย ผู้ป่วยจะล้มทันที
- Poor คือ สามารถทรงทำได้เพียง 1-5 วินาที เท่านั้น
- Fair คือ สามารถทรงทำได้โดยไม่ต้องมีเครื่องช่วยพยุงแต่เมื่อผลักผู้ป่วยจะล้มทันที
- Good คือ สามารถทรงทำได้อย่างมั่นคงไม่ว่าจะถูกผลักในทิศทางใดก็ตาม

ข้อแนะนำ การป้องกันผู้ป่วยล้ม ให้นักกิจกรรมบำบัดอยู่ทางด้านหลัง/หน้าผู้ป่วยและใช้ 2 มื่อยื่นไปด้านหลัง/หน้าผู้ป่วยทั้งสองข้างแต่ห้ามแตะตัวผู้ป่วยขณะทำการทดสอบ

ท่านั่ง	ระดับความสามารถ			
	No	Poor	Fair	Good
ท่านั่งเหยียดขาบนเตียง (Long sitting balance)				
ท่านั่งห้อยขาข้างเตียง (Chair sitting balance)				

ทำเครื่องหมาย ✓ หมายถึง ผ่าน/ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

รูปที่ 4.5 แสดงแบบประเมินความสามารถในการทรงทำนั่ง

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.3.3 ประเมินความสามารถด้านกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL)

➤ **แบบประเมิน Modified barthel index: MBI (ดัดแปลงจาก Barthel index for stroke)¹⁸**

แบ่งเป็น 10 ด้าน

Activity	Score			
	Pre-treatment	Goal	1 Week	Post-treatment
1. feeding การรับประทานอาหาร 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร 2 ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้				
2. Bathing การอาบน้ำเช็ดตัว 0 ไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัว ดูแลความสะอาดร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 1 สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน				
3. Grooming สุขอนามัยส่วนบุคคล 0 ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด 1 สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้				
4. Dressing การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 0 ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมเสื้อผ้าได้เอง 1 ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน 2 แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้				
5. Bowels การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 0 กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้ 1 กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ 2 กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำเองได้				
6. Bladder การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ 0 กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะให้ 1 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะ 2 กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีที่คายสวนปัสสาวะสามารถดูแลตัวเองได้				
7.Toilet use การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 0 ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า/ออกห้องสุขาหรือการสอดึงกระโถนรวมทั้งการถอด/ใส่เสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย 1 ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 2 สามารถเข้า-ออก ห้องสุขา หรือการสอด - ดึงกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมใส่เสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย				

Activity

Score

	Pre-treatment	Goal	1 Week	Post-treatment
8. Transfer การเคลื่อนย้าย 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ 1 ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้ 2 เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน คอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ 3 สามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาจากเก้าอี้ขึ้นและสามารถล็อกเก้าอี้ ขึ้นได้				
9. Mobility การเดิน +การเคลื่อนที่ 0 เคลื่อนไหวไม่ได้ 1 สามารถใช้เก้าอี้เข็น คลาน หรือถัดได้ 2 เดินได้โดยมีผู้พยุง 1 คน 3 เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน				
10. Stairs การขึ้นลงบันได 0 ไม่สามารถทำได้ 1 ต้องการคนช่วยเหลือ 2 ขึ้นลงเองได้ (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)				

หมายเหตุ 1 week คือ การประเมินผู้ป่วยหลังจากฝึกแล้ว 1 สัปดาห์ เพื่อการพิจารณาปรับเป้าประสงค์ในการฟื้นฟูให้เหมาะสม

รูปที่ 4.6 แสดงแบบประเมินด้านกิจวัตรประจำวัน ที่นำมาประยุกต์ใช้ในสาขากิจกรรมบำบัด

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Modified barthel index)

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

**ด้านที่ 1 การรับประทานอาหาร (Feeding) คือ การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้
เรียบร้อยแล้ว**

0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง

1 = ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร

2 = ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้

ด้านที่ 2 การอาบน้ำเช็ดตัว (Bathing) คือ การทำความสะอาดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

0 = ไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัว ดูแลทำความสะอาดร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือใน
บางขั้นตอน

1 = สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน

ด้านที่ 3 สุขวิทยาส่วนบุคคล (Grooming) คือ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด

0 = ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด

1 = สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้

ด้านที่ 4 การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) คือ การสวมใส่เสื้อผ้ารวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้

0 = ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง

1 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน

2 = แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้

ด้านที่ 5 การควบคุมการถ่ายอุจจาระ (Bowels) คือ การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0 = กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้

1 = กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ

2 = กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้

ด้านที่ 6 การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (Bladder) คือ การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0 = กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะให้

1 = กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะ

2 = กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีที่คายสวนปัสสาวะสามารถดูแลได้เอง

ด้านที่ 7 การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน (Toilet use) คือ การขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้ว

0 = ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า/ออกห้องสุขาหรือการสวดดั่งกระโถนรวมทั้งการถอด/ใส่เสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย

1 = ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน

2 = สามารถเข้า/ออก ห้องสุขา หรือการสวด/ดั่งกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมใส่เสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย

ด้านที่ 8 การเคลื่อนย้าย (Transfer) คือ การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- 0 = ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้
- 1 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้
- 2 = เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน คอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ
- 3 = สามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาจากเก้าอี้ขึ้นและสามารถถอยกลับเก้าอี้ขึ้นได้

ด้านที่ 9 การเดินและการเคลื่อนที่ (Mobility) คือ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0 = เคลื่อนไหวไม่ได้
- 1 = สามารถใช้เก้าอี้เข็น คลาน หรือถัดได้
- 2 = เดินได้โดยมีผู้พยุง 1 คน
- 3 = เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน

ด้านที่ 10 การขึ้นลงบันได (Stairs) คือ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0 = ไม่สามารถทำได้
- 1 = ต้องการคนช่วยเหลือ
- 2 = ขึ้นลงเองได้ (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

คะแนนรวม 0-4 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (Dependent)

5-9 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (Maximal Assistance)

10-14 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (Moderate Assistance)

15-19 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก (Minimal Assistance)

20 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (Independent)

หมายเหตุ การบริการฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวันที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะให้บริการโดยทีมสหสาขา ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด โดยจะแบ่งหัวข้อในการให้บริการ ดังนี้คือ ด้านที่ 1 การรับประทานอาหาร ด้านที่ 2 การอาบน้ำเช็ดตัว ด้านที่ 3 สุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านที่ 4 การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า ด้านที่ 7 การใช้ห้องสุขาหรือกระโถนและด้านที่ 8 การเคลื่อนย้าย จะให้บริการโดยนักกิจกรรมบำบัด ส่วนการบริการด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านที่ 5 การควบคุมการถ่ายอุจจาระและด้านที่ 6 การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ จะให้บริการโดยพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูและด้านที่ 9 การเดินและการเคลื่อนที่และด้านที่ 10 การขึ้นลงบันได จะให้บริการโดยนักกายภาพบำบัด จากนั้นจะนำคะแนนทุกด้านมารวมกันเพื่อสรุปความสามารถของผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ เนื่องจากแบบประเมินนี้อาจไม่ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อยของผู้ป่วย ดังนั้นนักกิจกรรมบำบัดจะต้องบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมในช่องประเมินเพื่อสื่อสารให้ทีมการรักษาทราบความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยร่วมด้วย

4.4 การให้การฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวัน

หลักสำคัญในการให้บริการ

1. ในการฟื้นฟูด้านกิจวัตรประจำวัน นักกิจกรรมบำบัดจะต้องคำนึงถึงศักยภาพที่เหลือของผู้ป่วย เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาตั้งเป้าประสงค์และวางแผนการรักษาเลือกวิธีการฝึกและอุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสมและปลอดภัยให้กับผู้ป่วยแต่ละราย
2. นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาปรับเป้าประสงค์เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์หรือมีศักยภาพมากขึ้น หลังฟื้นฟู 1 สัปดาห์
3. จำลองสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับที่บ้านผู้ป่วย เช่น ระดับเตียงนอน ตำแหน่งห้องน้ำ/โถชักโครก เพื่อการฝึกที่มีประสิทธิภาพ
4. หลังจากฝึกที่ห้องฝึกทางกิจกรรมบำบัดแล้ว ควรให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่หอผู้ป่วยเพื่อเพิ่มทักษะความชำนาญและความมั่นใจ
5. นักกิจกรรมบำบัดต้องสอนญาติให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัยทุกราย
6. พิจารณาสถานะทางเศรษฐกิจร่วมด้วย ในการแนะนำอุปกรณ์ช่วยต่างๆ

4.4.1 ด้านที่ 1 การรับประทานอาหาร (Feeding)

ระดับความพิการ	ระดับการทรงท่า		ความสามารถของผู้ป่วย	
	เหยียดขาบน เดียว	ห้อยขาข้าง เดียว	ความสามารถแรกเริ่ม	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ C1-C4	x	x	ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องมีผู้ช่วยเหลือทุกขั้นตอน (MBI = 0)	ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองแต่ผู้ดูแลมีอุปกรณ์ช่วยในการป้อนอาหารผู้ป่วย (MBI = 0, เน้นสอนผู้ดูแล)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ C5-C8	x	x	ผู้ป่วยสามารถทำได้ในบางขั้นตอนหรือทำไม่ได้เลยและต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร (MBI = 0-1)	ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสมโดยมีผู้เตรียมอาหารไว้ให้ (MBI = 1-2)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ T1 ลงมา	✓ (no-good)	✓ (no-good)	ผู้ป่วยสามารถทำได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้ (MBI = 2)	ผู้ป่วยสามารถทำได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้อย่างปลอดภัย (MBI = 2)

เครื่องหมาย ✓ หมายถึง ผ่าน/ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และ x หมายถึง ไม่ผ่าน/ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้

ตารางที่ 4.1 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัดด้านการรับประทานอาหาร

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.4.1.1 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ C1-C4

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองแต่ผู้ดูแลมีอุปกรณ์ช่วยในการป้อนอาหารผู้ป่วย

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ดูแล (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. แผ่นกันลื่น: สำหรับรองใต้จาน/ถ้วยใส่อาหารขณะผู้ดูแลป้อนอาหารผู้ป่วยเพื่อป้องกันจานเลื่อนไปมา



รูปที่ 4.7 แสดงการวางแผ่นกันลื่นสำหรับรองจาน

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. โต๊ะเหนือเตียง (Over bed) หรือ โต๊ะญี่ปุ่น : สำหรับวางอาหาร แนะนำให้ผู้ดูแลเลือกตามความเหมาะสมของท่าทางของผู้ดูแลในการป้อนอาหารผู้ป่วย



รูปที่ 4.8 แสดงโต๊ะเหนือเตียงและการใช้โต๊ะญี่ปุ่น

(ที่มา: หอผู้ป่วยตึกเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11และสาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ค. ผ้ากันเปื้อนพลาสติก : สำหรับป้องกันอาหารและเสื้อผ้าควรทำจากพลาสติกหรือยางเพื่อสะดวกในการทำความสะดวก



รูปที่ 4.9 แสดงการใช้ผ้ากันเปื้อนพลาสติก

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

นักกิจกรรมบำบัดสอนผู้ดูแลในการจัดทำทางบนเตียงโดยปรับหัวเตียงให้อยู่ในท่า upright 60-90 องศา (เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร) และจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยและอุปกรณ์อื่นๆในการป้อนอาหารผู้ป่วยแต่ละรายไว้ใกล้มือโดยวางไว้ที่โต๊ะเหนือเตียงหรือโต๊ะญี่ปุ่น

ข้อเสนอแนะ 1. ในการฝึกผู้ป่วยระดับนี้จะเน้นการสอนผู้ดูแล ดังนั้นนักกิจกรรมบำบัดจะต้องทำการนัดหมายผู้ดูแลในช่วงเวลาที่เหมาะสมหรือให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยเป็นผู้ประสานงานให้

2. ผู้ป่วยระดับนี้ไม่สามารถทรงตัวในท่านั่งได้ต้องเน้นย้ำผู้ดูแลในการจัดหมอนประคองตัวเพื่อความมั่นคงทุกครั้ง

3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยก้มหน้าเล็กน้อยขณะกลืนอาหารและน้ำเพื่อป้องกันการสำลัก

4. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้คำแนะนำเรื่อง Back school (การใช้หลัง) ที่ถูกต้องเมื่อผู้ดูแลต้องยื่นป้อนอาหารเป็นเวลานาน



รูปที่ 4.10 แสดงการจัดท่าผู้ป่วยโดยใช้หมอนประคองตัวในท่านั่ง
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.4.1.2 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ C5-C8

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยมีผู้เตรียมอาหารไว้ให้

❖ **การจัดท่าผู้ป่วย:** ให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาบนเตียงหลังพิงกำแพงหรือปรับหัวเตียงในท่านั่งตรงเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร (upright 60–90 องศา) นักกิจกรรมบำบัดสามารถใช้หมอนช่วยประคองตัวได้ตามความเหมาะสม (รูป 4.10)

❖ **อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย** (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. **อุปกรณ์ช่วยพยุงแขน (Suspension sling):** เป็นอุปกรณ์ช่วยพยุงแขนที่อ่อนแรงไม่สามารถคงท่านานๆได้ (C5-C8) โดยนักกิจกรรมบำบัดจะต้องปรับน้ำหนักรัดทางด้านหลังให้ผู้ป่วยสามารถยกแขนได้ถึงระดับปากของผู้ป่วย นักกิจกรรมบำบัดสามารถประยุกต์ใช้ยางวงร้อยเป็นเส้นยาว คล้องกับข้อ/คาน/ตะปูปลายทั้งสองผูกกับผ้าเพื่อช่วยพยุงแขนผู้ป่วยได้



รูปที่ 4.11 แสดงการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงแขนร่วมกับอุปกรณ์ประคองมือแบบมีที่เสียบข้อ และอุปกรณ์ป้องกันอาหารออกนอกจานในการรับประทานอาหาร
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. อุปกรณ์พยุงข้อมือแบบมีที่เสียบข้อ/ล้อย (Cock-up splint with universal cuff):

ใช้สำหรับเสียบด้ามข้อหรือล้อยเหมาะกับผู้ป่วยที่กระดกข้อมือและกำมือไม่ได้ (C5)



รูปที่ 4.12 แสดงอุปกรณ์ประคองมือแบบมีที่เสียบข้อและการทำงาน
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ค. อุปกรณ์ช่วยในการเสียบข้อ/ล้อย (Universal cuff): ใช้สำหรับเสียบด้ามข้อหรือล้อยเหมาะกับผู้ป่วยที่ควบคุมข้อมือได้ดีแต่ไม่มีแรงกำ (C6) โดยการนำแผ่นหนังเย็บซ้อนกันโดยไม่ปิดหัวท้ายและติดตีนตุ๊กแกเพื่อปรับให้กระชับกับมือผู้ป่วย



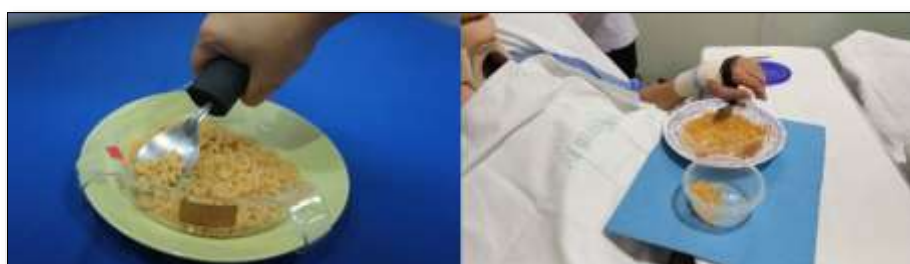
รูปที่ 4.13 แสดงอุปกรณ์ช่วยเสียบข้อ/ล้อยและการทำงาน
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ง. อุปกรณ์เสริมด้ามใหญ่ (Large holder): ใช้สำหรับเสียบช้อนหรือส้อมเหมาะกับผู้ป่วยที่เริ่มมีแรงกำมือ (C7-C8) นักกิจกรรมบำบัดสามารถนำท่อแอร์หรือผ้าเช็ดหน้าพันด้ามและมัดด้วยยางมาประยุกต์ใช้แทนได้



รูปที่ 4.14 แสดงอุปกรณ์เสริมด้ามใหญ่และการทำงาน
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

จ. อุปกรณ์ช่วยป้องกันอาหารออกนอกจาน (Plate guard): ใช้สำหรับกันอาหารไม่ให้
ออกนอกจาน



รูปที่ 4.15 แสดงอุปกรณ์ช่วยป้องกันอาหารออกนอกจานและการทำงาน
(ที่มา: หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11)

ฉ. แก้วหูใหญ่ (นิวทิง 4 สามารถสอดเข้าไปได้): เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกำมือได้ไม่มั่นคงนัก แต่สามารถใช้มือสอดที่หูด้ามใหญ่โดยใช้ 2 มือประคองยกแก้วน้ำดื่มได้ (C6) อาจใช้ร่วมกับหลอดดูดน้ำในกรณีมีน้ำเต็มแก้วเพราะการยกดื่มผู้ป่วยอาจมีแรงไม่พอและน้ำอาจหกออกมานอกแก้วได้



รูปที่ 4.16 แสดงแก้วหูใหญ่และการสอดนิ้วที่แก้วเพื่อใช้งาน
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ผู้ป่วยระดับนี้ผู้ป่วยไม่สามารถทรงตัวได้ ให้นักกิจกรรมบำบัดจัดทำผู้ป่วยให้นั่งเหยียดขาบนเตียงและใช้โต๊ะญี่ปุ่นวางคร่อมขา (รูป 4.10) หรือให้ผู้ป่วยนั่งรถนั่งคนพิการโดยการจัดทำทางให้เหมาะสม (รูป 4.17) จากนั้นเลือกอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย จากนั้นฝึกทำท่าทางการใช้ช้อน/ส้อมเสมือนจริงและเริ่มฝึกตักเมล็ดพืชแห้ง เช่น เมล็ดถั่วเขียวและฝึกกับอาหารจริงโดยเริ่มจากอาหารแห้งและเป็นน้ำตามลำดับ ส่วนการดื่มน้ำให้เริ่มจากการใช้หลอดและค่อยๆปรับเป็นการยกดื่มเองเมื่อกำลังกลืนเนื้อของผู้ป่วยมีแรงพอ (พิจารณาปริมาณน้ำในแก้วตามความเหมาะสมของกำลังกลืนเนื้อของผู้ป่วย)

ข้อเสนอแนะ 1. การใช้อุปกรณ์ช่วยในการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยระดับ C5–C8 อาจลดอุปกรณ์ช่วยตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

2. คอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการล้าหรืออาจเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บ เช่น ศอกกระแทกโต๊ะ หรือข้อกระดูกหัก อาจหาอุปกรณ์กันกระแทกมารองข้อศอก และในบางรายที่เจาะคอให้ระวังอาหารหลุดจากช่องเขาไปอาจใช้ผ้าบางๆ ปิดไว้

3. ให้นักกิจกรรมบำบัดควรสอนการใส่/ถอดอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วย เช่น การใช้ปากคาบข้อใส่/ถอดในช่องเสียบอุปกรณ์ หรือการติด/ดึงตีนตุ๊กแก

4.4.1.3 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ T1 ลงมา

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถทำได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้ได้อย่างปลอดภัย

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทรงตัวได้ ให้นักกิจกรรมบำบัดจัดทำผู้ป่วยให้นั่งเหยียดขาบนเตียงและใช้โต๊ะญี่ปุ่นวางคร่อมขา (รูป 4.10) หรือให้ผู้ป่วยนั่งรถนั่งคนพิการโดยการจัดทำทางให้เหมาะสม (รูป 4.17) ส่วนผู้ป่วยที่นั่งได้ในระดับ good ให้สามารถนั่งได้ตามปกติและผู้ป่วยระดับนี้สามารถใช้มือทำได้เองทุกขั้นตอนของการตักอาหารเข้าปาก แต่บางรายอาจต้องมีการเตรียมอาหารไว้ และเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น การจัดวางอุปกรณ์ในระยะเอื้อม

ข้อเสนอแนะ 1. ผู้ป่วยที่การทรงตัวระดับ good อาจสามารถเข็นรถนั่งคนพิการไปที่ต่างๆ ได้เช่น การอุ่นของในไมโครเวฟ การหุงข้าว หรือการล้างจาน ให้นักกิจกรรมบำบัดควรเพิ่มการฝึกตามความจำเป็นและความเหมาะสมให้กับผู้ป่วยร่วมด้วย



รูปที่ 4.17 แสดงการจัดท่าผู้ป่วยที่มีการทรงท่าระดับ no-fair บนรถนั่งคนพิการ
(มีสายรัดตัวเพื่อความปลอดภัย)
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.4.2 ด้านที่ 2 การอาบน้ำเช็ดตัว (Bathing)

ระดับความพิการ	ระดับการทรงท่า		ความสามารถของผู้ป่วย	
	เหยียดขาบน เดียว	ห้อยขาข้าง เดียว	ความสามารถแรกเริ่ม	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ C1-C4	x	x	ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัวได้เองต้องมีผู้ช่วยเหลือทุกขั้นตอน (MBI = 0)	ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัวได้เองและผู้ดูแลมีอุปกรณ์ช่วยในการอาบน้ำเช็ดตัวผู้ป่วย (MBI = 0, เน้นสอนผู้ดูแล)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ C5-C8	x	x	ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัวได้เองหรือทำได้ในบางขั้นตอน (MBI = 0)	ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำเช็ดตัวโดยใช้อุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสมและมีผู้ช่วยเหลือในบางขั้นตอน (MBI = 0-1)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ T1 ลงมา	x, ✓ (no-good)	x, ✓ (no-good)	ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำเช็ดตัวโดยมีผู้ช่วยเหลือในบางขั้นตอน (MBI = 1)	ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัวได้เองทุกส่วนอย่างปลอดภัย (MBI = 1)

เครื่องหมาย ✓ หมายถึง ผ่าน/ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และ x หมายถึง ไม่ผ่าน/ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้

ตารางที่ 4.2 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัดด้านการอาบน้ำเช็ดตัว

(ที่มา: พนิษฐ กองเหตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.4.2.1 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ระดับ C1-C4

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัวได้เองและผู้ดูแลมีอุปกรณ์ช่วยในการอาบน้ำเช็ดตัวผู้ป่วย

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ดูแล (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. ล้อเข็นสำหรับอาบน้ำ/ขับถ่าย: ล้อเข็นสำหรับอาบน้ำอาจทำมาจากไฟเบอร์หรือสแตนเลสสำหรับพาผู้ป่วยไปอาบน้ำ บางรุ่นสามารถปรับเอนนอนได้ นักกิจกรรมบำบัดสามารถแนะนำญาติในการเช็ดตัวทำความสะอาดผู้ป่วยบนเตียงหรือให้ย้ายตัวผู้ป่วยลงล้อเข็นสำหรับอาบน้ำเพื่อไปอาบน้ำ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งระหว่างนี้ให้ใช้การเช็ดตัวแทน เพื่อความสะดวกสำหรับผู้ดูแล (ดูเรื่องการเคลื่อนย้ายตัวในผู้ป่วยระดับ C1-C4 ในหัวข้อ 4.4.6.1)

ข. อุปกรณ์แผ่นรองช่วยสระพบนรณั่งคนพิการ: ช่วยในการสระพมโดยทำจากพลาสติกสำหรับผู้ป่วยนั่งรถนั่งคนพิการโดยสามารถใช้ร่วมกับอ่างล้างมือได้ นักกิจกรรมบำบัดสามารถประยุกต์นำผ้าพลาสติกมาดัดเลียนแบบรูปทรงและฝึกใช้ได้



รูปที่ 4.18 แสดงการใช้งานอุปกรณ์แผ่นรองช่วยสระพบนรณั่งคนพิการ
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

นักกิจกรรมบำบัดสอนผู้ดูแลในการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จัดหาโต๊ะหรือชั้นวางที่สามารถวางอุปกรณ์และอยู่ใกล้มือ จากนั้นสอนผู้ดูแลในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโดยอาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการพลิกตะแคงตัว

ข้อเสนอแนะ 1. ผู้ดูแลจะต้องได้รับการฝึกการเคลื่อนย้ายตัวในผู้ป่วยระดับสูงจนชำนาญก่อนที่จะย้ายตัวผู้ป่วยไปยังรถนั่งคนพิการเสมอ

หมายเหตุ วิธีการการเช็ดตัว/สระพมผู้ป่วยจะเป็นโปรแกรมของพยาบาลจะเป็นผู้สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลทุกราย

4.4.2.2 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ระดับ C5-C8

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำเช็ดตัวโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมและมีผู้ช่วยเหลือในบางขั้นตอน

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. ล้อเข็นสำหรับอาบน้ำ: มีทั้งแบบมีถังรองปัสสาวะ/อุจจาระหรือแบบเข็นไปคร่อม โถชักโครกได้เลยและใช้ร่วมกับสายรัดตัวเพื่อความปลอดภัย



รูปที่ 4.19 แสดงล้อเข็นสำหรับอาบน้ำ/ขับถ่าย

(ที่มา: หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติชั้น 11 ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. ถุงมือช่วยอุ้งตัว: ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีมือยังไม่มีแรง (C7-C8) นักกิจกรรมบำบัดแนะนำให้ ถุงมืออาบน้ำที่พื้นผิวมีความหยาบเพื่อให้ผู้ป่วยใช้อุ้งตัว (ผู้ป่วยบางรายอาจยังไม่สามารถแบมือได้ให้ใช้การกำมืออยู่ภายใน ถุงมือแทน)



รูปที่ 4.20 แสดงถุงมือช่วยอุ้งตัว

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ค. **หวีสระผม:** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ยังกำมือได้ไม่ดี (C7-C8) นักกิจกรรมบำบัดสามารถแนะนำใช้หวีสระผมทำจากยาง ช่วยถูบริเวณหนังศีรษะได้



รูปที่ 4.21 แสดงหวีสระผม

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ง. **แผ่นกันลื่น:** สำหรับรองเท้าขณะย้ายตัวเพื่อกันลื่น



รูปที่ 4.22 แสดงแผ่นกันลื่นสำหรับรองเท้า

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

จ. **อุปกรณ์แผ่นรองช่วยสระผมบนรถนั่งคนพิการ:** อุปกรณ์ช่วยในการสระผมโดยทำจากพลาสติกมีท่อน้ำทิ้งต่อออกมาสำหรับใช้กับอ่างล้างมือ (รูปที่ 4.18)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ผู้ป่วยระดับนี้นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้ผู้ป่วยนั่งรถนั่งคนพิการ (รูป 4.17) พร้อมจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยสามารถใช้มือช่วยในการถูตัว/สระผมได้โดยการใช้อุปกรณ์ช่วย โดยเริ่มแรกให้ทดลองฝึกทำท่าทางเหมือนการถูตัว/สระผม จากนั้นเริ่มฝึกในสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะ 1. ระวังการเลื่อนไหลของตัวผู้ป่วยเนื่องจากน้ำสบู่หรือยาสระผม ควรมีสายรัดตัวผู้ป่วยแลและนักกิจกรรมบำบัดไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง

2. การย้ายตัวไปรถนั่งคนพิการสำหรับอาบน้ำ บางคันจะไม่มีที่ล็อกล้อ นักกิจกรรมบำบัดจะต้องช่วยจับให้รถมีความมั่นคงขณะผู้ป่วยย้ายตัว (อาจหาไม้หรือวัสดุอื่นมาถ่วงล้อไม่ให้เคลื่อนไปมาได้)

3. จัดอุปกรณ์ในการอาบน้ำอยู่ใกล้มือ (ระยะเอื้อม) เพื่อความสะดวกและปลอดภัยและสอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

4.4.2.3 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ T1 ลงมา

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัวได้เองทุกส่วนอย่างปลอดภัย

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. ฟองน้ำ/แปรงเสริมด้ามยาว: สำหรับทำความสะอาดร่างกายในบริเวณที่มีมือเอื้อมไม่ถึง หรืออาจก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น บริเวณเท้า



รูปที่ 4.23 แสดงการใช้งานฟองน้ำ/แปรงเสริมด้ามยาว
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. แผ่นกันลื่น : สำหรับรองเท้าเพื่อกันลื่น (รูปที่ 4.22)

ค. แก้วพลาสติก/เก้าอี้สำหรับขับถ่าย : สำหรับให้ผู้ป่วยย้ายตัวนั่งอาบน้ำ แต่นักกิจกรรมบำบัดต้องยึดขาเก้าอี้ให้มั่นคงขณะผู้ป่วยย้ายตัวจากที่นั่งคนพิการไปแก้วพลาสติก



รูปที่ 4.24 แสดงแก้วพลาสติกสำหรับอาบน้ำ/เก้าอี้สำหรับขับถ่าย
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ผู้ป่วยระดับนี้มีการทรงตัวในระดับ no-fair ต้องมีการจัดให้ผู้ป่วยนั่งบนรถเข็นสำหรับอาบน้ำ (รูปที่ 19) และมีผ้าผูกตัวเพื่อป้องกันการตก/ไถล (รูปที่ 4.17) ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการทรงตัวในระดับ good อาจให้ผู้ป่วยย้ายตัวมาอาบน้ำบนโถชักโครก (ปิดฝา) หรือเก้าอี้อาบน้ำพลาสติกได้และแนะนำผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการอาบน้ำให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง เช่น ฝักบัว ผ้าเช็ดตัว และการติตรวจับ



รูปที่ 4.25 แสดงการจัดห้องอาบน้ำโดยให้อุปกรณ์อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข้อเสนอแนะ 1. ระวังการเลื่อนไหลของตัวผู้ป่วยเนื่องจากน้ำสบู่หรือยาสระผม นักกิจกรรมบำบัดไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง

2. การย้ายตัวไปรถนั่งคนพิการสำหรับอาบน้ำ บางครั้งจะไม่มีที่ล็อคล้อ นักกิจกรรมบำบัดจะต้องช่วยจับให้รถมีความมั่นคงขณะผู้ป่วยย้ายตัว

3. สำหรับเก้าอี้อาบน้ำควรยึดขาให้มั่นคงไม่เลื่อนไปมาขณะที่ผู้ป่วยย้ายตัว

4.4.3 ด้านที่ 3 สุขวิทยาส่วนบุคคล (Grooming)

ระดับความพิการ	ระดับการทรงท่า		ความสามารถของผู้ป่วย	
			ความสามารถแรกเริ่ม	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด
	เหยียดขาบน เดียว	ห้อยขาข้าง เดียว		
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ C1-C4	✗	✗	ผู้ป่วยไม่สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผมหรือโกนหนวดได้ เอง (MBI = 0)	ผู้ดูแลมีอุปกรณ์เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการล้าง หน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดสำหรับ ผู้ป่วย (MBI = 0, เน้นสอนคนดูแล)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับคอ C5-C8	✗	✗	ผู้ป่วยไม่สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผมหรือโกนหนวดได้ เอง (MBI = 0)	ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวี ผมหรือโกนหนวดได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วย (MBI = 1)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ T1 ลงมา	✗, ✓ (no-good)	✗, ✓ (nor-good)	ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า แปรง ฟัน หวีผมหรือโกนหนวดได้เอง (MBI = 1)	ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวี ผมหรือโกนหนวดได้เองด้วยความ ปลอดภัย (MBI = 1)

เครื่องหมาย ✓ หมายถึง ผ่าน/ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และ ✗ หมายถึง ไม่ผ่าน/ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้

ตารางที่ 4.3 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัดด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล
(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.4.3.1 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ C1-C4

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ดูแลมีอุปกรณ์เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการ
ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดสำหรับผู้ป่วย

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ดูแล (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. โต๊ะวางอุปกรณ์: แนะนำให้ใช้เป็นโต๊ะเหนือเตียงหรือโต๊ะญี่ปุ่นโดยให้ผู้ดูแลวางของที่
จำเป็นในการแต่งตัวผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบใช้งาน (รูปที่ 4.8)

ข. ผ้ากันเปื้อนพลาสติก: สำหรับป้องกันน้ำ/แป้ง เปื้อนเสื้อผ้าผู้ป่วย (รูปที่ 4.9)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

นักกิจกรรมบำบัดสอนผู้ดูแลในการจัดทำทางบนเตียง (รูปที่ 4.10) และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และใช้อุปกรณ์ต่างๆด้วยความระมัดระวังเพราะอุปกรณ์บางชิ้นเช่น แปรงสีฟัน มีโกนหนวดจะมีความแหลม/คม อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

4.4.3.2 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ระดับ C5-C8

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผมหรือโกนหนวดได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วย

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. อุปกรณ์พยุงข้อมือแบบมีที่เสียบ (Cock-up splint with universal cuff): สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถกระดกข้อมือและกำมือได้ (C5) โดยจะช่วยในการประคองข้อมือพร้อมกับช่องสำหรับเสียบด้ามแปรงสีฟัน หวีหรือที่โกนหนวด



รูปที่ 4.26 แสดงการใช้งานอุปกรณ์ประคองมือแบบมีที่เสียบแปรงสีฟัน
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. อุปกรณ์ช่วยในการเสียบด้ามหวี/มีดโกนหนวด (Universal cuff): ใช้สำหรับเสียบด้ามหวี มีดโกนหนวด เหมาะกับผู้ป่วยที่ควบคุมข้อมือได้ดีแต่มือไม่มีแรงกำ (C6)



รูปที่ 4.27 แสดงอุปกรณ์ช่วยในการเสียบด้ามหวี/มีดโกนหนวด
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ค. อุปกรณ์เสริมด้ามใหญ่ (Large holder) : ใช้สำหรับเสียบด้ามแปรงสีฟัน หวี เหมาะกับผู้ป่วยที่เริ่มมีแรงกำมือ (C7-C8) นักกิจกรรมบำบัดสามารถนำท่อแอร์หรือผ้าเช็ดหน้าพันด้ามและมัดด้วยยางมาประยุกต์ใช้แทนได้



รูปที่ 4.28 แสดงอุปกรณ์เสริมด้ามใหญ่สำหรับเสียบด้ามแปรงสีฟัน/หวี
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ง. ล้อเข็นสำหรับอาบน้ำ (Commode wheelchair): สำหรับให้ผู้ป่วยนั่งแล้วเข็นเข้าไปทำกิจวัตรในห้องน้ำโดยใช้ร่วมกับสายรัดตัวกับล้อเข็นเพื่อความปลอดภัย



รูปที่ 4.29 แสดงล้อเข็นสำหรับอาบน้ำแบบมีล้อสามารถโดนน้ำได้
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

จัดท่าผู้ป่วยให้นั่งในท่านั่งตรง (Upright 60-90 องศา) บนเตียงโดยนักกิจกรรมบำบัดสามารถใช้หมอนช่วยประคองตัวไม่ให้เอียง (รูปที่ 4.10) หรือนั่งบนล้อเข็นสำหรับอาบน้ำโดยมีสายรัดตัว (รูปที่ 4.29) จากนั้นเลือกอุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเริ่มจากฝึกทำท่าทางเสมือนจริงจากนั้นให้ทำจริงในห้องน้ำหรือที่เตียง (จัดอุปกรณ์เช่น กะละมัง ชัน แก้ว ผ้าเช็ดหน้า ให้อยู่ในระยะเอื้อม)

ข้อเสนอแนะ 1. อุปกรณ์บางตัวจะมีความแหลม เช่นแปรงสีฟันหรือมีความคม เช่น มีดโกนหนวด ให้ระวังเรื่องความปลอดภัยในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมแรงได้ดี อาจทำให้แปรงสีฟันกระแทกโดนกระพุ้งแก้มหรือมีดโกนบาดได้ นักกิจกรรมบำบัดอาจพิจารณาให้ผู้ป่วยฝึกแบบจำลองสถานการณ์ก่อนใช้จริง

2. นักกิจกรรมบำบัดควรสอนการใส่/ถอดอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยด้วยเช่น การใช้ปาก คาบแปรงใส่/ถอดในช่องเสียบอุปกรณ์หรือการติด/ดึงตีนตุ๊กแก

3. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

4.4.3.3 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ T1 ลงมา

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผมหรือโกนหนวดได้เองด้วยความปลอดภัย

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ผู้ป่วยระดับนี้มีการทรงตัวในระดับ no-fair ต้องมีการจัดทำทางให้ผู้ปวยนั่งแต่งตัวบนเตียงแบบมีการใช้หมอนประคองหลังเพื่อป้องกันการลื่นไถล (รูปที่ 4.10) หรือนั่งบนล้อเข็นสำหรับอาบน้ำโดยมีสายรัดตัว (รูปที่ 4.29) ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการทรงตัวในระดับ good สามารถให้ผู้ปวยนั่งแบบห้อยขาข้างเตียงหรือนั่งเก้าอี้ธรรมดาได้ โดยจัดอุปกรณ์การแต่งตัวไว้ในระยะมือเอื้อมถึง

ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาฝึกผู้ป่วยล้างหน้า แปรงฟัน ร่วมกับการฝึกอาบน้ำโดยให้ทำบนโถชักโครกหรือนั่งรถนั่งคนพิการแล้วฝึกบริเวณหน้าอ่างล้างหน้าจริงเพื่อดูเรื่องการโยกตัวไปด้านหน้าของผู้ป่วยและอาจต้องหาอุปกรณ์เสริมหรือปรับสายรัดตัวให้เหมาะสม

2. ถ้าผู้ป่วยใช้รถนั่งคนพิการแล้วระดับของอ่างล้างหน้าสูงเกินไปแนะนำให้วางขันหรือกะละมังบนเก้าอี้ตัวที่วางด้านหน้าผู้ป่วย และอาจหากระจกวางด้านหน้าสำหรับการฝึกโกนหนวดหรือเพื่อดูความสะอาด

3. ในผู้ป่วยการทรงตัวระดับ good นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ปวยนั่งรถนั่งคนพิการแล้วฝึกจริงในห้องน้ำ รวมทั้งการเปิด/ปิดก๊อกน้ำและการล้างทำความสะอาดร่วมด้วย

4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

4.4.4 ด้านที่ 4 การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)

ระดับความพิการ	ระดับการทรงท่า		ความสามารถของผู้ป่วย	
			ความสามารถแรกเริ่ม	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด
	เหยียดขาบน เดียว	ห้อยขาข้าง เดียว		
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ C1-C4	×	×	ผู้ป่วยไม่สามารถแต่งตัวหรือสวม เสื้อผ้าได้เอง (MBI = 0)	ผู้ดูแลมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการ จัดวางอุปกรณ์ หรือ ช่วยผู้ป่วยใน การแต่งตัวหรือสวมเสื้อผ้าได้ (MBI = 0, เน้นสอนคนดูแล)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ C5-C8	×	×	ผู้ป่วยไม่สามารถแต่งตัวหรือสวม เสื้อผ้าได้เองหรือต้องมีผู้ช่วยเหลือ บางขั้นตอน (MBI = 0-1)	ผู้ป่วยสามารถแต่งตัวหรือสวม เสื้อผ้าได้เองบางขั้นตอนโดยใช้ อุปกรณ์ช่วย (MBI = 1)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ T1 ลงมา	✓ (no-good)	✓ (no-good)	ผู้ป่วยสามารถแต่งตัว สวมใส่ เสื้อผ้าได้บางขั้นตอน (MBI = 1)	ผู้ป่วยสามารถแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า ได้เองด้วยความปลอดภัย (MBI = 2)

เครื่องหมาย ✓ หมายถึง ผ่าน/ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และ × หมายถึง ไม่ผ่าน/ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้

ตารางที่ 4.4 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัดด้านการสวมใส่เสื้อผ้า

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.4.4.1 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ C1-C4

เป้าหมายทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ดูแลมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดวางอุปกรณ์หรือช่วยผู้ป่วยในการแต่งตัวหรือสวมเสื้อผ้าได้

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

นักกิจกรรมบำบัดสอนผู้ดูแลในการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จัดหาโต๊ะหรือชั้นวางที่สามารถวางอุปกรณ์และอยู่ใกล้มือ (นักกิจกรรมบำบัดสอนผู้ดูแลในการพลิกตะแคงตัวร่วมด้วยและอาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการพลิกตะแคงตัว)

ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดจะต้องระวังผู้ป่วยตกเตียงขณะพลิกตะแคงตัว อาจให้ผู้ดูแลยืนข้างเตียงและใช้ตัวกั้นไว้

2. เสื้อผ้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจะต้องเป็นผ้านิ่มและไม่มีวัสดุที่มีขอบคมหนา เช่น ขีปหรือกระดุมเม็ดใหญ่เพื่อป้องกันการเกิดแผลจากการขีด/กระแทกหรือผลกดทับได้

4.4.4.2 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ C5–C8

เป้าหมายทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถแต่งตัวหรือสวมเสื้อผ้าได้เองบางขั้นตอนโดยใช้อุปกรณ์ช่วย

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. **ตีนตุ๊กแก:** ใช้แทนกระดุม โดยเย็บติดกับเสื้อเพื่อความสะดวกของผู้ป่วย โดยการใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างประกบกันและทำการติดหรือดึงตีนตุ๊กแกออก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่มีแรงกำ (C6–C8)



รูปที่ 4.30 แสดงการใช้ตีนตุ๊กแกเย็บติดเสื้อแทนกระดุม
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. **กระดุมเม็ดใหญ่:** เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่พอจะมีแรงนิ้วมือหยิบวัตถุขนาดเล็กได้ (C8)



รูปที่ 4.31 แสดงเสื้อที่ใช้กระดุมเม็ดใหญ่
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ค. ซิปแบบมีห่วงใช้นิ้วเกี่ยวได้: ใช้กับเสื้อหรือกางเกงที่ใช้ซิป นักกิจกรรมบำบัดสามารถนำเศษผ้ามาเย็บเป็นห่วงเพื่อให้ผู้ป่วยใช้นิ้วคล้องเพื่อดึงซิปขึ้น/ลงได้ (C6-C8)



รูปที่ 4.32 แสดงซิปมีห่วงหรือการนำเศษผ้ามาเย็บร้อยกับห่วงซิปสำหรับเกี่ยว
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ก. วิธีการใส่เสื้อ (จัดทำผู้ป่วยโดยให้นั่งเหยียดขาหลังพิงกำแพงหรือหัวเตียง)

- มีผู้ช่วยเหลือในบางขั้นตอน (ผู้ป่วยมีแรงแขนเล็กน้อยพอช่วยยกแขนได้, C6)





รูปที่ 4.33–4.37 แสดง 5 ขั้นตอนการใส่เสื้อผาหน้าสำหรับผู้ป่วยการทรงท่าระดับ no และมีแรงเฉพะข้อมือ
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดให้ผู้ปวยนั่งพิงกำแพงหรือหัวเตียงที่ปรับขึ้นมาได้ประมาณ 60–90 องศา ช่วยใส่แขนด้านหนึ่ง
2. โน้มตัวผู้ปวยมาด้านหน้าวัดเสื้อผามาทางด้านหลัง
3. ใส่แขนเสื้ออีกด้าน
4. ช่วยจัดเสื้อให้เรียบร้อย
5. ผู้ปวยช่วยในการยกแขนทั้งสองข้างในการติดตีนตุ๊กแกที่ใช้แทนกระดุมเสื้อ (โดยใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างประกบกันเพื่อช่วยติด) หรือถ้านี้วพวยมีแรงสามารถติดกระดุมเม็ดใหญ่หรือใช้ซิปได้

- ข้อเสนอแนะ**
1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังเรื่องการทรงท่า ผู้ปวยอาจมีเอียงไปด้านข้างหรือล้มมาด้านหน้าได้
 2. ฝึกให้ผู้ปวยล็อกข้อศอก (Elbow lock) เพื่อช่วยในการพยุงตัวเอง
 3. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ปวย

ข. วิธีการถอดเสื้อ (จัดทำทางผู้ปวยโดยให้นั่งเหยียดขาหลังพิงกำแพงหรือหัวเตียง)

- มีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน (ผู้ป่วยมีแรงแขนเล็กน้อยพอช่วยยกแขนได้, C6)



รูปที่ 4.38–4.42 แสดง 5 ขั้นตอนการถอดเสื้อผ่าหน้าสำหรับผู้พิการทรงท่าระดับ no และมีแรงเฉพาะข้อมือ
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดให้ผู้ปวยนั่งพิงหลังกับกำแพงหรือหัวเตียงปรับระดับได้
2. ผู้ป่วยใช้ข้อมือทั้งสองข้างประกบกันเพื่อดึงตีนตุ๊กแกออกจากกันหรือใช้มือเกาะกระดูกหรือ
3. นักกิจกรรมบำบัดช่วยในการถอดแขนเสื้อด้านใดด้านหนึ่งโดยโน้มตัวมาด้านหน้า
4. ดึงเสื้ออ้อมด้านหลัง
5. ถอดแขนเสื้ออีกด้านโดยให้ผู้ป่วยช่วยในการยกแขนขึ้นทั้งสองข้าง

รูตชิปออก

- ข้อเสนอแนะ**
1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังเรื่องการทรงท่า ผู้ป่วยอาจมีเอียงไปด้านข้างหรือล้มมาด้านหน้าได้
 2. ฝึกให้ผู้ป่วยล็อกข้อศอก (Elbow lock) เพื่อช่วยในการพยุงตัวเอง
 3. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

4.4.4.3 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ T1 ลงมา

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้เองด้วยความปลอดภัย

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำนักเบา (Reacher): เป็นอุปกรณ์ช่วยในการหยิบของน้ำนักเบาในระยะที่มือเอื้อมไม่ถึงหรือน่าจะก่อให้เกิดอันตราย เช่น หยิบของบนพื้น หรือบนชั้นสูงๆ



รูปที่ 4.43 แสดงอุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำนักเบา

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. อุปกรณ์ช่วยใส่ถุงเท้า: ผู้ป่วยสามารถสอดเท้าเข้าไปยังอุปกรณ์ที่ได้ใส่ถุงเท้าเตรียมไว้ที่ปลายอีกด้าน จากนั้นใช้มือดึงเชือกจนสามารถใส่ถุงเท้าได้เสร็จสมบูรณ์ เหมาะสำหรับผู้ป่วยไม่สามารถก้มตัวไปใส่ถุงเท้าได้ (ขาผู้ป่วยอาจอ่อนแรงไม่สามารถอยู่ในท่าเหยียดได้ ให้ผู้ป่วยรวบสายดึงด้วยมือเพียงข้างเดียว ส่วนอีกมือให้กดหัวเข้าไว้แล้วดึงสายเข้าหาตัวเพื่อใส่ถุงเท้า)



รูปที่ 4.44 แสดงอุปกรณ์ช่วยใส่ถุงเท้าและการใช้งาน

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ค. อุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (Dressing stick): ผู้ป่วยสามารถใช้อุปกรณ์นี้ในการเกี่ยวเสื้อหรือกางเกงที่อยู่ไกลหรือช่วยดึงกางเกงได้



รูปที่ 4.45 แสดงอุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ง. อุปกรณ์ช่วยใส่รองเท้า: เป็นอุปกรณ์สำหรับช่วยใส่รองเท้าสำหรับผู้ที่ไม่สามารถกดเท้าเข้าไปในรองเท้า จะใช้อุปกรณ์สอดบริเวณส้นเท้าแล้วใส่รองเท้าพร้อมกับใช้มือช่วยกดเท้าเพื่อดันเข้าเข้าไปในรองเท้า



รูปที่ 4.46 แสดงอุปกรณ์ช่วยใส่รองเท้า
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ก. วิธีการใส่เสื้อ

แบบที่ 1 นั่งพิงหลังใส่เสื้อด้วยตนเอง (การทรงท่าระดับ no-fair มือและแขนมีแรงดี)

● เสื้อผ่าหน้า



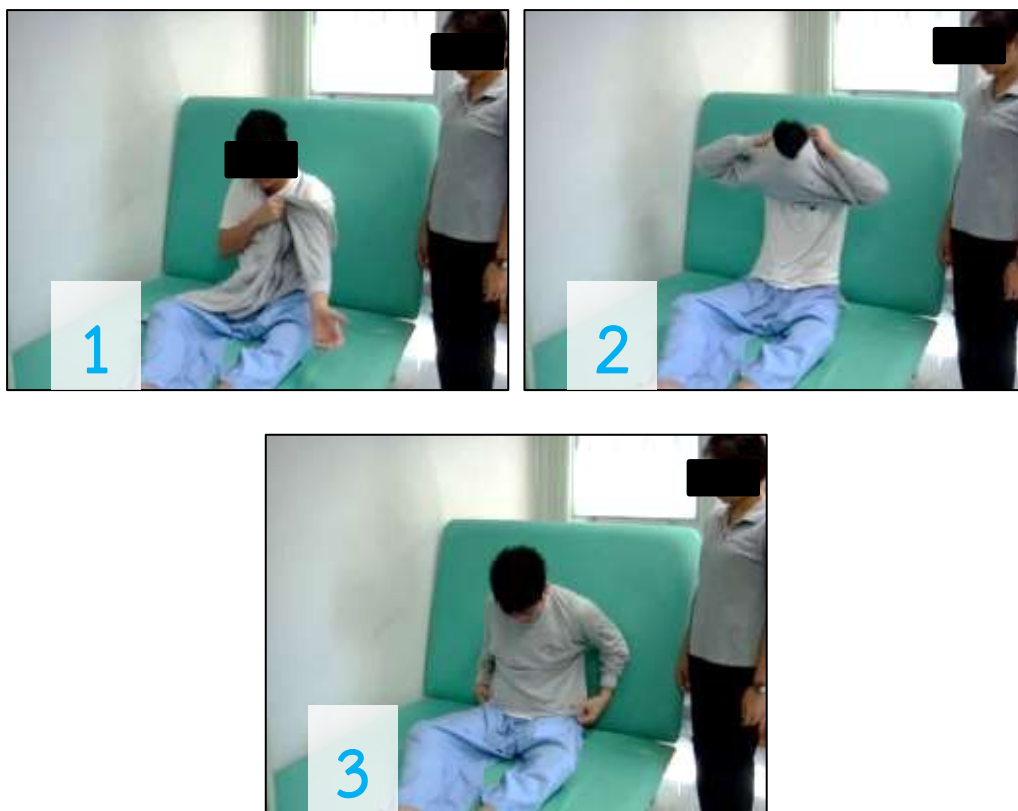
รูปที่ 4.47-4.49 แสดง 3 ขั้นตอนการใส่เสื้อผ่าหน้าแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดให้ผู้ป่วยนั่งพิงกำแพงหรือหัวเตียงที่ปรับขึ้นมาประมาณ 80-90 องศา จากนั้นใส่แขนเสื้อด้านหนึ่ง
2. ให้ผู้ป่วยโน้มตัวมาทางด้านหน้าวัดเสื้อไปทางด้านหลังใส่แขนอีกด้านหนึ่ง
3. จัดเสื้อให้เรียบร้อย

- ข้อเสนอแนะ**
1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังเรื่องการทรงท่า ผู้ป่วยอาจมีเอียงไปด้านข้างหรือล้มมาด้านหน้าได้
 2. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูปที่ 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง
 3. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

● ใส่คอกลม



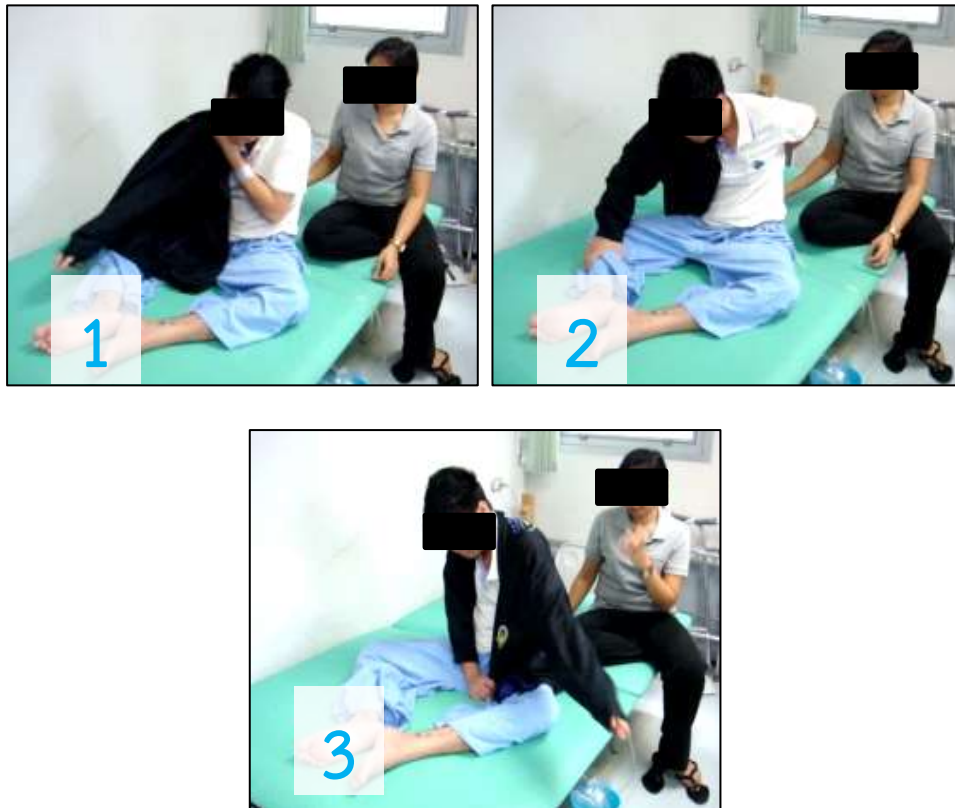
รูปที่ 4.50–4.52 แสดง 3 ขั้นตอนการใส่เสื้อคอกลมแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดให้ผู้ปวยนั่งพิงกำแพงหรือหัวเตียง และใส่แขนเสื้อทั้ง 2 ข้าง
2. สวมหัว
3. จัดตัวเสื้อให้เรียบร้อย

- ข้อเสนอแนะ**
1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังเรื่องการทรงท่า ผู้ปวยอาจมีเอียงไปด้านข้างหรือล้มมาด้านหน้าได้
 2. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ปวยใช้อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูปที่ 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง
 3. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ปวย

แบบที่ 2 นั่งใส่เสื้อด้วยตนเองไม่พึ่งหลัง (การทรงท่าระดับ good มือและแขนมีแรงดี)

● เสื้อผ้าหน้า



รูปที่ 4.53–4.55 แสดง 3 ขั้นตอนการใส่เสื้อผ้าหน้าในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาบนเตียงไม่พึ่งหลัง ใส่แขนเสื้อข้างใดข้างหนึ่ง
2. ดึงเสื้อไปด้านหลัง
3. สวมแขนด้านที่เหลือ และจัดให้เรียบร้อย

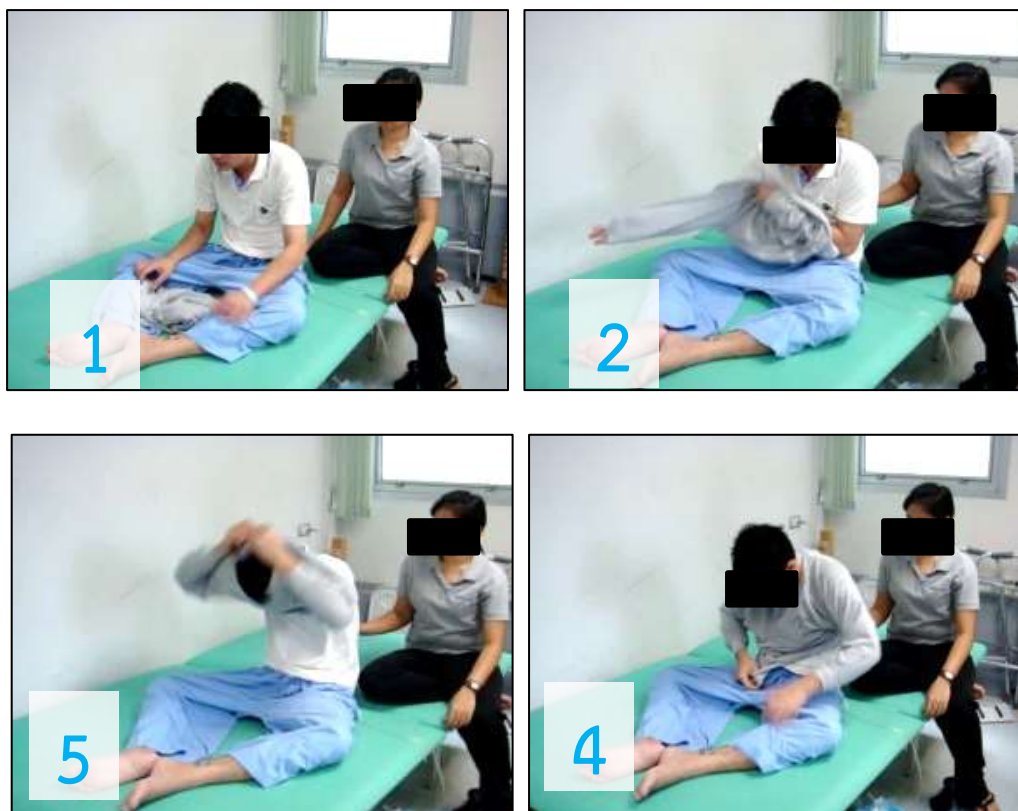
ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังการล้มไปด้านหลัง โดยอาจให้ผู้ดูแลใช้มือจับที่ข้อศอกหรือเข็มขัดผู้ป่วยไว้สำหรับดึงเมื่อผู้ป่วยล้ม

2. ถ้าผู้ป่วยมีการทรงท่าที่ดี สามารถนั่งห้อยขาข้างเดียวได้ นักกิจกรรมบำบัดก็ควรพิจารณาตามความเหมาะสม

3. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้ อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูปที่ 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง

4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

● ใส่คอกลม



รูปที่ 4.56–4.59 แสดง 4 ขั้นตอนการใส่เสื้อคอกลมในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาบนเตียง
2. ใส่แขนเสื้อที่ละข้าง
3. สวมหัว
4. จัดเสื้อให้เรียบร้อยโดยคอยประคองด้านหลังเพื่อความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังการล้มไปด้านหลัง โดยอาจให้ผู้ดูแลใช้มือจับที่ขอบกางเกงหรือเข็มขัดผู้ป่วยไว้สำหรับดึงเมื่อผู้ป่วยล้ม

2. ถ้าผู้ป่วยมีการทรงท่าที่ดี สามารถนั่งห้อยขาข้างเตียงได้ นักกิจกรรมบำบัดก็ควรพิจารณาตามความเหมาะสม

3. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้ อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูปที่ 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง

4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

ข. วิธีการถอดเสื้อ

แบบที่ 1 นั่งพิงหลังถอดเสื้อด้วยตนเอง (การทรงท่าระดับ no-fair มือและแขนมีแรงดี)

• เสื้อผ่าหน้า



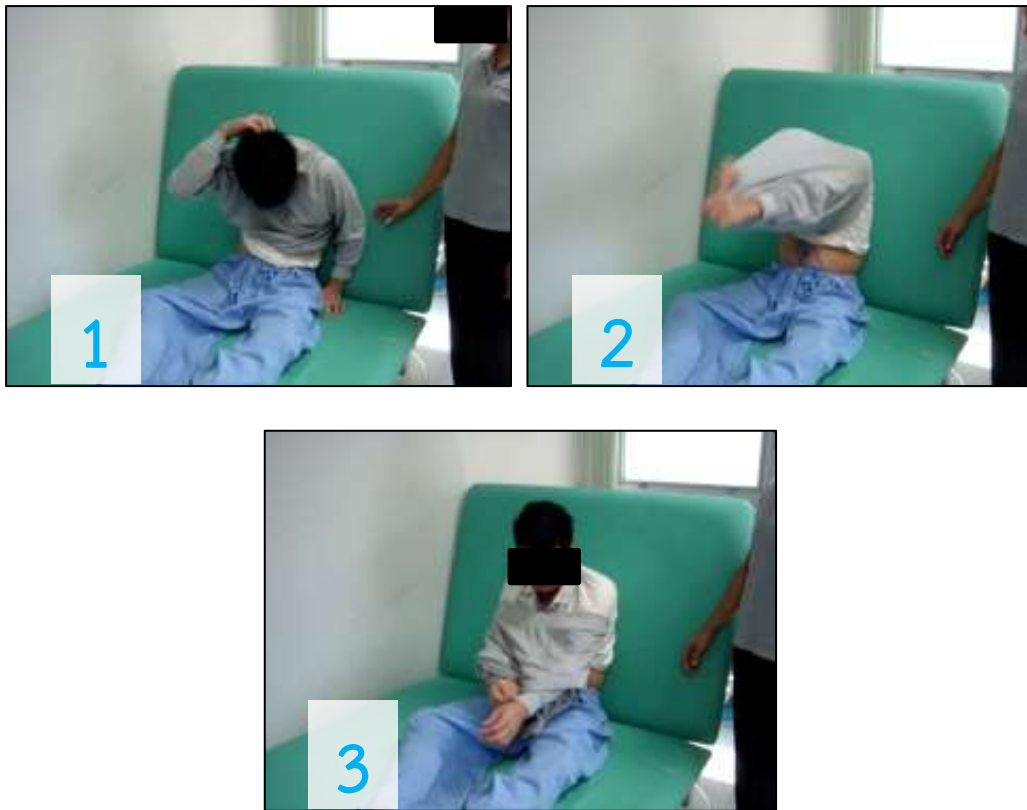
รูปที่ 4.60–4.62 แสดง 3 ขั้นตอนการถอดเสื้อผ่าหน้าแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดให้ผู้ป่วยนั่งพิงหลังกับกำแพงหรือหัวเตียงปรับระดับได้
2. ถอดแขนเสื้อด้านใดด้านหนึ่งโน้มตัวมาด้านหน้า
3. ดึงเสื้ออ้อมด้านหลังถอดแขนเสื้ออีกด้าน

- ข้อเสนอแนะ**
1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังเรื่องการทรงท่า ผู้ป่วยอาจมีเอียงไปด้านข้างหรือล้มมาด้านหน้าได้
 2. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้ อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูป 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง
 3. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

● เลือคอกลม



รูปที่ 4.63–4.65 แสดง 3 ขั้นตอนการถอดเสื้อคอกลมแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งพิงกำแพงหรือหัวเตียง
2. จับคอเสื้อด้านหลังแล้วดึงให้ศีรษะโผล่พ้นชายเสื้อ
3. ดึงแขนเสื้อออกทั้งสองข้าง

แบบที่ 2 นั่งถอดเสื้อด้วยตนเองไม่พิงหลัง (การทรงท่าระดับ good แขนและมีแรงดี)

● เสื้อผ่าหน้า





รูปที่ 4.66-4.69 แสดง 4 ขั้นตอนการถอดเสื้อผ้าหน้าในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาบนเตียง
2. ถอดแขนเสื้อข้างใดข้างหนึ่ง
3. ถัดเสื้อมาอีกด้าน ถอดแขนเสื้อออก
4. จัดให้เรียบร้อยโดยคอยประคองด้านหลังเพื่อความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังการล้มไปด้านหลัง โดยอาจใช้มือจับที่ขอบกางเกงหรือเข็มขัดผู้ป่วยไว้สำหรับดึงเมื่อผู้ป่วยล้ม

2. ถ้าผู้ป่วยมีการทรงท่าที่ดี สามารถนั่งห้อยขาข้างเดียวได้ นักกิจกรรมบำบัดก็ควรพิจารณาตามความเหมาะสม

3. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้ อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูป 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง

4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

● เสื้อคอกลม





รูปที่ 4.70–4.74 แสดง 4 ขั้นตอนการถอดเสื้อคอกลมในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาบนเตียง
2. จับคอเสื้อด้านหลังแล้วดึงให้ศีรษะไหลพ้นชายเสื้อ
3. ดึงแขนออกทีละข้าง
4. จัดให้เรียบร้อยโดยคอยประคองด้านหลังเพื่อความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังการล้มไปด้านหลัง โดยอาจใช้มือจับที่ขอบกางเกงหรือเข็มขัดผู้ป่วยไว้สำหรับดึงเมื่อผู้ป่วยล้ม

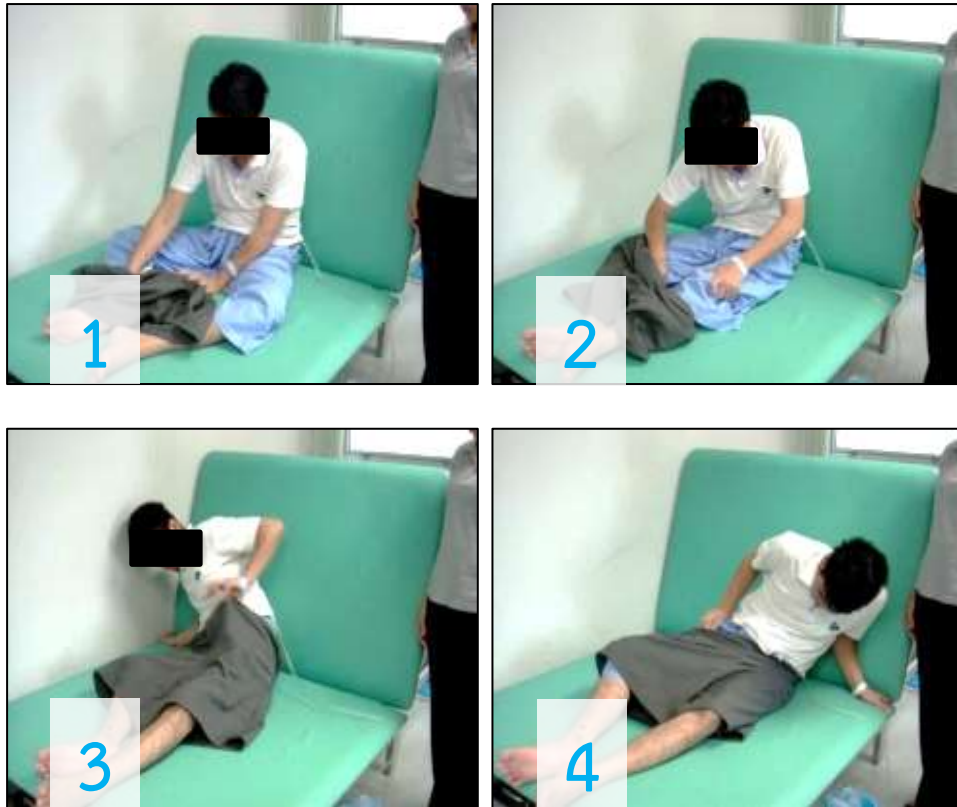
2. ถ้าผู้ป่วยมีการทรงท่าที่ดี สามารถนั่งห้อยขาข้างเดียวได้ นักกิจกรรมบำบัดก็ควรพิจารณาตามความเหมาะสม

3. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้ อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูป 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูป 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง

4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

ค. วิธีการใส่กางเกง

แบบที่ 1 นั่งพิงหลังใส่กางเกงด้วยตัวเอง (การทรงท่าระดับ no-fair มือและแขนมีแรงดี)



รูปที่ 4.75–4.78 แสดง 4 ขั้นตอนการนั่งใส่กางเกงแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งพิงกำแพงหรือหัวเตียงปรับระดับได้ จับขาทั้งสองข้างงอเข้ามา
2. โน้มตัวไปด้านหน้าใส่ขากางเกงทั้งสองข้างดึงให้ถึงต้นขา
3. เอียงตัวไปทางด้านข้างโดยการใช้นศอกแตะกับเตียงเพื่อให้ก้นลอยขึ้นจากนั้นดึงขอบกางเกงอีกด้านขึ้นมาให้ถึงเอว
4. เปลี่ยนข้างพลิกตะแคงตัวทำเช่นเดียวกันจัดกางเกงให้เรียบร้อย

- ข้อเสนอแนะ**
1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังเรื่องการทรงท่า ผู้ป่วยอาจมีเอียงไปด้านข้างหรือล้มมาด้านหน้าได้
 2. ถ้าผู้ป่วยคายสวณปัสสาวะ ให้สอดถุงปัสสาวะเข้าไปในกางเกงพร้อมกับขาด้านใดด้านหนึ่งหรือจัดให้ออกมาที่เอวกางเกงและวางในตำแหน่งที่ไม่ทำให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับหรือหากระป๋องมาใส่ถุงปัสสาวะไว้
 3. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้ อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูปที่ 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง
 4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

แบบที่ 2 นั้งใส่กางเกงไม่พึงหลัง (การทรงท่าระดับ good มือและแขนมีแรงดี)



รูปที่ 4.79-4.83 แสดง 5 ขั้นตอนการนั่งใส่กางเกงในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาบนเตียง ไม่พึงหลัง งอเข่าเข้ามาเล็กน้อย ใส่กางเกงด้านใดด้าน

หนึ่ง

2. ใส่กางเกงอีกด้าน ดึงขอบกางเกงให้ถึงต้นขา

3. พลิกตะแคงตัวโดยใช้ข้อศอกยันเตียงไว้ให้ก้นลอย ดึงขอบกางเกงอีกด้านขึ้นให้เลยก้น

4. ทำอีกด้านในลักษณะเดียวกัน

5. จัดกางเกงดึงให้ถึงเอวให้เรียบร้อย

ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังการล้มไปด้านหลัง โดยอาจใช้มือจับที่ขอบกางเกงหรือเข็มขัดผู้ป่วยไว้สำหรับดึงเมื่อผู้ป่วยล้ม

2. ถ้าผู้ป่วยมีการทรงท่าที่ดี สามารถนั่งห้อยขาข้างเดียวได้ นักกิจกรรมบำบัดก็ควรพิจารณาตามความเหมาะสม

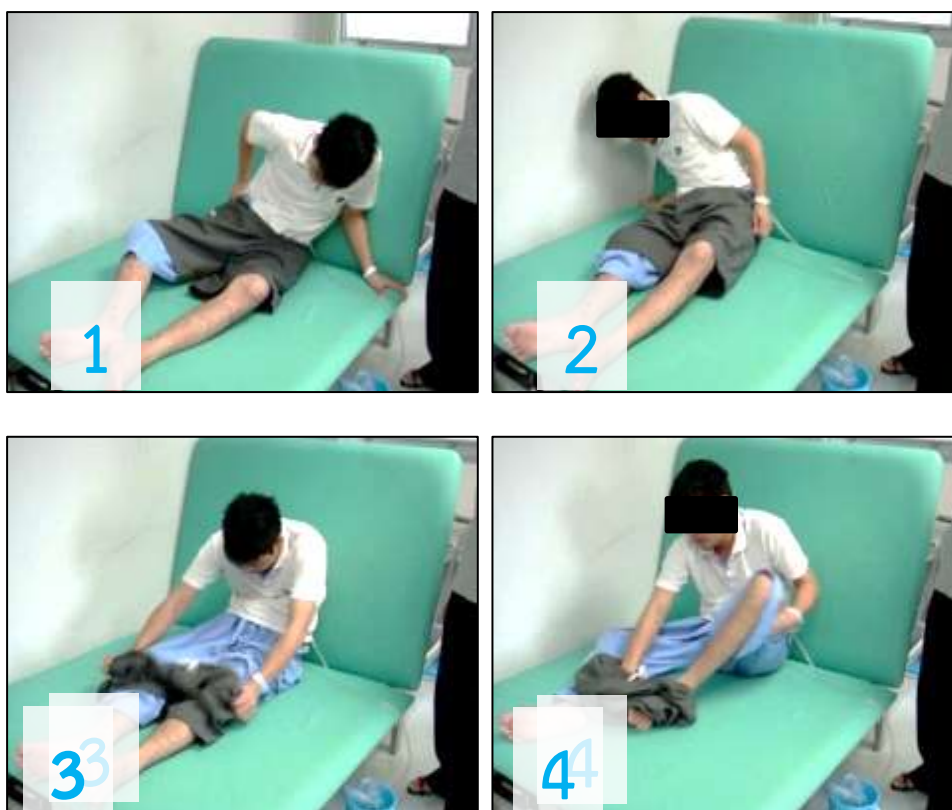
3. ถ้าผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ให้สอดถุงปัสสาวะเข้าไปในกางเกงพร้อมกับขาด้านใดด้านหนึ่งหรือจัดให้ออกมาที่เอวกางเกงและวางในตำแหน่งที่ไม่ทำให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับหรือหาคะป่องมาใส่ถุงปัสสาวะไว้

4. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้ อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูป 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง

5. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

ง. วิธีการถอดกางเกง

แบบที่ 1 นั่งพิงหลังถอดกางเกง (การทรงท่าระดับ no-fair มือและแขนมีแรงดี)



รูปที่ 4.84–4.87 แสดง 4 ขั้นตอนการนั่งถอดกางเกงแบบพิงหลัง (การทรงท่าระดับ no-fair)

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาบนเตียง เอียงตัวไปทางด้านใดด้านหนึ่งโดยใช้ข้อศอกเท้ากับเตียงดึงกางเกงด้านตรงข้ามออกให้ถึงต้นขา

2. ทำเช่นเดียวกันกับอีกด้าน

3. ดึงขอบกางเกงให้ถึงปลายเท้า

4. ให้มือจับขาแล้วใช้อีกมือดึงกางเกงออกจากขา ทำอีกด้านในแบบเดียวกัน

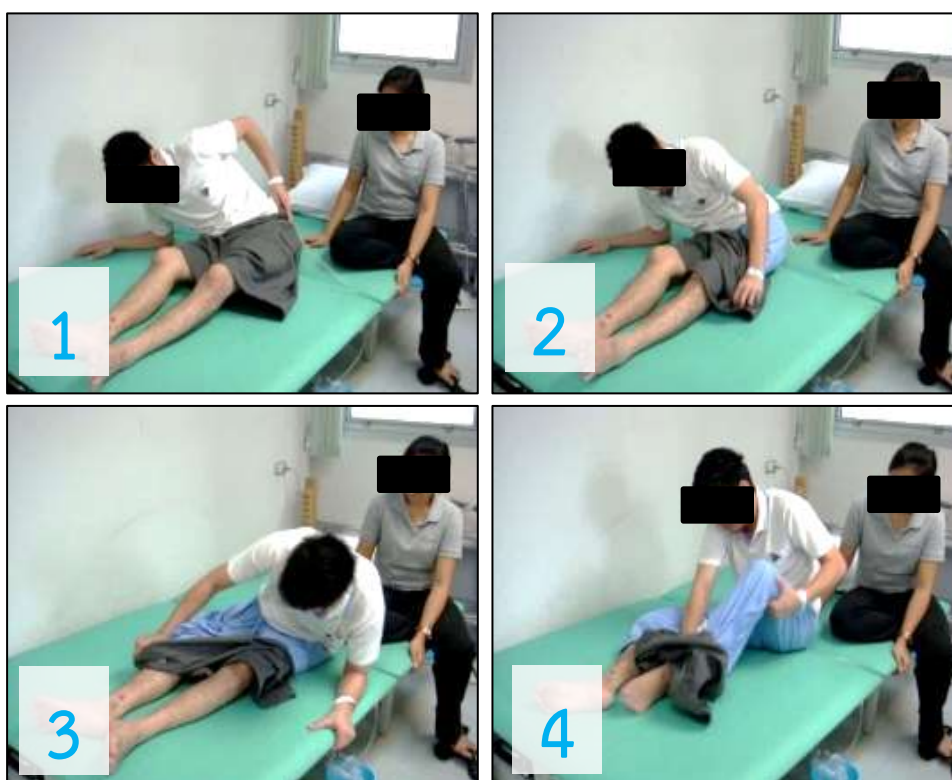
ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังเรื่องการทรงท่า ผู้ป่วยอาจมีเอียงไปด้านข้างหรือล้มมาด้านหน้าได้

2. ถ้าผู้ป่วยคายสว่นปัสสาวะ ให้ดึงถุงปัสสาวะออกจากขาทางเข่งพร้อมกับขาข้างนั้น และจัดวางให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ทำให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับหรือหากระป๋องมาใส่ถุงปัสสาวะไว้

3. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูปที่ 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง

4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

แบบที่ 2 นั่งถอดกางเกงไม่มีพิงหลัง (การทรงท่าระดับ good มือและแขนมีแรงดี)



รูปที่ 4.88–4.91 แสดง 4 ขั้นตอนการนั่งถอดกางเกงในผู้ป่วยการทรงท่าระดับ good

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาบนเตียงเอียงตัวไปทางด้านใดด้านหนึ่งโดยใช้ข้อศอกเท้ากับเตียงดึงกางเกงด้านตรงข้ามออกให้ถึงต้นขา
2. ทำเช่นเดียวกันกับอีกด้าน
3. ดึงกางเกงให้ถึงปลายเท้า
4. ให้มือจับขาแล้วใช้อีกมือดึงกางเกงออกจากขา ทำอีกด้านในแบบเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดคอยระวังการล้มไปด้านหลัง โดยอาจใช้มือจับที่ขอบกางเกงหรือเข็มขัดผู้ป่วยไว้สำหรับดึงเมื่อผู้ป่วยล้ม

2. ถ้าผู้ป่วยมีการทรงท่าที่ดี สามารถนั่งห้อยขาข้างเตียงได้ นักกิจกรรมบำบัดก็ควรพิจารณาตามความเหมาะสม
3. ถ้าผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ให้ดึงถุงปัสสาวะออกจากขาทางเกงพร้อมกับขาข้างนั้น และจัดวางให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ทำให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับหรือหากระป๋องมาใส่ถุงปัสสาวะไว้
4. นักกิจกรรมบำบัดอาจให้ผู้ป่วยใช้ อุปกรณ์ช่วยหยิบของน้ำหนักเบา (รูปที่ 4.43) หรืออุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกง (รูปที่ 4.45) ช่วยเกี่ยวเสื้อ/กางเกงที่อยู่ไกลตัวหรือจัดเสื้อผ้าให้อยู่ในระยะมือเอื้อมถึง
5. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

4.4.5 ด้านที่ 5 การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน (Toilet use)

ระดับความพิการ	ระดับการทรงท่า		ความสามารถของผู้ป่วย	
	เหยียดขาบนเตียง	ห้อยขาข้างเตียง	ความสามารถแรกเริ่ม	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ C1-C8	x	x	ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า/ออกห้องสุขาหรือการสอดึงกระโถน (MBI = 0)	ผู้ดูแลมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการช่วยเหลือผู้ป่วยเข้า/ออกห้องสุขาหรือการสอดึงกระโถนได้ (MBI = 0, เน้นสอนผู้ดูแล)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ T1-T11	x, ✓ (no-fair)	x, ✓ (no-fair)	ผู้ป่วยต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า/ออกห้องสุขาหรือการสอดึงกระโถนหรือต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน (MBI = 0-1)	ผู้ป่วยสามารถเข้า/ออกห้องสุขาและล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่ายได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมหรือมีผู้ช่วยเหลือในบางขั้นตอน (MBI = 1- 2)

ระดับความพิการ	ระดับการทรงท่า		ความสามารถของผู้ป่วย	
	เหยียดขาบน เดียว	ห้อยขาข้าง เดียว	ความสามารถแรกเริ่ม	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ T12 ลงมา	✓ (fair-good)	✓ (fair-good)	ผู้ป่วยสามารถเข้า/ออกห้องสุขา และล้างทำความสะอาดหลังการ ขับถ่ายได้เองหรือต้องมีผู้ช่วยเหลือ ในบางขั้นตอน (MBI = 1-2)	ผู้ป่วยสามารถเข้า/ออกห้องสุขา และล้างทำความสะอาดหลังการ ขับถ่ายได้เองด้วยความปลอดภัย (MBI = 2)

เครื่องหมาย ✓ หมายถึง ผ่าน/ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และ ✕ หมายถึง ไม่ผ่าน/ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้

ตารางที่ 4.5 แสดงความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัดด้านการใช้ห้องสุขาหรือกระโถน
(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.4.5.1 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ C1-C8

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ดูแลมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการช่วยเหลือผู้ป่วยเข้า/ออกห้องสุขาหรือการ
สวดดื่งกระโถนได้

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ดูแล (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. แผ่นพลาสติก: สำหรับรองตัวกันเปื้อน

ข. หมอนอน: หมอนอนสำหรับการขับถ่ายในท่านอน (บนเตียง)



รูปที่ 4.92 แสดงหมอนอนสำหรับการขับถ่ายในท่านอน

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ค. ล้อเข็นสำหรับอาบน้ำ/ขับถ่าย: ล้อเข็นสำหรับไปขับถ่าย เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีการ
ขับถ่ายหรือสวนเป็นเวลา โดยสามารถนำไปพร้อมกับชักโครกได้เลย (รูปที่ 4.29)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

นักกิจกรรมบำบัดสอนผู้ดูแลในการจัดทำทางบนเตียงและจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในผู้ป่วยที่ใช้ล้อเข็นสำหรับขับถ่ายจะต้องได้รับการฝึกการเคลื่อนย้ายตัวสำหรับผู้ป่วยระดับสูง (หัวข้อ 4.4.6.2)

หมายเหตุ การสวนและการช่วยผู้ป่วยขับถ่ายจะเป็นโปรแกรมของพยาบาลจะเป็นผู้สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลทุกราย

4.4.5.2 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ T1-T11

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถเข้า/ออกห้องสุขาและล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่ายได้เอง โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมหรือมีผู้ช่วยเหลือในบางขั้นตอน

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. เก้าอี้สำหรับขับถ่าย (Commode chair): มี 2 แบบคือ แบบมีถังเก็บมีฝาปิดและแบบคร่อมส้วมซึม

- **แบบมีถังเก็บมีฝาปิด** จะเหมาะกับผู้ป่วยที่มีการขับถ่ายเป็นเวลาหรือรู้ตัวว่ากำลังจะถ่าย แต่มีความยากลำบากในการย้ายตัวไปห้องส้วมหรืออยู่เพียงลำพัง โดยเก้าอี้ขับถ่ายนี้จะวางไว้ข้างเตียงผู้ป่วย



รูปที่ 4.93 แสดงเก้าอี้สำหรับขับถ่ายแบบมีฝาปิด

- **แบบคร่อมส้วมซึม** จะเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ส้วมซึมและสามารถย้าย

ตัวไปห้องส้วมได้



รูปที่ 4.94 แสดงเก้าอี้สำหรับขยับแบบคร่อมส้วมซึม
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. ล้อเข็นสำหรับขยับ (Commode wheelchair): มีทั้งแบบมีถังเก็บและคร่อม

โถชักโครกหรือส้วมซึม นักกิจกรรมบำบัดสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม (รูปที่ 4.29)

ค. ราวจับ: สำหรับให้ผู้ป่วยพุง/ยึดขณะย้ายตัว ควรติดตั้ง 2 ด้านของโถส้วมโดยมีความสูงประมาณ 60–75 เซนติเมตรจากพื้น



รูปที่ 4.95 แสดงรูปแบบของราวจับและตำแหน่งการติดตั้ง
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ง. เข็มขัดช่วยพยุงตัว: สำหรับปรับบริเวณเอวผู้ป่วยเพื่อความสะดวกของผู้ดูแลในการช่วยพยุงผู้ป่วยเพื่อป้องกันการลื่นตกหกล้ม



รูปที่ 4.96 แสดงเข็มขัดช่วยพยุงตัว
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ก. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทรงท่าได้ แนะนำให้ปฏิบัติตามหัวข้อ 4.4.5.1

ข. วิธีการย้ายตัวแบบเข้าด้านหน้า (สำหรับผู้ป่วยที่มีการทรงท่าระดับ poor-fair มือและแขนมีแรงดี)

● จากระถางนั่งคนพิการไปโถส้วม



รูปที่ 4.97-4.100 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปโถส้วมแบบเข้าด้านหน้า
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดรนั่งคนพิการอยู่ด้านหน้าตรงกับโถชักโครก ให้ผู้ป่วยยกขาตัวเองออกมาด้านข้างตัว รนั่งคนพิการ ยกที่วางเท้าขึ้นทั้ง 2 ข้าง โดยใช้มืออีกข้างจับราวจับไว้
2. ให้ผู้ป่วยเลื่อนรนั่งคนพิการชิดโถชักโครก ล็อกล้อ
3. ใช้มือจับราวจับหรือรนั่งคนพิการดันตัวมานั่งที่โถชักโครก
4. ให้ผู้ป่วยถอดกางเกงโดยดึงขอบด้านหลังโดยใช้การเอียงตัวจนถึงบริเวณเหนือเข่า ส่วนอีกมือจับราวจับไว้หรือให้ถอดกางเกงก่อนการย้ายตัว
5. การทำความสะอาดให้ใช้หัวฉีดชำระหรือกระดาษชำระเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลังโดยใช้มืออีกข้างจับราวจับหรือโถชักโครกไว้

- ข้อเสนอแนะ**
1. รนั่งคนพิการจะต้องมีล้อคที่มั่นคงไม่เลื่อนไปมาหรือแนะนำให้ติดราวจับทั้ง 2 ด้านของโถชักโครก หรือแนะนำให้หาถังอาบน้ำใส่น้ำขนาดใหญ่มาวางด้านข้างเพื่อใช้ยึดเกาะได้
 2. แนะนำให้ใช้กางเกงขอบเอวที่ยืดเพื่อความสะดวกในการใส่/ถอด
 3. ถ้าใช้ร่วมกับ Commode chair คร่อมโถส้วมซึม ควรยึดขาทั้ง 4 ของ Commode chair ให้มั่นคง
 4. ระวังเรื่องความปลอดภัยของการทรงท่า แนะนำให้ผู้ป่วยจับราวจับทุกครั้งหรือให้ผู้ป่วยใส่เข็มขัดช่วยพยุงตัวโดยนักกิจกรรมบำบัดอยู่ทางด้านหลังรถและใช้ตัวดันรถขณะช่วยผู้ป่วยยกตัว
 5. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

● จากโถส้วมไปรนั่งคนพิการ



รูปที่ 4.101-4.104 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวจากโถส้วมกลับรนั่งคนพิการแบบเข้าด้านหน้า

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. เมื่อผู้ป่วยทำธุระเสร็จแล้ว ใช้มือข้างหนึ่งจับราวส่วนอีกข้างดึงกางเกงขึ้นให้ถึงเอวโดยใช้การเอียงตัว จากนั้นเลื่อนร่นนั่งคนพิการมาชิดด้านหลังพร้อมล้อคล้อ
2. ให้ผู้ป่วยใช้มือจับราวจับหรือที่วางแขนเพื่อดันตัวไปด้านหลัง
3. ให้ผู้ป่วยปลดล้อคล้อและเลื่อนรถไปด้านหลังเล็กน้อย
4. ดันที่วางเท้าลงพร้อมยกเข้าทั้งสองวางบนที่รองเท้าจากนั้นจัดทำทางให้เรียบร้อย

ข้อเสนอแนะ 1. รถนั่งคนพิการจะต้องมีล้อคที่มั่นคงไม่เลื่อนไปมาหรือแนะนำให้ติดราวจับทั้ง 2 ด้านของโถชักโครก หรือแนะนำให้หาถังอาบน้ำขนาดใหญ่ใส่น้ำมาวางด้านข้างเพื่อใช้ยึดเกาะได้

2. แนะนำให้ใช้กางเกงขอบเอวยางยืดเพื่อความสะดวกในการใส่/ถอด
3. ถ้าใช้ร่วมกับ Commode chair คร่อมโถส้วมซึม ควรยึดขาทั้ง 4 ของ Commode chair ให้มั่นคง
4. ระวังเรื่องความปลอดภัยของการทรงท่า แนะนำให้ผู้ป่วยจับราวจับทุกครั้งหรือให้ผู้ป่วยใส่เข็มขัดช่วยพยุงตัวโดยนักกิจกรรมบำบัดอยู่ทางด้านหลังรถและใช้ตัวดันรถขณะช่วยผู้ป่วยยกตัว
5. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

4.4.5.3 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ T12 ลงมา

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถเข้า/ออกห้องสุขาและล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่ายได้เองด้วยความปลอดภัย

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

- ก. แผ่นกันลื่น: สำหรับรองเท้าวางไว้หน้าโถชักโครกขณะย้ายตัวเพื่อกันลื่น (รูปที่ 4.22)
- ข. ราวจับ: สำหรับให้ผู้ป่วยพยุง/ยึดขณะย้ายตัว สำหรับให้ผู้ป่วยพยุงตัว/ยึดขณะย้ายตัว ควรติดทั้ง 2 ด้านของโถส้วมโดยมีความสูงประมาณ 60–75 เซนติเมตร จากพื้น (รูปที่ 4.95)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ก. การย้ายตัวแบบเข้านด้านข้าง

- จากรณีการนั่งคนพิการไปโถส้วม



รูปที่ 4.105-4.108 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปโถส้วมแบบเข้านด้านข้าง

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. ผู้ป่วยเลื่อนรถนั่งคนพิการเข้านด้านข้างทำมุมกับโถส้วมประมาณ 45 องศา
2. ล้อคล้อ ยกเท้าวางกับพื้นและยกที่วางเท้าขึ้น ขยับกันให้ใกล้กับโถส้วม
3. ให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวไปยังโถส้วมโดยใช้มือจับที่ราวจับหรือบริเวณโถส้วม
4. ให้ผู้ป่วยถอดกางเกงโดยดึงขอบด้านหลังโดยใช้การเอียงตัวจนถึงบริเวณเหนือเข้าส่วน

อีกมือจับราวจับไว้หรือให้ถอดกางเกงก่อนการย้ายตัว

5. การทำความสะอาดให้ใช้หัวฉีดชำระหรือกระดาษชำระเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลังโดยใช้มืออีกข้างจับราวจับหรือโถชักโครกไว้

ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดควรอยู่ด้านหลังรถนั่งคนพิการและจับบริเวณขอบกางเกงหรือเข็มขัดช่วยพยุงตัวเพื่อช่วยส่งแรงให้ผู้ป่วยไปยังโถส้วม (ในกรณีที่รถนั่งคนพิการไม่สามารถเปิดด้านข้างได้ ผู้ป่วยต้องเหวี่ยงตัวให้พื้นที่ว่างแขนของรถนั่งคนพิการ นักกิจกรรมบำบัดอาจช่วยประคองในช่วงแรกของการฝึก)

2. แนะนำให้ใช้กางเกงขอบเอวที่ยืดเพื่อความสะดวกในการใส่/ถอด

3. แนะนำการติดราวจับหรือสิ่งที่มีความมั่นคงสามารถยึดเหนี่ยวได้ เช่น ถังอาบน้ำขนาดใหญ่ใสน้ำ ในตำแหน่งที่เหมาะสม/ใกล้เคียงกับที่บ้านของผู้ป่วย

4. ถ้าใช้ร่วมกับ Commode chair คร่อมโถส้วมซึม ควรยึดขาทั้ง 4 ของ Commode chair ให้มั่นคง

5. ควรระวังถุงปัสสาวะและจัดวางในตำแหน่งที่กีดขวางการไป/กลับโถชักโครก

6. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

● จากโถส้วมไปรถนั่งคนพิการ



รูปที่ 4.109–4.111 แสดง 3 ขั้นตอนการย้ายตัวจากโถส้วมไปรถนั่งคนพิการแบบเข้าด้านข้าง
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. เมื่อผู้ป่วยทำธุระเสร็จแล้วใช้มือข้างหนึ่งจับราวส่วนอีกข้างดึงกางเกงขึ้นให้ถึงเอวโดยใช้การเอียงตัว จากนั้นเลื่อนรถนั่งคนพิการมาชิดด้านหลังพร้อมล้อคล้อและนำที่วางเท้าขึ้น

2. ให้ผู้ป่วยจับที่วางแขนรถนั่งคนพิการด้านใกล้ตัว มืออีกข้างจับราวจับหรือโถชักโครกแล้วแต่นัดแล้วดันตัวไปรถนั่งคนพิการ

3. นำที่วางเท้าลงจัดทำทางให้เรียบร้อย

- ข้อเสนอแนะ**
1. นักกิจกรรมบำบัดควรอยู่ด้านหลังนั่งคนพิการ และจับบริเวณขอบกางเกงหรือเข็มขัดช่วยพยุงตัว เพื่อช่วยส่งแรงให้ผู้ป่วยไปยังโถส้วม (ในกรณีที่นั่งคนพิการไม่สามารถเปิดด้านข้างได้ ผู้ป่วยต้องเหวี่ยงตัวให้พ้นที่วางแขนของรถนั่งคนพิการ นักกิจกรรมบำบัดอาจช่วยประคองในช่วงแรกของการฝึก)
 2. แนะนำให้ใช้กางเกงขอบเอวยางยืดเพื่อความสะดวกในการใส่/ถอด
 3. แนะนำการติดราวจับหรือสิ่งที่มีความมั่นคงสามารถยึดเหนี่ยวได้ เช่น ถังอาบน้ำขนาดใหญ่ใสน้ำ ในตำแหน่งที่เหมาะสม/ใกล้เคียงกับที่บ้านของผู้ป่วย
 4. ถ้าใช้ร่วมกับ Commode chair คร่อมโถส้วมซึม ควรยึดขาทั้ง 4 ของ Commode chair ให้มั่นคง
 5. นักกิจกรรมบำบัดอาจสอนการเปิด/ปิด ประตูห้องน้ำให้กับผู้ป่วยร่วมด้วย
 6. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

4.4.6 ด้านที่ 6 การเคลื่อนย้าย (Transfer)

ระดับความพิการ	ระดับการทรงท่า		ความสามารถของผู้ป่วย	
	เหยียดขาบน เดียว	ห้อยขาข้าง เดียว	ความสามารถแรกเริ่ม	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ C1-C8	x	x	ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ (MBI = 0)	ผู้ดูแลมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการช่วยผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวได้อย่างปลอดภัยหรือมีผู้ช่วยเหลือ 1 – 2 คน (MBI = 0-1)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ T1-T11	x, ✓ (no-fair)	x, ✓ (no-fair)	ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวได้หรือต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน (MBI = 0 - 1)	ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวโดยมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 (MBI = 1-2)
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ระดับ T12 ลงมา	✓ (fair-good)	✓ (fair-good)	ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายลงมารถนั่งคนพิการโดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คนหรือทำได้เองและสามารถลือกรถได้ (MBI = 2-3)	ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายลงมารถนั่งคนพิการด้วยตัวเองด้วยความปลอดภัย (MBI = 3)

เครื่องหมาย ✓ หมายถึง ผ่าน/ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และ x หมายถึง ไม่ผ่าน/ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้

ตารางที่ 4.6 แสดงการความสามารถแรกเริ่มและการตั้งเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัดด้านการเคลื่อนย้าย

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

4.4.6.1 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ C1-C8

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ดูแลมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการช่วยผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวได้อย่างปลอดภัย หรือมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ดูแล (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. กระดานหรือผ้าช่วยย้ายตัว: ทำจากโฟมบอร์ด ผ้าหรือพลาสติกใช้ในการรองตัวผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการจับพลิกตะแคงและย้ายไปรณั่งคนพิการ ทำจากพลาสติกน้ำหนักเบาและแข็งแรง ความยาวเท่าตัวคนใช้ในการเชื่อมต่อระหว่างล้อเซ็นแบบปรับนอนกับเตียงเพื่อย้ายตัวผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง



รูปที่ 4.112 แสดงกระดานช่วยย้ายตัว (แบบนอน)
(ที่มา: หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติชั้น 11 ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข .เครื่องช่วยย้ายตัว (Hoist): เป็นเครื่องมือที่ใช้ระบบไฮดรอลิกในการยกตัวผู้ป่วยไปยังที่ต่างๆ โดยเลื่อนไปตามรางหรือบางชนิดเป็นแบบปรับมุมทิศทางได้เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ และเป็นการผ่อนแรงผู้ช่วยเหลือ (เหมาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยที่ตัวใหญ่นำมาฝึกที่ห้องฝึกหรือย้ายลงรณั่งคนพิการ)



รูปที่ 4.113 แสดงเครื่องช่วยย้ายตัว
(ที่มา: หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติชั้น 11 ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ค. **เข็มขัดช่วยพยุงตัว:** สำหรับรัดบริเวณเอวผู้ป่วยเพื่อความสะดวกของ นักกิจกรรมบำบัด/ผู้ดูแลในการช่วยประคองผู้ป่วยเพื่อป้องกันการล้ม (รูปที่ 4.96)

ง. **กระดานช่วยย้ายตัว (Transfer board):** เป็นกระดานที่วางพาดระหว่างรถนั่งคนพิการ และเตียง (ควรอยู่ระดับเดียวกัน) โดยผู้ป่วยใช้การยกตัวหรือถัดไปกับกระดาน (C6-C8)



รูปที่ 4.114 แสดงกระดานช่วยย้ายตัว (แบบนั่ง)
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

- ข้อเสนอแนะ**
1. กระดานช่วยย้ายตัวควรมีผิวมันเรียบ เพื่อลดรอยถลอกจากการถัดตัวของผู้ป่วย
 2. ถ้าไม่มีกระดานช่วยย้ายตัวอาจใช้ผ้าปูเตียงซ้อนกัน 2 ชั้น ช่วยยกตัวผู้ป่วยได้

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ก. การย้ายตัวผู้ป่วย (ผู้ป่วยมีการทรงท่าระดับ no และมีขนาดตัวใหญ่หรือสูงอายุ)

- จากเตียงไป - กลับเปลนอน



รูปที่ 4.115-4.118 แสดง 3 ขั้นตอนการย้ายตัวจากเตียงไป/กลับเปลนอน
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. ปรับเตียงให้มีระดับเดียวกับเปลนอน พร้อมปูผ้ารองตัวผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการย้ายตัว
2. ผู้ช่วยเหลือ 4 คน (เป็นอย่างน้อย) ประจำตำแหน่ง 4 ด้านของผู้ป่วย จากนั้นจับผ้ารองตัวโดยม้วนชายเข้ามาเล็กน้อย

3. ออกแรงยกพร้อมๆ กัน โดยให้ผู้ที่อยู่ด้านศีรษะผู้ป่วยเป็นผู้ให้สัญญาณ (ทำเช่นเดียวกันในกรณียกตัวผู้ป่วยจากเปลนอนไปเตียง)

ข้อเสนอแนะ

1. ถ้าระดับเตียงทั้ง 2 เตียงไม่เท่ากัน อาจพิจารณาเครื่องช่วยย้ายตัว
2. เพื่อเป็นการป้องกันการปวดหลังของนักกิจกรรมบำบัดที่ยืนในตำแหน่งด้านข้างเตียง ควรมีแท่นไม้มารองเท้าและยกขาขึ้นวางบนเตียง 1 ข้าง ขณะมีการเอื้อมไปยกผู้ป่วย
3. ระวังถุงใส่ปัสสาวะ ควรพับสายก่อนย้ายตัวเพื่อป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับและคลายออกเมื่อย้ายตัวเสร็จแล้วทุกครั้งและควรจัดวางในตำแหน่งที่ไม่กีดขวางการย้ายตัว เช่น วางบริเวณขาผู้ป่วย
4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสม (อาจใช้ผู้ดูแล 2 คนจับผ้ารองตัวบริเวณศีรษะและปลายเท้าได้)

ข. การย้ายตัวแบบเข้าด้านหน้า (ผู้ป่วยมีการทรงท่าระดับ no)

- จาการนั่งคนพิการไปเตียง



รูปที่ 4.119-4.124 แสดง 6 ขั้นตอนการย้ายตัวจาการนั่งคนพิการไปเตียงแบบเข้าด้านหน้า

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. ผู้ดูแลเข็นรถนั่งคนพิการไปที่เตียงระยะห่างพอประมาณให้สามารถยกขาขึ้นพาดเตียง

ได้

2. ล็อคล้อจากนั้นช่วยยกขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยวางบนเตียง
3. ปลดล็อคล้อแล้วเข็นรถให้ชิดเตียงมากที่สุด ล็อคล้อ
4. นำกระดานช่วยย้ายตัวสอดใต้ขาระหว่างรถนั่งคนพิการและเตียง

5. ผู้ป่วยใช้แขนทั้งสองข้างดันที่วางแขน (ใช้การลื้อคอศอก, C6) นักกิจกรรมบำบัดจับเข็มขัดยกผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยก้มตัวเล็กน้อย

6. ผู้ป่วยช่วยดันตัวไปที่เตียง จัดท่าทางให้เรียบร้อย

ข้อเสนอแนะ

1. นักกิจกรรมบำบัดควรแนะนำให้ผู้ดูแลประคองหลังผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อป้องกันการหงายหลัง
2. ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากให้เพิ่มผู้ช่วยเหลือตามความเหมาะสม
3. การย้ายตัวแบบนี้เหมาะกับเตียงที่มีระดับเดียวกับรถนั่งคนพิการ
4. ระวังถุงใส่ปัสสาวะ โดยจัดให้ไม่กีดขวางการย้ายตัวของผู้ป่วย
5. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมในทุกขั้นตอน

● จากเตียงไปรถนั่งคนพิการ



รูปที่ 4.125-4.129 แสดง 5 ขั้นตอนการย้ายตัวจากเตียงไปรถนั่งคนพิการแบบเข้าด้านหน้า

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. นักกิจกรรมบำบัดเข็นรถนั่งคนพิการจอดข้างเตียงแบบเข้าทางด้านหน้า พร้อมวางกระดานช่วยย้ายตัวระหว่างเตียงกับรถนั่งคนพิการ

2. ประครองผู้ป่วยโดยจัดผู้ป่วยให้หันหลังไปที่รถนั่งคนพิการ โดยนักกิจกรรมบำบัดอยู่ทางด้านหลังรถนั่งคนพิการ
3. ผู้ป่วยลงน้ำหนักที่แขน (ใช้การล็อกข้อศอก, C6) ช่วยดันตัวไปที่รถนั่งคนพิการ โดยนักกิจกรรมบำบัดจับที่เข็มขัดและดึงผู้ป่วยไปที่รถนั่งคนพิการ
4. นำกระดานช่วยย้ายตัวออก
5. ยกเท้าผู้ป่วยทั้ง 2 ข้างวางในที่พักเท้า

- ข้อเสนอแนะ**
1. นักกิจกรรมบำบัดควรประครองหลังผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อป้องกันการหายหลัง
 2. ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากให้เพิ่มผู้ช่วยเหลือตามความเหมาะสม
 3. การย้ายตัวแบบนี้เหมาะกับเตียงที่มีระดับเดียวกับรถนั่งคนพิการ
 4. ระวังใส่ปีสสาวะ โดยจัดให้ไม่กีดขวางการย้ายตัวของผู้ป่วย
 5. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมในทุกขั้นตอน

4.4.6.2 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ T1-T11

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวโดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 – 2

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. **เข็มขัดช่วยพยุงตัว** : สำหรับรัดบริเวณเอวผู้ป่วยเพื่อความสะดวกของนักกิจกรรมบำบัดหรือผู้ดูแลในการช่วยประครองผู้ป่วยเพื่อป้องกันการลื่นตกหกล้ม (รูปที่ 4.96)

ข. **บันไดลิง**: อุปกรณ์ช่วยลุกนั่งจากท่านอนหงาย โดยผูกบันไดลิงที่ปลายเตียง ให้ผู้ป่วยคล้องแขนที่ปลายบันไดขั้นสุดท้ายจากนั้นค่อยๆ คล้องแขนที่บันไดลิงขั้นถัดมาเรื่อยๆ จนผู้ป่วยสามารถนั่งได้ (นักกิจกรรมบำบัดเริ่มจากการช่วยดันหลังแล้วค่อยๆ ลดการช่วยเหลือลง)



รูปที่ 4.130 แสดงบันไดลิงและการใช้งาน

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข้อเสนอแนะ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีกำลังแขนดีและตัวไม่ใหญ่มาก แต่ละชั้นบันไดอาจใช้ฟองน้ำนุ่มๆรองเพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่ข้อมือของผู้ป่วย

ค. กระดานช่วยย้ายตัว (Transfer board): เป็นกระดานที่วางพาดระหว่างรถนั่งคนพิการและเตียง (ควรอยู่ระดับเดียวกัน) โดยผู้ป่วยใช้การยกตัวหรือถีบไปกับกระดาน (รูปที่ 4.132)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ก. การย้ายตัวในผู้ป่วยมีการทรงท่าระดับ no ดูหัวข้อ 4.4.6.1 ข. และสามารถใช้มือช่วยพยุงตัวได้

ข. การย้ายตัวแบบเข้ด้านหน้า (ผู้ป่วยมีการทรงท่าระดับ fair มือและแขนมีแรง)

- จากรถนั่งคนพิการไปเตียง



รูปที่ 4.131–4.134 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปเตียงแบบเข้ด้านหน้า

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. ผู้ป่วยเข้รถนั่งคนพิการไปที่เตียงระยะห่างพอประมาณให้สามารถยกขาขึ้นพาดเตียง

ได้ ล็อคล้อ

2. ยกขาทั้งสองข้างวางบนเตียง ปลดล็อคล้อแล้วเข้รถนั่งคนพิการให้ชิดเตียงมากที่สุด

ล็อคล้อ

3. ใช้กระดานช่วยย้ายตัวสอดใต้ขาระหว่างเตียงกับรถนั่งคนพิการ

4. ให้ผู้ป่วยใช้แขนทั้งสองข้างดันที่วางแขนยกตัวไปด้านหน้าจนถึงเตี้ยง จัดท่าทางให้

เรียบร้อย

ข้อเสนอแนะ 1. นักกิจกรรมบำบัดประกอบที่เข้มขัดผู้ป่วยทุกครั้ง โดยยืนในตำแหน่งด้านหลังนั่งคนพิการ และแนะนำให้ผู้ป่วยก้มตัวเล็กน้อยขณะย้ายตัว

2. ในกรณีรนั่งคนพิการและเตี้ยงมีระดับไม่เท่ากัน ควรพิจารณาเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อแขนผู้ป่วยให้สามารถยกกันให้สูงเพื่อไปยังเตี้ยงได้หรืออาจพิจารณาใช้การโหนเชือก (ผูกเชือกกับข้อเหนือเตี้ยง) เพื่อช่วยเพิ่มแรงในการดึงกันให้สูงได้

3. ระวางใส่ปัสสาวะ โดยจัดให้ไม่กีดขวางการย้ายตัวของผู้ป่วย

4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมทุกขั้นตอน

● จากเตี้ยงไปรนั่งคนพิการ





รูปที่ 4.135–4.139 แสดง 5 ขั้นตอนการย้ายตัวไปรถนั่งคนพิการแบบเข้าด้านหน้า

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. นำรถนั่งคนพิการเทียบด้านข้างเตียงโดยให้ด้านหน้ารถหันหน้าเข้าหาเตียง จากนั้นให้ผู้ช่วยนำกระดานช่วยย้ายตัววางพาดระหว่างรถนั่งคนพิการกับเตียง ล็อคล้อ
2. ให้ผู้ป่วยหันหลังให้รถนั่งคนพิการ และให้จับที่วางแขนยกตัวไปรถนั่งคนพิการ
3. นำกระดานช่วยย้ายตัวออก
4. ให้ผู้ป่วยปลดล็อคล้อ เลื่อนรถนั่งคนพิการถอยไปด้านหลังเล็กน้อย
5. ล็อคล้อแล้วให้ผู้ป่วยยกขาทั้ง 2 วางกับที่ปักเท้า

- ข้อเสนอแนะ**
1. นักกิจกรรมบำบัดประกอบที่สัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง โดยยืนในตำแหน่งด้านหลังรถนั่งคนพิการและแนะนำให้ผู้ป่วยก้มตัวเล็กน้อยขณะย้ายตัว
 2. ในกรณีรถนั่งคนพิการและเตียงมีระดับไม่เท่ากัน ควรพิจารณาเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อแขนผู้ป่วยให้สามารถยกกันให้สูงเพื่อไปยังเตียงได้ หรือ อาจพิจารณาใช้การโหนเชือก (ผูกเชือกกับข้อเหนือเตียง) เพื่อช่วยเพิ่มแรงในการดึงกันให้สูงได้
 3. ควรระวังถุงใส่ปัสสาวะ ควรพับสายก่อนย้ายตัวเพื่อป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับและควรจัดวางในตำแหน่งที่ไม่กีดขวางการย้ายตัว
 4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมทุกขั้นตอน

4.4.6.3 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ T12 ลงมา

เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด คือ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายลงมารถนั่งคนพิการด้วยตัวเองด้วยความปลอดภัย

❖ อุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้ป่วย (นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาตามความเหมาะสม)

ก. กระดานช่วยย้ายตัว (Transfer board): ใช้วางพาดระหว่างรถนั่งคนพิการและเตียง หรือเก้าอี้หรือโถส้วม (กรณีรถนั่งคนพิการเปิดข้างได้)



รูปที่ 4.140 แสดงการวางกระดานช่วยย้ายตัวแบบเข้าด้านข้าง
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ข. เชือกช่วยลุกนั่ง: ผูกปลายเชือกที่บริเวณปลายเตียงหรือเหนือเตียงผู้ป่วย ผูกปมเป็นระยะๆ หรือทำห่วงคล้อง สำหรับให้ผู้ป่วยดึงตัวลุกขึ้นนั่ง



รูปที่ 4.141 แสดงอุปกรณ์เชือกช่วยลุกนั่งและการใช้งาน
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ค. อุปกรณ์ช่วยดึงขา (Flex knee handle): สำหรับช่วยยกขาผู้ป่วย เช่น ยกขาขึ้นเข้าสำหรับพลิกตะแคงตัวหรือยกขาวางบนที่รองเท้าของรถนั่งคนพิการ



รูปที่ 4.142 แสดงอุปกรณ์ช่วยดึงขาและการทำงาน
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

❖ วิธีการฝึกผู้ป่วย

ก. การย้ายตัวแบบเข้ด้านข้าง (ผู้ป่วยมีการทรงท่าระดับ good)

- จากระถนั้คนพิการไปเตียง



รูปที่ 4.143–4.146 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปเตียงแบบเข้ด้านข้าง
(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. ให้ผู้ป่วยเลื่อนร่นนั่งคนพิการชิดเตียงโดยทำมุม 45 องศากับเตียง ล็อกล้อ ถอดที่วางแขนออก จัดเท้าให้ด้านใกล้เตียงยื่นไปด้านหน้าเล็กน้อย
- 2, 3. ดันตัวไปเตียงโดยจับที่วางแขนส่วนอีกข้างเท้าเตียงไว้
4. จัดท่าทางให้เรียบร้อย

- ข้อเสนอแนะ**
1. ถ้าวร่นนั่งคนพิการเปิดข้างไม่ได้ ขณะอยู่บนร่นนั่งคนพิการให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาด้านหน้ามากๆ เพื่อเว้นระยะทางเพราะต้องยกกันเหวี่ยงให้พ้นที่วางแขนเพื่อไปยังเตียง
 2. ในกรณีร่นนั่งคนพิการและเตียงมีระดับไม่เท่ากัน ควรพิจารณาเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อแขนผู้ป่วยให้สามารถยกกันให้สูงเพื่อไปยังเตียงได้หรืออาจพิจารณาใช้การโหนเชือก (ผูกเชือกกับข้อเหนือเตียง) เพื่อช่วยเพิ่มแรงในการดึงกันให้สูงขึ้น
 3. ระวังถุงใส่ปัสสาวะ โดยจัดให้ไม่กีดขวางการย้ายตัวของผู้ป่วย
 4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

● จากเตียงไปร่นนั่งคนพิการ





รูปที่ 4.147-4.150 แสดง 4 ขั้นตอนการย้ายตัวไปรถนั่งคนพิการแบบเข้าด้านข้าง

(ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

1. จัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเตียง เลื่อนรถนั่งคนพิการชิดเตียง โดยทำมุม 45 องศา กับเตียง ถอดที่วางแขนออก ล็อกล้อ
2. จัดเท้าโดยให้เท้าด้านใกล้รถนั่งคนพิการยื่นไปด้านหน้าเล็กน้อย เอื้อมมือไปจับที่วางแขนด้านตรงข้าม
3. ดันตัวไปที่รถนั่งคนพิการ
4. จัดท่าทางและเท้าให้เรียบร้อย

ข้อเสนอแนะ 1. ถ้าวรถนั่งคนพิการเปิดข้างไม่ได้ ขณะอยู่บนเตียงให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาด้านหน้ามากๆ เพื่อย่นระยะทางเพราะต้องยกกันเหวี่ยงให้พ้นที่วางแขนเพื่อไปยังรถนั่งคนพิการ

2. ในกรณีรถนั่งคนพิการและเตียงมีระดับไม่เท่ากัน ควรพิจารณาเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อแขนผู้ป่วยให้สามารถยกกันให้สูงเพื่อไปยังเตียงได้หรืออาจพิจารณาใช้การโหนเชือก (ผูกเชือกกับข้อเหนือเตียง) เพื่อช่วยเพิ่มแรงในการดึงกันให้สูงขึ้น

3. ระวังถุงใส่ปัสสาวะ โดยจัดให้ไม่กีดขวางการย้ายตัวของผู้ป่วย

4. สอนผู้ดูแลให้ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและพัฒนา

5.1 ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะฝึกผู้ป่วยและแนวทางการแก้ไข

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1.ผู้ป่วยมีความดันต่ำก่อนหรือขณะฝึก (Postural hypotension) (Systolic < 90 และ Diastolic < 60 bpm)  รูปที่ 5.1 แสดงค่าความดันต่ำในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)	1. วัดความดันผู้ป่วยก่อน/ขณะ/หลังฝึกทุกครั้งเพื่อเฝ้าระวังค่าความดันต่ำ 2. ข้อปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีค่าความดันต่ำให้ปฏิบัติดังนี้ 2.1 ถ้าผู้ป่วยนั่งบนรถนั่งคนพิการให้ยกขาพาดเก้าอี้ แล้ววัดความดันซ้ำเมื่อครบ 5 นาที ถ้าความดันผ่านให้ฝึกผู้ป่วยในท่ายกขาพาดเก้าอี้ และวัดความดันซ้ำเป็นระยะ  รูปที่ 5.2 แสดงการยกขาผู้ป่วยพาดเก้าอี้/เตียง (ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู) 2.2 ถ้าความดันยังต่ำให้ผู้ป่วยนอนราบ แล้ววัดซ้ำเมื่อครบ 5 นาที ถ้าความดันผ่านให้นักกิจกรรมบำบัดพิจารณาการฝึกในท่ากึ่งนอน แล้ววัดความดันซ้ำเป็นระยะ  รูปที่ 5.3 แสดงท่าทางการฝึกแบบกึ่งนอน (ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
	2.3 ถ้านอนหายใจแล้วความดันยังต่ำอยู่ให้แจ้งแพทย์และส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย 2.4 นักกิจกรรมบำบัดสามารถพันผ้า Elastic bandage (EB) ตั้งแต่ปลายเท้าขึ้นมาถึงบริเวณหัวเข่าหรือเอวขณะฝึกเพื่อช่วยควบคุมความดันผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม  รูปที่ 5.4 แสดงการพันผ้า Elastic bandage (EB) ตั้งแต่ปลายเท้าขึ้นมาถึงบริเวณหัวเข่า (ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู) 3. ให้นักกิจกรรมบำบัดทบทวนเวชระเบียนเพื่อดูข้อควรระวัง (Precaution) ของแพทย์ทุกครั้งก่อนฝึกเพราะในผู้ป่วยบางรายแพทย์เจ้าของไข้อาจอนุญาตให้ความดันผู้ป่วยลดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานได้แต่ต้องคอยเฝ้าระวัง 4. ถ้าพบผู้ป่วยมีภาวะความดันต่ำบ่อยๆ นักกิจกรรมบำบัดควรพิจารณาฝึกผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย (Bed side) เพื่อความปลอดภัย
2. ผู้ป่วยมีความดันสูงเฉียบพลันก่อนหรือขณะฝึก (Autonomic dysreflexia: AD) (Systolic > 160 และ Diastolic > 90 bpm)	1. ปรับให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหลังตรง ห้ามนอน 2. งดทำกิจกรรม (สังเกตดูว่าผู้ป่วยมีแผลกดทับหรือสายปัสสาวะพันงอหรือไม่ ถ้ามีให้เปลี่ยนท่า) 3. วัดความดันซ้ำทุก 5 นาที ถ้าความดันผู้ป่วยลดลงตามเกณฑ์ให้พิจารณาทำกิจกรรมเบาๆที่ไม่ต้องออกแรงมาก แต่ถ้าความดันไม่ลดให้แจ้งแพทย์และส่งกลับหอผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยมีแผลกดทับ (Pressure sore)	1. ทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาบริเวณที่เกิดแผลกดทับว่าเป็นอุปสรรคต่อการฝึกกิจวัตรประจำวันหรือไม่ เช่นการฝึกใส่เสื้อ - กางเกงที่ต้องนั่งนานๆ 2. หลีกเลี่ยงท่านั่งหรือท่านอนที่กดทับแผลกดทับเป็นเวลานาน ควรเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ เช่น ยกกันหรือพลิกตะแคงตัวทุก 15 นาที (นักกิจกรรมบำบัดอาจพิจารณาเบาะรองนั่งขณะฝึก)

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
4. ผู้ป่วยมีภาวะเกร็งหรือกล้ามเนื้อกระตุกเอง (Spastic)	1. จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าสบาย 2. ทำการงอและเหยียดกล้ามเนื้อที่เกร็งค้างไว้ประมาณ 10–15 วินาที ทำซ้ำจนกว่าอาการเกร็งจะหายไป 3. หลีกเลี่ยงการนั่งทับแผลกดทับและอากาศเย็น
5.ผู้ป่วยต้องใส่อุปกรณ์ประคองคอและหลังเมื่ออยู่ในท่า Upright  รูปที่ 5.5 แสดง Philadelphia collar (อุปกรณ์ประคองคอ) และ Taylor brace (อุปกรณ์ประคองหลัง) (ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)	1. ก่อนฝึกนักกิจกรรมบำบัดต้องทบทวนเวชระเบียนและสอบถามจากพยาบาลหรือตัวผู้ป่วยถึงอุปกรณ์ประคองต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องใช้ทุกครั้ง 2. ต้องให้ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ประคองทุกครั้งขณะฝึกกิจวัตรประจำวัน พร้อมปรับวิธีการฝึกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 3. ในบางรายนักกิจกรรมบำบัดต้องสอนการใส่/ถอดอุปกรณ์ต่างๆ ให้กับผู้ป่วยหรือญาติตามความเหมาะสม
6. นักกิจกรรมบำบัดไม่ทราบเป้าประสงค์ทางกายภาพบำบัดเรื่องการเคลื่อนที่ (Ambulation) ทำให้ไม่สามารถตั้งเป้าประสงค์ด้านกิจวัตรประจำวันที่สอดคล้องได้	1. นักกิจกรรมบำบัดต้องสอบถามเป้าประสงค์ทางกายภาพบำบัดด้านการเคลื่อนที่ในผู้ป่วยทุกราย เช่น ผู้ป่วยกลับบ้านโดยใช้รถนั่งคนพิการ Axillary crutches Lofstand crutches หรือ brace แบบต่างๆ นักกิจกรรมบำบัดจึงจะสามารถนำมาประกอบการพิจารณาตั้งเป้าประสงค์ในการฝึกกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องได้  รูป 5.6 แสดง Axillary crutches และ Long leg braces ในการช่วยพยุงผู้ป่วยเวลาเดิน (ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
7. ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายสภาพบ้าน ลักษณะเตียง ห้องน้ำ ให้นักกิจกรรมบำบัดเห็นภาพได้	1. นักกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วยหรือญาติถ่ายภาพบ้าน โดยระบุตำแหน่งที่จำเป็น เช่น ลักษณะห้องส้วม/ห้องอาบน้ำ (เพื่อพิจารณารูปแบบการย้ายตัวหรือการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมเช่น Commode chair เป็นต้น) รูปที่ 5.7 แสดงรูปถ่ายสภาพห้องน้ำที่บ้านผู้ป่วย (ที่มา: สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

5.2 ตัวอย่างกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

1. เพศ: ชาย, อายุ: 80 ปี
2. การวินิจฉัยโรค: Spinal cord injury T2 (ASIA A)
3. ระยะเวลาการเกิดโรค: กันยายน 2560
4. ความพิการที่ได้รับ: Quadriplegia
5. สาเหตุ: ตกหลังคาจากการขึ้นไปตัดกิ่งไม้
6. น้ำหนัก: 95 กิโลกรัม
7. อาชีพ: ข้าราชการเกษียณ
8. ความสามารถแรกรับ

8.1 Rang of motion (ROM): F = Full ROM

แบบประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ											
PROM (ซ้าย)				Item				PROM (ขวา)			
1	2	3	4					1	2	3	4
Shoulder											
F				Flexion	(0-170 องศา)	F					
F				Extension	(0-60 องศา)	F					
F				Abduction	(0-170 องศา)	F					
F				Horizontal abduction	(0-40 องศา)	F					
F				Horizontal adduction	(0-130 องศา)	F					
F				Internal rotation	(0-70 องศา)	F					
F				External rotation	(0-90 องศา)	F					
Elbow											
F				Flexion	(0-150 องศา)	F					
F				Extension	(0 องศา)	F					
Forearm											
F				Supination	(0-90 องศา)	F					
F				Pronation	(0-90 องศา)	F					
Wrist											
F				Flexion	(0-80 องศา)	F					
F				Extension	(0-70 องศา)	F					
F				Ulnar deviation	(0-35 องศา)	F					
F				Radial deviation	(0-20 องศา)	F					
Thumb											
F				MCP Flexion	(0-50 องศา)	F					
F				IP Flexion	(0-90 องศา)	F					
F				Abduction	(0-50 องศา)	F					
Index											
F				MCP Flexion	(0-90 องศา)	F					
F				MCP Hyperextension	(0-45 องศา)	F					
F				PIP Flexion	(0-110 องศา)	F					
F				DIP Flexion	(0-80 องศา)	F					
F				Abduction	(0-25 องศา)	F					
Middle											
F				MCP Flexion	(0-90 องศา)	F					
F				MCP Hyperextension	(0-45 องศา)	F					
F				PIP Flexion	(0-110 องศา)	F					
F				DIP Flexion	(0-80 องศา)	F					
F				Abduction	(0-25 องศา)	F					
Ring											
F				MCP Flexion	(0-90 องศา)	F					
F				MCP Hyperextension	(0-45 องศา)	F					
F				PIP Flexion	(0-110 องศา)	F					
F				DIP Flexion	(0-80 องศา)	F					
F				Abduction	(0-25 องศา)	F					
Little											
F				MCP Flexion	(0-90 องศา)	F					
F				MCP Hyperextension	(0-45 องศา)	F					
F				PIP Flexion	(0-110 องศา)	F					
F				DIP Flexion	(0-80 องศา)	F					
F				Abduction	(0-25 องศา)	F					

ตารางที่ 5.1 แสดงผลการประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อในกรณีศึกษารายที่ 1

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

8.2 Sitting balance: poor-fair (Long sitting balance)

ท่านั่ง	ระดับความสามารถ			
	No	Poor	Fair	Good
ท่านั่งเหยียดขาบนเตียง (Long sitting balance)		✓	✓	
ท่านั่งห้อยขาข้างเตียง (Chair sitting balance)				

ตารางที่ 5.2 แสดงผลการประเมินการทรงตัวในกรณีศึกษาครั้งที่ 1
(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

8.3 Activities of daily living (ADL) : Dependent ด้าน Dressing, Toilet use, Bathing และ Transfer

Activity	Score			
	Pre-treatment	Goal	1 Week	Post-treatment
1. feeding การรับประทานอาหาร 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร 2 ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้	2	2	2	2
2. Bathing การอาบน้ำเช็ดตัว 0 ไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัว ดูแลความสะอาดร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 1 สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน	0	1	0	1
3. Grooming สุขาภิบาลส่วนบุคคล 0 ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด 1 สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้	1	1	1	1
4. Dressing การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 0 ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมเสื้อผ้าได้เอง 1 ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน 2 แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้	0	2 เสื้อ,กางเกง	2 เสื้อ,กางเกง	2 เสื้อ,กางเกง
5. Bowels การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 0 กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้ 1 กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ 2 กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้	-	-	-	-
6. Bladder การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ 0 กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะให้ 1 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะ 2 กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีที่คายสวนปัสสาวะสามารถดูแลตัวเอง	-	-	-	-

Activity

Score

	Pre-treatment	Goal	1 Week	Post-treatment
7.Toilet use การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 0 ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า/ออกห้องสุขาหรือการสวดตึงกระโถนรวมทั้งการถอด/ใส่เสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย 1 ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 2 สามารถเข้า-ออก ห้องสุขา หรือการสวด-ตึงกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย	0	1	1	1
8. Transfer การเคลื่อนย้าย 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ 1 ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้ 2 เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คนคอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ 3 สามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาจากเก้าอี้ขึ้นและสามารถล็อกเก้าอี้ขึ้นได้	0	1	1	1
9. Mobility การเดิน +การเคลื่อนที่ 0 เคลื่อนไหวไม่ได้ 1 สามารถใช้เก้าอี้เข็น คลาน หรือถัดได้ 2 เดินได้โดยมีผู้พยุง 1 คน 3 เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน	-	-	-	-
10. Stairs การขึ้นลงบันได 0 ไม่สามารถทำได้ 1 ต้องการความช่วยเหลือ 2 ขึ้นลงเองได้ (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	-	-	-	-

ตารางที่ 5.3 แสดงผลการประเมินแรกรับ การตั้งเป้าประสงค์และผลการรักษาด้านกิจวัตรประจำวันในกรณีศึกษา รายที่ 1

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

9.การรักษาทางกิจกรรมบำบัดด้านกิจวัตรประจำวัน (ADL)

กิจวัตรประจำวัน	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด	ผลการรักษา	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา
9.1 Dressing	ผู้ป่วยสามารถทำได้เองทุกขั้นตอนด้วยความปลอดภัย (MBI = 2)	บรรลุเป้าประสงค์ MBI ใส่เสื้อ = 2	-	-
	(ใช้การพิงหลังในการใส่เสื้อและกางเกง)	บรรลุเป้าประสงค์ MBI ใส่กางเกง = 2 (ใช้ร่วมกับ อุปกรณ์ช่วยเกี่ยวเสื้อ-กางเกง)	-	-
9.2 Transfer	ผู้ป่วยสามารถทำได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยที่	บรรลุเป้าประสงค์ MBI = 1	- ผู้ป่วยมีอายุและน้ำหนักตัวมาก ย้าย	- แนะนำให้ย้ายตัวเมื่อมีลูกช่วยในช่วงเย็นหรือ

กิจวัตรประจำวัน	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด	ผลการรักษา	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา
	เหมาะสมและมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือบางขั้นตอนอย่างเหมาะสม (MBI = 1)	(ผู้ป่วยมีระดับการทรงท่าที่ ระดับ Poor-Fair ใช้การย้ายตัวแบบ เข้าด้านหน้ามีผู้ดูแลคอยจับเข็มขัดประคองด้านหลัง)	ตัวเพียงรอบเดียวจะมีอาการเหนื่อย และผู้ดูแลเป็นภรรยาที่มีอายุมากเช่นกันซึ่งอาจเกิดอันตรายได้	สุดสัปดาห์
			- ที่บ้าน /: เติยงนอนผู้ป่วยเป็นแบบที่ใช้ในโรงพยาบาลปรับขึ้น/ลงได้ แต่มีระดับของพื้นนอนที่ค่อนข้างสูงกว่าระดับของรถนั่งคนพิการและนั่งมากทำให้มีปัญหาเรื่องการย้ายตัวต่างระดับ เพราะผู้ป่วยมีอายุและน้ำหนักตัวค่อนข้างมาก	- แนะนำให้จัดหาที่นอนให้บางลงและแข็งมากขึ้นหรือปรับระดับเตียงให้พอดีกับระดับของรถนั่งคนพิการ เพื่อความมั่นคงในการทรงท่าและการให้ความช่วยเหลือที่ง่ายมากขึ้น
9.3 Toilet use	ผู้ป่วยสามารถทำได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสมและมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือบางขั้นตอนอย่างเหมาะสม (MBI = 1)	บรรลุเป้าประสงค์ MBI = 1 (ผู้ป่วยใช้รถเข็นสำหรับขับถ่ายขณะอยู่โรงพยาบาล ปล.ผู้ป่วยสามารถย้ายตัวมาที่รถเข็นสำหรับขับถ่ายได้แบบมีผู้ช่วยเหลือ)	ผู้ป่วยยังควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และมีน้ำหนักตัวมาก การย้ายตัวบ่อยๆ จึงค่อนข้างลำบาก เพราะผู้ป่วยอยู่กับภรรยาอายุ 80 ปีแค่ 2 คนในช่วงกลางวัน	แนะนำให้ผู้ป่วยขับถ่ายบนเตียงเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจวัตรประจำวัน	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด	ผลการรักษา	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา
9.4 Bathing	ผู้ป่วยสามารถใช้มือทำได้เองทุกขั้นตอนด้วยความปลอดภัย (MBI = 1)	บรรลุเป้าประสงค์ MBI = 1 (ผู้ป่วยใช้รถเข็นสำหรับขับถ่ายไปอาบน้ำในห้องน้ำ และสามารถใช้มือถูตัว สระผม เช็ดตัวได้ ปล.ผู้ป่วยสามารถย้ายตัวมาที่รถเข็นสำหรับขับถ่ายได้แบบมีผู้ช่วยเหลือ)	ผู้ป่วยมีอายุและน้ำหนักตัวมาก ภรรยาซึ่งก็มีอายุมากไม่สามารถช่วยเพียงลำพังได้	แนะนำให้ระหว่งวันเป็นการเช็ดตัวบนเตียงและให้อาบน้ำในช่วงเย็นหรือช่วงสุดสัปดาห์ เมื่อมีลูกค่อยช่วยในการย้ายตัวผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย

หมายเหตุ ระยะเวลาการรักษาที่หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11 ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2561 ถึง 5 มกราคม 2562

ตารางที่ 5.4 แสดงการตั้งเป้าประสงค์ ผลการรักษา ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและพัฒนาในกรณีศึกษาตอนที่ 1

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

กรณีศึกษารายที่ 2

1. เพศ: หญิง, อายุ: 31 ปี
2. การวินิจฉัยโรค: Spinal cord injury L4 (Complete cord, ASIA A)
3. ระยะเวลาการเกิดโรค: ตุลาคม 2560
4. ความพิการที่ได้รับ: Paraplegia
5. สาเหตุ: โดนจากชั้น 5 เนื่องจากเหตุไฟไหม้
6. น้ำหนัก: 65 กิโลกรัม
7. อาชีพ: พนักงานขายเครื่องสำอางค์
8. ความสามารถแรกรับ

8.1 Rang of motion (ROM): F = Full ROM

แบบประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ

ข้อต่อ										ข้อต่อ											
PROM (ซ้าย)					Item	PROM (ขวา)					PROM (ซ้าย)					Item	PROM (ขวา)				
1	2	3	4	1		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3		4				
Shoulder										Index											
F				Flexion (0-170 องศา)	F				MCP Flexion (0-90 องศา)	F											
F				Extension (0-60 องศา)	F				MCP Hyperextension (0-45 องศา)	F											
F				Abduction (0-170 องศา)	F				PIP Flexion (0-110 องศา)	F											
F				Horizontal abduction (0-40 องศา)	F				DIP Flexion (0-80 องศา)	F											
F				Horizontal adduction (0-130 องศา)	F				Abduction (0-25 องศา)	F											
F				Internal rotation (0-70 องศา)	F				Middle												
F				External rotation (0-90 องศา)	F				MCP Flexion (0-90 องศา)	F											
Elbow										MCP Hyperextension (0-45 องศา)											
F				Flexion (0-150 องศา)	F				PIP Flexion (0-110 องศา)	F											
F				Extension (0 องศา)	F				DIP Flexion (0-80 องศา)	F											
Forearm										Abduction (0-25 องศา)											
F				Supination (0-90 องศา)	F				Ring												
F				Pronation (0-90 องศา)	F				MCP Flexion (0-90 องศา)	F											
Wrist										MCP Hyperextension (0-45 องศา)											
F				Flexion (0-80 องศา)	F				PIP Flexion (0-110 องศา)	F											
F				Extension (0-70 องศา)	F				DIP Flexion (0-80 องศา)	F											
F				Ulnar deviation (0-35 องศา)	F				Abduction (0-25 องศา)	F											
F				Radial deviation (0-20 องศา)	F				Little												
Thumb										MCP Flexion (0-90 องศา)											
F				MCP Flexion (0-50 องศา)	F				MCP Hyperextension (0-45 องศา)	F											
F				IP Flexion (0-90 องศา)	F				PIP Flexion (0-110 องศา)	F											
F				Abduction (0-50 องศา)	F				DIP Flexion (0-80 องศา)	F											
									Abduction (0-25 องศา)	F											

ตารางที่ 5.5 แสดงผลการประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อในกรณีศึกษารายที่ 2

(ที่มา: พนิทร กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

8.2 Sitting balance: good

ท่านั่ง	ระดับความสามารถ			
	No	Poor	Fair	Good
ท่านั่งเหยียดขาบนเตียง (Long sitting balance)				✓
ท่านั่งห้อยขาข้างเตียง (Chair sitting balance)				✓

ตารางที่ 5.6 แสดงผลการประเมินการทรงท่าในกรณีศึกษา รายที่ 2
(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

8.3 Activities of daily living (ADL)

: Dependent ด้าน Bathing

: ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ด้าน Dressing กางเกง, Toilet use และ Transfer

Activity

Score

	Pre-treatment	Goal	1 Week	Post-treatment
1. feeding การรับประทานอาหาร 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร 2 ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้	2	2	2	2
2. Bathing การอาบน้ำเช็ดตัว 0 ไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัว ดูแลความสะอาดร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 1 สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน	0	1	0	1
3. Grooming สุขาภิบาลส่วนบุคคล 0 ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด 1 สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้	1	1	1	1
4. Dressing การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 0 ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง 1 ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน 2 แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้	2 เสื้อ 1 กางเกง	2 เสื้อ, กางเกง	2 เสื้อ, กางเกง	2 เสื้อ, กางเกง
5. Bowels การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 0 กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้ 1 กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ 2 กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำเองได้	-	-	-	-
6. Bladder การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ 0 กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะให้ 1 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะ 2 กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีที่คายสวนปัสสาวะสามารถดูแลตัวเอง	-	-	-	-

Activity

Score

	Pre-treatment	Goal	1 Week	Post-treatment
7.Toilet use การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 0 ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า/ออกห้องสุขาหรือการสวดตึงกระโถนรวมทั้งการถอด/ใส่เสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย 1 ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 2 สามารถเข้า-ออก ห้องสุขา หรือการสวด-ตึงกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย	1	2	2	2
8. Transfer การเคลื่อนย้าย 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ 1 ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้ 2 เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คนคอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ 3 สามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาจากเก้าอี้ขึ้นและสามารถล็อกเก้าอี้ขึ้นได้	1	3	3	3
9. Mobility การเดิน +การเคลื่อนที่ 0 เคลื่อนไหวไม่ได้ 1 สามารถใช้เก้าอี้เข็น คลาน หรือถัดได้ 2 เดินได้โดยมีผู้พยุง 1 คน 3 เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน	-	-	-	-
10. Stairs การขึ้นลงบันได้ 0 ไม่สามารถทำได้ 1 ต้องการความช่วยเหลือ 2 ขึ้นลงเองได้ (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	-	-	-	-

ตารางที่ 5.7 แสดงผลการประเมินแรกรับ การตั้งเป้าประสงค์และผลการรักษาด้านกิจวัตรประจำวันในกรณีศึกษาตอนที่ 2

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

9.การรักษาทางกิจกรรมบำบัดด้านกิจวัตรประจำวัน (ADL)

กิจวัตรประจำวัน	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด	ผลการรักษา	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา
9.1 Dressing (ใส่กางเกง)	ผู้ป่วยสามารถทำได้เองทุกขั้นตอนด้วยความปลอดภัย (MBI ใส่กางเกง = 2)	บรรลุเป้าประสงค์ MBI ใส่กางเกง = 2	ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงกลางวัน อาจมีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตกจากเตียงได้	ผู้ป่วยสามารถใส่กางเกงได้ทั้งทำนั่งเหยียดขาบนเตียงและห้อยขาข้างเตียงแต่แนะนำให้ใส่กางเกงแบบนั่งเหยียดขาบนเตียงเพื่อความปลอดภัย
9.2 Transfer	ผู้ป่วยสามารถทำได้เองทุกขั้นตอนด้วยความปลอดภัย (MBI = 3) (ฝึกแบบเข้านด้านหน้า)	บรรลุเป้าประสงค์ MBI = 3 (ฝึกแบบเข้านด้านหน้า)	รถนั่งคนพิการของผู้ป่วยที่จะกลับไปใช้ที่บ้านเป็นแบบเปิดด้านข้างไม่ได้	ฝึกย้ายตัวแบบเข้านด้านหน้า เพราะผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลต้องย้ายตัวคนเดียวและส่งรถนั่งคนพิการของผู้ป่วยไปตรวจระบบเบรกให้มีความมั่นคง
9.3 Toilet use	ผู้ป่วยสามารถทำได้เองทุกขั้นตอนด้วยความปลอดภัย (MBI = 2)	บรรลุเป้าประสงค์ MBI = 2 (ผู้ป่วยย้ายตัวจากรถนั่งคนพิการไปโถชักโครกและ Commode chair มีฝาปิด แบบเข้านด้านหน้า และทำความสะอาดตัวเองได้)	ที่บ้าน : ทางไปห้องน้ำของผู้ป่วยเป็นทางต่างระดับและแคบริถนั่งคนพิการเข้าไม่ได้ และช่วงกลางวันผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพัง	แนะนำให้ใช้ commode chair ไว้ข้างเตียงสำหรับขับถ่ายและฝึกให้ย้ายตัวแบบเข้านด้านหน้าโดยให้ commode chair ชนกับกำแพงด้านหลัง เพื่อความมั่นคง และปลอดภัยขณะย้ายตัว
9.4 Bathing	ผู้ป่วยสามารถใช้มือทำได้เองทุกขั้นตอนด้วยความปลอดภัย (MBI = 1)	บรรลุเป้าประสงค์ MBI = 1 (ผู้ป่วยย้ายตัวจากรถนั่งคนพิการไปโถชัก)	ที่บ้าน : ทางไปห้องน้ำเป็นทางต่างระดับและประตูห้องน้ำผู้ป่วยแคบริถ	แนะนำให้ผู้ป่วยใช้การเช็ดตัวและให้ไปอาบน้ำสระผมที่ลานหลังบ้านโดยการย้ายตัวไปเก้าอี้

กิจวัตรประจำวัน	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด	ผลการรักษา	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา
		โครกเพื่ออาบน้ำได้ แบบเข้าด้านหน้า)	นั่งคนพิการเข้าไม่ได้	พลาสติก สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (มีน้องสาวและสามี มาช่วยยกรถนั่งคนพิการข้ามทางต่างระดับช่วงเย็นและสุดสัปดาห์) และผู้ป่วยวางแผนจะนำไม้มาทำทางลาดเพื่อความสะดวก

หมายเหตุ ระยะเวลาการรักษาที่หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11 ตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561 ถึง มีนาคม 2561

ตารางที่ 5.8 แสดงการตั้งเป้าประสงค์ ผลการรักษา ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและพัฒนาในกรณีศึกษา รายที่ 2

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

กรณีศึกษารายที่ 3

1. เพศ: ชาย, อายุ: 56 ปี
2. การวินิจฉัยโรค: Spinal cord injury C5 (Complete cord, ASIA A)
3. ระยะเวลาการเกิดโรค: เมษายน 2561
4. ความพิการที่ได้รับ: Quadriplegia
5. สาเหตุ: ตกบันได 12 ชั้น
6. น้ำหนัก: 67 กิโลกรัม
7. อาชีพ: รับราชการครู
8. ความสามารถแรกรับ

8.1 Rang of motion (ROM): F = Full ROM

: Limit shoulder flexion, extension internal and external rotation by pain

แบบประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ

H/L																							
PROM (ข้าง)				Item	PROM (ขวา)				PROM (ข้าง)				Item	PROM (ขวา)									
1	2	3	4		1	2	3	4	1	2	3	4											
Shoulder												Index											
F				Flexion (0-170 องศา)	F				F				MCP Flexion (0-90 องศา)	F									
F				Extension (0-60 องศา)	F				F				MCP Hyperextension (0-45 องศา)	F									
F				Abduction (0-170 องศา)	F				F				PIP Flexion (0-110 องศา)	F									
F				Horizontal abduction (0-40 องศา)	F				F				DIP Flexion (0-80 องศา)	F									
F				Horizontal adduction (0-130 องศา)	F				F				Abduction (0-25 องศา)	F									
0-55				Internal rotation (0-70 องศา)	0-50								Middle										
0-80				External rotation (0-90 องศา)	0-75								F										
Elbow												MCP Hyperextension (0-45 องศา)											
F				Flexion (0-150 องศา)	F				F				F										
F				Extension (0 องศา)	F				F				F										
Forearm												PIP Flexion (0-110 องศา)											
F				Supination (0-90 องศา)	F				F				F										
F				Pronation (0-90 องศา)	F				F				F										
Wrist												DIP Flexion (0-80 องศา)											
F				Flexion (0-80 องศา)	F				F				F										
F				Extension (0-70 องศา)	F				F				F										
F				Ulnar deviation (0-35 องศา)	F				F				F										
F				Radial deviation (0-20 องศา)	F				F				F										
Thumb												Abduction (0-25 องศา)											
F				MCP Flexion (0-50 องศา)	F				F				F										
F				IP Flexion (0-90 องศา)	F				F				F										
F				Abduction (0-50 องศา)	F				F				F										

ตารางที่ 5.9 แสดงผลการประเมินช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อในกรณีศึกษารายที่ 3

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

8.2 Sitting balance: no

ท่านั่ง	ระดับความสามารถ			
	No	Poor	Fair	Good
ท่านั่งเหยียดขาบนเตียง (Long sitting balance)	✓			
ท่านั่งห้อยขาข้างเตียง (Chair sitting balance)	✓			

ตารางที่ 5.10 แสดงผลการประเมินการทรงท่าในกรณีศึกษาครั้งที่ 3
(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

8.3 Activities Of Daily Living (ADL) : Dependent ทุกด้าน

Activity

Score

	Pre-treatment	Goal	1 Week	Post-treatment
1. feeding การรับประทานอาหาร 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร 2 ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารไว้ให้	0	1	0	1
2. Bathing การอาบน้ำเช็ดตัว 0 ไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัว ดูแลความสะอาดร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 1 สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน	0	0 สอนญาติ	0	0 สอนญาติ
3. Grooming สุขาภิบาลส่วนบุคคล 0 ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด 1 สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้	0	1	0	0
4. Dressing การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 0 ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง 1 ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน 2 แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้	0	1 เสื้อ 0 กางเกง	0 เสื้อ 0 กางเกง	1 เสื้อ 0 กางเกง
5. Bowels การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 0 กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้ 1 กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ 2 กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้	-	-	-	-
6. Bladder การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ 0 กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคาสาปัสสาวะให้ 1 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคาสาปัสสาวะ 2 กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีที่คาสาปัสสาวะสามารถดูแลตัวเอง	-	-	-	-

Activity

Score

	Pre-treatment	Goal	1 Week	Post-treatment
7.Toilet use การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 0 ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า/ออกห้องสุขาหรือการสวดตึงกระโถนรวมทั้งการถอด/ใส่เสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย 1 ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 2 สามารถเข้า-ออก ห้องสุขา หรือการสวด-ตึงกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย	0	0 สอนญาติ	0	0 สอนญาติ
8. Transfer การเคลื่อนย้าย 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ 1 ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้ 2 เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คนคอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ 3 สามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้เข็นและสามารถล็อกล้อเก้าอี้เข็นได้	0	0 สอนญาติ	0	0 สอนญาติ
9. Mobility การเดิน +การเคลื่อนที่ 0 เคลื่อนไหวไม่ได้ 1 สามารถใช้เก้าอี้เข็น คลาน หรือถัดได้ 2 เดินได้โดยมีผู้พยุง 1 คน 3 เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน	-	-	-	-
10. Stairs การขึ้นลงบันได้ 0 ไม่สามารถทำได้ 1 ต้องการความช่วยเหลือ 2 ขึ้นลงเองได้ (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	-	-	-	-

ตารางที่ 5.11 แสดงผลการประเมินแรกรับ การตั้งเป้าประสงค์และผลการรักษาด้านกิจวัตรประจำวันในกรณีศึกษารายที่ 3

(ที่มา: พนิษฐ กองเกตุใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

9.การรักษาทางกิจกรรมบำบัดด้านกิจวัตรประจำวัน (ADL)

กิจวัตรประจำวัน	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด	ผลการรักษา	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา
9.1 Feeding	ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสม (MBI = 1)	บรรลุเป้าประสงค์ (MBI = 1) (ใช้อุปกรณ์ช่วย cock-up splint with universal cuff, ยางช่วยยกแขน, ผ้ากันเปื้อน, โต๊ะญี่ปุ่น)	ผู้ป่วยยังคุมทิศทางการเคลื่อนไหวของแขนยังไม่ดี อาหารจึงหกออกนอกจานข้าวเยอะมากและมีข้อบกพร่องกับปาก บางครั้งร่วมกับอาการปวดที่หัวไหล่	1. แนะนำลักษณะของอาหารให้เป็นอาหารจานเดียว เช่น ข้าวผัด หรือข้าวและกับข้าวอยู่ในจานเดียวกัน ไม่เป็นอาหารประเภทน้ำ 2. แนะนำให้ผู้ป่วยทานเองในช่วง 5 คำแรกและให้ญาติป้อนต่อ และค่อยๆ เพิ่มจำนวนคำที่

กิจวัตรประจำวัน	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด	ผลการรักษา	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา
				ผู้ป่วยทำเองเพื่อค่อยๆเพิ่มความทนทานในการยกแขนจนกระทั่งผู้ป่วยทานได้หมดจาน
9.2 Bathing	ผู้ดูแลมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการอาบน้ำ/เช็ดตัวให้กับผู้ป่วย (MBI = 0)	บรรลุเป้าประสงค์ (MBI = 0)	ผู้ป่วยมีปัญหาปวดบริเวณหัวไหล่ เวลาผู้ดูแลช่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อเช็ดตัว	แนะนำให้ผู้ดูแลหลีกเลี่ยงการจับที่หัวไหล่เพื่อพลิกตะแคงแต่ให้โอบผู้ป่วยไปจนถึงกลางหลังเพื่อช่วยพลิกตะแคงแล้วเช็ดตัวแทนและไม่แนะนำให้อยู่ในท่านอนตะแคงนาน เพื่อเลี่ยงอาการปวดไหล่
9.3 Grooming	ผู้ป่วยสามารถทำได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสม (MBI = 1)	ไม่บรรลุเป้าประสงค์ (MBI = 0) (ผู้ป่วยใช้ cock – up splint with universal cuff สำหรับเสียบด้ามหวีแปรงสีฟัน)	ผู้ป่วยมีปัญหาปวดบริเวณหัวไหล่ไม่สามารถยกแขนถึงศีรษะหัวผมได้ (ทำได้เพียง 1 – 2 ครั้งก็ทำต่อไม่ไหว) และไม่สามารถยกแขนค้างไว้เกิน 5 วินาทีสำหรับการแปรงฟันได้	สำหรับผู้ป่วยรายนี้จะต้องลดเป้าประสงค์ในการฝึกลงมาตามเพราะอาการปวดหัวไหล่โดยจะเน้นให้ผู้ดูแลช่วยไปก่อน เมื่อปัญหาการปวดที่หัวไหล่ดีขึ้นจึงค่อยปรับเป้าประสงค์ตามความเหมาะสมต่อไป
9.4 Dressing	ผู้ป่วยสามารถทำได้เองบางขั้นตอนโดยใช้อุปกรณ์ช่วยและมีผู้ดูแลคอยช่วยในส่วนที่เหลือ (MBI = 1)			

กิจวัตรประจำวัน	เป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัด	ผลการรักษา	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา
		บรรลุปาเป้าประสงค์ (MBI = 1) (ผู้ป่วยนั่งพิงหลังสามารถช่วยยกแขนใส่เสื้อ และ ใช้ 2 มือประกบช่วยจัดเสื้อและดึงตีนตุ๊กแกที่ใช้แทนกระดุมได้ แต่กางเกงต้องมีคนช่วยทุกขั้นตอน)	เสื้อผ่าหน้าผู้ป่วยใส่ต้องตัวใหญ่เพื่อให้ใส่ - ถอดได้ง่าย แต่มีปัญหาในการดึงตีนตุ๊กแกออกจากกัน เพราะเสื้อตัวใหญ่ต้องยืดแขนให้สุดเพื่อดึงตีนตุ๊กแกออกจากกัน	แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ปากช่วยโดย ใช้ 2 มือประกบดึงคอเสื้อด้านหนึ่งให้ถึงปากและกดไว้ แล้วใช้ 2 มือไปดึงเสื้ออีกด้านเพื่อดึงตีนตุ๊กแกออกจากกัน
9.5 Toilet use	ผู้ดูแลมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการขับถ่ายได้ (MBI = 0)	บรรลุปาเป้าประสงค์ (MBI = 0)	-	-
9.6 Transfer	ผู้ดูแลมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการช่วยผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวได้อย่างปลอดภัย (MBI = 0)	บรรลุปาเป้าประสงค์ (MBI = 0)	-	-

หมายเหตุ ระยะเวลาการรักษาที่หอผู้ป่วยสลายกัมมันตภาพรังสี (Spinal unit) ตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน 2561 ถึง สิงหาคม 2561 และมาฝึกแบบผู้ป่วยนอก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนถึงปัจจุบัน (30 ธันวาคม 2561)

ตารางที่ 5.12 แสดงการตั้งเป้าประสงค์ ผลการรักษา ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและพัฒนาในกรณีศึกษา รายที่ 3

(ที่มา: พนิษฐ กองเขตใหญ่ สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. สถิติคนพิการไทย. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://dep.go.th/>
2. กิ่งแก้ว ปาจริย์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
3. Harrison P. Managing Spinal Cord Critical Care. London: Spinal injuries association; 2000.
4. Thrombly C, Radomski MV. Occupational Therapy for Physical. 5th ed. Williams and wilkins; 2002.
5. อภิชนา โฉมวิเศษ. การฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. ใน: เสก อักษรานุเคราะห์, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค19; 2539.หน้า 619-48.
6. ทศพร บรรยมาก. กิจกรรมบำบัดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง.ใน: พิศศักดิ์ ชินชัย, บรรณาธิการ. กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีปัญหาระบบประสาท. พิมพ์ครั้งที่2. เชียงใหม่: โรงพิมพ์อเรนจ์กรุปเทคนิคดีไซด์; 2551. หน้า 164-73.
7. Sargent C, Braun M. Occupational Therapy Management of the Acute Spinal Cord Injured Patient. The American Journal of Occupational Therap. May 1986;40:333-38.
8. สรินยา ศรีเพชรราช. การประเมินทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ห่อนสมรรถภาพทางกาย. เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์; 2549.
9. กองทรัพยากรบุคคล. [อินเทอร์เน็ต]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://op.mahidol.ac.th/orpr/newhr/>
10. Daniel MS, and Strickland LR. Occupational Therapy Protocol Management in Adult Physical Dysfunction; 1992.
11. Michael ES. Spinal Cord Injury: A guide for Patient and Families; 2006.
12. Gary N, and Yarkony. Spinal cord rehabilitation: The Spinal Cord Injured Patient. 2th ed. New York. Demos; 2010.
13. Timothy T, Roberts, Garrett R. Leonard, and Daniel J.Cepela. Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. Clin Orthop Res. May 2017;475:1499–504.
14. McKinley W, Santos K, Meade M, Brooke K. Incidence and Outcomes of Spinal Cord Injury Clinical Syndromes. The Journal of Spinal Cord Medicine. November 2007;30: 215–24.
15. ต่อบงษ์ บุญมาประเสริฐ. บาดเจ็บไขสันหลังเฉียบพลัน (Acute Traumatic Spinal Cord injury). [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.med.cmu.ac.th/dept/ortho/en/images/education/Dr.Torpong/Acute%20Spinal%20cord%20injury.pdf>

16. Turner A. The practice of Occupational Therapy. 2nd ed. Churchill Livingstone; 1987.
17. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
แนวทางปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บาดเจ็บไขสันหลัง. กรุงเทพฯ บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2556.
18. Terence J, Langhome P, and David J. Barthel Index for Stroke: Trials Development, Properties, and Application. April 2011;42:1146–151.