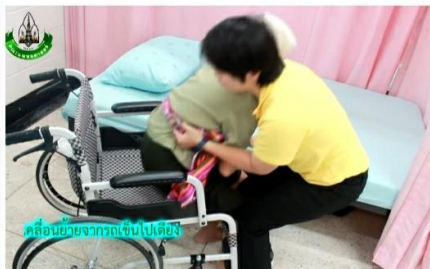




๒๕๖๒ ภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียง



จัดทำโดย

หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กันยายน 2562

คำนำ

ในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาล ยากลำบาก โดยเฉพาะ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ และผู้สูงอายุที่ไปไหนไม่ได้ด้วยตัวเองนั้น แม้แต่จะลูกเดินออกจากบ้านก็ลำบาก หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้มองเห็นถึงแนวทางในการช่วยเหลือดูแล และกายภาพบำบัด คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อจะพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เน้นการให้บริการผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังที่ติดบ้านติดเตียงเป็นหลัก หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เห็นว่ากลุ่มคนเหล่านี้บางคนขาดโอกาสทางสังคม จึงจัดทำคู่มือกายภาพบำบัดกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายขึ้นเพื่อให้เข้าใจในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องโดย เนื้อหาประกอบด้วย การขยับข้อต่อร่างกาย และลำตัว การจัดทำทางที่ถูกต้องในผู้ป่วยระบบประสาท การเคาะปอด การฝึกหายใจ การจัดทำระบายนเสมหะ การฝึกไอ การออกกำลังกายทรวงอก การเคลื่อนไหวบนเตียง และฝึกทรงตัวในท่านั่ง วิธีการปรับใช้เครื่องช่วยเดินชนิดต่าง ๆ ที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มโรค การบริหารร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและวิถีโอประกอบการฝึกคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้จัดทำ

กก.อุตสา พันศิริ

กก.วรรณทิภา ภูดอนม่วง

กก.ปริญาพร มะธิปะโน

กก.สุปรียา ราชสีห์

กก.รุ่งฤดี พลบูรณ์

กก.ดร. วิไลรัตน์ แสนสุข

กก.มณีพรรณ เหล่าโพธิ์ศรี

กันยายน 2562

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. การขยับข้อต่ออย่างช้าๆ และลำตัว	4
2. การจัดทำทางที่ถูกต้องในผู้ป่วยระบบประสาท	12
3. การเคาะปอด, การฝึกหายใจ การจัดทำระบายเสมหะ การฝึกไอ การออกกำลังกายทรวงอก	17
4. การเคลื่อนไหวบนเตียง และฝึกทรงตัวในท่านั่ง	23
5. วิธีการปรับใช้เครื่องช่วยเดิน ชนิดต่าง ๆ ที่เหมาะในแต่ละกลุ่มโรค	36
6. การบริหารร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	42
7. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	53

1. การขยับข้อต่ออย่างช้าๆ และลำตัว



กก.อุตสาหกรรม พันธ์ศิริ

นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ

หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

(Passive movement exercise)

การออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อคือการใช้แรง กระทำจากภายนอกในการช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ในองศาการเคลื่อนไหวที่ปกติ แรงกระทำจากภายนอก เช่น แรงจากคน แรงจากเครื่องมือ รวมถึงแรงโน้มถ่วงของโลก

1. ข้อบ่งชี้ในการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไม่รู้สึกรู้ตัว

2. หลักของการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

2.1 อธิบายถึงความสำคัญของการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ สามารถลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง เช่น การหดตัวของกล้ามเนื้อ ข้อตอตึงแข็ง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังส่งเสริมต่อการทำกายภาพบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 การช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ควรทำด้วยความนุ่มนวล ไม่ควรผลัก ดัน หรือกระตุกข้อต่อ เพราะอาจทำให้เกิดภาวะฉีกขาดของกล้ามเนื้อ เอ็นหุ้มข้อ รวมถึงเนื้อเยื่อต่างๆ ได้

2.3 การช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ควรทำการยืดทีละน้อยเท่าที่มีอาการตึงและผู้ป่วยสามารถทนได้

2.4 จำนวนครั้งในการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ ทำท่าละประมาณ 10 – 20 ครั้ง /รอบ วันละ 1-2 รอบ ทำประจำต่อเนื่องทุกวัน

3. ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

3.1 ป้องกันการยึดติดของข้อต่อ

3.2 ลดภาวะหดรั้งของกล้ามเนื้อ เอ็นหุ้มข้อ เส้นเอ็นข้อต่อ

3.3 ช่วยคงสภาพความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ

3.4 ช่วยส่งเสริมและคงสภาพการไหลเวียนโลหิตบริเวณข้อต่อที่ทำการเคลื่อนไหว

3.5 ช่วยส่งเสริมการรับรู้ลึกบริเวณข้อต่อที่ทำการเคลื่อนไหว

3.6 ช่วยลดอาการปวดได้

4. ข้อควรระวังในการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

4.1 หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อในส่วนที่มีกระดูกหัก และ/หรืออยู่ในช่วงแรกของการเชื่อมต่อกระดูก

4.2 ขณะออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อ พบว่ามีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวด บวมมากขึ้น ควรหยุดการออกกำลังกายทันที และปรึกษาแพทย์โดยเร็วที่สุด

4.3 ผู้ที่ทำการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อ ควรอยู่ในท่า ยืนที่ถนัด หลังตรง ไม่ควรเอี้ยวตัวให้ใช้การขยับขาแทนเพื่อป้องกันการ บาดเจ็บที่จะเกิดขึ้นกับผู้ทำการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหว

4.4 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกของข้อต่อส่วนที่ทำการ เคลื่อนไหว ควรทำการเคลื่อนไหวด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะองศาสุดท้าย ของการเคลื่อนไหว

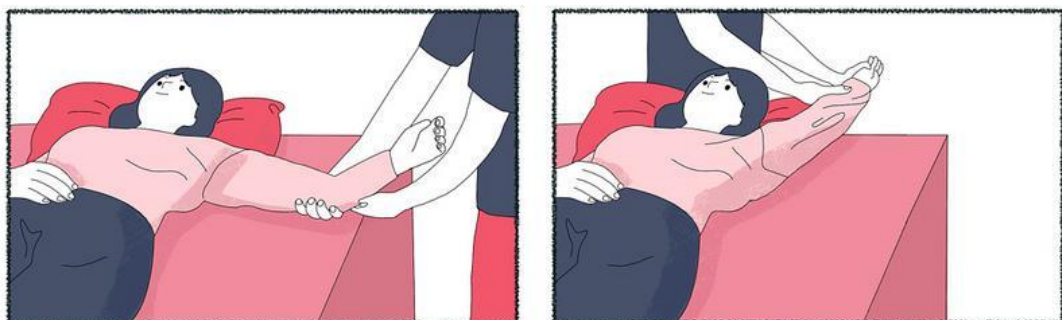
ทำการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ ข้อไหล่

ท่ายกข้อไหล่ขึ้น – ลง



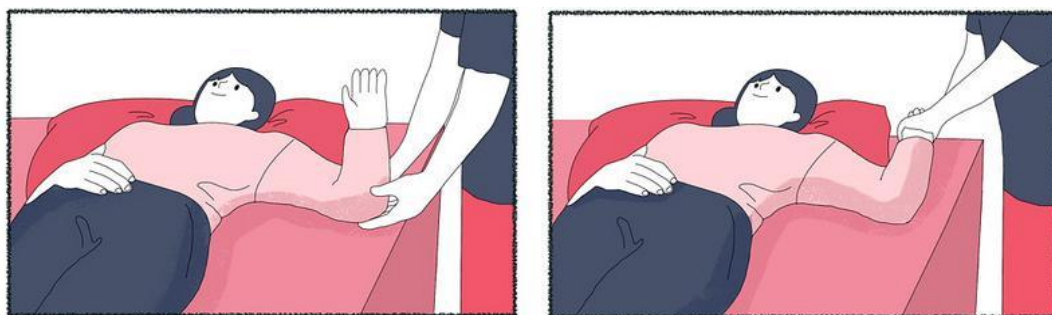
จับบริเวณข้อศอก และข้อมือของผู้ป่วยให้ห่างขึ้น ยกขึ้นตรงๆ ตามแนวระนาบข้างลำตัวเป็นจังหวะช้าๆ ยกขึ้นให้สุดจนถึงขนานกับหู แล้ว เอลงช้าๆเป็นจังหวะ

ท่ากาง – หุบ ข้อไหล่



จับบริเวณข้อศอก และข้อมือของผู้ป่วยพร้อมกางแขนออกมด้านข้าง
ค่อยๆ งอข้อศอกและเหยียดแขนขึ้นชิดศีรษะ แล้วจึงงอข้อศอกกลับมาใน
ทิศทางเดิม

ท่าหมุนข้อไหล่เข้าด้านใน – ออกด้านนอก



จับบริเวณข้อศอก และข้อมือของผู้ป่วยพร้อมกางแขนออกมด้านข้างตั้ง
เป็นมุมฉาก 90 องศา กับลำตัว จากนั้นให้หมุนปลายแขนผู้ป่วยขึ้นด้านบนและ
หมุนลงด้านล่างสลับกัน

ข้อศอก

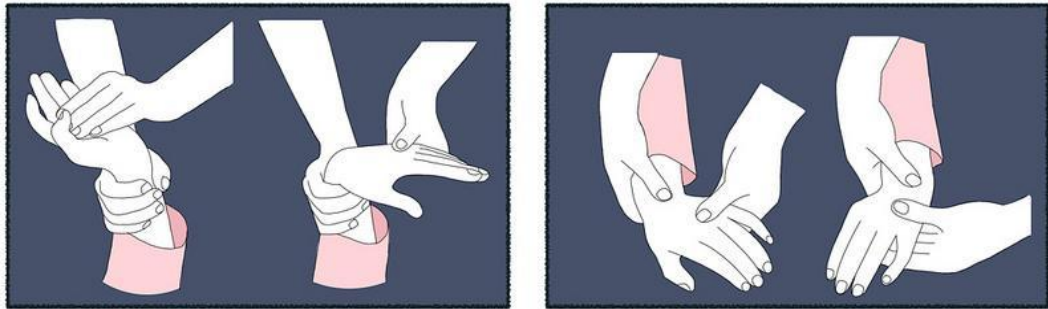
ท่างอ – เหยียด ข้อศอก



วางแขนของผู้ป่วยแนบลำตัว แล้วหงายฝ่ามือขึ้น งอข้อศอกขึ้นจนมือ
แตะไหล่ผู้ป่วย แล้วจึงเหยียดออกช้าๆ สลับกัน

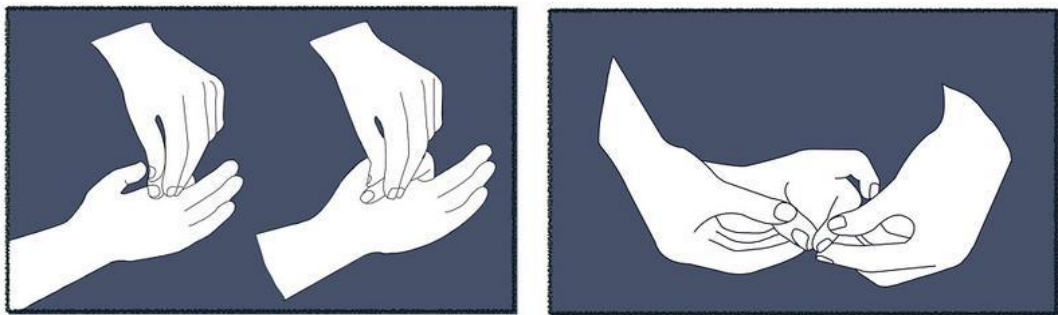
ข้อมือ

ทำกระดูกข้อมือขึ้น – ลงและไปทางด้านข้าง



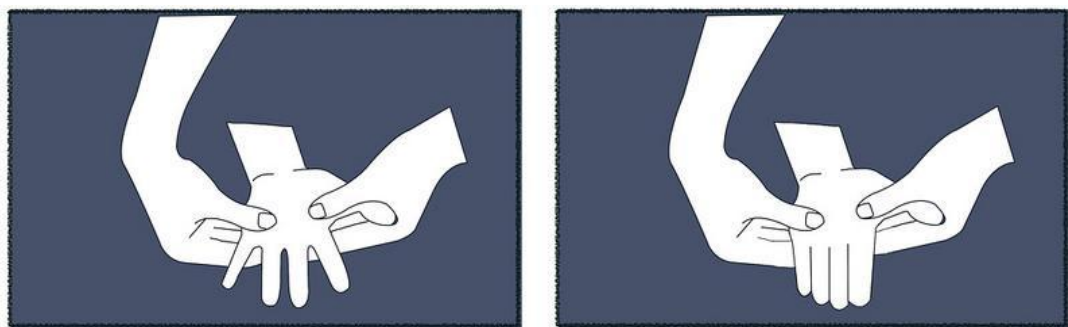
จับบริเวณข้อมือของผู้ป่วยแล้วกระดูกมือขึ้น-ลง แล้วจึงจับมือบิดไปทางซ้าย-ขวา

ทำ งอ –เหยียด ข้อนิ้วมือ



งอ นิ้วของผู้ป่วยทีละนิ้วโดยให้ปลายนิ้วแตะบริเวณกลางฝ่ามือ หรือจับนิ้วหัวแม่มือแต่ละปลายนิ้วอื่นๆ จนครบทั้ง 5 นิ้ว

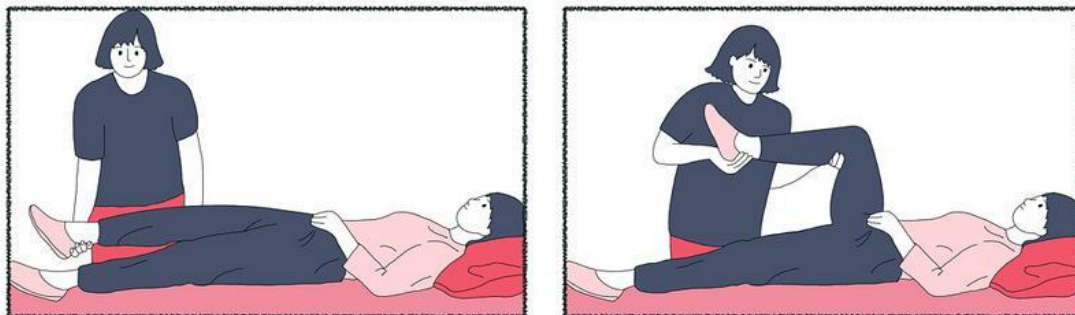
ทำ กาง – หุบ ข้อนิ้วมือ



กาง – หุบนิ้วมือผู้ป่วยเข้า-ออกสลับกัน

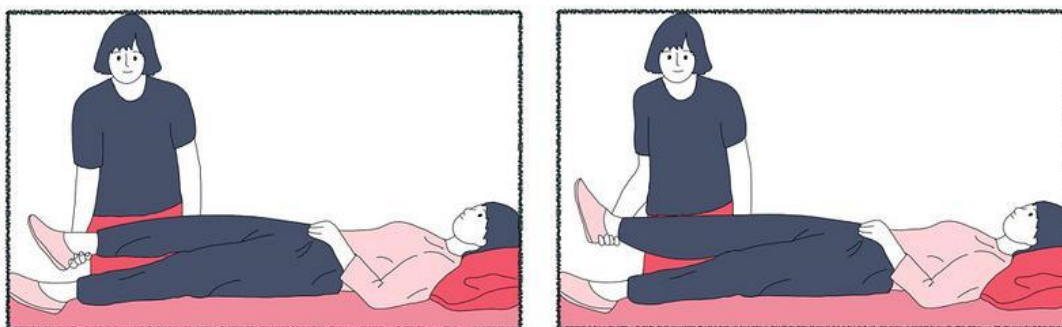
ข้อสะโพก

ท่าอ – เหยียด ข้อสะโพก พร้อมกับข้อเข่า



จับบริเวณข้อเท้าและใต้ข้อเข่าของผู้ป่วย ออกแรงดันให้ขาผู้ป่วยงอเข้า
หาลำตัวโดยให้ข้อสะโพกและข้อเข่างอประมาณ 90 องศา จากนั้นเหยียดออก
ให้ตรง ทำสลับกัน พยายามให้ฝ่าเท้าของผู้ป่วยตั้งตรงอยู่ตลอดเวลา

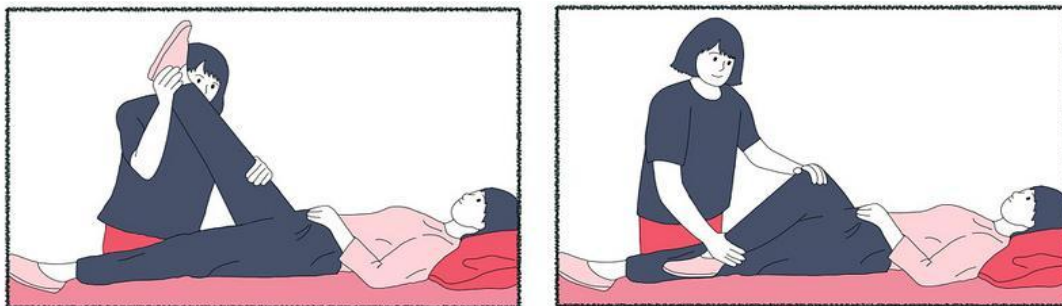
ท่า กาง - หุบ ข้อสะโพก



จับบริเวณข้อเท้า และข้อเข่า ออกแรงยกขาผู้ป่วยขึ้นเล็กน้อย แล้วกางขา
ออกด้านข้างประมาณ 45 องศาแล้วหุบเข้าสลับกัน

ข้อเข่า

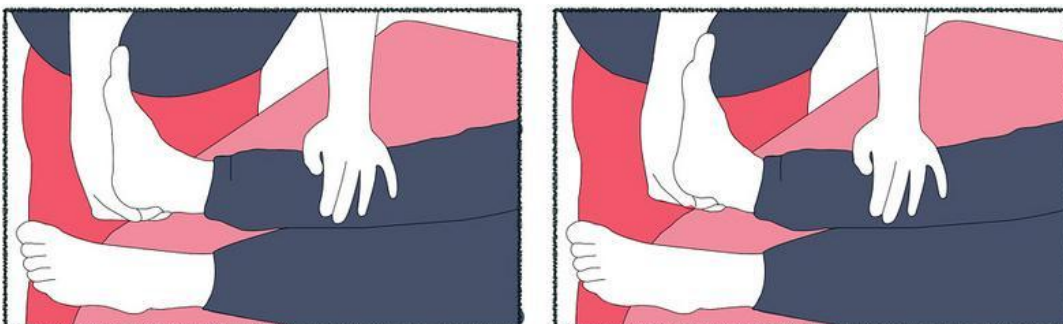
ท่า งอ –เหยียดเข่า



จับบริเวณข้อเท้าและข้อเข่า ยกขาเหยียดตรงแล้วพับข้อเข่าลง ทำสลับกัน

ข้อเท้า

ท่า กระดกข้อเท้า ขึ้น – ลง



ใช้มือ 1 ข้างประคอง ส้นเท้าและอีกข้างจับบริเวณหน้าแข้ง ออกแรงดันส้นเท้าผู้ป่วยไปในทิศทางขึ้นไปด้านศีรษะ จนรู้สึกถึงความตึงบริเวณเอ็นร้อยหวายหรือกล้ามเนื้อน่อง ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วจึงผ่อนแรง

ท่า งอ – เขยียด ขอนิ้วเท้า



กดปลายนิ้วเท้าทั้ง 10 นิ้ว ให้งุ้มลงสลับกับเขยียดนิ้ว อาจทำทีละนิ้วหรือพร้อมกันก็ได้ และกางนิ้วเท้าออกจากกันให้รู้สึกตึงแล้วหุบเข้า

2. การจัดทำทางที่ถูกต้องในผู้ป่วยระบบประสาท

กภ.วรรณทิภา ภูคอนม่วง

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การจัดทำทางผู้ป่วย ได้แก่ ท่านอน ท่านั่ง การนั่งรถเข็น เป็นต้น อย่างถูกต้องมีความสำคัญมากในผู้ป่วยระบบประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หรือครึ่งท่อนล่าง ในระยะแรกที่มีกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก

วัตถุประสงค์ของการจัดทำทาง

1. ป้องกันการกดทับ อาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
2. ป้องกันข้อยึดติด
3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดและระบบน้ำเหลือง เช่น อาการบวม
4. ป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก
5. ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และดูแลร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาต

นอกจากการจัดทำทางที่ถูกต้องแล้วยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ดังนี้

เตียงนอน ควรเป็นเตียงที่สามารถลูกนั่งได้ง่าย สามารถห้อยเท้าข้างเตียงได้ ไม่นอนพื้น ที่นอนไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป ปัจจุบันอาจวางที่นอนลมเสริมบนเตียงเพื่อป้องกันแผลกดทับ

ผ้าปูที่นอน ผ้าระบายอากาศได้ดี ดึง ไม่มีรอยยับ เพื่อไม่ให้เกิดการเสียดสีกับผิวหนังซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ

หมอน ควรมีความสูงพอเหมาะกับผู้ป่วย และมีหมอนเสริมช่วยในการจัดท่าทาง

การเปลี่ยนท่าทาง ควรเปลี่ยนท่าทาง ทุก 2-3 ชั่วโมง

การจัดท่านอนหงาย

1. หนุนหมอนถึงบ่า ไม่สูงหรือต่ำเกินไป หน้าตรง
2. หนุนหมอนใต้ไหล่ (ข้างอ่อนแรง) จับสะบักยกมาด้านหน้าเล็กน้อย วางแขนบนหมอนในท่าเหยียดศอก หงายมือ ในผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งของแขน ให้หนุนหมอนข้างลำตัวป้องกันการเกร็งของข้อศอก และใช้ผ้าม้วนใส่ในมือป้องกันการกำมือ
3. หนุนหมอนใต้เข่า ให้เข่างอเล็กน้อยเพื่อลดความตึงตัว กล้ามเนื้อหลัง จัดให้ขาอยู่ในท่าตรง อาจใช้หมอนหนุนด้านข้างต้นขาเพื่อป้องกันขาหมุนออกด้านนอก
4. ห้ามใช้หมอนหรืออุปกรณ์ดันปลายเท้า เพราะจะกระตุ้นอาการเกร็งเพิ่มขึ้น



การจัดทำอนตะแคง

ทำอนตะแคงทับข้างอ่อนแรง

1. จับขอบสะบักข้างที่อ่อนแรงให้แขนยื่นมาด้านหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยนอนทับสะบัก ขยับให้หัวไหล่ยื่นไปข้างหน้าให้มากที่สุด โดยการดึงเบาๆ ที่ต้นแขน ห้ามดึงที่ข้อมือ
2. เขยี่ยขาข้างอ่อนแรงให้ยืดตรง
3. ใส่หมอนรองรับขาข้างปกติในท่างอเข้าและสะโพก



ทำอนตะแคงทับข้างปกติ

1. ขยับให้หัวไหล่ยื่นไปข้างหน้าให้มากที่สุด โดยการดึงเบาๆ ที่ต้นแขน ห้ามดึงที่ข้อมือ
2. สอดหมอนไว้ที่หลังและรองรับแขนและขาข้างอ่อนแรง



ทำนั้งห้อยขาข้างเตียงหรือเก้าอี้

1. นั้งศีรษะ และลำตัวตรง ถ้าผู้ป่วยยังทรงทำไม่ได้ ให้ใช้หมอนหรือ
ผู้ดูแลนั่งด้านข้าง
2. ใช้หมอนรองแขนข้างอ่อนแรง แขนข้างปกติวางบนเตียงเพื่อช่วยทรง
ท่า
3. เท้าวางบนพื้น กรณีเท้าไม่ถึงพื้นให้ใช้ไม้รองขา ลงน้ำหนักสองข้าง
ให้เท่ากัน



ทำนั้งในรถเข็น

1. นั้งให้สะโพกชิดพนักพิงมากที่สุด ลำตัวตั้งตรง
2. ถ้าวางเท้าเอียงไปด้านอ่อนแรง ให้ใช้หมอนดันลำตัวให้ตรง
3. วางมือข้างอ่อนแรงไว้บนหมอนที่วางบนตัก
4. เท้าสองข้างวางบนแป้นวางเท้า



3. การเคาะปอด การฝึกหายใจ การจัดทำระบายเสมหะ การฝึกไอ

การออกกำลังกายทรงออก



^^ ประิญาพร มะธิปะโน

นางภาพบำบัดชำนาญการ

หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การจัดทำระบายเสมหะ

เป็นการจัดทำทาง ผู้ป่วย โดยใช้แรงโน้มถ่วงของโลกมาช่วยในการระบายเสมหะ โดยจัดให้ส่วนของปอดหรือแขนงที่มีเสมหะค้างค้ำอยู่ด้านบน เพื่อให้เสมหะ เคลื่อนตามแรงโน้มถ่วงของโลกลงมายังหลอดลมใหญ่ มักใช้ร่วมกับการเคาะปอด

ข้อห้ามข้อควรระวัง

ทำหัตถ์

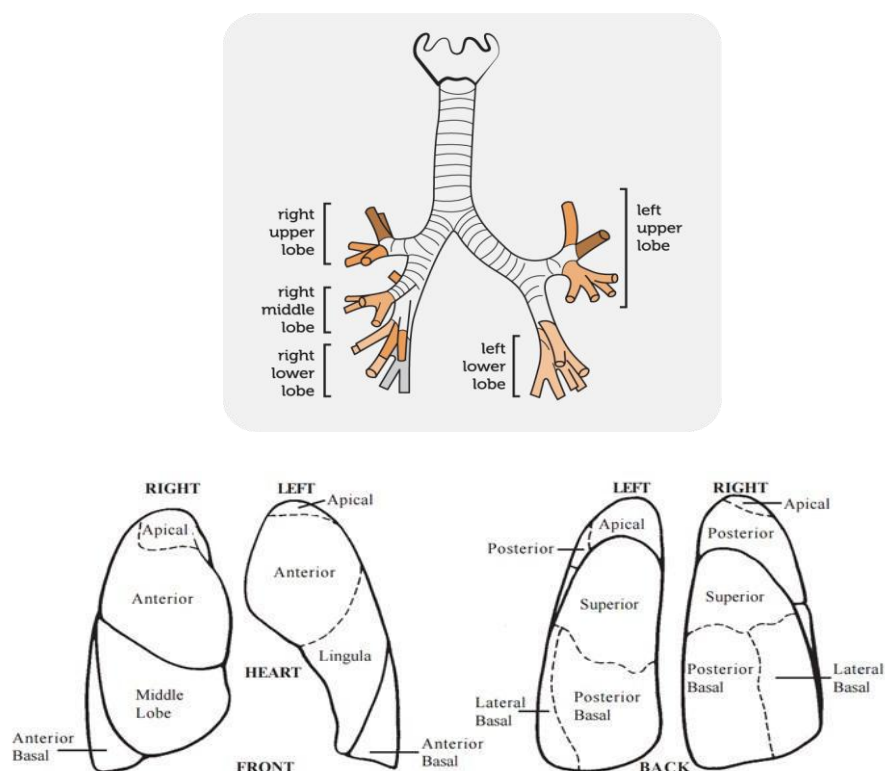
1. ความดันในศีรษะสูงมากกว่า20mmHg
2. ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
3. ไอเป็นเลือด(เนื่องจากการผ่าตัดปอด ฉายรังสี)
4. ผู้ป่วยที่มีการสำลักอาหาร
5. ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการบาดเจ็บ มีแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกระดับลึก หรือได้รับการผ่าตัดที่บริเวณใบหน้าและลำคอ
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บกระดูกสันหลัง หรือมีสัญญาณชีพผิดปกติ

ท่าห้วสูง

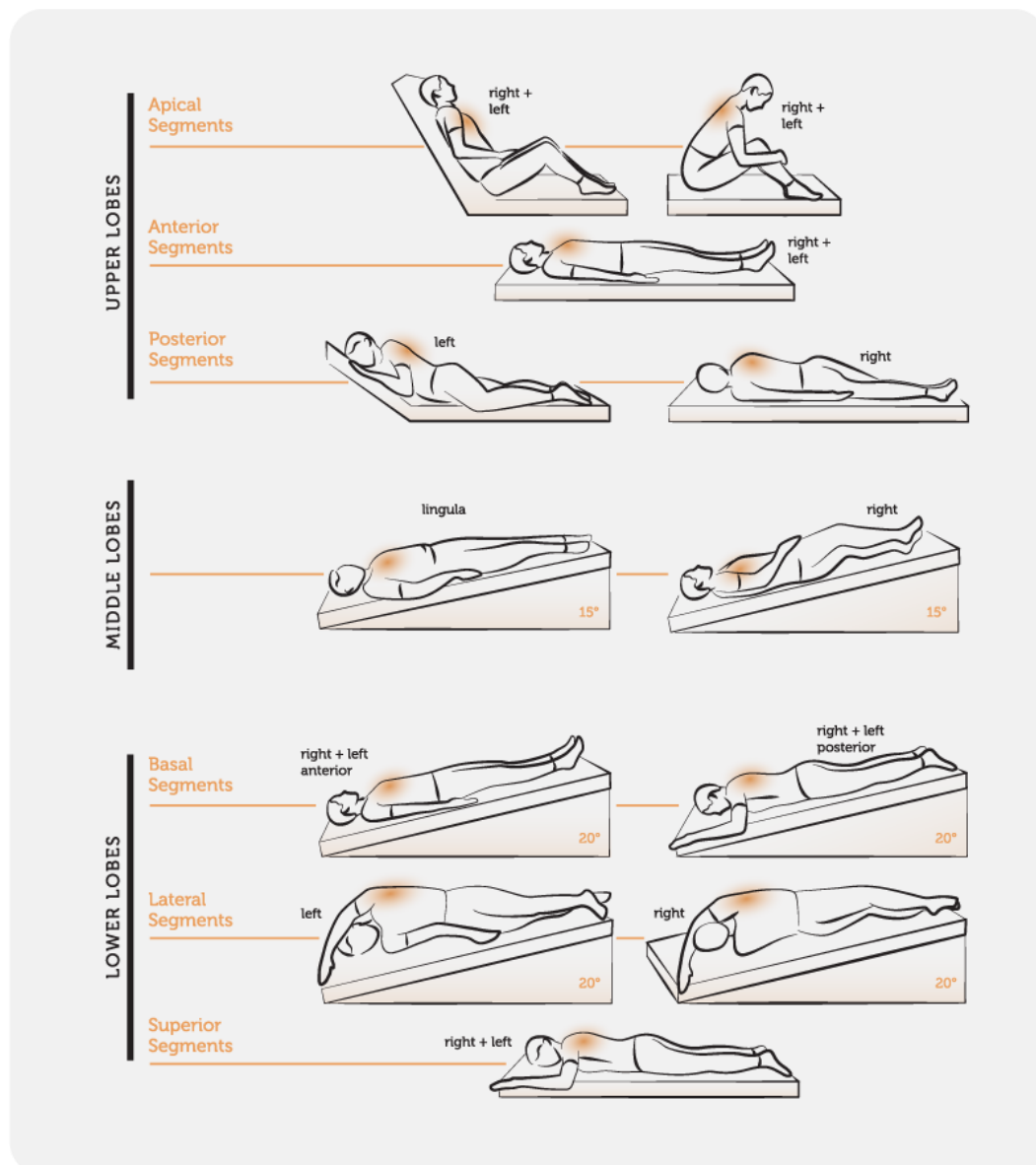
1. ภาวะความดันโลหิตต่ำหรือได้รับยาขยายหลอดเลือด
2. ผู้ป่วยที่บาดเจ็บบริเวณกระดูกต้นคอหรือศีรษะ

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการจัดท่าระบายเสมหะ

1. แรงดันในช่องกระโหลกศีรษะสูง
2. ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ
3. หลอดลมหดเกร็ง
4. ความดันโลหิตลดลงฉับพลัน
5. สำลักอาหาร อาเจียน



รูปที่ 1. กายวิภาคของปอด



รูปที่ 2 ทำท่าทางการจัดท่าระบายนเสมหะของแต่ละกลีบปอด

ปอด	กลีบปอด	ท่าทาง
Upper lobe	● Apical bronchus ● Posterior bronchus - Right - Left	● นอนหงายราบหัวสูง 45 องศา ● นอนตะแคงทับซ้ายกึ่งคว่ำหัวราบ ● นอนตะแคงทับขวา กึ่งคว่ำหัวสูง 45 องศา
Lingular	● Anterior bronchus	● นอนหงายหัวราบ
Middle lobe	● Superior bronchus/Inferior bronchus	● นอนตะแคงทับขวา กึ่งหงายหัวต่ำ 15 องศา
Lower lobe	● Lateral bronchus/medial bronchus ● Apical bronchus ● Medial basal bronchus	● นอนตะแคงทับซ้ายกึ่งหงายหัวต่ำ 15 องศา ● นอนคว่ำหัวราบ หมอนรองใต้ท้อง ● นอนตะแคงทับขวา หัวต่ำ 20 องศา

ปอด	กลีบปอด	ท่าทาง
	● Anterior basal bronchus ● Lateral basal bronchus ● Posterior basal bronchus	● นอนหงายหัวต่ำ 20 องศา ● นอนตะแคงด้านตรงข้ามหัวต่ำ 20 องศา ● นอนคว่ำหัวต่ำ 20 องศา

อ้างอิง: Pryor J and Prasad S (eds) (2008): Physiotherapy for Respiratory and cardiac problem (4th ed). Edinburgh: Churchill Livingstone, p167

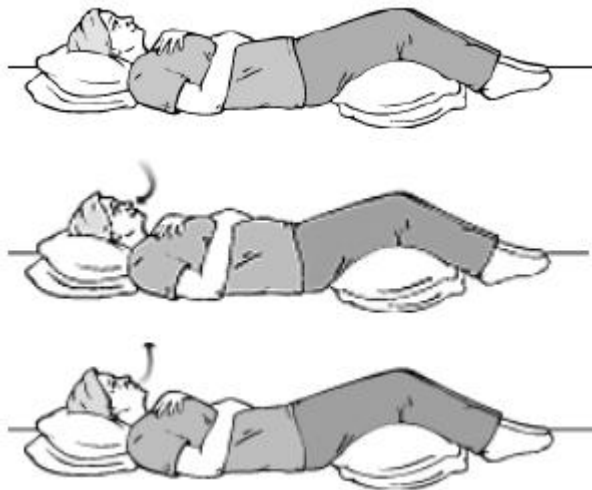
การฝึกหายใจ

การฝึกการหายใจ คือ การหายใจเข้าออกเพื่อสุขภาพในหลายรูปแบบซึ่งแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกันตามจุดประสงค์ของการฟื้นฟูและการรักษาแล้วแต่ประเภทและพยาธิสภาพของคนไข้ ซึ่งมีจุดประสงค์ในการฝึกดังนี้

1. ทำให้การถ่ายเทอากาศของปอดดีขึ้น ป้องกันภาวะปอดแฟบ
2. เพิ่มประสิทธิภาพของการไอ
3. เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ
4. เพื่อลดแรงการหายใจ ทำให้หายใจง่ายขึ้น
5. ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกดีขึ้น

ขั้นตอนในการฝึกการหายใจ

1. จัดท่าเริ่มจากท่านอนหงาย ศีรษะสูงประมาณ 30-40 องศา หนุนหมอนได้เข้า
2. วางมือทั้ง 2 ข้าง บนท้อง บริเวณใต้ลิ้นปี่ไม่ต้องออกแรงกด
3. สูดลมหายใจเข้าลึกๆ ให้ท้องป่องขึ้นและค้างไว้ประมาณ 2-4 วินาที มือจะยกขึ้นตามจังหวะการหายใจเข้า
4. ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ มือที่วางไว้ที่ท้องจะลดลงตามมา เมื่อชำนาญแล้ว ควรฝึกในท่านั่งและทำยืนร่วมด้วย ทำซ้ำประมาณ 5-10 ครั้งต่อรอบ



รูปที่ 3 แสดงการฝึกหายใจ

การเคลื่อนไหวนบนเตียง และฝึกทรงตัวในท่านั่ง



กภ.สุปรียา ราชสีห์

นักกายภาพบำบัดชำนาญการ

หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การฝึกลุกขึ้นนั่งและการฝึกทรงตัวในท่านั่ง

ก่อนที่ผู้ป่วยอัมพาตจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือฝึกทักษะการเคลื่อนไหวนอื่นๆ ผู้ป่วยจำเป็นต้องช่วยเหลือตนเองในเบื้องต้น คือสามารถลุกขึ้นนั่งได้เอง ขั้นตอนการฝึกลุกขึ้นนั่งจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าฝึกสม่ำเสมอจะทำให้กล้ามเนื้อลำตัวแข็งแรง การฝึกลุกขึ้นนั่งควรทำให้เร็วที่สุดหลังเกิดอัมพาตในการฝึกพลิกตะแคงตัวและลุกนั่ง ผู้ดูแลห้ามช่วยโดยการดึงแขนข้างที่อ่อนแรง เพราะจะเป็นสาเหตุทำให้บาดเจ็บที่ไหล่ได้

การฝึกลุกขึ้นนั่ง

1. ฝึกหมุนตัวและพลิกตะแคงตัว

ประกอบด้วยการฝึกหมุนไหล่และลำตัวท่อนบนไปสู่ท่าตะแคง เป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะท่านอนตะแคงจะช่วยลดอาการเกร็งของแขนและขา การฝึกให้ทำดังนี้ ในท่านอนหงาย

- ให้ผู้ป่วยประสานนิ้วเข้าด้วยกัน
- ยกแขนขึ้นให้ข้อศอกทั้งสองข้างเหยียดตรง

- งอเข่าข้างที่อ่อนแรงขึ้น (ผู้ดูแลอาจต้องช่วยงอเข่าให้)
- ยกแขนขึ้น-ลง



- จากนั้นฝึกหมุนไหล่และลำตัวไปทางซ้ายและขวา



2. การฝึกพลิกตะแคงตัวไปด้านที่อ่อนแรง

ก่อนจะพลิกตะแคงให้ผู้ป่วยขยับตัวไปด้านในเตียงเพื่อให้เหลือพื้นที่พอที่จะตะแคงตัวโดยไม่ต้องกลัวตกเตียง

- งอเข่าทั้งสองข้าง ผู้ดูแลอาจต้องช่วยงอเข่าข้างที่อ่อนแรง
- ผู้ดูแลใช้มือจับสะโพกทั้งสองข้างของผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยยกสะโพกขึ้นแล้วขยับตัวเข้าด้านใน ผู้ดูแลอาจต้องช่วยผู้ป่วย

ขยับลำตัวท่อนบน

- เมื่อได้พื้นที่พอจะตะแคงแล้ว ให้ผู้ป่วยหมุนตัวไปด้านที่อ่อนแรง
- ในการพลิกไปด้านที่อ่อนแรงนี้ ผู้ป่วยจะต้องไม่นอนทับไหล่ข้างที่อ่อนแรง แต่ต้องนอนทับสะบัก โดยผู้ดูแลจะช่วยขยับสะบักข้างที่อ่อนแรงให้มาด้านหน้า



ถ้าผู้ป่วยสามารถประสานมือและเหยียดข้อศอกให้ตรงแล้วพลิกตะแคงให้ตะแคงมาด้านที่อ่อนแรง



3. ฝึกพลิกตะแคงตัวไปข้างปกติ

ผู้ที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกจะพบว่า การพลิกตะแคงไปทางข้างปกติทำได้ยากกว่าการพลิกตะแคงไปด้านที่อ่อนแรง ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือ

- ในท่านอนหงายให้ประสานนิ้วเข้าด้วยกัน
- ผู้ดูแลช่วยงอเข้าข้างที่อ่อนแรงขึ้น หมุนไหล่และลำตัวให้พลิกตะแคงไปข้างปกติ ผู้ดูแลจับที่สะบักและสะโพกของข้างที่อ่อนแรง เพื่อช่วยให้พลิกตะแคง
- ถ้าผู้ป่วยหมุนตัวได้ดี ผู้ดูแลอาจช่วยจับที่สะโพกให้ตะแคง



4. การฝึกยืนตัวขึ้นและลงน้ำหนักที่ข้อศอก

การฝึกให้ลูกนั่งจากท่าตะแคง ให้ฝึกทั้งตะแคงซ้ายและขวา การฝึกตอนแรกให้น้ำหนักบนข้อศอกข้างที่อ่อนแรง ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ถ้าฝึกบ่อยๆ จะเป็นการกระตุ้นให้ใช้แขนข้างที่อ่อนแรงมากขึ้น ก็จะสามารถลุกนั่งได้เอง ลำดับขั้นตอนการฝึกให้ลูกนั่งจากพลิกตะแคงตัวในท่าตะแคงมาข้างที่อ่อนแรง ผู้ดูแลใช้มือหนึ่งจับหรือซ้อนสะบักอีกมือหนึ่งชันได้ ขาทั้งสองข้างให้พื้นขอบเตียง



- ให้น้ำหนักตกลงบนข้อศอกข้างที่อ่อนแรง แขนข้างปกติของผู้ป่วยจะช่วยยันด้านหน้า
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่อ่อนแรงยันที่ขอบเตียง ในขณะที่เท้าเกือบถึงพื้นให้ผู้ผู้ป่วยพยายามดันข้อศอกให้ตรง
- ผู้ดูแลอาจช่วยกดสะโพกข้างปกติลง ผู้ป่วยจะขึ้นมาอยู่ในท่านั่ง
- ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงมากๆ จะไม่สามารถใช้แขนข้างที่อ่อนแรงได้ อาจให้ฝึกตะแคงไปด้านปกติก่อน อย่างไรก็ตาม การฝึกตะแคงไปด้านที่อ่อนแรงก็ยังมีความสำคัญ

การลุกขึ้นนั่ง โดยใช้ข้างปกติ

- ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถเคลื่อนย้ายขาข้างที่อ่อนแรงได้ ให้ใช้เท้าข้างปกติสอดใต้เท้าข้างที่อ่อนแรง

- ใช้มือข้างปกติช่วยจับมือข้างที่อ่อนแรง
- ขาข้างที่ปกติยกขาข้างที่อ่อนแรงออกมาให้พ้นเตียง
- ยกศีรษะและย้ายน้ำหนักมาไว้ที่ข้อศอกข้างปกติ



- ใช้มือและแขนข้างดียันตัวขึ้นมานั่ง



การฝึกลงน้ำหนักบนข้อศอกข้างที่อ่อนแรงเป็นการออกกำลังกายที่ควรทำตั้งแต่ต้น การหมุนตัวให้ย้ายน้ำหนักลงบนขาข้างที่อ่อนแรงจะช่วยกระตุ้นให้เกิด

การรับรู้ เช่น การจัดโต๊ะข้างเตียงไว้ด้านที่อ่อนแรง และให้ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติเอื้อมมาจับสิ่งของที่อยู่บนโต๊ะข้างเตียง จะเป็นการช่วยกระตุ้นการลงน้ำหนักบนข้างที่อ่อนแรง



5. การฝึกทรงตัวในท่านั่ง

การฝึกทรงตัวในท่านั่ง คือการฝึกกล้ามเนื้อลำตัวและสะโพกให้ทำงานสัมพันธ์กับการใช้มือและแขนในขณะที่เคลื่อนไหวเพื่อหยิบจับสิ่งของรอบๆ ตัวและเป็นการเตรียมกล้ามเนื้อลำตัวและสะโพกให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการลุกขึ้นยืน กล้ามเนื้อลำตัวและสะโพกเป็นกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญในการยืนและการเดิน เพราะใช้เป็นรากฐานของการเคลื่อนไหวร่างกาย หากกล้ามเนื้อเหล่านี้อ่อนแรงหรือทำงานไม่เหมาะสม ไม่สัมพันธ์กัน ผู้ป่วยก็จะมีปัญหาในการใช้แขนและมือ มีปัญหาการลุกขึ้นยืน รวมไปถึงการเดินด้วย ก่อนการฝึกการทรงตัวในท่านั่ง ผู้ป่วยต้องสามารถ

- นั่งได้โดยไม่ต้องมีที่พิงหลัง
- นั่งได้โดยไม่ใช้มือช่วยพยุง
- นั่งตัวตรง

การฝึกการทรงตัวในท่านั่ง ให้ทำตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- นั่งบนเก้าอี้หรือเตียงที่มีความสูง 18 นิ้ว วางเท้าราบกับพื้น หากเท้าไม่ถึงพื้นให้ใช้ที่รองเท้า เพื่อให้เท้าวางราบพื้น พื้นที่นั่งมีความแน่น ไม่แข็งหรือนิ่มเกินไป

- เข่าอ 90 องศา และมุมของลำตัวกับต้นขา 90 องศา

- นั่งตัวตรงก่อนเริ่มการเคลื่อนไหว

- ฝึกให้ผู้ป่วยย่อตัวลง และยืดตัวขึ้นสูงสลับกัน



6. การฝึกเคลื่อนย้ายจากเตียงไปนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น

6.1 การเคลื่อนย้ายจากเตียงมานั่งเก้าอี้

การฝึกเคลื่อนย้ายจากเตียงมานั่งเก้าอี้หรือรถเข็นเป็นสิ่งสำคัญในการฟื้นฟูทักษะการเคลื่อนไหว โดยต้องให้ผู้ป่วยออกจากเตียงให้เร็วที่สุด การฝึกเคลื่อนย้ายจากเตียงมานั่งเก้าอี้ คือการฝึกให้ขาข้างที่อ่อนแรงแรับน้ำหนัก การฝึกในระยะแรกๆ ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือมาก อย่างไรก็ตามต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การฝึกให้เคลื่อนย้ายจากเตียงมานั่งเก้าอี้ นั้น ผู้ป่วยต้องสามารถทรงตัวในท่านั่งได้บ้างเล็กน้อย เช่น สามารถนั่งได้แต่ยังต้องใช้มือช่วยยัน หากผู้ป่วยยังทรงตัวไม่ดีต้องมีผู้ดูแล 2 คน การเคลื่อนย้ายนี้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องยืนขึ้นทั้งตัว แค่ย้ายน้ำหนักจากสะโพกมาที่ขาทั้งสองข้างก็เป็นการช่วยฝึกขาข้างที่อ่อนแงให้รับน้ำหนักแล้ว อุปกรณ์ที่ควรมีในการฝึกเคลื่อนย้ายตัวคือ เข็มขัดที่มีความกว้างอย่างน้อย 1.5 นิ้ว

การฝึกเคลื่อนย้ายโดยผู้ดูแลคนเดียว

- ให้ผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียง โดยให้ครึ่งหนึ่งของต้นขาพ้นขอบเตียงเล็กน้อย เหยียดขาทั้งสองข้างเข้ามาให้เข้าตรงกับปลายเท้า
- ให้ผู้ดูแลยืนด้านหน้าผู้ป่วย มือทั้งสองจับที่สะบักของผู้ป่วยหรือจับที่เข็มขัดผู้ป่วย มือทั้งสองข้างของผู้ป่วยอยู่ที่ไหล่ของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลใช้แขนตนเองประคองแขนขาที่อ่อนแงของผู้ป่วย
- เหยียดขาทั้งสองข้างของผู้ดูแลจะหนีบเข้าขาข้างที่อ่อนแงของผู้ป่วยไว้ ผู้ดูแลจะต้องไม่ดันเข้าของผู้ป่วยทางด้านหน้า เพราะจะทำให้ผู้ป่วยย่น้ำหนักมาที่ขาได้ยาก

- ผู้ดูแลโน้มตัวผู้ป่วยมาด้านหน้า (เข้าหาตัวผู้ดูแล) จนกระทั่งสะโพกผู้ป่วยลอยพ้นเตียง ให้น้ำหนักตัวผู้ป่วยตกลงบนขาทั้งสองข้าง ผู้ดูแลจึงหมุนตัวผู้ป่วยไปนั่งเก้าอี้

- ถ้าระยะที่ผู้ป่วยนั่งห่างจากเก้าอี้ ให้ย้ายตัวผู้ป่วยมานั่งใกล้ๆ เก้าอี้เสียก่อน แล้วจึงย้ายอีกครั้งหนึ่งจากเตียงมานั่งเก้าอี้

การฝึกการเคลื่อนย้ายโดยผู้ดูแล 2 คน

ผู้ดูแลคนที่ 1 จะยืนอยู่ด้านหน้าของผู้ป่วย มือทั้งสองข้างจับที่เข็มขัดของผู้ป่วย เข้าทั้งสองหนีบเข้าข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย

ผู้ดูแลคนที่ 2 จะยืนอยู่ด้านข้างก่อนไปด้านหลัง มือทั้งสองข้างช่วยจับบริเวณสะโพก

- ในขณะที่ผู้ดูแลคนแรกโน้มตัวผู้ป่วยไปข้างหน้า ผู้ดูแลคนที่ 2 จะช่วยยกสะโพกขึ้นให้ลอยจากเตียงและช่วยหมุนสะโพกพร้อมกับผู้ดูแลคนแรก หมุนตัวผู้ป่วยไปนั่งเก้าอี้

การช่วยเคลื่อนย้ายวิธีที่ 2

- วางเก้าอี้หรือโต๊ะเตี้ยไว้ข้างหน้าผู้ป่วยให้ผู้ป่วยนั่ง เท้าวางราบกับพื้น มือทั้งสองข้างประสานกัน ยื่นมือทั้งสองข้างวางบนเก้าอี้หรือโต๊ะ โน้มตัวไปข้างหน้า แขนทั้งสองเหยียดตรงยื่นไปข้างหน้า

- ผู้ดูแลช่วยยกสะโพกผู้ป่วยขึ้นจากเตียง จากนั้นหมุนสะโพกผู้ป่วยให้ไปที่เก้าอี้ ถ้าผู้ป่วยสามารถยกสะโพกขึ้นได้เอง ให้ผู้ดูแลจับที่เข็มขัด แล้วช่วยหมุนตัวให้ไปนั่งเก้าอี้

- การเคลื่อนย้ายจะทำได้ง่ายโดยการให้ผู้ป่วยโน้มตัวไปข้างหน้าให้น้ำหนักตกลงบนขาทั้งสองข้าง ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องโน้มตัวไปข้างหน้าให้เหลืออยู่ถึงระดับเข่า

การสอนให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไปเก้าอี้

เมื่อผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นการทรงตัวดีขึ้น ผู้ป่วยควรฝึกการเคลื่อนย้ายตนเอง โดยมีผู้ดูแลคอยช่วยอยู่ใกล้ๆ สามารถฝึกได้ดังนี้

- ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับข้อมือข้างที่อ่อนแรง ดึงแขนให้ข้อศอกเหยียดตรง
- โน้มตัวตนเองไปข้างหน้า ดึงข้อมือให้ไหล่ออกมากระทั่งถึงระดับเข่า (อยู่ในแนวเดียวกับเข่า) จะทำให้สะโพกยกขึ้นจากเตียง ให้น้ำหนักตัวผู้ป่วยตกลงบนขาทั้งสองข้าง แล้วหมุนตัวนั่งเก้าอี้



ทำนั้งบนเก้าอี้

ทำนั้งบนเก้าอี้แบบมีที่วางแขน

- นั่งตัวตรง เลื่อนสะโพกไปให้ชิดพนักเก้าอี้ หากตัวเอียงให้ใช้หมอนดันด้านข้างให้ตัวตรง แขนวางอยู่บนหมอนหรือบนโต๊ะ
- ในทำนั้ง ให้ผู้ป่วยฝึกย้ายน้ำหนักโดยนั่ง โน้มตัวไปข้างหน้า วางแขนไว้บนโต๊ะ และฝึกถ่าน้ำหนักไปมาบนศอกทั้งสองข้าง ผู้ป่วยประสานนิ้วเข้าด้วยกันและฝึกคว้ามือและหงายมือ

ทำนั้งบนเก้าอี้แบบไม่มีที่วางแขน

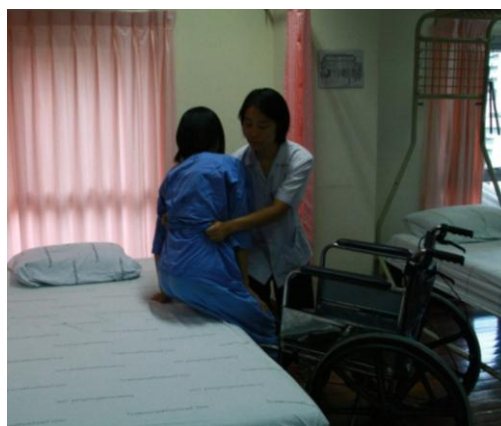
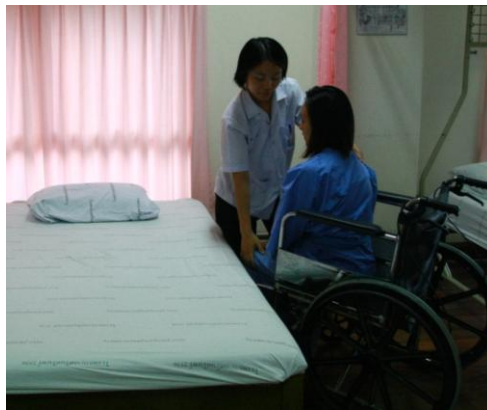
- ให้ใช้หมอนรองแขนในท่าทางแขนออกเล็กน้อย
- ในขณะที่นั่ง หากผู้ป่วยนั่งไม่ถูกต้อง และผู้ดูแลจะต้องยกผู้ป่วยเพื่อให้ นั่งให้ถูกต้อง ไม่ควรดึงที่แขนของผู้ป่วย ควรยกผู้ป่วย โดยผู้ดูแลยืนย่อเข่าอยู่ ด้านหลังของผู้ป่วย สอดมือเข้าใต้แขนผู้ป่วย มือทั้งสองจับที่แขนผู้ป่วย โดย ผู้ดูแลจะเหยียดเข่าขึ้นและดึงผู้ป่วยให้เลื่อนตัวไปข้างหลัง
- เมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ให้ผู้ป่วยช่วยด้วยการ โน้ม ตัวไปข้างหน้า ให้ย้ายน้ำหนักไปบนสะโพกที่ละข้าง พร้อมกับเลื่อนสะโพกไป ข้างหลังที่ละข้าง
- การนั่งเก้าอี้ควรให้หลังตรง อาจใช้หมอนหรือไม้กระดานช่วยหนุน หรือมีโต๊ะอยู่ข้างหน้า ให้ผู้ป่วยวางแขนทั้งสองลงบนโต๊ะ และยึดตัวผู้ป่วยให้ สูงขึ้น
- ผู้ป่วยไม่ควรอยู่ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอนอยู่บนเก้าอี้ บนรถเข็น เพราะอาจ เสี่ยงต่อการลื่น ไถลตัวลงมา ควรช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปนั่งให้ตรงโดยให้ผู้ป่วย ใช้มือทั้งสองข้างประสานกัน ผู้ดูแลยืนด้านหน้าผู้ป่วย เข่าออกเล็กน้อย เข่าทั้ง สองข้างหนีบเข้าผู้ป่วยไว้เพื่อไม่ให้ตัวเลื่อนลงมา

การย้ายกลับไปนอนเตียง

การย้ายผู้ป่วยกลับไปนอนที่เตียง ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถทรงตัวได้ดีและ ยังต้องการความช่วยเหลือ ให้หันข้างปกติเข้าหาเตียง ถ้าผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นควร หันข้างที่อ่อนแรงเข้าหาเตียง เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้ใช้ขาข้างที่อ่อนแรง

- การย้ายจากเก้าอี้กลับมาที่เตียงให้ทำวิธีการเดียวกับการย้ายจากเตียงมา นั่งเก้าอี้

- เมื่อผู้ป่วยกลับมานั่งที่เตียง อย่าใช้เท้าข้างปกติสอดใต้เท้าข้างที่อ่อนแรง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยยกขาขึ้น โดยในระยะแรกให้ผู้ดูแลช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้น ให้ผู้ป่วยเอามือประสานกันและเหยียดข้อศอกให้ตรง
- ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก อาจต้องใช้ไม้กระดานขัดมันวางพาดระหว่างเก้าอี้และเตียง ผู้ดูแลจะช่วยผู้ป่วยย้ายตัวไปนั่งบนไม้กระดานก่อน แล้วจึงย้ายผู้ป่วยอีกครั้งไปนั่งบนเตียง ผู้ป่วยยกมือทั้งสองข้างตามการเคลื่อนไหวของศีรษะและลำตัวเมื่อหมุนตัวลงนอน ดังรูป



5. วิธีการปรับใช้เครื่องช่วยเดิน ชนิดต่าง ๆ ที่เหมาะในแต่ละกลุ่มโรค



กภ.รุ่งฤดี พลบูรณ์

นักกายภาพบำบัดชำนาญการ

หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1. ไม้เท้า (Cane)

เป็นอุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้เพียงข้างเดียวเป็นส่วนใหญ่ มีทั้งชนิดขาเดียวและสามขา

ข้อดี

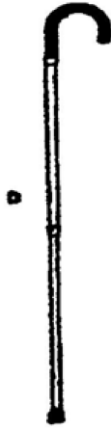
- เคลื่อนที่ได้สะดวก
- ใช้ได้ในที่แคบ

ข้อเสีย

- ความมั่นคงน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับอุปกรณ์ช่วยเดินอื่นๆ
- ช่วยลดน้ำหนักที่ขาข้างเจ็บได้น้อยที่สุด

1.1 ไม้เท้าขาเดียว (Regular cane)

ให้ความมั่นคงไม่มาก และลดการลงน้ำหนักเฉพาะขาข้างใดข้างหนึ่งได้เพียง 20 – 25 % จึงใช้ กรณีต้องการช่วยพยุงน้ำหนักบางส่วนหรือลดความเจ็บปวด



การวัดความยาวของไม้เท้าที่เหมาะสม

- ให้ผู้ป่วยถือ ไม้เท้าในมือด้านตรงข้ามกับขาที่มีปัญหาโดยให้ปลายไม้ ห่างจากปลายนิ้วก้อยไปทางด้านข้าง 6 นิ้ว
- ปรับความยาวไม้ ให้มือจับอยู่ในระดับเดียวกับ ข้อสะโพก หรือจับแล้ว ข้อศอกงอ $20 - 30^{\circ}$

การสอนเดิน

- ควรให้ผู้ป่วยถือ ไม้เท้าในมือด้านตรงข้ามกับขาข้างที่มีปัญหา เพื่อให้ เหมือนการเดินปกติ คือแขนและขาเคลื่อนสลับกัน และยังช่วยเพิ่มฐานการเดิน ดีกว่า

นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยปวดข้อสะโพก การถือ ไม้เท้าด้านตรงข้ามกับ ขาที่ปวด จะช่วยลดแรงกระทำในสะโพกข้างที่มีปัญหาได้ดีกว่า คือ ในด้าน เดียวกัน ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถถือ ไม้เท้าในมือด้านตรงข้ามกับขาข้างที่มีปัญหา ได้ หรือในผู้ป่วยที่มีปัญหาความไม่มั่นคงที่ข้อสะโพก และเข่า ก็ควรถือ ไม้เท้า ในมือด้านเดียวกับขาข้างที่มีปัญหาและให้ยกไปพร้อมกัน

เดินบนพื้นราบ : เดิน 3 จังหวะ

1. ยกไม้เท้าไปข้างหน้า
2. ก้าวขาข้างที่มีปัญหาไปถึงระดับไม้
3. ยันที่นั่งน้ำหนักตัวบางส่วนลงที่ไม้เท้า พร้อมกับยกขาข้างที่ดีตามไปถึงระดับเดียวกัน

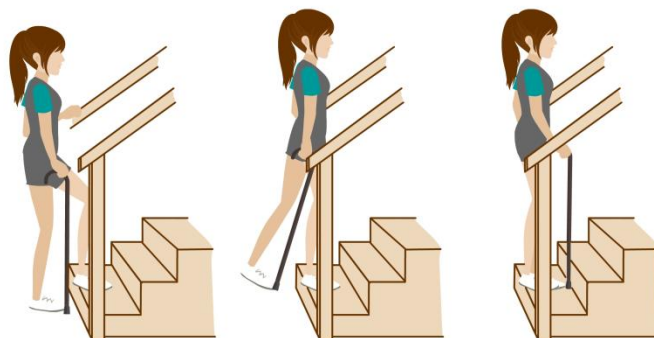
เดินบนพื้นราบ : เดิน 2 จังหวะ

1. ยกไม้เท้าและขาข้างที่มีปัญหาก้าวไปพร้อมกัน
2. ยันที่นั่งน้ำหนักตัวบางส่วนลงที่ไม้เท้า พร้อมกับยกขาข้างที่ดีตามไปถึงระดับเดียวกัน

เดินขึ้น – ลงบันได : ควรมีราวจับบันไดช่วย

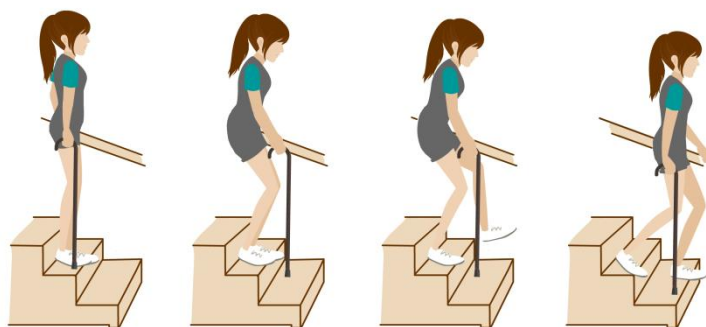
เดินขึ้นบันได

1. ยกก้าวขาข้างที่ดีขึ้นก่อน
2. ตามด้วยขาข้างที่มีปัญหา
3. สุดท้ายคือยกไม้เท้าตามขึ้นไป



เดินลงบันได

1. ยกไม้เท้าลงก่อน
2. ตามด้วยขาข้างที่มีปัญหา
3. สุดท้ายคือยกขาข้างที่ดีก้าวตามลงไป



1.2 ไม้เท้า 3 ขา (Tripod cane)

ข้อดีคือ มีฐานกว้าง และมีจุดยันรับน้ำหนักที่พื้น 3 จุด ทำให้มั่นคงกว่าไม้เท้าขาเดียว แต่มีข้อเสีย ถ้าผู้ป่วยไม่ยันลงน้ำหนักลงแกนกลางของไม้ ก็ทำให้เสียความมั่นคง นอกจากนี้ก็ไม่สามารถใช้เดินขึ้น – ลงบันไดได้ หากบันไดไม่กว้างเพียงพอ



การวัดความยาวของไม้เท้า 3 ขา

- ให้ผู้ป่วยถือไม้เท้าในมือด้านตรงข้ามกับขาที่มีปัญหา ให้แกนกลางไม้ห่างจากนิ้วก้อยของเท้าไปทางด้านข้าง 6 นิ้ว และขาทั้ง 3 อยู่ทางด้านนอก

- ปรับความยาวไม้ให้มือจับอยู่ในระดับข้อสะโพกหรือให้ข้อศอกงอ 20-30°

การสอนเดิน

- เดินบนทางราบ : เช่นเดียวกับไม้เท้าขาเดียว

2. โครงเหล็กช่วยเดิน (Walker frame)

ข้อดี

- จะให้ความมั่นคงมากที่สุดในการช่วยเดินเมื่อเทียบกับไม้เท้าและไม้ค้ำยัน และสามารถใช้เพื่อลดการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งได้

- เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีกำลังแขนดีทั้งสองข้าง

ข้อเสีย

- ขนาดใหญ่เคลื่อนไหวลำบาก

- ใช้เฉพาะในบ้านและไม่สามารถใช้เดินขึ้นลง

บันไดได้

การวัดความสูงของโครงเหล็กช่วยเดินที่เหมาะสม

- ให้ผู้ป่วยยืน ให้เท้า 2 ข้างอยู่ตรงกับระดับขาหลังของโครงเหล็กช่วยเดิน

- ความสูงของโครงเหล็กช่วยเดินที่เหมาะสมคือ ระดับมือจับตรงกับข้อสะโพกหรือ จับแล้วข้อศอกงอ 20 – 30°



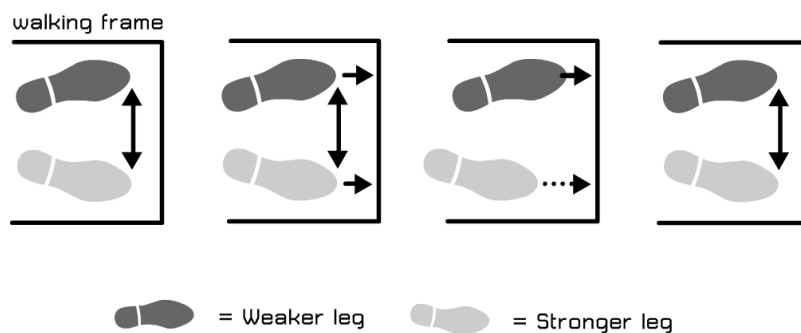
การสอนเดิน

ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยฝึกเดิน จะต้องเน้นข้อควรระวังต่อไปนี้ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคือ

1. เวลายกและวางโครงเหล็กช่วยเดิน บนพื้น จะต้องให้ทั้ง 4 ขาถึงพื้นพร้อมกัน เพื่อให้มีความมั่นคง
2. ผู้ป่วยจะต้องไม่ก้าวไปยืนใกล้กับขาหน้าของ โครงเหล็กช่วยเดิน เพราะจะลดฐานการยืนและทำให้เสียหลักล้มหายหลังได้

แบบแผนการเดิน

1. ยกโครงเหล็กช่วยเดินไปด้านหน้า ห่างประมาณ 1 ช่วงแขน
2. ก้าวขาข้างที่มีปัญหาก้าวไปจนถึงระดับขาหลังหรือไม่เกินกึ่งกลางความลึกของโครงเหล็กช่วยเดิน
3. จากนั้นก้าวขาข้างที่ดีตามไปถึงระดับเดียวกัน พร้อมกับย่นน้ำหนักตัวลงบนแขน 2 ข้าง



6.การบริหารร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke)



กก. วิไลรัตน์ แสนสุข

นักกายภาพบำบัดชำนาญการ

หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย

- เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อหรือเพิ่มพิสัยของการเคลื่อนไหว
- เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ
- เพื่อเพิ่มความทนทานและสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนให้กล้ามเนื้อ
- เพื่อเพิ่มการประสานงานและทักษะในการทำกิจวัตรประจำวัน

ประเภทของการออกกำลังกาย แบ่งตามผู้ออกแรง

1. Passive exercise คือ การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยไม่ได้ออกแรง อาศัยแรงจากภายนอก
2. Active-assisted exercise คือ การออกกำลังกายที่ให้ผู้ผู้ป่วยทำเองให้มากที่สุดก่อน จากนั้นใช้แรงจากภายนอกช่วยให้เคลื่อนไหวจนครบพิสัยของข้อ
3. Active exercise คือ การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยหรือผู้ออกแรงทำเองทั้งหมด
4. Active resistance exercise คือ การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยออกแรงต้านกับแรงภายนอก โดยเพิ่มแรงต้านเป็นลำดับตามกำลังของกล้ามเนื้อ

5. Passive stretching exercise (หรือ passive ROM exercise; PROM exercise) คือ การออกกำลังกายที่ผู้บำบัดออกแรงช่วยยืดกล้ามเนื้อหรือเอ็นของผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวให้มากขึ้น

ควรเริ่มออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยได้เมื่อใด

ควรเริ่มเมื่อสภาวะทางการแพทย์และระบบประสาทคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง สามารถทำตามคำสั่งได้อย่างน้อย 2 ขั้นตอน มีความสามารถในการเรียนรู้และจดจำ บทเรียนได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

การฝึกผู้ป่วยต้องให้ความระมัดระวังในเรื่องต่อไปนี้

1. ไม่ให้ผู้ป่วยใช้ความพยายามในการเคลื่อนไหวเกินกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย เพราะจะทำให้เกิดอาการเกร็งกล้ามเนื้อมากขึ้น และมีการเคลื่อนไหวชดเชยที่ไม่ควรเกิดขึ้นในการเคลื่อนไหวปกติ ขัดขวางการพัฒนาทักษะที่ดี
2. การจับแขนผู้ป่วยเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ต้องระวังอย่าดึงกระดูกข้อไหล่เพราะจะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ข้อไหล่ได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อสะบักและไหล่อ่อนแรง
3. ลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อก่อนการทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เอ็น และเนื้อเยื่อ
4. การยกแขนขึ้นสูงกว่าระดับไหล่ต้องจัดให้แขนข้างที่อ่อนแรงอยู่ในท่าสอกเหยียดตรงนิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้นเพดานหรือหงายมือ

ภาวะที่ควรพิจารณาคโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ

หากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมีอาการหรืออาการแสดงดังต่อไปนี้ ควรพิจารณา คโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ

- ใช้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส
- ชีพจรมากกว่า 100 หรือน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 180 หรือน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 110 หรือน้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท
- เจ็บแน่นหน้าอก
- หัวใจเต้นผิดปกติแบบเฉียบพลัน
- มีอาการหอบเหนื่อย
- ซึมลง สับสน หรือมีภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อได้
- ชัก
- แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น
- ปวดศีรษะ เวียนศีรษะหรือ คลื่นไส้อาเจียนมาก
- ขาบวมที่สงสัยว่าจะมีเส้นเลือดดำส่วนลึกอุดตันเฉียบพลัน ในกรณีนี้ยังสามารถพิจารณาให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเบา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การทำกายภาพบำบัดทรวงอก การออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อ เป็นต้น

หมายเหตุ : หลอดเลือดดำชั้นลึก ซ่อนอยู่ภายในไม่สามารถเห็นได้ด้วยตาต่อเมื่อเกิดการอุดตัน ทำให้เลือดดำไม่สามารถไหลเวียนกลับสู่หัวใจและปอดได้ แขนหรือขาข้างที่มีหลอดเลือดอุดตันจะบวม เจ็บ และเลือดดำจะ

หาทางไหลเวียนกลับสู่หัวใจและปอดทางหลอดเลือดดำชั้นต้นแทน ทำให้เห็น
หลอดเลือดดำชั้นต้นขยายตัวเด่นชัดขึ้น

ทำออกกำลังกายให้พิจารณาตามความสามารถของผู้ป่วย สามารถทำ
ตามได้ทุกท่า หรือปรับลดได้ตามความเหมาะสม หรืออาจเพิ่มแรงต้าน เช่น ถู
ทราย ขวดน้ำ ยางยืด หากผู้ป่วยทำได้ดีแล้ว

ท่านอน

1. หมุนลำตัว

ผู้ป่วยนอนหงาย ชันเข่า 2 ข้าง หมุนเข่าทั้ง 2 ข้างพร้อม ๆ กัน ไปตะแคง
เตียงทางซ้ายจากนั้นหมุนไปตะแคงทางขวา ทำซ้ำกัน 20 รอบ หากผู้ป่วยไม่
สามารถทรงขาข้างที่อ่อนแรงได้ให้ผู้ดูแลช่วยประคองเข่า และจับเท้าติดกับ
เตียงไว้



2. ยกกัน

ผู้ป่วยนอนหงาย ชันเข่า 2 ข้าง หากผู้ป่วยไม่สามารถทรงขาข้างที่อ่อนแรงได้ให้ผู้ดูแลช่วยประคองเข่า และจับเท้าติดกับเตียงไว้ ผู้ป่วยออกแรงยกกันให้พ้นจากพื้น 5-10 วินาที ทำซ้ำ 20 รอบ



3. งอเข่าและงอสะโพก

ผู้ป่วยนอนหงาย งอเข่า งอสะโพกเข้ามาชิดอกแล้วเหยียดออก โดยพยายามให้หัวเข่าตั้งตรง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ให้ผู้ดูแลและประคองเท้าและเข่าไว้ ทำซ้ำ 20 รอบ



4. หุบ กางข้อสะโพก

ผู้ป่วยนอนหงาย ชันเข่า แล้วให้หัวเข่าหุบเข้า และกางออก หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ให้ผู้ดูแลประคองที่หัวเข่า ทำซ้ำ 20 รอบ



5. ท่าเหยียดข้อเข่า

ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้หมอนรองใต้เข่าแล้วให้ผู้ป่วยเตะขาขึ้นลง ทำซ้ำ 20 รอบ



6. ทำกระดูกเท้า

ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้หมอนรองใต้เข่า แล้วให้ผู้ป่วยกระดูกข้อเท้าขึ้นลง ทำซ้ำ 20 รอบ



7. ทำยกแขน

ผู้ป่วยนอนหงาย ฝ่ามือหันเข้าหาลำตัว ยกแขนขึ้นขนานกับลำตัวจนถึงหมอน เอวลงสู่ตำแหน่งเดิม หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ดูแลช่วยประคองที่ข้อมือและข้อศอก ทำซ้ำ 20 รอบ



8. ทำเอื้อมมือ

ผู้ป่วยนอนหงาย ยกแขนขึ้นตั้งฉากกับพื้น แล้วเอื้อมมือขึ้นให้สูง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ดูแลช่วยประคองข้อศอกและมือ ทำซ้ำ 20 รอบ



9. ทำงอข้อไหล่

ผู้ป่วยนอนหงาย มือแตะไหล่ด้านตรงข้าม แล้วยกแขนขึ้น ลง โดยที่มือวางอยู่ที่ไหล่เสมอ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ดูแลประคองที่มือและข้อศอก ทำซ้ำ 20 รอบ



10. ท่าทาง หุบข้อไหล่

ผู้ป่วยนอนหงาย มือแตะหน้าผาก แล้วกาง หุบศอก โดยที่มือวางอยู่ที่หน้าผากเสมอ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ดูแลประคองที่มือและข้อศอก ทำซ้ำ 20 รอบ



11.ท่าเหยียดศอก

ผู้ป่วยนอนหงาย ศอกตั้งตรง มือแตะหน้าผาก แล้วยกมือขึ้น ลง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ดูแลประคองที่มือและข้อศอก ทำซ้ำ 20 รอบ



12. ทำคว่ำ หงายมือ

ผู้ป่วยนอนหงาย คว่ำและหงายมือ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ดูแลประคองที่ข้อมือและศอก ทำซ้ำ 20 รอบ



13. กระดกข้อมือ

ผู้ป่วยนอนหงาย กระดกข้อมือ ขึ้นและลง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ดูแลช่วยประคองที่ข้อมือและฝ่ามือ ทำซ้ำ 20 รอบ



14. ทำกำ แบมือ

ผู้ป่วยนอนหงาย กำ แบมือ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ดูแลช่วยประคองที่ข้อมือและนิ้วมือ ทำซ้ำ 20 รอบ



ผู้ป่วยต้องได้รับการฝึกฝนและการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองที่บ้านให้มากที่สุด การได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจากญาติมีความสำคัญมาก เพื่อให้แผนการรักษาบรรลุเป้าหมาย

7. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

(คะแนน BI 5-11)



กฤษฎ.มณีพรรณ เหล่าโพธิ์ศรี

นักกายภาพบำบัดชำนาญการ

หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

หลักการบริหารร่างกาย

1. การบริหารกล้ามเนื้อกระบังลม โดยการฝึกหายใจ



หายใจเข้าทางจมูกให้ท้องป่อง หายใจออกทางปากให้ท้องแฟบ ควรทำติดต่อกันไม่เกิน 6-7 ครั้ง / เช้า เพื่อให้อากาศสามารถเข้าปอดได้ดี หากทำติดต่อกันมากเกินไป ออกซิเจนจะเข้ามากเกินไปอาจทำให้น้ำมูกได้

การฝึกหายใจในลักษณะนี้ เป็นการฝึกบริหารปอด สามารถทำได้บ่อยๆ ตลอดเวลา แม้ไม่มีอาการเหนื่อย

2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น (Stretching Exercise)

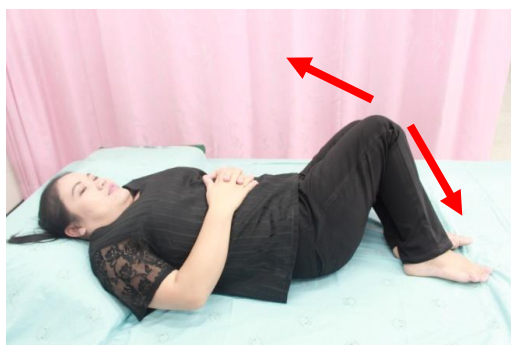
2.1 การยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง (Hamstring muscle)

- ยืดค้างไว้อย่างน้อย 15-30 วินาที/ครั้ง ทำซ้ำ 5 ครั้ง



2.2 การยืดกล้ามเนื้อหลัง

- นอนหงายชันเข่าสองข้าง บิดเอียงไปซ้าย/ขวา ค้างไว้ท่าละ 15-30 วินาที ทำซ้ำข้างละ 5 ครั้ง



3. ทำออกกําลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

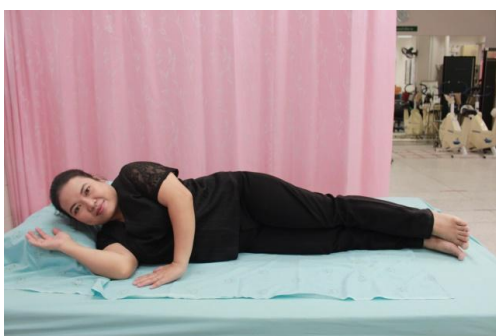
3.1 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและสะโพก

- นอนหงายชันเข่า ยกสะโพกขึ้นให้พ่นพ่น ค้างไว้ 5-10 วินาที ทำซ้ำ 20 ครั้ง



3.2 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาข้าง

- นอนตะแคงด้านใดด้านหนึ่ง ยกขาข้างบนขึ้นกางออกประมาณ 30 องศา ค้างไว้ 5-10 วินาที ทำซ้ำ 20 ครั้ง



3.3 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเข่า

- นอนหงาย วางเข่าไว้บนหมอน เกร็ง/กดเหยียดเข่าลงที่หมอน พร้อม
กับกระดกข้อเท้าขึ้น ค้างไว้ 5-10 วินาที ทำซ้ำ 20 ครั้ง



3.4 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน

- นอนหงาย ยกน้ำหนักเท่าที่สามารถยกได้ (ประมาณ 1-2 กก.)

1. กาง-หุบแขน ให้อยู่ในแนวตรงตั้งฉากกับพื้น



2. ยกแขนขึ้น-ลง ให้สุด



3. งอ-เหยียดข้อศอก



3.5 ท่าบริหารคอ

- เกร็งกล้ามเนื้อคอในลักษณะเก็บคาง ค้างไว้ 5-10 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง



4. การฝึกเพื่อเพิ่มการทรงตัวและเพื่อป้องกันการล้ม

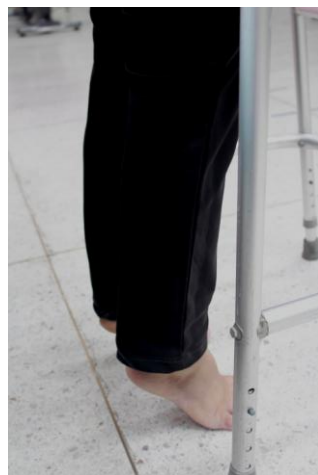
4.1 ทำยืน ย่อ-เหยียดเข่า

- ยืนกางขาเท่าช่วงสะโพก ย่อเข่าลงประมาณ 15 องศา ค้างไว้ 5- 10 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง
(มือจับขอบขอบโต๊ะหรืออุปกรณ์ช่วยเพื่อป้องกันการล้ม)



4.2 ทำยืน เขย่งเท้าขึ้น-ลง

- ยืนกางขาเท่าช่วงสะโพก เขย่งเท้าขึ้น-ลง ทำซ้ำ 20 ครั้ง



4.3 ทำยืนย่ำเท้าสลับข้างอยู่กับที่

- ยืนกางขาเท่าช่วงสะโพก ย่ำเท้าขึ้น-ลง ทำซ้ำ 20 ครั้ง



เอกสารอ้างอิง

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพขั้นพื้นฐาน ด้านกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและผู้ป่วยทางระบบประสาท สำหรับ Care Manager เอกสารประกอบการสอน ศูนย์อนามัยเขต 5 ราชบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 30 พฤษภาคม 2561]. สืบค้น จาก:
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:J7B0IlzCdw4J:https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2019/01-5004-20190118114023/5ba6dd1202ad6919d9fd9a7deb95d4fe.docx+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=th>
2. กายภาพบำบัด ให้ผู้ป่วยติดเตียงอย่างไรดี? [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 30 พฤษภาคม 2561]. สืบค้น จาก: <https://phartrillion.com/bed-ridden-physiotherapy/>
3. กายภาพบำบัดระบบทรวงอก. [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 30 พฤษภาคม 2561]. สืบค้นจาก: <https://www.facebook.com/christianphysicaltherapyclinic/posts>
<https://my.clevelandclinic.org/health/articles/9445-diaphragmatic-breathing>
4. วิยะดา ศักดิ์ศรีและ สุรัตน์ธนา นุภาพไพศาล. คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์สุขภาพ, 2552.
5. ทำออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 30 พฤษภาคม 2561]. สืบค้นจาก: <http://www.aiglemag.com/home/exercise>
https://cdn11.g5search.com/assets/303327/Senior_Chair_Exercises.pdf?1415902634