

บทความวิชาการ

การส่งเสริมคุณภาพชีวิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า Promoting Quality of Life: A Case Study of Facial Paralysis Patient

Received: Sep 1, 2019

Revised: Oct 20, 2019

Accepted: Oct 24, 2019

ศรีสุนทรา เจริมวรพิพัฒน์ วท.ม. (Srisuntra Jermworapipat)¹จินตนา รังษะ พย.ม. (Jintana Rungsa)²

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า ผลกระทบของการเกิดอัมพาตใบหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ สภาพแวดล้อม ผลกระทบที่สำคัญ คือ มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อใบหน้า ปากเบี้ยว ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการพูด การสื่อสาร การเคี้ยว การกลืน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้อื่น ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง จนถึงซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม ในบทความนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับ ความรู้พื้นฐานของโรคอัมพาตใบหน้า สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา และ ภาวะแทรกซ้อน การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า และแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า พร้อมทั้งนำเสนอกรณีตัวอย่าง สำหรับเป็นแนวทางให้พยาบาลใช้สำหรับการให้คำแนะนำและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูตนเองเพื่อกำจัดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

คำสำคัญ: โรคอัมพาตใบหน้า, คุณภาพชีวิต, บทบาทพยาบาล

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

E-mail: ¹srisuntra.j@bcn.ac.th, ²jintana.r@bcn.ac.th Boromrajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

Abstract

This article aimed to explain how to promote quality of life of the facial paralysis patients, impact of facial paralysis on patients' quality of life including physical, psychological, social interaction, and environmental domains. Important impacts included disorders of facial muscles, mouth distortion resulting in disorder of speech, chewing, and swallowing. These impacts can cause anxiety, lack of confidence in communicating with others, reduce interaction with others to depression and social isolation. The article also presented basic knowledge of facial paralysis, etiology, risk factors, pathology, sign and symptoms, diagnosis, treatment, complications, assessment of quality of life of the facial paralysis patients, and how to promote quality of life of the facial paralysis patients. A case study of facial paralysis was also illustrated as a guideline for nurses to provide health education and encourage the facial paralysis patients to follow self-rehabilitation protocol to eliminate complication and to enhance quality of life of the patients with facial paralysis.

Keywords: facial paralysis, quality of life, nurse role

บทนำ

โรคอัมพาตใบหน้า (Facial paralysis or Bell's palsy) เป็นความผิดปกติของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อใบหน้าเป็นอัมพาตไปซีกหนึ่ง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบันโดยพบผู้ป่วย 11-40 ต่อ 100,000 คน ในประชากรทั่วโลก¹ และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 20-39 ปี ทั้งเพศชายและหญิง² ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ภาวะครรภ์เป็นพิษและหญิงตั้งครรภ์ปกติ¹⁻² ผลการศึกษาจากต่างประเทศพบโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคอัมพาตใบหน้าได้ถึงร้อยละ 7.00¹ แม้ว่าการเกิดโรคอัมพาตใบหน้าจะมีอาการที่รุนแรง แต่ความผิดปกติที่มองเห็นชัดเจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้มีความบกพร่องในหลายด้านเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การแสดงอารมณ์และความรู้สึก การเคี้ยว การกลืน และการสื่อสาร และทำให้การดำเนินชีวิตบกพร่อง¹⁻² โดยเฉพาะปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยจากการสูญเสียภาพลักษณ์ และที่สำคัญยิ่งคือภาวะจิตใจเสื่อมถอยลงจากการสูญเสียการยอมรับ

ในตนเอง ผู้ป่วยอาจขาดความมั่นใจในบุคลิกภาพของตนเองอย่างรุนแรง จนขาดความสุขในชีวิต และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมลดลง ในที่สุดจะแยกตัวออกจากสังคมและเกิดอาการซึมเศร้าที่เป็นปัญหาต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้³ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ นับเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับพยาบาลผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย รวมไปถึงการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนให้การดูแลอย่างเหมาะสม ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีความบกพร่องทั้งทางร่างกายและทางจิตสังคม ตลอดจนการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพและการติดตามดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำต่อไป

บทความนี้นำเสนอความรู้พื้นฐานเรื่องโรคอัมพาตใบหน้า สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา โดยสังเขป และกรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า รวมถึงบทบาทพยาบาลในการประเมินคุณภาพชีวิต และวางแผนให้การพยาบาล ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เกิดปัญหาทั้งทางกายและทางจิตที่รุนแรง ที่จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้ในที่สุด

ความรู้พื้นฐานของโรคอัมพาตใบหน้า

สาเหตุ

โรคอัมพาตใบหน้าเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่แตกตีบตัน หรือมีเนื้องอกกดเบียดในสมอง¹⁻³ การติดเชื้อไวรัสที่พบบ่อยถึงร้อยละ 80.00-90.00² คือ เชื้อไวรัสกลุ่ม Herpes simplex เช่น งูสวัด และการติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มโรคไข้ม หนองในหรือโรคซิฟิลิส วัณโรค โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือสาเหตุอื่นๆ รวมทั้งความผิดปกติทางพันธุกรรม¹⁻³ ซึ่งทำให้เกิดเป็นความผิดปกติได้ 2 แบบ คือ อัมพาตใบหน้าจากความผิดปกติของเส้นใยประสาทสมองส่วนบน (upper motor neuron) ซึ่งเกิดในระดับเหนือจากประสาทสมองส่วนพอนส์ (pons) ขึ้นไปโดยเฉพาะส่วนสมองใหญ่ เส้นใยประสาทนี้จะส่งลงมาเลี้ยงยังกล้ามเนื้อใบหน้าในระดับที่ต่ำกว่าตาลงมาในด้านตรงข้ามกับสมองส่วนบนที่ผิดปกติ นั้น ทำให้มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อใบหน้า จะพบอาการปากเบี้ยวแต่ยังปิดได้สนิทในด้านตรงข้าม และแบบที่สอง (lower motor neuron) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดในระดับเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ลงมา โดยกระแสประสาทจากเส้นประสาทนี้จะส่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อใบหน้าในด้านเดียวกัน ทำให้เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อใบหน้าและพบอาการปากเบี้ยวรวมทั้งมีอาการตาปิดไม่สนิทในด้านเดียวกันกับที่เกิดพยาธิสภาพ¹⁻²

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอัมพาตใบหน้า เช่น ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ² เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อีก เช่น มะเร็งภาวะอ้วน ความวิตกกังวล อาการปวดเรื้อรัง^{2,4} เป็นต้น ซึ่งการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นบทบาทที่ท้าทายในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อ

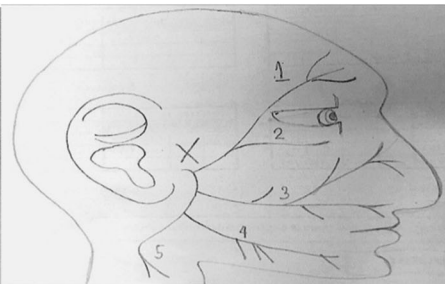
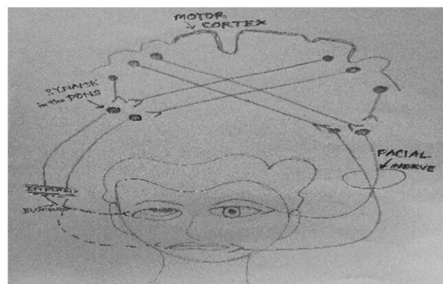
เป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรค

พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

การอักเสบของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม ส่งผลให้เส้นประสาทเกิดอาการบวมและถูกช่องโพรงกระดูกที่เส้นประสาทนี้วิ่งผ่านไปกดเบียด ทำให้เกิดการขาดเลือดจนมีการบาดเจ็บเกิดขึ้น² การกระทบกระเทือนต่อแขนงเล็ก ๆ ของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ทั้ง 5 แขนงที่ไปเลี้ยงใบหน้าในส่วนต่าง ๆ ดังภาพที่ 1 และทำให้ปรากฏอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ดังตารางที่ 1

การวินิจฉัยแยกโรค ต้องอาศัยอาการและอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่าง ๆ^{2,5} เช่น Electromyography (EMG) หรือตรวจ Schemer test เพื่อดูการทำงานของอวัยวะที่ควบคุมต่อมน้ำตา และตรวจการควบคุมการไหลของน้ำลาย รวมทั้งตรวจการทำงานของเส้นประสาทต่าง ๆ หรือวินิจฉัยแยกโรคที่อาจเกี่ยวข้องในระบบประสาทและสมองส่วนอื่น ๆ เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้องตามสาเหตุ

การรักษา การรักษาทางยา¹⁻⁵ ใช้ยาในกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) ที่นิยมมาก คือ ยาเพรดนิโซโลน (prednisolone) ประมาณวันละ 60-80 มิลลิกรัม นาน 10 วัน ในรายที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสจะให้ยาในกลุ่มอะไซโคลเวีย (acyclovir) ยาอิมทริปไทลีน (amitriptyline) วิตามินบี 1-6-12 ร่วมกับยาป้ายตาในเวลาก่อนนอน และน้ำตาเทียมเพื่อลดอาการตาแห้ง กรณีที่มีการกดทับเส้นประสาท เช่น เป็นเนื้องอก หรืออุบัติเหตุใช้วิธีผ่าตัดเพื่อแก้ไข^{2,5} และรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมด้วย เช่น การนวดด้วยมือ การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าและการฝังเข็มเพื่อลดการเกิดอาการกล้ามเนื้อใบหน้าฝ่อลีบ^{2,6}



ภาพที่ 1 อาการอัมพาตใบหน้าจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 และแขนงของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ทั้ง 5 แขนง

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของโรคอัมพาตใบหน้า¹⁻⁴

แขนงเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7	อวัยวะที่ไปเลี้ยง	อาการและอาการแสดง	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
1) temporal	ต่อมน้ำลาย submandibular และ sublingual	- การรับรสน้อยลง - น้ำลายไหลย่อย	- สารอาหารบกพร่อง - สูญเสียภาพลักษณ์
2) zygomatic	- รอบดวงตา - โบนาง	- ปิดตาไม่สนิท - โบนางเป็นอัมพาต	- ตาแห้ง ระคายเคืองตา - แผลที่กระจากตา ตาบอด
- แขนงบน orbicularis oculi	- กล้ามเนื้อมัดเล็ก ๆ บริเวณจมูกและ	- โบนางเคลื่อนไหวได้น้อยลง	- การสื่อสารบกพร่อง
- แขนงล่าง zygomatic	ริมฝีปากด้านบน	- ไม่สามารถแสดงอารมณ์ - ความรู้สึกต่าง ๆ ได้	
Muscles และ buccinator			
3) buccal	ริมฝีปาก	- อาการมูปากตก	- การสื่อสารบกพร่อง
4) marginal mandibular	ช่องปากและริมฝีปาก	- การพูด การเคี้ยว การกลืน - ผิดปกติ	- ขาดความมั่นใจในตนเอง - การแยกตัวจากสังคม
5) cervical ที่คอ	stylohyoid และ posterior belly of digastric muscle	- การพูด การเคี้ยว - การกลืนผิดปกติ	
แขนงเส้นประสาทสมองอื่น ๆ	อวัยวะที่ไปเลี้ยง	อาการและอาการแสดง	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
อวัยวะที่ไปเลี้ยง	ใบหู หลังกกหู เอ็นแก้วหูและช่วยรับรส	- ปวดกกหูหรือใบหู	- ขาดความผาสุกในชีวิต
ปมประสาท geniculate	จากตุ่มรับรสของลิ้นเฉพาะส่วน 2/3 ด้านหน้า	- การรับรสจากตุ่มรับรสลดลง - ลิ้นชาครึ่งซีก	- ความทุกข์ทรมาน - สารอาหารบกพร่อง
sphenopalatine ganglion	sphenopalatine ganglion	น้ำตาไหลออกมามาก (crocodile tear)	- ขาดความผาสุกในชีวิต - สูญเสียภาพลักษณ์
stapedius nerve	stapedius muscle	การฟังหรือทำให้เยื่อแก้วหู หย่อนตัวตามความดังของเสียง ที่ผ่านเข้ามา	- เสียก้องมากกว่าปกติ ในหู (hyperacusis)

ภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้ คือ อาการตาแห้ง กระจากตาเป็นแผล และตาบอด¹⁻⁶ รวมทั้งการที่ใบหน้าสองด้านไม่สมดุลกัน ทำให้ไม่สามารถควบคุมการกลืน การเคี้ยวได้อย่างปกติเกิดภาวะขาดสารอาหาร การสื่อสารบกพร่อง สูญเสียภาพลักษณ์ และบกพร่องในการเข้าสังคม ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ซึ่งนำไปสู่ภาวะแยกตัวในที่สุด¹⁻⁶ ความเข้าใจต่อคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นี้เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค และช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

คุณภาพชีวิต (Quality of life) ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก⁷ หมายถึง การรับรู้ถึงสถานภาพในชีวิตของตน ในบริบทของวัฒนธรรมและระบบการให้คุณค่าของสังคมที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง

มาตรฐานและสิ่งที่ตนให้ความสำคัญ จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอัมพาตใบหน้า^{4,8-11} มีผู้ให้ความหมายไว้โดยสรุป หมายถึง มิติที่สะท้อนภาวะสุขภาพของตัวผู้ป่วยจากการรับรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นหรือที่พบ และส่งผลต่อความสุขอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสภาวะแวดล้อมและเศรษฐกิจ โดยทั่วไปแบ่งมิติของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ มิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ การรับรู้คุณค่าแห่งตน (self-esteem) และการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านโรคและการรักษาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การวางแผนการให้การรักษาตามความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนจากปัจจัยที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคอัมพาตใบหน้า (facial nerve grading systems) แบ่งตาม The House–Brackmann grading scale 6 ระดับ⁵

เกรด	ระดับความรุนแรง	ลักษณะใบหน้า	ลักษณะริมฝีปาก
1	ปกติ (normal)	ใบหน้าสามารถขยับได้ทุกส่วน	ปกติ
2	สูญเสียการทำงานเล็กน้อย (mild dysfunction)	ใบหน้ามีการอ่อนแรงเล็กน้อย สังเกตได้จากการมองใกล้ ๆ	มุมปากไม่เท่ากันเล็กน้อย
3	สูญเสียการทำงานระดับปานกลาง (moderate dysfunction)	ใบหน้าเบี้ยวชัดเจน แต่ไม่รุนแรง มีกล้ามเนื้อหดตัวไม่ประสานกัน (synkinesis) หลับตาให้สนิทต้องใช้การพยายามบังคับ	มุมปากอ่อนแรงลงเล็กน้อย
4	สูญเสียการทำงานค่อนข้างมาก (moderately severe dysfunction)	ใบหน้าอ่อนแรงอย่างชัดเจน หลับตาได้ไม่สนิท	มุมปากตกอ่อนแรงลงชัดเจน
5	สูญเสียการทำงานขั้นรุนแรง (severe dysfunction)	ใบหน้าเบี้ยวเห็นชัดเจน	มุมปากเบี้ยวยกไม่ขึ้น
6	อัมพาตใบหน้า (total paralysis)	ขยับกล้ามเนื้อใบหน้าไม่ได้	มุมปากเบี้ยวตกลงชัดเจน

จากผลการศึกษาในรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบผลกระทบของโรคอัมพาตใบหน้าต่อคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน คือ (1) สุขภาพกาย พบอาการชา การกระตุกที่กล้ามเนื้อใบหน้า และริมฝีปากแข็ง ปากเบี้ยว ใบหน้าเบี้ยวผิดรูป มุมปากตก ห้อยลงทำให้ผู้ป่วยบ่นปาก อมน้ำไว้ในปากไม่ได้ เวลาตื่นน้ำหรือแปรงฟันแล้วมีน้ำไหลออกมาจากมุมปาก ส่งผลให้การเคี้ยว การกลืนผิดปกติ^{1-5, 8-11} รวมทั้งการมองเห็นบกพร่องจากการที่เปลือกตาปิดไม่สนิท ทำให้ตาแห้ง ระคายเคืองตา¹⁻⁵ (2) สุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวและอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองได้^{1-5, 8-11} (3) ความสัมพันธ์ทางสังคม พบการสื่อสารบกพร่อง อารมณ์แปรปรวน ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง แยกตัวออกจากสังคม และ (4) สภาพแวดล้อม ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และจากการขาดความมั่นใจในตนเอง สุดท้ายจะเกิดการแยกตัวจากสังคมและสิ่งแวดล้อม⁸⁻¹¹

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถนำมาใช้เป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการดูแล และเป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้การเลือกใช้เครื่องมือต้องคำนึงถึงกลุ่มข้อมูลที่จะทำการประเมิน โดยแบ่งข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม คือ ข้อมูล

คุณภาพชีวิตแบบทั่วไป และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอัมพาตใบหน้า ตัวอย่างเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินนั้นมีหลากหลาย เช่น แบบสอบถาม BIQLI (body image quality of life inventory) ของ Cash and Fleming¹¹ ที่นำมาใช้ในบทความนี้ ซึ่งมีข้อคำถามครอบคลุมมิติสำคัญของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านที่จำเพาะกับผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า โดยเฉพาะด้านสุขภาพกายมีการประเมินอาการทางคลินิกที่สำคัญ ด้านสุขภาพจิตมีการประเมินการมีความสุขในเพศ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ คือ ข้อคำถามด้านสุขภาพกาย 5 ข้อ สุขภาพจิต 5 ข้อ ความสัมพันธ์ทางสังคม 8 ข้อ และสภาพแวดล้อม 1 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก -3 (แย่มาก) -2 -1 0 1 2 และ 3 (ดีเยี่ยม) คะแนนที่ได้มีค่าตั้งแต่ -57 ถึง 57 ซึ่งคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลคะแนนในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้นี้เป็นส่วนสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลสามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการประเมินปัญหาและการวางแผนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าต่อไป ดังในกรณีศึกษาที่ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาตามแบบประเมิน BIQLI¹⁹ ได้ผลการประเมินดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าก่อนได้รับการรักษาตามแบบประเมิน BIQLI

มิติด้าน	คะแนน
1. สุขภาพกาย	- 4
การมีความแข็งแรงตามเพศ - 2 การควบคุมการเคี้ยวการกลืน - 1 การควบคุมน้ำหนัก 0	
การออกกำลังกาย 0 การทำกิจวัตรประจำวัน - 1	
2. สุขภาพจิต	- 9
ความมีคุณค่าในตนเอง - 2 อารมณ์ -1 ความพึงพอใจในชีวิต -3	
ความเชื่อมั่นในตนเอง - 2 ความสุขในชีวิตประจำวัน -1	
3. ความสัมพันธ์ทางสังคม	- 9
สัมพันธ์ภาพกับคนเพศเดียวกัน -1 ต่างเพศ -1 เพื่อน -1 คนแปลกหน้า -1	
สมาชิกในครอบครัว -2 เพื่อนร่วมงาน -1 คู่สมรส -1 ความสุขในทางเพศสัมพันธ์ - 1	
4. สภาพแวดล้อม	
การทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน -1-	1
คะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน	- 23

คะแนนรวมตามแบบประเมินทั้ง 4 ด้าน -23 ประกอบด้วย สุขภาพกาย -4 สุขภาพจิต -9 ความสัมพันธ์ทางสังคม -9 สภาพแวดล้อม -1 วิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการควบคุมการเคี้ยว การกลืน การมีความแข็งแรงตามเพศลดลง และการทำกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความบกพร่องในเรื่องสัมพันธ์ภาพ และความสุขทางเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง ไม่มั่นใจตนเองเมื่อต้องออกไปทำงาน และการสื่อสารรวมทั้งภาพลักษณ์ที่บกพร่องไป ทำให้ประกอบอาชีพไม่ได้ตามปกติ

แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าทั้ง 4 มิติ มีดังนี้ คือ

1. สุขภาพกาย เพื่อแก้ไขความบกพร่องของการเคี้ยวและการกลืน^{1,9} ให้คำแนะนำ เรื่องการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การสอนให้ระวังการสำลักอาหาร การดูแลแก้ไขความผิดปกติของสายตาและการมองเห็น^{1,2,9} ใช้น้ำตาเทียมและยาป้ายตา และใช้ที่ครอบตาเวลานอน การแก้ไขใบหน้าผิดรูป^{1,9} แนะนำการนวดใบหน้า ฝึกบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า นอกจากนี้

ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ต้องหลีกเลี่ยง เพื่อช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของโรคอัมพาตใบหน้า

2. สุขภาพจิต การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา⁸⁻¹¹ และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและอบอุ่น ขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล หาแนวทางลดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ ลดความกลัวและความวิตกกังวลที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติในที่สุด

3. ความสัมพันธ์ทางสังคม⁸⁻¹¹ การกระตุ้นให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล สอนให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะอัมพาตใบหน้าที่อาจเกิดซ้ำได้ และวางแผนร่วมกับบุคลากรสุขภาพในสาขาต่าง ๆ เพื่อแก้ไขป้องกัน และร่วมกันในการจัดกำหนดการตรวจติดตามเยี่ยม และกระตุ้นให้มาตรวจตามนัด

4. สิ่งแวดล้อม⁸⁻¹¹ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าภายในตนเองส่งผลต่อความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในความสามารถหรือศักยภาพของตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และการช่วยให้ผู้ป่วยหาวิธีจัดการกับความเครียด รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และพักผ่อนได้มากเพียงพอ เป็นแนวทางสำคัญแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

กรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

ในบทความนี้ ใช้กรณีตัวอย่างผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าที่ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถาม BIQLI ของ Cash และ Fleming¹¹ ใน 4 ด้าน ดังกล่าวแล้ว และนำผลการประเมินคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคอัมพาตใบหน้า มานำเสนอและวางแนวทางแก้ไขในการวางแผนการพยาบาลตามบทบาทของพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า ทั้งนี้ได้รับอนุญาตให้นำเสนอข้อมูลได้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา ดังต่อไปนี้

กรณีตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน ชายไทยอายุ 36 ปี อาชีพ ผู้จัดการเพลงในสถาบันบันเทิง

อาการสำคัญ วันก่อนมาโรงพยาบาล หลังตื่นนอน ตอนเช้ารู้สึกมีอาการกดเจ็บบริเวณหน้าหูขวามากขึ้น ขาบบริเวณใบหน้าซีกขวา อ้าปากได้น้อยลง มุมปากด้านขวาตกลงชัดเจน มารับการตรวจ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นก้อนบริเวณต่อมน้ำลายหน้าหูขวา และให้เข้ารับการรักษาเพื่อทำการผ่าตัดต่อไป

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยบอกว่าในช่วง 3 เดือนก่อนเข้ารับการรักษามีอาการเจ็บบริเวณหน้าหูขวามีก้อนคลำได้ชัดเจนและรู้สึกรูปหน้าไม่เท่ากัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การตรวจร่างกาย น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร คลำพบก้อนที่หน้าหูขวาขนาด 3 เซนติเมตร เคลื่อนที่ได้ ตรวจการทำงานของสายเสียงเป็นปกติ ไม่พบการบวมโตของต่อมน้ำเหลือง ตรวจการทำงานของเส้นประสาทคู่ที่ 7 พบใบหน้าด้านขวาไม่สามารถยกมุมปากและหลับตาได้สนิท ยกมุมปากไม่ได้ เมื่อทดสอบการสัมผัส ใบหน้าด้านขวาไม่มีความรู้สึก

ผลการตรวจเลือด ค่า CBC ปกติ ผล CXR และ EKG ปกติ

ผลการตรวจพิเศษ ทำ Fine needle aspiration (การเจาะชิ้นเนื้อเพื่อการเปลี่ยนแปลงของเซลล์) ผลปกติ

พยาธิสภาพ

ผู้ป่วยมีการอักเสบของต่อมน้ำลายหน้าหู โดยมีการอักเสบและคลำได้ก้อนหน้าหูขวา ต่อมาเริ่มรู้สึกใบหน้าซีกขวาเริ่มมีอาการชาและรูปหน้าไม่เท่ากัน ทั้งนี้เกิดจากการที่ก้อนไปกดเบียดเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ในส่วนแขนง zygomatic และ buccal¹⁻⁴ ที่มาเลี้ยงใบหน้าและบริเวณริมฝีปาก ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง แต่ยังเป็นอาการอ่อนแรงในระดับน้อย ทำให้ผู้ป่วยแค่รู้สึกชา และมีอาการมุมปากตกห้อยลง ต่อมาเริ่มปวดมากขึ้น และอ้าปากได้น้อยลง จากการที่ก้อนที่โตมากขึ้นและไปทำลายเส้นประสาทมากขึ้น

การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน Right parotid mass (ก้อนที่ต่อมน้ำลายหน้าหูด้านขวา)

การรักษา Right superficial parotidectomy (การตัดต่อมน้ำลายหน้าหูด้านขวาออกบางส่วน) หลังการผ่าตัดได้รับยาแก้ปวด มอร์ฟีน 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมงเมื่อปวด ยาปฏิชีวนะเซฟทาโซลิน 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และยาเดกซาเมทาสอน 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1,000 มิลลิลิตร เป็นเวลา 8 ชั่วโมง

อาการปัจจุบัน หลังผ่าตัดวันแรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลบริเวณหน้าหูขวา พันผ้าไว้โดยรอบศีรษะและใบหน้า แผลไม่มีเลือดซึม ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีอาการปวดแผลในระดับ 8 ได้รับยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ยาเดกซาเมทาสอน ตั้งแต่วันแรกถึงวันที่จำหน่ายกลับบ้าน วันที่สองหลังผ่าตัดให้เริ่มรับประทานอาหารเหลวได้ แต่อ้าปากได้น้อย ควบคุมการกลืนอาหารไม่ได้ มีอาการสั่นและมีอาการน้ำลายไหลย้อยจากมุมปากตลอดเวลา ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก วันที่สามหลังการผ่าตัดหลังนำผ้าปิดพันแผลออก ส่งไปนวดใบหน้า และฝึกการบริหารใบหน้าทีแผนกกายภาพบำบัด เริ่มอ้าปากได้มากขึ้น ควบคุมการกลืนได้ดีขึ้น และไม่มีอาการสั่น ให้รับประทานอาหารชนิดอื่น ๆ ได้ และในวันที่เจ็ดหลังการผ่าตัด ให้เริ่มนวดใบหน้าด้วยคลื่นความถี่สูงเป็นเวลา 10 นาที และให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ โดยได้รับยาและให้มาได้รับการนวดใบหน้าทีโรงพยาบาลต่ออีก 10 วัน ให้คำแนะนำการบริหารใบหน้าและกล้ามเนื้อช่องปากด้วยตนเอง และมีนัดตรวจติดตามอีก 7 วัน

ตารางที่ 4 วินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. พร่องสารอาหารจาก ประสิทธิภาพของอวัยวะที่ ช่วยในการเคี้ยวการกลืน บกพร่องไป เกณฑ์การประเมินผล รับประทานอาหารได้เพียงพอ อ้าปากได้เป็นปกติ ไม่มีการ สำลัก และไม่มีอาการน้ำลาย ไหลย้อน	- สอนการทำการบริหารช่องปากและกล้ามเนื้อใบหน้า เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อและเส้นประสาทฟื้นตัวได้เร็วขึ้น เช่น ยกคิ้ว ย่นจมูก หลับตา ลืมตา ผึกยิ้ม ผึกออกเสียง อย่างน้อยวันละ 8-15 นาที เช้า และเย็น¹⁻⁵ - กระตุ้นใบหน้าให้อบอุ่น ด้วยการนวดประคบร้อนนาน 20-30 นาที ทุกวัน วันละ 3-4 ครั้ง และให้นวดใบหน้าด้านที่มีอาการอัมพาต ด้วยตนเองเบา ๆ หน้ากระจก ให้ทำทุกครั้งที่ตื่นเวลาว่างและระลึกได้ - ให้หลีกเลี่ยงการใช้น้ำเย็นล้างหน้า ไม่ใช้พัดลมเป่าเข้าใบหน้าตรง ๆ เพื่อไม่ให้กล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกทำลายมากขึ้น และส่งผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดตามกำหนดนัด⁷ - จัดอาหารที่เหมาะสม เป็นอาหารอ่อน กลืนง่าย ไม่ควรเป็นของเหลวที่ร้อน หรือเป็นอาหารที่แข็ง กลืนยาก ดูแลผู้ป่วยฝึกกลืนอาหารอย่างถูกวิธีโดยให้กลืนอาหารในตำแหน่งที่ไม่มีอาการอัมพาต และให้ตั้งใจกลืนหายใจและไม่พูดขณะกลืนอาหาร หลังกลืนแล้วให้กระแอมดัง ๆ จะช่วยให้เศษอาหารที่ยังตกค้างอยู่หลุดออกไม่เกิดการสำลักลงไป - ให้ล้างทำความสะอาดช่องปากภายหลังรับประทานอาหารเพื่อลดการหมักหมม และป้องกันช่องปาก เหงือก ฟันอักเสบ¹⁻⁵	- ภายหลังการดูแลกระตุ้นให้บริหารใบหน้าและช่องปากอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และฝึกหัดการกลืนอาหารได้อย่างถูกวิธี การดูแลอย่างใกล้ชิดขณะรับประทานอาหาร ทำให้ควบคุมการกลืนได้ดีขึ้น อ้าปากได้มากขึ้น และไม่มีอาการสำลักสามารถควบคุมไม่ให้น้ำลายไหลย้อนได้ รับประทานอาหารได้มากเพียงพอ - ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งก่อนและหลังการรับประทานอาหาร ช่วยให้ได้รับอาหารมากขึ้นไม่เกิดการอักเสบของแผลบริเวณต่อมน้ำลายที่ทำการผ่าตัด ผลหายดีตามกำหนดเวลา
2. เสี่ยงต่อการระคายเคืองตา จากอาการตาแห้ง ตาปิดไม่สนิท เกณฑ์การประเมินผล หลับตาได้สนิท ไม่มีอาการตา แห้ง ระคายเคืองตา และไม่มี แผลที่กระจกตา	- เพื่อป้องกันความผิดปกติของสายตาและการมองเห็น¹⁻⁶ จากอาการตาแห้ง ตาปิดไม่สนิท แนะนำให้หยอดน้ำตาเทียมในช่วงเวลากลางวัน และในช่วงเวลากลางคืนก่อนนอน - ดูแลป้ายยาที่เป็นครีมเคลือบดวงตาให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งสอนให้ดึงหนังตาข้างที่อ่อนแรงปิดไม่สนิทให้ลงมาอยู่ในตำแหน่งที่ช่วยปิดตาได้สนิทในเวลานอน เพื่อเป็นการบริหารกล้ามเนื้อรอบดวงตา และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยควบคุมใบหน้าและดวงตา ทั้งนี้ควรให้ใช้ที่ครอบตา (eye shield) แต่ห้ามใช้ผ้าหรือผ้าก๊อชปิดตาโดยตรง เพราะจะทำให้โดนกระจกตา เกิดการระคายเคืองเป็นแผลได้¹⁻⁶ - แนะนำให้สวมใส่แว่นตาหรือการใส่หน้ากาก ในช่วงที่ออกนอกบ้าน เพื่อลดอาการระคายเคืองของกระจกตาจากแสงแดด หรือลม และป้องกันการระเหยของน้ำออกจากดวงตาให้ลดน้อยลง¹⁻⁶	- การเช็ดตาและหยอดน้ำตาเทียม ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการตาแห้งลดลงและไม่มีอาการระคายเคืองตา และก่อนนอนมีการป้ายยาตาและครอบตาสม่ำเสมอ ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถทบทวนคำแนะนำต่าง ๆ และใส่แว่นเมื่อออกจากบ้านโดยเข้าใจเหตุผลในการป้องกันการระคายเคืองตาจากสิ่งแวดล้อมรวมทั้งวิธีการบริหารกล้ามเนื้อรอบดวงตาได้ถูกวิธี

ตารางที่ 4 วินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
3. พร่องในการทำกิจวัตรประจำวันจากประสิทธิภาพของร่างกายที่บกพร่องไป	- ประเมินการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด และกระตุ้นให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	- การดูแลอย่างใกล้ชิดและกระตุ้นให้ทำการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปากอย่างสม่ำเสมอ การจัดสิ่งแวดล้อมและมีการทำกิจกรรมตามเวลาที่วางแผนไว้ มีตารางการออกกำลังกายที่เหมาะสม ขณะรับการรักษาทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายได้ดีตามลำดับ และช่วยให้พักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ได้ดีขึ้น
เกณฑ์การประเมินผล สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ปกติ	- จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้นอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ห้ามนอนดึก และต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงกระบวนการของโรคและปัจจัยเสี่ยง เพราะจากกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเป็นประจำ เช่น การพักผ่อนน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต้องหลีกเลี่ยง และนำมาปรับปรุงการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้เหมาะสมเพื่อช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ - จัดให้ทำกิจกรรมเสริมอื่น ๆ ที่เหมาะสม และแนะนำให้ดื่มน้ำเปล่า บุกหรือ ทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียด และรับประทานยาตามคำสั่ง การรักษาเป็นประจำและตรงเวลา จะช่วยให้อาการทุเลาลง และหายเป็นปกติได้ในที่สุด⁸⁻¹¹	
4. การสื่อสารบกพร่องจากประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อในช่องปากที่บกพร่องไป	- การดูแลอย่างใกล้ชิด การประสานงานกับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพเพิ่มประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก - ทำการบริหารใบหน้าเพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก เพื่อลดและบรรเทาอาการใบหน้าเบี้ยวผิดรูป เป็นการแก้ไขและกระตุ้นผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น - รับฟังคำถามอย่างใส่ใจ ตอบคำถามด้วยความอดทนและเข้าใจ⁸⁻¹¹ - หาแนวทางลดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสื่อสารอื่น ๆ ทดแทน เช่น การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ⁸⁻¹¹ และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลติดต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	- การรับฟังอย่างตั้งใจขณะสื่อสารกับผู้ป่วย ช่วยให้มีความเข้าใจและร่วมมือในการรักษามากขึ้น - การดูแลและให้คำแนะนำวิธีการสื่อสารอื่นๆ เช่น โลก หรือโทรศัพท์ ช่วยให้ผู้พูดติดต่อกับบุคคลใกล้ชิดได้อย่างดี
เกณฑ์การประเมินผล สื่อสารได้อย่างมั่นใจ และใช้วิธีการสื่อสารอื่น ๆ ทดแทนได้ดี		
5. วิตกกังวล จากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และความกลัวต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ	- ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา และขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป - หากิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลาย⁸⁻¹¹ เช่น นวด ฟังเพลง เดินรับอากาศ และกระตุ้นให้มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยได้มากขึ้น ช่วยลดการแยกตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม - กระตุ้นให้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแล⁸⁻¹¹ ให้กำลังใจ และมาเยี่ยมสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้ป่วยอบอุ่นและสบายใจ และรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญ - ตรวจติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ กระตุ้นให้มารับการตรวจตามนัด เช่น การโทรศัพท์สอบถามอาการ แจ้งกำหนดวันนัด เพื่อให้การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษา ช่วยให้เกิดความมั่นใจและร่วมมือในการดูแล และฟื้นฟูตนเองมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง แม้จะไม่มั่นใจเหมือนเมื่อก่อนเกิดโรค แต่ผู้ป่วยมีความหวังและสบายใจในการพัฒนาของคุณภาพชีวิตของตนเองมากขึ้น ร่วมมือในการฟื้นฟูตนเองอย่างดี ทำให้ความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ลดลง
เกณฑ์การประเมินผล ความวิตกกังวลลดลง และผู้ป่วยมั่นใจในการใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติ และไม่มีผลที่กระทบจาก		

จากอาการและการแสดงและคะแนนตามแบบประเมิน BIQLI ในการประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านข้างต้นนำมาใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยทางการพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 4

ทั้งนี้ผลคะแนนโดยรวมของการประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ตามแบบสอบถาม BIQLI ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ได้คะแนนรวม 0 แสดงถึง การที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติ

บทสรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าที่น่าเสนอ เป็นความผิดปกติที่พบได้มากขึ้นในปัจจุบัน จากสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ผิดปกติ แม้โรคนี้จะไม่อันตรายถึงชีวิต แต่ส่งผลให้เกิดอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะการเคี้ยว การกลืน การสื่อสาร และภาพลักษณ์ที่ผิดปกติไป และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาท

สำคัญในการวางแผนดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทั้ง 4 มิติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมตลอดจนด้านเศรษฐกิจ เป็นการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

ควรนำขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยภาวะอัมพาตใบหน้าที่มีปัญหาทางกายและทางจิตใจ ไปจัดทำเป็นคู่มือในการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินปัญหา การปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขจนถึงขั้นตอนประเมินผล และต้องนำผลการประเมินมาพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นต่อไป สามารถนำประเด็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยมาทำการวิจัยผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและประเด็นการพัฒนาคู่มือที่จะใช้กับทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไปที่เกิดปัญหาจากการมีอัมพาตใบหน้า ทั้งนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในการดูแลตนเองและผู้ป่วยต่อไป

References

1. Somasundara D, Sullivan F. Management of bell's palsy. Journal of Australian prescribe 2017;40:94-7.
2. Sathirapanya, P. Bell's palsy: the current concepts of pathophysiology, management and prognosis. Songklanagarind medical journal 2002;20(3):221-32. (in Thai).
3. Nellis J, Byrne P, Boahene K, Dey J, Ishii E. Association among facial paralysis, depression and quality of life in facial plastic surgery. Journal of JAMA facial plastic surgery 2017;19(3):190-96.
4. Baugh F, Gregory J, Basura IE, Schwartz R., Drumheller M, Burkholder R., et al. Clinical practice guideline: bell's palsy. Journal of Otolaryngology- Head and Neck Surgery 2013;149(3S):S1-S27.
5. Stew B, Williams H. Modern management of facial palsy: a review of current Literature. British Journal of General Practice 2013;63(607):109-10.
6. Chaovitsaree S, Brahmnark M, Thewin B, Matanasarawoot A, Gomutbup P. Acupuncture treatment for bell's palsy: A case report. Nursing journal 2013;40(4):186-91. (in Thai).
7. Petpichetchian W. Best nursing practice in cancer care. Songkhla: Chanmueang; 2010. (in Thai).
8. Tavares-Brito J, Veen M, Dusseldrop JR, Bahmad JrF, Hardlock TA. Facial palsy-specific quality of life in 920 patients: correlation with clinician-graded severity and predicting factors. Laryngoscope 2019;129:100-4.

9. Duan X, Sun Y, An X, Feng Q, Pan D. Application effect of synergy theory-centered rehabilitation nursing on nursing of patients with peripheral facial paralysis. *Journal of Biomedical Research* 2017;12(45):5300-03.
10. Santos M, Chiari B, Guedes G. Facial paralysis of life: a critical review of literature in the scope and quality of inter-professional work Rev. *Revista Cefac* 2016;18(5):1230-37.
11. Carvalho VF, Vieira APS, Paggiaro AO, Salles AG, Gemperli R. Evaluation of the body image of patients with facial palsy before and after the application of botulinum toxin. *Internal Journal Dermatology* 2019;58(10):1175-83.