



ประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๕ ราย ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ - สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑	นางสาววิภาดา ภัทรคุณ	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๒	นางสาวพรรณจรี ชาวโยธา	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๓	นางสาววันวิสาข์ สุนทรฉัตรวัฒน์	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๔	นางสาววีระยา สิทธิบุญ	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๕	นางสาวปัทมวรรณ เพชรแสง	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล

/หากพ้น...

หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายประจวบ หักแพทย)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเพณีวิชาการ ระดับชำนาญการ

ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาววิภาดา ภัทรคุณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	๒๔๓๘๕๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๓๘๕๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน กรณีศึกษา ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติดด้วยวิธียับข้อต่อ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนารูปแบบการรักษาภาวะข้อไหล่ติดด้วยเทคนิคการยับข้อต่อทางกายภาพบำบัด รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						
๒	นางสาวพรรณจारी ชาวโยธา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	๒๔๓๘๖๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๓๘๖๒	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก (Hemorrhagic stroke): กรณีศึกษา ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดแบบบูรณาการสหวิชาชีพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความซับซ้อน (ภาวะจิตเวชซ้อนทับและขาดผู้ดูแล) รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						
๓	นางสาววันวิสาข์ สุนทรนิตราวินน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	๒๔๓๘๖๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๓๘๖๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน การฟื้นฟูกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ: กรณีศึกษา ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน แนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับ ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						
๔	นางสาววีระยา สิทธิบุณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	๒๔๓๘๖๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๓๘๖๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดทรวงอกในผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบเฉียบพลัน ที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ: กรณีศึกษา ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines) ทางกายภาพบำบัดทรวงอกและการเริ่มเคลื่อนไหวระยะแรก (Early Mobilization) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจที่มีความซับซ้อน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู		

๕	นางสาวปัทมวรรณ เพชรแสง	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	๒๕๓๘๕๖	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๕๓๘๕๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน การฟื้นฟูทางการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลาง ข้างซ้ายอุดตัน: กรณีศึกษา (Physical Therapy Rehabilitation in Patient with Left Middle Cerebral Artery Infarction: A Case Study)✓ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาคู่มือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในระดับชุมชน (Development of Physical Therapy Rehabilitation Clinical Practice Manual for Intermediate Care Stroke Patients in Community)✓						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						ขงขภ.ส.

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง กรณีศึกษา ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติดด้วยวิธีขยับข้อต่อ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 11 กันยายน 2568 – 2 ตุลาคม 2568
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 1. ความรู้ทั่วไปกายวิภาคของข้อไหล่ (Anatomy of shoulder)
 2. การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่จากภาวะข้อไหล่ติด
 3. การรักษาภาวะข้อไหล่ติด
 4. กายภาพบำบัดในผู้ป่วยข้อไหล่ติด

4. สรุปสาระสำคัญ

ภาวะข้อไหล่ติด หรือ Frozen shoulder/Adhesive capsulitis เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในกลุ่มวัยกลางคน และผู้สูงอายุ เกิดจากการอักเสบ การหนาตัว และการหดรั้งของเยื่อหุ้มข้อไหล่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อไหล่และเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้น้อยลง ทั้งการเคลื่อนไหวด้วยตนเองและการเคลื่อนไหวโดยผู้อื่นช่วย โดยเฉพาะท่ากางแขน ยกแขนเหนือศีรษะ และหมุนแขนออกด้านนอก อาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำงาน กิจกรรมประจำวัน เช่น การแต่งตัว ทวีมน้ำ อาบน้ำ เอื้อมหยิบของ การนอนตะแคง และการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีคุณภาพชีวิตลดลง จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ภาวะข้อไหล่ติดพบได้ประมาณร้อยละ 2-5 ของประชากรทั่วไป มักพบในช่วงอายุ 40-60 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติดสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยมีรายงานความชุกของภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 13.4 สะท้อนให้เห็นว่าโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดข้อไหล่ติดและอาจทำให้การฟื้นฟูใช้เวลานานขึ้น สำหรับข้อมูลในประเทศไทย งานวิจัยที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบความชุกของภาวะข้อไหล่ติดร้อยละ 13.4 (กนกพร ก่อวัฒนมงคล, 2562) และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะข้อไหล่ติด ได้แก่ อายุ 51-60 ปี อายุมากกว่า 60 ปี โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง อาการปวดไหล่ และการขาดการออกกำลังกายข้อไหล่ นอกจากนี้ งานวิจัยในโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ศึกษาผู้ป่วยข้อไหล่ติดจำนวน 119 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 41.2 ใช้เวลาในการฟื้นฟูนานมากกว่า 6 เดือน โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการฟื้นฟูนาน ได้แก่ โรคเบาหวาน อาการปวดระดับรุนแรง และพิสัยการกางข้อไหล่ น้อยกว่า 120 องศา (รัชนิวรรณ อติชัยเผ่าพันธุ์ และคณะ, 2564) ปัจจุบันการรักษาภาวะข้อไหล่ติดด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด มุ่งเน้นการลดอาการปวด เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่และสะบัก รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้แขนในการทำกิจกรรมประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ การรักษาควรพิจารณาตามระยะของโรคและระดับอาการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการปวดและข้อจำกัดการเคลื่อนไหวแตกต่างกัน หากเลือกวิธีการรักษาไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการยืดหรือดัดดึงข้อไหล่รุนแรงในระยะที่ยังปวดมาก อาจทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้นและส่งผลต่อการฟื้นฟูได้

ภาวะข้อไหล่ติดโดยทั่วไปแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะปวดหรือระยะเริ่มติด ระยะที่ 2 ระยะข้อไหล่ติดแข็ง และระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว โดยผู้ป่วยที่มารับบริการทางกายภาพบำบัดมักพบได้บ่อยในระยะที่มีอาการปวดร่วมกับเริ่มมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว หรืออยู่ในระยะข้อไหล่ติดแข็ง เนื่องจากผู้ป่วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

เริ่มมีปัญหาในการใช้แขนทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ยกแขน หิ้วมือน แต่งตัว เอื้อมหยิบของ เอามือไขว้หลัง หรือทำงานที่ต้องใช้แขนเหนือศีรษะได้ลำบาก

ระยะที่ 1 ระยะปวดหรือระยะเริ่มติด เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อไหล่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น มักปวดมากในเวลากลางคืน และเริ่มมีพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ลดลง โดยเฉพาะการหมุนแขนออกด้านนอก ระยะนี้อาจใช้เวลาประมาณ 2-9 เดือน แนวทางกายภาพบำบัดควรเน้นการลดอาการปวด ลดการอักเสบ และคงพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ วิธีที่ใช้ ได้แก่ การประคบร้อนหรือประคบเย็นตามอาการ การกระตุ้นไฟฟ้าเพื่อลดปวด การเคลื่อนไหวข้อไหล่เบา ๆ เช่น pendulum exercise, active-assisted range of motion และการยืดเหยียดแบบนุ่มนวล ไม่ควรดัดดึงหรือยืดข้อไหล่อย่างรุนแรง เพราะอาจกระตุ้นให้เกิดอาการปวดมากขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะข้อไหล่ติดแข็ง เป็นระยะที่อาการปวดอาจลดลงจากระยะแรก แต่ข้อไหล่จะเคลื่อนไหวได้น้อยลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดในการกางแขน ยกแขน หมุนแขนออกด้านนอก และเอามือไขว้หลัง ระยะนี้อาจใช้เวลาประมาณ 4-12 เดือน แนวทางกายภาพบำบัดควรเน้นการเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ การยืดเหยียดข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่ รวมถึงการดัดดึงข้อต่ออย่างเหมาะสม เช่น posterior glide, inferior glide และ anterior glide ตามข้อจำกัดของผู้ป่วย ร่วมกับการออกกำลังกาย เช่น wall climbing, pulley exercise, wand exercise, capsular stretching และการฝึกกล้ามเนื้อสะบัก เพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ดีขึ้น ลดการติดแข็ง และลดการใช้ท่าทางชดเชยที่ผิดปกติ

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่อาการปวดลดลงมาก และพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อยู่นิ่งขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายเดือนถึงเป็นปี แนวทางกายภาพบำบัดควรเน้นการฟื้นฟูการใช้งานแขนให้ใกล้เคียงปกติ โดยเพิ่มการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่และกล้ามเนื้อสะบัก เช่น resisted exercise, theraband exercise, scapular stabilization exercise และ functional training ที่ใกล้เคียงกับกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานของผู้ป่วย รวมถึงให้โปรแกรมออกกำลังกายที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมาติดซ้ำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้แขนได้อย่างมั่นใจมากขึ้น

นอกจากการรักษาตามระยะของโรคแล้ว การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถือเป็นส่วนสำคัญของการฟื้นฟู ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับลักษณะของภาวะข้อไหล่ติด การหลีกเลี่ยงท่าทางที่กระตุ้นอาการปวด การจัดท่าทางขณะนอนหรือใช้งานแขน การฝึกออกกำลังกายที่บ้านอย่างถูกต้อง และความจำเป็นของการฝึกอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากภาวะข้อไหล่ติดมักใช้เวลาฟื้นตัวค่อนข้างนาน การดูแลตนเองร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดจึงมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของการฟื้นฟู

โดยสรุป การรักษาภาวะข้อไหล่ติดด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดควรประกอบด้วย การลดอาการปวด การเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว การยืดเหยียด การดัดดึงข้อต่อ การฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่และสะบัก รวมถึงการฝึกใช้งานแขนในชีวิตประจำวัน โดยระยะปวดควรเน้นลดปวดและเคลื่อนไหวเบา ๆ ระยะข้อไหล่ติดแข็งควรเน้นเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวและดัดดึงข้อต่ออย่างเหมาะสม ส่วนระยะฟื้นตัวควรเน้นเพิ่มความแข็งแรงและฝึกใช้งานแขนจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kelley et al., 2013; Pandey & Madi, 2021; Kirker et al., 2023).

ภาวะข้อไหล่ติดจึงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อการดูแลทางกายภาพบำบัด เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ความสามารถในการใช้แขน การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และคุณภาพชีวิต

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการประเมินและฟื้นฟูอย่างเหมาะสม อาจทำให้อาการปวดและข้อจำกัดการเคลื่อนไหวคงอยู่นาน ส่งผลให้ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และเพิ่มภาระต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล

จากการศึกษาข้อมูล สถิติช่วง ต.ค. 2567 - ต.ค.2568 ของกลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะข้อไหล่ติดจำนวน 249 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 86 คน และเพศหญิง 163 คน โดยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดทั้งหมด 1,051 ครั้ง ซึ่งพบว่าสถิติโรคมากเป็นอันดับ 5 จากผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดทั้งหมด

ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจทำกรณีศึกษาเรื่องการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติด เพื่อศึกษาแนวทางการตรวจประเมิน การรักษา และการฟื้นฟูผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด โดยมุ่งเน้นการลดอาการปวด เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ฟื้นฟูความสามารถในการใช้แขน และให้คำแนะนำในการออกกำลังกายและดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ ลดภาวะแทรกซ้อนจากข้อไหล่ติด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษา โดยพิจารณาจากปัญหาที่พบบ่อยในการปฏิบัติงานด้านกายภาพบำบัด และความสำคัญของภาวะข้อไหล่ติดที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย
2. คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะข้อไหล่ติด (Frozen Shoulder) และเข้ารับบริการในกลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ที่สามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งศึกษาประวัติ ผลการตรวจประเมิน และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
3. ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลทางวิชาการ จากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัย และแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติด เพื่อนำมาวิเคราะห์ วางแผน และกำหนดแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกรณีศึกษา
4. ดำเนินการรักษาทางกายภาพบำบัด ตามผลการประเมินและแผนการรักษาที่กำหนด โดยเลือกใช้เทคนิคการรักษาและโปรแกรมการออกกำลังกายตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อบรรเทาอาการปวด เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และฟื้นฟูสมรรถภาพการใช้งานของข้อไหล่
5. ประเมินผลหลังการรักษา ติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการปวด พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้าน และให้คำแนะนำในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะข้อไหล่ติด
6. สรุปผลการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ และเรียบเรียงผลงาน โดยอ้างอิงข้อมูลจากผู้ป่วยกรณีศึกษาร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำเป็นเอกสารวิชาการสำหรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านกายภาพบำบัด

เป้าหมายของงาน

เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติดมีอาการความเจ็บปวด (Visual Analog Scale: VAS) ลดลง และพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (Range of Motion: ROM) เพิ่มขึ้น สมรรถภาพการใช้งานของข้อไหล่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษากรณีศึกษาการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติด (Frozen Shoulder) พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินระดับความปวด (Visual Analog Scale: VAS) จาก 6/10 เหลือ 2/10 ร่วมกับพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (Range of Motion: ROM) เพิ่มขึ้นในทิศทางที่มีข้อจำกัดก่อนการรักษา ได้แก่ พิสัยการเคลื่อนไหวของการงอข้อไหล่ (Shoulder flexion) $125^{\circ}/128^{\circ}$ พิสัยการเคลื่อนไหวของการเหยียดไหล่ไปด้านหลัง (Shoulder extension) $40^{\circ}/50^{\circ}$ พิสัยการเคลื่อนไหวของการกางแขนด้านข้างลำตัว (shoulder abduction) $90^{\circ}/95^{\circ}$ และ พิสัยการเคลื่อนไหวของการหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก (Shoulder external rotation) $41^{\circ}/45^{\circ}$ ส่งผลให้การทำงานของข้อไหล่ดีขึ้น สามารถหยิบจับสิ่งของ เอื้อมเหนือศีรษะ แต่งกาย หวีผม และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้นและสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะข้อไหล่ติด

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อลดอาการปวดในผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติด (Frozen Shoulder) ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการให้บริการทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยภายในกลุ่มงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการประเมินทางคลินิก เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในด้านการลดอาการปวด การเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ การฟื้นฟูสมรรถภาพการใช้งานของแขน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินงานมีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากภาวะข้อไหล่ติดเป็นโรคที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ร่วมกับอาการปวด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ และข้อจำกัดทางร่างกายแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด ทั้งด้านอาการปวด พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการใช้งานของแขน และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนการรักษาให้เหมาะสมเป็นรายบุคคล

นอกจากนี้ การรักษายังต้องอาศัยการเลือกใช้เทคนิคทางกายภาพบำบัดที่หลากหลาย เช่น การรักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัด การดัดยืดข้อ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว การเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการให้คำแนะนำในการบริหารข้อไหล่ที่บ้าน โดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความสามารถในการทนต่อการรักษาของผู้ป่วย และการป้องกันการเกิดอาการปวดเพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องติดตามและประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละระยะ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินงานพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยมารับบริการเมื่อโรคอยู่ในระยะที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวอย่างชัดเจน ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนาน ผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวและระยะเวลาการรักษา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความกังวลต่ออาการปวดระหว่างการรักษา ทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการดัดยัดข้อหรือการออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งยังพบข้อจำกัดด้านเวลาในการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค เป้าหมายของการรักษา และความสำคัญของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดทำโปรแกรมการบริหารข้อไหล่ที่สามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน มีการติดตามผลและปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้นและสามารถบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้มีการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติดเข้าสู่กระบวนการกายภาพบำบัดตั้งแต่วัยเริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวที่รุนแรงและลดระยะเวลาการรักษา นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน โดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน

ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านกายภาพบำบัดผ่านการอบรม การศึกษาวิจัย และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ รวมถึงการจัดทำสื่อความรู้และโปรแกรมการบริหารข้อไหล่สำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน ลดการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาในระยะยาว

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาววิภาดา ภัทรคุณ สัดส่วนที่ดำเนินการ 100 %

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วิภาดา ภัทรคุณ

(นางสาววิภาดา ภัทรคุณ)

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

(วันที่) 10 / กย. / 2561

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววิภาดา ภัทรคุณ	วิภาดา ภัทรคุณ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางอาทิตย์า ยศวงษ์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัด

(วันที่) 10 / ก.ย. / 69

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นางอาริตี สิงห์แจ่ม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

(วันที่) 10 / ก.ย. / 69

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายจรัส สกดิ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคลและคดียุติธรรม

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
21 ก.ย. 69

(ลงชื่อ) 
(นายรัตน โพธิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 25 ก.ย. 2569

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการรักษาภาวะข้อไหล่ติดด้วยเทคนิคการขยับข้อต่อทางกายภาพบำบัด
2. หลักการและเหตุผล

ภาวะข้อไหล่ติด (Frozen shoulder) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อไหล่ร่วมกับการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ลดลง โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแบบหมุนออก (external rotation) การกางแขน (abduction) และการหมุนเข้า (internal rotation) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมักเริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษาเมื่อมีอาการปวดและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตแล้ว แม้ภาวะข้อไหล่ติดจะสามารถรักษาและฟื้นฟูได้ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด แต่หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง อาจนำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เป็นระยะเวลานาน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ปัญหาสำคัญที่พบในระบบการให้บริการทางกายภาพบำบัด คือผู้ป่วยบางส่วนยังได้รับการรักษาที่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการปวดเป็นหลัก เช่น การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด โดยอาจยังขาดการจัดการปัญหาการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อย่างเป็นระบบและเฉพาะเจาะจง ประกอบกับการเลือกใช้เทคนิคการรักษาที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้ให้บริการ ทำให้รูปแบบการรักษาอาจขาดความเป็นมาตรฐานและยากต่อการประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบ จากการวิเคราะห์ปัญหาในผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติด พบว่าข้อจำกัดที่สำคัญไม่ได้เกิดจากอาการปวดเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับความตึงตัวของเนื้อเยื่อรอบข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่อที่ลดลง และความกลัวต่อการเคลื่อนไหวเนื่องจากผู้ป่วยเกรงจะทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้แขนและเกิดวงจรของ “ปวด-ไม่กล้าเคลื่อนไหว-ข้อยิ่งติด” ดังนั้น การปรับปรุงกระบวนการรักษาโดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อย่างเป็นระบบ จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้แขนในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หัวใจสำคัญของการพัฒนาแนวคิดนี้คือการประยุกต์ใช้ “เทคนิคการขยับข้อต่อ” (Joint Mobilization) ทางกายภาพบำบัดอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดรูปแบบการรักษาที่มีขั้นตอนชัดเจน ตั้งแต่การประเมินระดับความปวด ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการเลือกทิศทาง ระดับความแรง และระยะเวลาของการขยับข้อต่อให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย การขยับข้อต่อที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ลดความตึงของโครงสร้างรอบข้อ และช่วยลดอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่กระบวนการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ การรักษาควรดำเนินควบคู่กับการออกกำลังกาย การให้คำแนะนำในการใช้ข้อไหล่ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูตนเอง เพื่อให้ผลของการรักษาสามารถอยู่ได้อย่างต่อเนื่อง

การพัฒนารูปแบบการรักษาดังกล่าวไม่เพียงมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงเท่านั้น แต่ยังมุ่งเน้นการเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสามารถประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรมจากตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น ระดับความปวด (Visual Analog Scale: VAS) และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (Range of Motion: ROM) รวมถึงความสามารถในการใช้แขนและในการทำกิจวัตรประจำวัน การมีรูปแบบการรักษาที่ชัดเจนยังช่วยให้นักกายภาพบำบัดสามารถประเมินและติดตามผลการรักษาได้อย่างเป็นระบบ สามารถปรับระดับการรักษาให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของอาการ และลดความแตกต่างของแนวทางการรักษาระหว่างผู้ให้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการทางกายภาพบำบัด

นอกจากมิติด้านสุขภาพร่างกายแล้ว การพัฒนารูปแบบการรักษาภาวะข้อไหล่ติดยังมีผลกระทบในมิติด้านเศรษฐศาสตร์และสังคม เนื่องจากการลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและเพิ่มความสามารถในการใช้แขน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น รวมถึงลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกัน การมีแนวทางการรักษาที่เป็นระบบสามารถช่วยให้การใช้ทรัพยากรทางกายภาพบำบัดเกิดประโยชน์สูงสุด และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในสถานพยาบาล โดยเฉพาะในบริบทที่มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวคิดการพัฒนารูปแบบการรักษาจึงไม่ได้มุ่งเพียงการแก้ไขอาการเฉพาะหน้า แต่เป็นการสร้างระบบการดูแลที่เน้นผลลัพธ์ของผู้ป่วยและการฟื้นคืนความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ (Functional Independence)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การจัดทำแบบเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบการรักษาภาวะข้อไหล่ติดด้วยเทคนิคการขยับข้อต่อทางกายภาพบำบัด จึงเป็นสิ่งสำคัญในการยกระดับประสิทธิภาพและมาตรฐานการให้บริการ โดยมุ่งหวังให้กระบวนการรักษามีความชัดเจน เป็นระบบ สามารถประเมินผลและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการฟื้นฟูตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง มีช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เพิ่มขึ้น สามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันและประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์จากการปฏิบัติงานทางคลินิกในกรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติด (Frozen Shoulder) ชี้ให้เห็นว่า กระบวนการรักษาที่มุ่งเน้นเพียงการลดอาการปวดด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัด (Passive Treatment) อาจไม่เพียงพอต่อการฟื้นฟูช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และการกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดบางชนิดจะมีบทบาทในการช่วยบรรเทาอาการปวดและลดความตึงตัวของเนื้อเยื่อ แต่ไม่สามารถแก้ไขข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวของข้อต่อและความตึงของโครงสร้างรอบข้อได้โดยตรง หากผู้ป่วยยังคงหลีกเลี่ยงการใช้แขนเนื่องจากความกลัวต่อการปวด จะยิ่งส่งผลให้เกิดวงจรของการไม่เคลื่อนไหวและข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น แนวความคิดหลักของข้อเสนอนี้จึงมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนกระบวนการรักษาจากการเน้นการบรรเทาอาการไปสู่การฟื้นฟูการเคลื่อนไหวอย่างเป็นระบบ (Active Functional Recovery) โดยให้ความสำคัญกับการใช้เทคนิคการขยับข้อต่อ (Joint Mobilization) ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว และการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การวิเคราะห์ปัญหามองว่าการเลือกใช้เทคนิคการขยับข้อต่อที่เหมาะสมกับระดับอาการและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ลดความตึงของโครงสร้างรอบข้อ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้มากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การฟื้นฟูความสามารถในการใช้แขนและการดำเนินชีวิตประจำวันในระยะยาว จากแนวความคิดดังกล่าว ข้อเสนอในการพัฒนาและปรับปรุงงานคือการจัดทำ "รูปแบบการรักษาภาวะข้อไหล่ติดด้วยเทคนิคการขยับข้อต่อแบบเป็นระบบ" (Systematic Joint Mobilization Protocol for Frozen Shoulder) เพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการให้บริการทางกายภาพบำบัด

อย่างไรก็ตาม ในการนำข้อเสนอและแนวคิดดังกล่าวไปปฏิบัติจริง อาจพบข้อจำกัดหลายประการ ข้อจำกัดที่สำคัญประการแรกคือ "ความร่วมมือของผู้ป่วย" (Patient Compliance) เนื่องจากภาวะข้อไหล่ติดมักมีอาการปวดและใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟู ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกท้อแท้หรือไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือทักษะและประสบการณ์ของนักกายภาพบำบัดในการใช้เทคนิคการขยับข้อต่อ หากมีความแตกต่างกันในการประเมิน การเลือกทิศทาง หรือระดับความแรงของเทคนิค อาจทำให้ผลการรักษาเกิดความแปรปรวนได้ ขณะเดียวกัน ภาระงานของนักกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลของรัฐที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก อาจเป็นข้อจำกัดต่อการใช้เวลาในการประเมินและ

ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างละเอียด เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ แนวทางแก้ไขสำหรับข้อจำกัดดังกล่าวจึงควรดำเนินการอย่างเป็นระบบ

ในประเด็นเรื่องความร่วมมือของผู้ป่วย ควรพัฒนา “สมุดบันทึกการฟื้นฟูข้อไหล่” (Shoulder Rehabilitation Logbook) สำหรับให้ผู้ป่วยบันทึกการออกกำลังกาย ระดับอาการปวด และความสามารถในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดตามความก้าวหน้าของตนเองและสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการจัดทำสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เช่น แผ่นพับ ภาพประกอบ หรือวิดีโอสาธิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนวิธีการออกกำลังกายที่บ้านได้อย่างถูกต้อง สำหรับข้อจำกัดด้านทักษะของผู้ให้บริการ ควรจัดทำ “คู่มือแนวทางการขยับข้อต่อสำหรับผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติด” (Joint Mobilization Guideline) ที่กำหนดขั้นตอนการประเมิน หลักการเลือกเทคนิค ข้อควรระวัง และแนวทางการติดตามผลอย่างชัดเจน รวมทั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกทักษะภายในทีม เพื่อให้ผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกัน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการนำแนวคิดการพัฒนารูปแบบการรักษาภาวะข้อไหล่ติดด้วยเทคนิคการขยับข้อต่อทางกายภาพบำบัดไปปฏิบัติใช้จริงในทางคลินิก คือการยกระดับประสิทธิผลของการรักษาและความสามารถในการใช้ข้อไหล่ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ในมิติของการรักษาเชิงคลินิก คาดว่าผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการรักษาจะมีระดับอาการปวด (Pain Score) ลดลง และมีช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (Range of Motion: ROM) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการกางแขน (Abduction) การหมุนแขนออก (External Rotation) และการหมุนแขนเข้า (Internal Rotation) ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่มีข้อจำกัดในผู้ป่วยภาวะข้อไหล่ติด การใช้เทคนิคการขยับข้อต่อ (Joint Mobilization) อย่างเป็นระบบร่วมกับการออกกำลังกาย จะช่วยลดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เพิ่มความยืดหยุ่นของโครงสร้างรอบข้อ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนำช่วงการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้นไปใช้ในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การแต่งกาย การหิ้วมือน้ำ การเอื้อมหยิบสิ่งของ และการทำงานที่ต้องใช้แขนเหนือระดับไหล่ นอกจากนี้ การนำเครื่องมือประเมินที่มีมาตรฐานมาใช้ติดตามผลก่อนและหลังการรักษา จะช่วยให้บุคลากรทางกายภาพบำบัดสามารถแสดงผลลัพธ์ของการรักษาได้อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถใช้อัตราดังกล่าวเป็นข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ให้ผู้ป่วยเห็นพัฒนาการของตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจ (Motivation) และความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะข้อไหล่ติดและการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม ลดความกลัวต่อการใช้ข้อไหล่ (Fear-Avoidance) และมีความมั่นใจในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูตนเองมากขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Indicators)

1.1 ระดับความเจ็บปวด (Pain Level): คะแนนความเจ็บปวดบริเวณข้อไหล่ประเมินด้วย Visual Analog Scale (VAS) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษา โดยตั้งเป้าหมายให้ระดับความเจ็บปวดลดลงจนอยู่ในระดับเล็กน้อย หรือไม่เกิน 2/10

1.2 ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (Shoulder Range of Motion): ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ประเมินด้วย Goniometer ในทิศทางที่มีข้อจำกัด ได้แก่ การกางแขน (Abduction) การหมุนแขนออก (External Rotation) และการหมุนแขนเข้า (Internal Rotation) มีองศาการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษา และมีแนวโน้มเข้าใกล้ค่าปกติตามศักยภาพของผู้ป่วย

1.3 ความสามารถในการใช้งานข้อไหล่ (Shoulder Function): คะแนนจากแบบประเมิน Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษา ซึ่งสะท้อนถึงการลดลงของอาการปวดและข้อจำกัดในการใช้งานข้อไหล่ และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการใช้แขนเพิ่มขึ้น

2. ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Indicators)

ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะข้อไหล่ติด (Health Literacy): ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ ลักษณะอาการ การดำเนินของภาวะข้อไหล่ติด และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถเลือกใช้ทำบริหารและการเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

(ลงชื่อ) วิภาดา ภัทรคุณ
(นางสาววิภาดา ภัทรคุณ)
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
(วันที่) 10 / ก.พ. / 2569
ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก (Hemorrhagic stroke): กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๘ – ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ในการปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทั้งในระยะวิกฤต ระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟู ข้าพเจ้าได้บูรณาการองค์ความรู้ทางวิชาการเชิงลึก ผสมกับความชำนาญและประสบการณ์ทางคลินิกที่สั่งสมมา เพื่อใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย วางแผน และให้การรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างเป็นระบบ โดยมีความเชี่ยวชาญในมิติต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๓.๑ ความเชี่ยวชาญด้านพยาธิสรีรวิทยาและกลไกการเกิดโรค

ข้าพเจ้าอาศัยความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้วิเคราะห์ข้อจำกัด วางแผนการฟื้นฟู และเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ใน ๒ กลไกหลัก ได้แก่:

(๑) **ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke):** ข้าพเจ้าวิเคราะห์กลไกการบาดเจ็บระดับเซลล์ (Excitotoxicity) โดยเข้าใจถึงสภาวะที่เซลล์ขาดกลูโคสและออกซิเจน ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของประจุไฟฟ้า (Potassium รั่วออก, Calcium ไหลเข้าเซลล์) กระตุ้นการหลั่ง Glutamate จนทำให้เซลล์บวม น้ำและแตกตาย (Central necrosis) ความรู้ในส่วนนี้ถูกนำมาใช้ประเมินระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มทำกายภาพบำบัด (Early Mobilization) เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองส่วนที่ยังพอมีเลือดไปเลี้ยง (Penumbra) ให้ฟื้นตัวกลับมาทำงานได้ โดยไม่เพิ่มอัตราการเผาผลาญ (Metabolic demand) จนเกินขีดจำกัด นอกจากนี้ยังมีความชำนาญในการแยกแยะสาเหตุย่อย เช่น หลอดเลือดใหญ่ตีบ (Thrombosis), ลิ่มเลือดอุดตัน (Emboli) หรือหลอดเลือดฝอยอุดตัน (Lacunar infarct) ซึ่งรอยโรคขนาดเล็กที่ Internal capsule หรือ Basal ganglia จะส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว (Motor deficit) ที่เป็นรูปแบบเฉพาะตัว

(๒) **ภาวะหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke):** ข้าพเจ้าวิเคราะห์ความเสี่ยงจากภาวะเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) และใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage)

ซึ่งก้อนเลือดจะสร้างแรงดันกดเบียดเนื้อสมอง (Mass effect) ความเชี่ยวชาญนี้ถูกนำมาใช้เพื่อเฝ้าระวังอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง และจัดทำทางผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้ความดันในกะโหลกศีรษะ (ICP) เพิ่มขึ้นระหว่างการทำกายภาพบำบัด

๓.๒ ความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ข้อมูลวิทยาการระบาดเพื่อการวางแผนเชิงรุก

จากการศึกษาและวิเคราะห์ฐานข้อมูลอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ ๗ และภาพรวมของประเทศ ข้าพเจ้าพบว่าทั้งภาวะ Ischemic และ Hemorrhagic Stroke มีแนวโน้มอุบัติการณ์ที่คงตัวแต่ยังอยู่ในระดับสูง ข้าพเจ้านำข้อมูลเชิงสถิตินี้มาประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านบริหารและบริการเชิงรุก ได้แก่ การร่วมกำหนดนโยบายในคณะกรรมการ Service Plan สาขาหลอดเลือดสมอง การออกเยี่ยมเครือข่าย (Stroke node) และการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพชุมชนเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรครายใหม่และป้องกันการเป็นซ้ำ (Secondary prevention)

๓.๓ ความชำนาญในการแปลผลทางการแพทย์เพื่อการประเมินทางกายภาพบำบัด

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสูงสุด ข้าพเจ้าจึงมีความชำนาญในการแปลผลการประเมินทางการแพทย์ก่อนสัมผัสผู้ป่วยเสมอ ดังนี้:

(๑) การแปลผลภาพถ่ายทางรังสี (Neuroimaging): วิเคราะห์ผล CT Scan และ MRI ร่วมกับภาพถ่ายหลอดเลือด (CTA/MRA) เพื่อระบุตำแหน่งของรอยโรคให้สอดคล้องกับอาการทางคลินิก (Clinical correlation) เช่น การทราบว่ามีก้อนเลือดมีปริมาตรเพิ่มขึ้น ข้าพเจ้าจะชะลอการทำการกิจกรรมที่ใช้แรงต้านเพื่อป้องกันการแตกซ้ำ

(๒) การประเมินสัญญาณชีพและผลทางห้องปฏิบัติการ: อาศัยความรู้ในการวิเคราะห์ผลเลือด (ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด, ระดับน้ำตาล, ค่าการแข็งตัวของเลือด) และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เพื่อคัดกรองข้อห้าม (Contraindications) หรือข้อควรระวัง (Precautions) ก่อนให้การรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF) ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดก้อนเลือดอุดตันซ้ำ

(๓) การประเมินความบกพร่องอย่างรวดเร็ว: ประยุกต์ใช้หลักการ BE FAST ในการประเมินซ้ำแบบ Real-time ระหว่างการทำกายภาพบำบัด เพื่อเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทที่อาจเปลี่ยนแปลงได้

๓.๔ ความเข้าใจในการรักษาทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

ในฐานะผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทและสมอง ข้าพเจ้าต้องทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยนำความรู้ด้านการรักษาทางการแพทย์มาประยุกต์ใช้ ดังนี้:

(๑) การจัดการทางยาและสถานะวิกฤต: เข้าใจผลข้างเคียงของยาและกลไกการรักษา เช่น การดูแลทางเดินหายใจ การควบคุมความดันโลหิตเพื่อป้องกันการแตกซ้ำ (Re-bleeding) การให้สารน้ำ และยาป้องกันชัก ข้าพเจ้าจะปรับโปรแกรมการรักษาให้สอดคล้องกับระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) ของผู้ป่วย

(๒) ข้อควรระวังหลังการผ่าตัด (Surgical Precautions): ในรายที่ได้รับการผ่าตัดระบายเลือดหรือเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) ข้าพเจ้ามีความชำนาญในการจัดท่าทาง (Positioning) โดยเฉพาะการปรับหัวเตียงสูง ๓๐ องศาเพื่อลดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ (ICP) และหลีกเลี่ยงท่าทางที่กระตุ้นให้เกิดแรงดันในช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพื่อผลลัพธ์การผ่าตัดที่ดีที่สุด

๓.๕ ความเชี่ยวชาญขั้นสูงด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด

ข้าพเจ้านำความรู้ทั้งหมดมาสังเคราะห์เป็นแผนการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบองค์รวม มุ่งเน้นหลักการกระตุ้นการเรียนรู้ใหม่ของระบบประสาท (Neuroplasticity และ Motor Relearning) โดยมีรายละเอียดความเชี่ยวชาญ ดังนี้:

(๑) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Complication Prevention): เริ่มต้นทันทีในระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว โดยการจัดท่าทางที่ถูกต้อง (Therapeutic Positioning) เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Spasticity) ป้องกันภาวะข้อไหล่หลุดหลวม (Shoulder subluxation) แผลกดทับ และข้อติดยึด ร่วมกับการทำ Passive ROM อย่างนุ่มนวล

(๒) การฝึกการเคลื่อนไหวเพื่อการทำหน้าที่ (Task-Specific Training): เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ข้าพเจ้าใช้ทักษะในการกระตุ้นกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงให้กลับมาทำงาน โดยเน้นการฝึกกิจกรรมที่มีเป้าหมายชัดเจน เช่น การฝึกพลิกตะแคงตัว การควบคุมลำตัวในท่านั่ง (Trunk control) การฝึกการทรงตัว และการลุกยืน (Sit-to-stand) เพื่อปูพื้นฐานสู่การเดิน

(๓) การวิเคราะห์และการฝึกเดิน (Gait Analysis and Training): วิเคราะห์ความผิดปกติของรูปแบบการเดิน (Gait deviation) ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และดำเนินการฝึกเดินอย่างเป็นลำดับขั้นพร้อมทั้งมีความเชี่ยวชาญในการประเมินและเลือกใช้อุปกรณ์ (Orthotics) เช่น Ankle-Foot Orthosis (AFO) เพื่อแก้ไขภาวะเท้าตก (Foot drop) เพิ่มความมั่นคง และลดความเสี่ยงในการหกล้ม

(๔) การจัดการปัจจัยเสี่ยงและการเสริมพลัง (Risk Modification & Empowerment): ข้าพเจ้าวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลของผู้ป่วย (เช่น ความดันโลหิต ความอ้วน เบาหวาน) เพื่อนำมา

ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้าน (Home Program) ได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว พร้อมทั้งฝึกสอนญาติให้มีทักษะในการดูแล เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับความพิการปรับตัวทางจิตสังคม และสามารถกลับคืนสู่สังคมหรือประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพสูงสุด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เป็นภาวะวิกฤตทางระบบประสาทที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบสาธารณสุข จากสถิติทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกประมาณ ๒๕๐,๐๐๐ - ๕๐๐,๐๐๐ รายต่อปี สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันประสาทวิทยา (พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑) พบผู้ป่วยสูงถึง ๒๗,๐๐๐ ราย ภาวะดังกล่าวมักส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางร่างกายอย่างรุนแรง เช่น อัมพาตครึ่งซีก ปัญหาด้านการสื่อสาร พฤติกรรม และอารมณ์ ซึ่งนำไปสู่ความทุพพลภาพเรื้อรังและเป็นภาระการดูแลระยะยาว

การเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์อย่างทันเวลาที่เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะสมองตายเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ควบคู่ไปกับการเริ่ม "การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด" ตั้งแต่ระยะแรก (Early Rehabilitation) โดยเฉพาะในช่วง ๖ เดือนแรกหลังเกิดอาการ ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาทอง (Golden Period) แห่งการฟื้นฟูของระบบประสาท การได้รับการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบแบบผู้ป่วยในจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในบริบทของพื้นที่ โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิที่รับผิดชอบประชากรในเขตสุขภาพที่ ๗ (ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์) ซึ่งจากข้อมูลวิทยาการระบาด พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูจึงได้บูรณาการระบบบริการกายภาพบำบัดแบบไร้รอยต่อ ทั้งรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD) ผู้ป่วยนอก (OPD) และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังนั้น การจัดทำกรณีศึกษา (Case Study) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกรายนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาเป็น "แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Clinical Guideline)" ที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานต่อไป

๔.๒ เป้าหมายของงาน

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อนำเสนอกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ๒ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีการกำหนดเป้าหมายย่อยทางคลินิก ดังนี้:

(๑) เป้าหมายระยะสั้น: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักเป็นเวลานาน (เช่น ภาวะข้อติดยึด แผลกดทับ ภาวะปอดแฟบ) และกระตุ้นการฟื้นฟูของระบบประสาทสั่งการและการรับรู้

(๒) เป้าหมายระยะกลาง: เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ และฝึกทักษะการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐาน (Bed mobility และ Transfer) ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

(๓) เป้าหมายระยะยาว: เพื่อลดระดับความทุพพลภาพ คืนความสามารถในการทรงตัวและการเดิน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระของญาติผู้ดูแล และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

๔.๓ ขั้นตอนการดำเนินงาน

กระบวนการศึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณีศึกษานี้ ดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้:

(๑) การคัดเลือกกรณีศึกษา: คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ๒ ที่เข้าเกณฑ์ความเหมาะสมเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาเชิงลึก

(๒) การรวบรวมข้อมูลและการตรวจประเมินทางคลินิก: ดำเนินการซักประวัติอย่างละเอียด (อาการสำคัญ ประวัติการรักษา โรคประจำตัว) และทำการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก (Problem list)

(๓) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และการทำงานแบบสหวิชาชีพ: ศึกษาค้นคว้าข้อมูลวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองแตก ตลอดจนร่วมปรึกษารื้อกับทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล) เพื่อความครอบคลุมและความปลอดภัยในการรักษา

(๔) การวางแผนการรักษา (Treatment Planning): กำหนดเป้าหมายการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว พร้อมทั้งออกแบบโปรแกรมทางกายภาพบำบัดที่สอดคล้องกับพยาธิสภาพและข้อจำกัดของผู้ป่วย

(๕) การดำเนินการรักษา (Intervention): ให้การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องตามแผนที่วางไว้ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนความเข้มข้นของโปรแกรมตามการตอบสนองของผู้ป่วย

(๖) การประเมินและสรุปผล (Evaluation & Conclusion): ทำการตรวจประเมินซ้ำ (Re-assessment) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการรักษา และสรุปประสิทธิผลของกระบวนการทางกายภาพบำบัด

(๗) การเผยแพร่องค์ความรู้: จัดทำรายงานสรุปกรณีศึกษาลงบันทึก เพื่อนำไปเผยแพร่เป็นองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice) ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานและเครือข่ายต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) กรณีศึกษารายนี้ ประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในมิติเชิงปริมาณที่สามารถวัดผลได้ทางการแพทย์ และมีมิติเชิงคุณภาพที่ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อชีวิตผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดผลสำเร็จดังนี้

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

จากการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน ๑ ราย ในรูปแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) โดยได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและเข้มข้น จำนวน ๑๒ ครั้ง ตลอดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ๑ เดือน ๑๕ วัน จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน พบการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่สำคัญ ดังนี้:

(๑) การฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อ (Motor Power): พัฒนาการของกล้ามเนื้อแขนและขาซ้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากเกร็งที่อยู่ในระดับเกรด ๒ ฟื้นฟูขึ้นเป็นระดับเกรด ๔ ซึ่งสามารถต้านแรงโน้มถ่วงและแรงต้านได้

(๒) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living): ประเมินด้วยตัวชี้วัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Barthel Index) พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก ๕/๒๐ คะแนน (อยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) พัฒนาสู่ระดับคะแนนเต็ม ๒๐/๒๐ คะแนน (สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นอิสระ)

(๓) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Ambulation): ผู้ป่วยสามารถข้ามผ่านข้อจำกัด (Impairment) ด้านการเคลื่อนไหว จากเดิมที่ไม่สามารถขยับตัวได้ พัฒนาจนสามารถลุกยืนและเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดินประเภทไม้เท้าสามขา (Tripod cane) ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระและปลอดภัย

(๔) อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน (Complications): อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ ๐ ตลอดระยะเวลาการรักษาว่า ๑ เดือนครึ่ง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่เกิดจากการนอนเตียงนาน (เช่น แผลกดทับ ภาวะข้อติดยึด หรือภาวะปอดอักเสบ)

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

(๑) การยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาวะพึ่งพิง: กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดนี้ ช่วยแก้ปัญหาข้อจำกัดทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้คือ "การไม่มีญาติหรือผู้ดูแล" การที่ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูร่างกายจนกลับมาเดินได้และช่วยเหลือตนเองได้เต็ม ๒๐ คะแนน (Barthel Index) ถือเป็นการคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) ลดภาระการพึ่งพิงระบบบริการสังคม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

(๒) ความสำเร็จตามเป้าหมายทางคลินิก (Clinical Goals Achieved): การดำเนินการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของงานกายภาพบำบัดอย่างสมบูรณ์แบบ ทั้งในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับคืนมาใกล้เคียงปกติที่สุด การกำจัดความทุพพลภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการที่ได้มาตรฐานวิชาชีพขั้นสูง

(๓) การตอบสนองต่อนโยบายระดับชาติ (Policy Alignment): ผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากกรณีศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนตัวชี้วัด (KPI) ตาม Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีส่วนช่วยขับเคลื่อนเป้าหมายในการ "ลดอัตราการเสียชีวิตให้น้อยกว่าร้อยละ ๒๕" และสนับสนุนดัชนี "การเข้าถึงการรักษาและการฟื้นฟูภายใน ๗๒ ชั่วโมง ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐" ซึ่งส่งผลดีต่อภาพลักษณ์และมาตรฐานของโรงพยาบาลตลอดจนระบบสาธารณสุขในภาพรวม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกรายนี้ ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตัวผู้ป่วยเพียงมิติเดียว แต่ยังสร้างผลกระทบเชิงบวกที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นประโยชน์ในระดับหน่วยงานและระดับเครือข่ายสาธารณสุข โดยแบ่งได้ดังนี้

๖.๑ ผลกระทบต่อผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

(๑) การคืนศักยภาพและการพึ่งพาตนเอง: ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาใช้ชีวิตประจำวันและพึ่งพาตนเองได้สูงสุด (Barthel Index ๒๐/๒๐) แม้จะอยู่ในสภาวะที่ท้าทายคือการ "ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล" การบรรลุเป้าหมายนี้ช่วยลดความเสี่ยงในการถูกทอดทิ้ง การเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง หรือการกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเด็ดขาด

(๒) การยกระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ: ช่วยคลายความวิตกกังวลและลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่มักเกิดหลังภาวะวิกฤตทางสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมและดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีศักดิ์ศรี

๖.๒ การนำไปใช้ประโยชน์ระดับหน่วยงาน (โรงพยาบาลขอนแก่น)

(๑) การพัฒนาระบบบริการทางคลินิก: นำผลลัพธ์และขั้นตอนการดำเนินงานจากกรณีศึกษานี้ ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน (Clinical workflows) เพื่อยกระดับและจัดทำเป็น "โปรโตคอลคลินิกมาตรฐาน (Standardized Clinical Protocols / Clinical Pathway)" สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อให้การปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพสูงสุด

(๒) การเป็นต้นแบบสำหรับการเรียนการสอน: นำกรณีศึกษานี้ไปใช้เป็นสื่อการสอนและถอดบทเรียน (Role Model) ในการวิเคราะห์ทางคลินิก (Clinical Reasoning) สำหรับนิสิตนักศึกษา

กายภาพบำบัดที่หมุนเวียนมาฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อให้เห็นภาพการบริหารจัดการเคสผู้ป่วยในที่ซับซ้อนและไม่มีผู้ดูแล

(๓) การบริหารจัดการทรัพยากร: แม้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจะนานถึง ๑ เดือน ๑๕ วัน แต่การที่นักกายภาพบำบัดสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ๑๐๐% ถือเป็นการลดต้นทุนการรักษาพยาบาลแฝง (Hidden costs) เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ หรือยาปฏิชีวนะสำหรับปอดอักเสบ ซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลอย่างคุ้มค่า

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณีศึกษารายนี้ มีความยุ่งยากและซับซ้อนในระดับสูงมาก เนื่องจากการจัดการกับความบกพร่องทางร่างกายที่รุนแรงซึ่งเกิดร่วมกับความท้าทายทางจิตเวชและข้อจำกัดทางสังคม โดยสามารถสรุปประเด็นความซับซ้อนได้ดังนี้

๗.๑ ความซับซ้อนจากพยาธิสภาพร่วมทางกายและทางจิตเวช

ผู้ป่วยต้องเผชิญกับพยาธิสภาพทางระบบประสาทที่รุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกซ้าย (เกรด ๒) ซึ่งโดยปกติก็เป็นความท้าทายทางกายภาพบำบัดอยู่แล้ว แต่ความยุ่งยากสูงสุดในเคสนี้คือ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองหรือปัจจัยทางพันธุกรรม อาการแสดงทางคลินิกที่เด่นชัดคือ ผู้ป่วยมีความหวาดระแวง หลงผิด มีอาการประสาทหลอน (หูแว่ว) ทำให้สูญเสียความไว้วางใจในตัวบุคลากรทางการแพทย์อย่างรุนแรง นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติในกระบวนการเรียบเรียงความคิด ส่งผลให้การสื่อสารและการพูดจาวกวน ไม่สามารถจับใจความได้

๗.๒ อุปสรรคต่อกระบวนการเรียนรู้สั่งการเคลื่อนไหว

กระบวนการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง หัวใจสำคัญคือ "การให้ความร่วมมือ" และ "การปฏิบัติตามคำสั่ง (Command following)" เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ใหม่ของระบบประสาทสั่งการ (Motor Relearning) แต่อาการทางจิตเวชของผู้ป่วย ทำให้เกิดอุปสรรคทางการสื่อสารอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถทำความเข้าใจ หรือปฏิเสธที่จะทำตามคำบอกและคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด ทำให้การออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วม (Active participation) ไม่สามารถทำได้เต็มศักยภาพ ส่งผลให้ความก้าวหน้าในการฟื้นฟูในช่วงแรกเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่เห็นผลลัพธ์เท่าที่ควร

๗.๓ ข้อจำกัดด้านการสนับสนุนทางสังคม

ความซับซ้อนทวีคูณขึ้นจากการที่ "ผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ดูแล" ในสถานการณ์ปกติที่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนหรือหวาดระแวง ญาติมักเป็นกลไกสำคัญในการช่วยอธิบาย ปลอบประโลม และสร้างความไว้วางใจ เมื่อขาดปัจจัยสนับสนุนนี้ นักกายภาพบำบัดจึงต้องเผชิญหน้ากับพฤติกรรมต่อต้านของผู้ป่วยโดยตรง ต้องใช้ทักษะทางจิตวิทยาขั้นสูง ความอดทน และความระมัดระวังอย่างมากในการเข้าหาและจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยในแต่ละรอบของการฝึก

๗.๔ ความจำเป็นในการบูรณาการการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

เพื่อก้าวข้ามความซับซ้อนดังกล่าว นักกายภาพบำบัดไม่สามารถปฏิบัติงานเพียงลำพังได้ จึงต้องมีการปรึกษาและทำงานร่วมกับทีมแพทย์เฉพาะทาง (อายุรแพทย์ระบบประสาทและจิตแพทย์) อย่างใกล้ชิด จุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้การฟื้นฟูประสบความสำเร็จคือ การที่ผู้ป่วยได้รับการปรับการรักษาด้วยยา Clozapine ซึ่งเป็นยารักษาโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง เมื่อสารสื่อประสาทในสมองเริ่มสมดุล อาการประสาทหลอนและความหวาดระแวงลดลง ผู้ป่วยกลับมามีสติสัมปชัญญะที่แจ่มใสขึ้น สามารถเรียบเรียงความคิด เปิดใจรับฟัง และให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัดได้อย่าง

เต็มที่ นำไปสู่การฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อจนก้าวสู่ระดับเกรด ๔ และสามารถฝึกทักษะการเดินจนสำเร็จได้ในที่สุด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกกรณีศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหน้างานที่สำคัญหลายประการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการวางแผนและขั้นตอนการให้การรักษาทายกายภาพบำบัด โดยสามารถสรุปประเด็นปัญหาหลักได้ดังนี้

๘.๑ อุปสรรคด้านการปฏิเสธการรักษาและขาดความร่วมมือในระยะแรก

ในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษา อาการของโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) ที่ยังไม่สงบ ได้สร้างอุปสรรคอย่างหนักต่อการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีภาวะหวาดระแวงและไม่ไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์อย่างรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้าน ปฏิเสธการสัมผัสตัว และไม่ยอมทำตามคำสั่ง (Poor command following) อุปสรรคนี้ทำให้ไม่สามารถใช้เทคนิคการรักษาที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Active Exercise) ได้เลย ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียโอกาสในช่วงเวลาทอง (Golden Period) ของการฟื้นฟูระบบประสาทสั่งการ

๘.๒ ปัญหาด้านการสื่อสารและการประเมินทางคลินิก

ความผิดปกติในกระบวนการเรียบเรียงความคิดและอาการหูแว่วของผู้ป่วย ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและนักกายภาพบำบัดเป็นไปอย่างยากลำบาก ผู้ป่วยพูดจาวกวนและไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ อุปสรรคนี้ทำให้การตรวจประเมินทางคลินิกที่ต้องอาศัยข้อมูลเชิงอัตวิสัย (Subjective data) เช่น การประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain scale) การประเมินความเหนื่อยล้า หรือการตอบสนองต่อการออกกำลังกาย ขาดความแม่นยำ นักกายภาพบำบัดจึงต้องใช้เวลาและต้องอาศัยการสังเกตจากอาการแสดงทางกายภาพ (Objective signs) เป็นหลัก ซึ่งเพิ่มภาระงานและความตึงเครียดในการปฏิบัติงาน

๘.๓ ข้อจำกัดจากการขาดแคลนระบบสนับสนุนทางครอบครัว

โดยทั่วไป กระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัยญาติหรือผู้ดูแลในการช่วยกระตุ้น ชักซ้อมท่าออกกำลังกาย และช่วยพลิกตะแคงตัวนอกเหนือจากเวลาที่นักกายภาพบำบัดให้การรักษ การที่ "ผู้ป่วยไม่มีญาติดูแล" ถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ความต่อเนื่องของการทำกายภาพบำบัดรายวันลดลง ภาระการดูแล การจัดท่าทางเพื่อป้องกันแผลกดทับและข้อติดยึด รวมถึงการจัดการกับอารมณ์หวาดระแวงของผู้ป่วย จึงตกอยู่กับทีมพยาบาลและนักกายภาพบำบัดแบบ ๑๐๐% ซึ่งต้องใช้ความทุ่มเทและเวลาในการดูแลเกินกว่าเคสปกติหลายเท่าตัว

๘.๔ ความล่าช้าในการเริ่มโปรแกรมเชิงรุก

เนื่องจากต้องรอให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากจิตแพทย์และรอให้ยาต้านอาการทางจิต (Clozapine) ออกฤทธิ์ปรับสมดุลสารสื่อประสาทในสมองจนอาการหลงผิดสงบลงก่อน จึงเกิดความล่าช้า (Delay) ในการเลื่อนระดับโปรแกรมการทำกายภาพบำบัด (Progression) นักกายภาพบำบัดไม่สามารถเร่งฝึกทักษะที่ซับซ้อน เช่น การฝึกกลืนหรือฝึกยืนเดินในช่วงแรกได้ เพราะผู้ป่วยยังไม่มีสติสัมปชัญญะที่พร้อมจะเรียนรู้และระมัดระวังตนเอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือการหกล้มได้ง่าย ทำให้ระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of Stay) ต้องยืดเยื้อออกไปถึง ๑ เดือน ๑๕ วัน

๙. ข้อเสนอแนะ

จากปัญหาและอุปสรรคในกรณีศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้ามีข้อเสนอแนะเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความซับซ้อนให้มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ โดยควรเริ่มจากการบูรณาการทีมสหวิชาชีพเชิงรุกตั้งแต่วินาทีแรกรับ อาทิ การปรึกษาจิตแพทย์เพื่อจัดการภาวะซ้อนทับทางจิตเวชให้ผู้ป่วยพร้อมเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดได้อย่างรวดเร็ว ควบคู่กับการพัฒนาโปรโตคอลดูแลผู้ป่วยไร้ญาติ

ร่วมกับทีมพยาบาล เพื่อจัดการการเคลื่อนไหวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ ลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ควรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบบูรณาการร่วมกับทีมนักสังคมสงเคราะห์และเครือข่ายสาธารณสุขชุมชนตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมและเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชนเกิดความปลอดภัยและยั่งยืนสูงสุด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวพรรณจารีย์ ชาวโยธา สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) พวรรณจารีย์ ชาวโยธา
 (นางสาวพรรณจารีย์ ชาวโยธา)
 นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
 (วันที่) 14 / ก.ย. / 2569
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพรรณจารีย์ ชาวโยธา	พวรรณจารีย์ ชาวโยธา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นางอาทิตย์ยา ยวงษ์)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัด
 (วันที่) 14 / ก.ย. / 69
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นางอภีรดี สิงห์แจ่ม)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
 (วันที่) 14 / ก.ย. / 69
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายนคร พิทย์สุนทรศักดิ์)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ
 (วันที่) ~~ผู้ช่วยผู้อำนวยการกิจการสังคมบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ๓~~
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
 14 ก.ย. 69

(ลงชื่อ) 
 (นายธนสิทธิ์ ไพระพงษ์)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
 (วันที่) 25 ก.ย. 2569
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือสูงขึ้นไป

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดแบบบูรณาการสหวิชาชีพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความซับซ้อน (ภาวะจิตเวชซ้อนทับและขาดผู้ดูแล)

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความทุพพลภาพและการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลทางวิทยาการระบาดพบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับความบกพร่องทางระบบประสาทอย่างรุนแรง อาทิ ภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตครึ่งซีก ปัญหาด้านการสื่อสาร และความบกพร่องทางการรับรู้ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองและต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงระยะยาว กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด (Physical Therapy Rehabilitation) จึงเปรียบเสมือนหัวใจสำคัญที่จะช่วยกอบกู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Mobilization) และการกระตุ้นการเคลื่อนไหวอย่างเข้มข้นในช่วง ๖ เดือนแรกหลังเกิดอาการ ซึ่งวงการแพทย์ยอมรับว่าเป็น “ช่วงเวลาทอง (Golden Period)” ที่สมองมีกระบวนการปรับตัวและสร้างเครือข่ายประสาทใหม่ (Neuroplasticity) หากผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นการเรียนรู้การเคลื่อนไหวใหม่ (Motor Relearning) อย่างถูกต้องและทันที่ จะสามารถลดระดับความพิการและคืนศักยภาพการใช้ชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

โรงพยาบาลขอนแก่น ในฐานะโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพสูง และเป็นศูนย์กลางการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Node) ในเขตสุขภาพที่ ๗ ต้องรองรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพรุนแรงเป็นจำนวนมากในแต่ละปี แม้ว่าในปัจจุบันกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและคณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง จะมีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Pathway) สำหรับผู้ป่วยทั่วไปที่ได้มาตรฐาน ทว่าในบริบทการปฏิบัติงานจริง ข้าพเจ้าพบว่ามີอุบัติการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มที่มี "ความซับซ้อนและเปราะบางสูง (Complex and Vulnerable Patients)" เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มาพร้อมกับข้อจำกัดซ้อนทับ ๒ ประการหลัก ได้แก่ การมีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วย (Psychiatric Comorbidities) และการขาดแคลนระบบสนับสนุนทางครอบครัวหรือเป็นผู้ป่วยไร้ญาติ (Lack of Social Support / Caregiver-less) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นความท้าทายขั้นสูงสุดในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การทำการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น หัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จคือ "การมีส่วนร่วมอย่างตื่นรู้ (Active Participation)" และ "ความสามารถในการปฏิบัติตามคำสั่ง (Command Following)" ของผู้ป่วย แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวทางจิตเวชซ้อนทับ เช่น โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองจะก่อให้เกิดอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือหูแว่ว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดระแวงและสูญเสียความไว้วางใจในตัวบุคลากรทางการแพทย์อย่างรุนแรง อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้าน ปฏิเสธการสัมผัสตัว และไม่ยอมให้ความร่วมมือในการฝึกทำกายภาพบำบัด ซึ่งแนวทางปฏิบัติแบบมาตรฐาน (Standard Protocol) ในปัจจุบันไม่ได้มีการกำหนดขั้นตอนรองรับสถานการณ์เช่นนี้ไว้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้นักกายภาพบำบัดไม่สามารถเข้าถึงตัวผู้ป่วยเพื่อเริ่มกระบวนการฟื้นฟูในระยะ Golden Period ได้ ผู้ป่วยจึงสูญเสียโอกาสสำคัญในการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ นำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบและข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวที่ถาวร

ในสภาวะปกติ การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยสามัญ จำเป็นต้องอาศัย "ญาติหรือผู้ดูแล" เป็นกลไกสำคัญในการช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง ช่วยทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น (Passive ROM) นอกเวลาฝึก และเป็นที่พึ่งทางจิตใจ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานะ "ไร้ญาติ"

ภาระอันหนักอึ้งทั้งหมดจึงตกอยู่กับพยาบาลประจำการและนักกายภาพบำบัด การขาดแคลนผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานาน (Bedridden Complications) เช่น การเกิดแผลกดทับ (Pressure Ulcers) ภาวะข้อติดยึด (Joint Contractures) ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep Vein Thrombosis: DVT) และภาวะปอดอักเสบจากการติดเตียง (Hypostatic Pneumonia) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่เพียงแต่ซ้ำเติมความรุนแรงของโรค แต่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูในระดับที่สูงขึ้นได้

เมื่อความซับซ้อนทั้งด้านจิตเวชและสังคมผนวกกัน ก่อให้เกิดผลกระทบลูกโซ่ในระดับระบบ บริบาล (Systemic Impacts) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีระยะเวลาวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of Stay: LOS) ที่ยืดเยื้อและยาวนานกว่าปกติมาก ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการบริหารจัดการเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องรองรับผู้ป่วยรายใหม่ ก่อให้เกิดต้นทุนแฝง (Hidden Costs) ทาง การแพทย์ที่สูงขึ้นมหาศาลจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจป้องกันได้ นอกจากนี้ ความเครียดและภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมต่อต้านและไม่มีญาติ ยังส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของทีมผู้ให้บริการ (Healthcare Provider Burnout) อีกทั้งเมื่อถึงเวลาที่ต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การขาดการวางแผนอย่างเป็นระบบตั้งแต่ต้นทาง มักนำไปสู่การส่งต่อที่ไม่ปลอดภัย และมีอัตราการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ (Readmission Rate) สูง

จากสภาพปัญหาเชิงประจักษ์ที่กล่าวมาทั้งหมด จึงเป็นที่แน่ชัดว่า ระบบการดูแลและการทำกายภาพบำบัดแบบเดิมที่มีลักษณะแยกส่วน (Silo Mentality) หรือการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นรายกรณี ไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเปราะบางนี้ได้อีกต่อไป ข้าพเจ้าจึงมีแนวคิดที่มุ่งมั่นจะ "พัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดแบบบูรณาการสหวิชาชีพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความซับซ้อน" โดยยกระดับกระบวนการทำงานสู่การเป็น Proactive Multidisciplinary Approach (การทำงานสหวิชาชีพเชิงรุก) แนวคิดนี้มุ่งเน้นการทลายกำแพงระหว่างวิชาชีพ โดยนำเครื่องมือการคัดกรองมาใช้เพื่อส่งปรึกษาจิตแพทย์อย่างรวดเร็ว (Early Psychiatric Trigger) ตั้งแต่แรกรับ เพื่อปรับสมดุลสารสื่อประสาทให้ผู้ป่วยพร้อมต่อการฟื้นฟูทางกายภาพ ควบคู่ไปกับการออกแบบโปรโตคอลการดูแลผู้ป่วยไร้ญาติ (Caregiver-less Protocol) ที่เป็นการบูรณาการตารางการดูแลร่วมกันระหว่างทีมพยาบาลและนักกายภาพบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการดึงทีมนักสังคมสงเคราะห์และเครือข่ายสุขภาพชุมชน (อสม./CG) เข้ามาร่วมวางแผนการจำหน่าย (Seamless Discharge Planning) ตั้งแต่นั้นมา

การพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบนี้ ไม่เพียงแต่จะเป็นการอุดช่องโหว่ของการให้บริการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปราะบางให้ได้รับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์กลับคืนมา แต่ยังเป็นการสนับสนุนเป้าหมายที่สำคัญของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข ในการลดอัตราความทุพพลภาพและลดอัตราการเสียชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม การสร้างมาตรฐานการดูแลใหม่นี้จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน ส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริบาลผู้ป่วยซับซ้อนให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา

จากการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยสามัญของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าระบบการดูแลในปัจจุบันยังมีช่องโหว่ (Gaps in care) ที่สำคัญเมื่อต้องเผชิญกับผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อนสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะทางจิตเวชซ้อนทับและเป็นผู้ป่วยไร้ญาติ ปัญหาหลักประการแรกเกิดจาก "การทำงานที่มีลักษณะแยกส่วน (Silo Mentality)" ระหว่างทีมอายุรกรรม

ระบบประสาท ทีมเวชกรรมฟื้นฟู และทีมจิตเวช โดยปกติแล้ว การประเมินทางจิตเวชมักจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการก้าวร้าว หวาดระแวง หรือต่อต้านการรักษาอย่างรุนแรงจนควบคุมไม่ได้แล้ว ความล่าช้าในการส่งปรึกษา (Delayed consultation) นี้ ทำให้การปรับสมดุลสารสื่อประสาทด้วยยาทางจิตเวชล่าช้าตามไปด้วย ส่งผลให้กระบวนการทำกายภาพบำบัดต้องหยุดชะงัก ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการฟื้นฟูระบบประสาทในช่วงเวลาทอง (Golden Period) และในบางราย พฤติกรรมต่อต้านรุนแรงยังกระตุ้นให้เกิดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ (ICP) สูงขึ้น ซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่งในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก

ปัญหาประการที่สองคือ "ช่องว่างของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยไร้ญาติ (Caregiver-less Management Gap)" กระบวนการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่ได้ผลดีนั้น ต้องการความต่อเนื่องในการจัดทำทาง (Positioning) การทำการเคลื่อนไหวแบบทำให้อ่อน (Passive ROM) และการพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยไม่มีญาติ ภาระงานทั้งหมดจึงตกเป็นของพยาบาลประจำการและนักกายภาพบำบัดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีกำหนดแนวปฏิบัติ (Protocol) ที่ชัดเจนในการบูรณาการตารางการดูแลระหว่างวิชาชีพ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในบางเวลา และเกิดการละเว้นในบางเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ภาวะข้อติดยึด และปอดอักเสบ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงทำให้ระยะเวลาวันนอน (Length of Stay) ยาวนานขึ้น แต่ยังสร้างความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟ (Burnout) ให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย

๓.๒ แนวความคิดและหลักการ

เพื่อแก้ไขสภาพปัญหาดังกล่าว ข้าพเจ้าจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบการฟื้นฟูโดยใช้หลักการ "การทำงานสหวิชาชีพเชิงรุก (Proactive Multidisciplinary Approach)" เป็นแกนหลัก ซึ่งหมายถึง การเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการตั้งรับและรอให้เกิดปัญหา เป็นการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงร่วมกันตั้งแต่จุดเริ่มต้น (Early recognition) ผสมกับการใช้หลักการ "การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง" ที่มองเห็นข้อจำกัดทางจิตเวชและสังคมของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ต้องนำมาออกแบบการรักษาแบบเฉพาะเจาะจง (Tailor-made) นอกจากนี้ ยังประยุกต์ใช้แนวคิด "การดูแลอย่างไร่อยต่อ" ผ่านการเสริมพลัง (Empowerment) ให้กับบุคลากรในเครือข่ายสาธารณสุขชุมชน เพื่อเชื่อมประสานการดูแลจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปสู่เตียงนอนที่บ้านของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและยั่งยืน

๓.๓ ข้อเสนอในการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ข้าพเจ้าขอเสนอให้มีการจัดทำ "แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซับซ้อน (Complex Stroke Clinical Pathway)" โดยมีข้อเสนอในการพัฒนาระบบการทำงาน ๓ ส่วนหลัก ดังนี้:

๑) การสร้างระบบแจ้งเตือนและส่งปรึกษาเชิงรุก (Proactive Psychiatric Trigger Tool): เสนอให้มีการเพิ่มหัวข้อการคัดกรองประวัติและอาการทางจิตเวชเบื้องต้น เข้าไปในแบบประเมินแรกรับ (Admission Assessment) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย หากพบความเสี่ยงหรือประวัติโรคจิตเภท ระบบจะทำหน้าที่เป็น Trigger Tool แจ้งเตือนให้แพทย์เจ้าของไข้ดำเนินการส่งปรึกษาจิตแพทย์ (Fast-track Psychiatric Consult) ภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมงแรก การได้รับยาควบคุมอาการตั้งแต่เนิ่นๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะที่แจ่มใส ลดความหวาดระแวง และพร้อมสำหรับการเรียนรู้การเคลื่อนไหว (Motor Relearning) ทางกายภาพบำบัดได้อย่างรวดเร็ว

๒) การพัฒนาโปรโตคอลการดูแลผู้ป่วยไร้ญาติแบบบูรณาการ (Caregiver-less Co-creation Protocol): เสนอให้มีการจัดทำตารางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมพยาบาลและนักกายภาพบำบัด (Joint Care Plan) โดยกำหนดบทบาทหน้าที่และเวลาในการเข้าดูแลผู้ป่วยไร้ญาติอย่างชัดเจน เช่น การใช้สื่อสัญลักษณ์ (Visual Cues) รูปแบบตารางพลิกตะแคงตัวและตารางบริหารข้อต่อติดไว้ที่ปลายเตียง เพื่อให้บุคลากรทุกผลัดสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้อย่างเป็น

ระบบ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๑๐๐% และลดความเครียดของบุคลากร

๓) การบูรณาการแผนจำหน่ายและการเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน (Seamless Discharge & Community Integration): ปรับกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) โดยดึงทีมนักสังคมสงเคราะห์เข้ามามีส่วนร่วมประเมินความพร้อมของที่อยู่อาศัยตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรับตัวเข้าโรงพยาบาล พร้อมทั้งจัดทำ "คู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพฉบับภาพประกอบ (Visual-based Home Program)" ที่เข้าใจง่าย เพื่อใช้ในการอบรมและถ่ายทอดทักษะการทำกายภาพบำบัดให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแลในชุมชน (Caregiver: CG) เพื่อบริการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชน

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานย่อมเผชิญกับความท้าทาย ข้าพเจ้าได้วิเคราะห์ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นพร้อมกำหนดแนวทางแก้ไขไว้ดังนี้:

- **ข้อจำกัดด้านงานเอกสารและการประสานงาน:** การเพิ่มระบบคัดกรองและตารางการดูแลร่วม อาจถูกมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงานเอกสาร (Paperwork) ให้กับพยาบาลและนักกายภาพบำบัด
 - **แนวทางแก้ไข:** นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) มาประยุกต์ใช้ โดยการสร้างแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ (E-Form) และเมนูแบบเลือกตอบ (Drop-down menu) ที่สามารถลิงก์ข้อมูลข้ามแผนกได้โดยอัตโนมัติ เพื่อให้บุคลากรทุกวิชาชีพเห็นข้อมูลแบบ Real-time ซึ่งจะช่วยลดเวลาในการเขียนบันทึกซ้ำซ้อน
- **ข้อจำกัดด้านแรงต้านการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร:** ความคุ้นชินกับระบบการทำงานแบบเดิม อาจทำให้บุคลากรบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ Clinical Pathway ฉบับใหม่
 - **แนวทางแก้ไข:** ใช้หลักการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) โดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองและชี้แจงถึงประโยชน์ที่บุคลากรจะได้รับ (เช่น ภาระการดูแลเคสยากจะลดลง ภาวะแทรกซ้อนลดลง) เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน (Sense of Belonging) ในระบบงานใหม่
- **ข้อจำกัดด้านความพร้อมของชุมชนในการรับมือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง:** อสม. หรือ CG ในพื้นที่ อาจขาดความมั่นใจหรือรู้สึกหวาดกลัวในการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยที่มีประวัติทางจิตเวช
 - **แนวทางแก้ไข:** จัดตั้งระบบให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-consultation) ผ่านแอปพลิเคชันหรือช่องทางออนไลน์ของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อให้ CG ในชุมชนสามารถวิดีโอคอลปรึกษานักกายภาพบำบัดหรือพยาบาลได้โดยตรงเมื่อประสบปัญหาหน้างาน ซึ่งจะเป็นการสร้างระบบพี่เลี้ยง (Mentoring system) ที่ช่วยสร้างความมั่นใจและรับประกันความปลอดภัยให้แก่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านผู้รับบริการ: ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รวดเร็วขึ้น ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน (เช่น แผลกดทับ ข้อติดยึด) และได้รับการส่งต่อกลับสู่ชุมชนอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้านผู้ให้บริการ: บุคลากรทางการแพทย์มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ลดความตึงเครียดและภาระงานซ้ำซ้อน ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

ด้านองค์กร: ช่วยลดระยะเวลาวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of Stay: LOS) เพิ่มอัตราการ
หมุนเวียนเตียง และสนับสนุนตัวชี้วัด (KPIs) ของ Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็น
รูปธรรม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ: ๑. มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ (Clinical Pathway) สำหรับการฟื้นฟูผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่มีความซับซ้อน จำนวน ๑ ฉบับ ๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ (เช่น แผล
กดทับ ภาวะข้อติด) ในกลุ่มผู้ป่วยเปราะบางที่เข้าสู่ Pathway เป็นร้อยละ ๐-๓. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย
(Average LOS) ของผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่เข้าสู่ Pathway ลดลงเมื่อเทียบกับสถิติเดิม

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ: ๑. ระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่นำแนวทางปฏิบัติไปใช้งาน อยู่ใน
ระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (มากกว่าร้อยละ ๘๐)

(ลงชื่อ) พวรรณจารี ชาวโยธา
(นางสาวพวรรณจารี ชาวโยธา)
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
(วันที่) 10 / ก.ย. / 2569

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การฟื้นฟูกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะเยื่อหุ้มไขสันหลังอักเสบจากการติดเชื้อ: กรณีศึกษา

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 2-15 กรกฎาคม 2569

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- การอบรมวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มและพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

- การอบรมวิชาการกายภาพบำบัด เกี่ยวกับการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ประสบการณ์การทำงานที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเวลา 12 ปี

- ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

- การประยุกต์ใช้ประสบการณ์เพื่อพัฒนางาน จากการนำความรู้และประสบการณ์ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการให้กายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเยื่อหุ้มไขสันหลังอักเสบจากการติดเชื้อร่วม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และต้องอาศัยการพิจารณาความปลอดภัยเป็นสำคัญ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะเยื่อหุ้มไขสันหลังอักเสบจากการติดเชื้อเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนเนื่องจากมีผลกระทบร่วมกันระหว่างระบบประสาทและระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยภาวะเยื่อหุ้มไขสันหลังอักเสบจากการติดเชื้อสามารถทำให้เกิดลิ่มเลือดหรือชิ้นส่วนของก้อนติดเชื้อบริเวณเส้นหัวใจหลุดเข้าสู่กระแสเลือดและอุดตันหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมักมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความพิการ ส่งเสริมการฟื้นตัวของระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นรวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติด ภาวะแผลกดทับและการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการฟื้นฟู เนื่องจากมีความเสี่ยงจากภาวะติดเชื้อ ความผิดปกติของเส้นหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว และความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต

การให้การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยการประเมินอย่างครอบคลุมและปลอดภัย โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความสามารถในการเคลื่อนไหว และความทนทานต่อการออกกำลังกาย รวมถึงติดตามสัญญาณชีพ อาการผิดปกติ และการตอบสนองต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำหนดโปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสม ปลอดภัยและสอดคล้องกับสถานะของผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจะเน้นการกระตุ้นให้เกิด Neuroplasticity และ Functional recovery โดยไม่เพิ่มภาระต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดมากเกินไป

องค์ความรู้จากกรณีศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมทางหัวใจซึ่งมีความซับซ้อน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพและมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีขึ้น การออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูกายภาพบำบัด โปรแกรมการออกกำลังกายที่ปลอดภัย จึงเป็นสิ่งที่ต้องตระหนักมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหัวใจร่วมด้วย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่ดูในความดูแล 1 รายจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์
4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อเป็นแนวทางการรักษา
5. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้และวางแผนการรักษาทางกายภาพบำบัด
6. ให้การรักษาทางกายภาพบำบัดทรวงอกและประเมินผลการรักษาตามแผนการรักษาที่วางไว้
7. สรุปผลการรักษาด้วยเทคนิคทางกายภาพบำบัด
8. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบกับ การปฏิบัติและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

9. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงานจัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- มีผลงานทางวิชาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ จำนวน 1 เรื่อง

- ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น

- ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel index)

ที่เพิ่มมากขึ้น

- ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความพิการหรือการพึ่งพาผู้อื่น Modified Rankin Scale (mRS) ที่ลดลง

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำและการฝึกปฏิบัติตัวแก่ญาติและผู้ป่วย เพื่อให้สามารถกลับไปฟื้นฟูที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

องค์ความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทร่วมกับโรคหัวใจที่มีความซับซ้อน ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา และส่งเสริมผลลัพธ์ทางการฟื้นฟูกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและปลอดภัย โดยเน้นให้ผู้ดูแลหรือญาติเข้าใจในพยาธิสภาพ อาการของโรคและวิธีการรักษาทางการแพทย์ รวมถึงการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดอย่างถูกวิธีและ

ปลอดภัย โดยตระหนักถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะฝึก เพื่อให้สามารถดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังอาการผิดปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้ดูแลหรือญาติจึงสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งด้านพยาธิสรีรวิทยา การรักษาทางการแพทย์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากโรคทั้งสองส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและระบบหัวใจและหลอดเลือดพร้อมกัน ทำให้การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดจำเป็นต้องประเมินด้านต่าง ๆ อย่างรอบคอบและปลอดภัย จึงต้องมีโปรแกรมการฟื้นฟูและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย การเพิ่มกิจกรรมที่มากขึ้นหรือหนักเกินไป ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตหรือเพิ่มความหนักการทำงานของหัวใจได้ จึงจำเป็นต้องติดตามสัญญาณชีพต่าง ๆ ได้แก่ ระดับความเหนื่อย ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจ และอาการผิดปกติของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดการรักษา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อมีความซับซ้อนของโรค และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งทางระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด
- ความไม่คงที่ของสภาพร่างกายผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยยังอยู่ระหว่างการรักษาการติดเชื้อด้วยยาปฏิชีวนะ และการติดตามการทำงานของหัวใจ ทำให้ในบางช่วงไม่สามารถเพิ่มระดับกิจกรรมหรือความหนักของการออกกำลังกายได้ตามแผน ส่งผลให้การดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูต้องมีความยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรับรู้ การสื่อสาร หรือความเข้าใจคำสั่ง ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูไม่เต็มที่ในระยะแรก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟู ทำให้เป้าหมายระยะการฟื้นฟูอาจใช้เวลานานกว่าผู้ป่วยทั่วไป
- ผู้ป่วยและครอบครัว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพและอาการของโรค ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค และวิธีการฟื้นฟูอย่างถูกต้องและปลอดภัย

9. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษากรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ พบว่าการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดสามารถดำเนินการได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ หากมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม วางแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ และติดตามการตอบสนองต่อการรักษาอย่างใกล้ชิด ควรมีแนวทางการประเมินความพร้อมก่อนการรักษาทางกายภาพบำบัดที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมทางหัวใจ โดยครอบคลุมการประเมินระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด สัญญาณชีพ ความทนทานต่อการออกแรง ข้อห้ามและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาววันวิสาข์ สุนทรฉัตรวัฒน์ ดำเนินขั้นตอนคิดเป็นสัดส่วน 100 %

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) **วันวิสาข์**

นางสาววันวิสาข์ สุนทรฉัตรวัฒน์

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

(วันที่) **14** / **ก.ย.** / **2567**

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
วันวิสาข์ สุนทรฉัตรวัฒน์	วันวิสาข์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(..... **นางอาทิตย์ยา ยศวงษ์**

(ตำแหน่ง) **หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัด**

(วันที่) **14** **ก.ย.** **2567**

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) *ส.ค.ว*
 (.....นางอภิรดี สิงห์แจ่ม.....)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู.....
 (วันที่) 1/4 ก.ย. 2569.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) *ดร.*
 (.....(นายนคร ทิพย์สุนทรศักดิ์).....)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ
 รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ๓
 (วันที่) 1/4 ก.ย. 2569.....
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) *ส.*
 (.....(นายธนสิทธิ์ ไพรงษ์).....)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น.....
 (วันที่) 2.5 ก.ย. 2569.....
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ

2. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในผู้ใหญ่ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความบกพร่องทั้งด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมถึงโรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด

ภาวะเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ (Infective Endocarditis) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อของเยื่อหัวใจหรือลิ้นหัวใจ โดยเชื้อแบคทีเรียเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ทำให้เกิดก้อนติดเชื้อ (Vegetation) บนลิ้นหัวใจหรือเยื่อหัวใจ ก้อนดังกล่าวสามารถหลุดเข้าสู่กระแสเลือดและอุดตันหลอดเลือดของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด หรือในบางรายอาจทำให้เกิดหลอดเลือดสมองแตกจากหลอดเลือดโป่งพองที่เกิดจากการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะในระยะฟื้นฟู เนื่องจากการออกกำลังกายและการฝึกการเคลื่อนไหวต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของระบบหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา นักกายภาพบำบัดจึงต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความสามารถในการเคลื่อนไหว อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความเหนื่อย ความดันโลหิต ความทนทานต่อการออกกำลังกาย และความอึดตัวของออกซิเจน เพื่อกำหนดโปรแกรมการฟื้นฟูที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล การคงไว้ซึ่งช่วงการเคลื่อนไหวของข้อ การเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ การฝึกการควบคุมลำตัว การทรงตัว การเปลี่ยนท่า การลุกยืน การเดิน และการเพิ่มความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างค่อยเป็นค่อยไปภายใต้การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเหนื่อยล้าเกินควร ภาวะหัวใจทำงานหนัก และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหัวใจหรือการติดเชื้อ

กรณีศึกษาที่จัดทำขึ้นเพื่อศึกษากระบวนการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ โดยวิเคราะห์ปัญหา ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย วางแผนการรักษา ดำเนินโปรแกรมฟื้นฟู และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดความ

พิการ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างเหมาะสม

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก เนื่องจากความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวจากโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นร่วมกับความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดจากการติดเชื้อ ทำให้การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดต้องคำนึงถึงทั้งการฟื้นฟูระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการติดเชื้อไปพร้อมกัน

ในด้านระบบประสาท ผู้ป่วยมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง การประสานงานของการเคลื่อนไหวลดลง การควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง การทรงตัวบกพร่อง ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวและเดินได้ ตลอดจนข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูจึงควรเน้นการฝึกกายภาพบำบัดแบบจำเพาะต่อกิจกรรม (task-specific-training) ฝึกซ้ำ ๆ อย่างเหมาะสม และเพิ่มระดับความยากตามศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในขณะเดียวกันโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ อาจส่งผลต่อสมรรถภาพของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยอาจมีไข้ อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือความทนทานต่อกิจกรรมลดลง นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิด embolic event และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทซ้ำ ดังนั้นการกำหนดความหนักของกิจกรรมไม่สามารถพิจารณาจากระดับความบกพร่องทางระบบประสาทเพียงอย่างเดียว แต่ต้องประเมินความพร้อมและความคงที่ของชีพจรของผู้ป่วยเนื่องจากภาวะเยื่อหุ้มหัวใจติดเชื้อร่วมด้วยด้วย

ดังนั้น ประเด็นสำคัญของการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยรายนี้ คือ “การสร้างสมดุลระหว่างการฟื้นฟูการทำงานของระบบประสาทและความปลอดภัยของระบบหัวใจและหลอดเลือด” โดยหลีกเลี่ยงการให้โปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักมากเกินไปในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีการติดเชื้อหรือมีความไม่คงที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดที่มีคุณภาพและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ
- มีแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับเทคนิคการรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระบบประสาทร่วมกับระบบหัวใจและหลอดเลือด
- ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหว และมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันโดยพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง
- ผู้ป่วยมีความทนทานต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้น มีอาการเหนื่อยในการทำกิจกรรมลดลง
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ่อนแรงและการเคลื่อนไหวที่ลดลง
- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน
- เกิดองค์ความรู้และบทเรียนทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อของแขนและขาเพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว bed mobility, transfer และ gait-training โดยระดับการช่วยเหลือลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มการรักษา
- ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพิ่มขึ้น และพึ่งพาผู้อื่นลดลง
- ผู้ป่วยมีระดับความพิการ (mRS) หรือการพึ่งพาผู้อื่นลดลง
- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟู การเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ญาติมีความพร้อมในการกลับไปฟื้นฟูผู้ป่วยและดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามศักยภาพ

(ลงชื่อ) วรราช

นางสาววันวิสาข์ สุนทรฉัตรวัฒน์
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
(วันที่) 1๘ / ๗.๖. / 2569

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดทรวงอกในผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบเฉียบพลัน ที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ: กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจรายนี้ จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญงาน ตลอดจนความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทางคลินิกขั้นสูงด้านกายภาพบำบัดทรวงอกและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมาประยุกต์ใช้อย่างบูรณาการ เพื่อจัดการกับพยาธิสภาพที่มีความซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนร่วมหลายประการ โดยเริ่มต้นจากการใช้ความเชี่ยวชาญด้านการตรวจประเมินทางคลินิกและการวิเคราะห์พยาธิสภาพอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้นำความรู้มาวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยชายอายุ ๗๓ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบที่ปอดขวาบนร่วมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งอาการทรุดลงจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ความเชี่ยวชาญในการแปลผลทางห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนการรักษา โดยข้าพเจ้าได้วิเคราะห์ผลการเพาะเชื้อที่พบแบคทีเรีย *Pseudomonas aeruginosa* ปริมาณมาก ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของเสมหะเหนียวข้นปริมาณมากที่อุดกั้นทางเดินหายใจ ตลอดจนการแปลผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ที่พบรอยทึบ (Infiltration) แทรกซึมในทุกกลีบปอด ร่วมกับลักษณะของช่องระหว่างซี่โครงที่แคบลง (Narrow rib space) และกะบังลมด้านซ้ายที่แบนราบ (Flat shape) ซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเดิมของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยความรู้เชิงลึกในการวิเคราะห์ผลก๊าซในเลือดแดง (ABG) ระดับอิเล็กโทรไลต์ที่พบภาวะโพแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia ที่ระดับ ๓.๒๕ mmol/L) ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ และการทำงานของไตที่ลดลงจากค่า eGFR ที่ต่ำลง รวมไปถึงภาวะโลหิตจางและระดับ Albumin ที่ต่ำ ข้อมูลทั้งหมดนี้นำมาสู่การสังเคราะห์และสรุปปัญหาทางกายภาพบำบัดได้อย่างแม่นยำ ครอบคลุมทั้งปัญหาภาวะเสมหะคั่งค้าง ปริมาตรปอดที่ลดลงจากการขยายตัวของทรวงอกที่บกพร่อง และความเสี่ยงระดับสูงต่อการเกิดภาวะปอดแฟบและกล้ามเนื้อฝ่อลีบจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานาน

จากปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อนดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ใช้ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการออกแบบและวางแผนการรักษาภายใต้ข้อควรระวังด้านความปลอดภัยอย่างรัดกุมที่สุด (Risk Management and Precautions) เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker) ที่บริเวณหน้าอกซีกขวา ข้าพเจ้าจึงต้องใช้ความระมัดระวังขั้นสูงสุดโดยงดเว้นการใช้เทคนิคการสั่นปอด (Vibration) บริเวณทรวงอกด้านขวาอย่างเด็ดขาด เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนและหลีกเลี่ยงการรบกวนการทำงานของเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความชำนาญในการเฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตอย่างใกล้ชิดตลอดการรักษา โดยมีการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจไม่ให้เกิน ๑๒๐ ครั้งต่อนาที เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) ตลอดจนการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (Orthostatic hypotension) โดยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ และด้วยความที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต จึงต้องบริหารจัดการสายระโยงระยางทางการแพทย์หลายชนิด ได้แก่ ท่อช่วยหายใจ (ETT) สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) สายน้ำเกลือ (IV line) และสายเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (ECG monitor) เพื่อไม่ให้เกิดการดึงรั้ง พับงอ หรือหลุดเลื่อนขณะให้การรักษาและจัดทำทาง ซึ่งต้องอาศัยทักษะความชำนาญขั้นสูงในการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยสูงสุด

ในด้านการปฏิบัติการรักษา ข้าพเจ้าได้นำความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเทคนิคกายภาพบำบัดทรวงอก (Advanced Chest Physiotherapy) มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นขั้นตอนและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วยในแต่ละวัน ในระยะแรกผู้ป่วยยังใส่ท่อช่วยหายใจ (On ETT) ร่วมกับเครื่องช่วยหายใจโหมด SPON

ข้าพเจ้าได้ใช้เทคนิคการดูดเสมหะระบบปิด (Close Suction) อย่างถูกวิธีและรวดเร็ว โดยจำกัดเวลาในแต่ละรอบไม่เกิน ๑๕ วินาที ร่วมกับการใช้เทคนิคการสั่นปอด (Vibration) ในช่วงหายใจออกเฉพาะบริเวณปอดด้านซ้าย และการจัดทำทางเพื่อการรักษาในท่านอนศีรษะสูง (High Fowler's position) ๖๐-๙๐ องศา เพื่อลดแรงต้านต่อการขยายตัวของปอดและช่วยให้กะบังลมทำงานได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังได้ใช้ทักษะการใช้มือ (Manual techniques) ผ่านเทคนิคการขยับเคลื่อนทรวงอกแบบผู้ถูกระทำ (Rib Torsion) และการฝึกหายใจแบบเน้นการขยายตัวของซี่โครง (Costal Breathing Exercise) เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อโครงร่างทรวงอกและเพิ่มปริมาตรปอด เมื่อแพทย์ประเมินให้ถอดท่อช่วยหายใจ (Off ETT) ได้สำเร็จ ข้าพเจ้าได้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การรักษาโดยใช้ความชำนาญในการฝึกสอนเทคนิคการระบายเสมหะด้วยตนเอง (Active Cycle of Breathing Techniques: ACBT) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะส่วนลึกออกมาได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เสียง Coarse crepitation บริเวณปอดขวาบนและเสียง Rhonchi ลดลงอย่างเห็นได้ชัด การขยายตัวของทรวงอกที่เคยวัดได้เพียง ๑ เซนติเมตรในวันแรก สามารถเพิ่มการขยายตัวได้ถึง ๒.๕ - ๓ เซนติเมตรในวันต่อมา

ท้ายที่สุด ข้าพเจ้ายังได้บูรณาการความรู้ด้านการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวโดยเร็ว (Early Mobilization) เพื่อป้องกันภาวะถดถอยของร่างกายและกล้ามเนื้อฝ่อลีบจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยเริ่มต้นจากการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายบนเตียง เช่น การให้ผู้ป่วยขยับข้อต่อด้วยตนเอง บริเวณข้อมือและข้อเท้า เพื่อลดอาการบวมที่มือขวาและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด จากนั้นประเมินความพร้อมของสัญญาณชีพเพื่อปรับเปลี่ยนอิริยาบถผู้ป่วยจากการนอนมาเป็นท่านั่งห้อยขาข้างเตียง และการฝึกยืนประคองตัว แม้ในระยะแรกจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น ๙๖ ครั้ง/นาที ซึ่งข้าพเจ้าสามารถวิเคราะห์ได้ว่าเป็นเพียงกลไกการปรับตัวทางสรีรวิทยาตามธรรมชาติ และสามารถจัดการให้ผู้ป่วยกลับไปพักได้อย่างปลอดภัยโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน การดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยความเชี่ยวชาญนี้ ส่งผลให้ในวันสุดท้ายของการรักษา ผู้ป่วยฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อจนสามารถลุกยืนและเดินก้าวสั้นๆ รอบเตียงได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีผู้ประคอง ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO₂) อยู่ที่ ๙๘% ขณะหายใจในอากาศปกติ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกกลับมาเป็นปกติในทุกกลีบปอด และเสียงหายใจกลับมาเป็นปกติ ความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยรายนี้จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างสมบูรณ์ จึงเป็นเครื่องยืนยันถึงการนำองค์ความรู้ทางพยาธิสภาพ ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกที่แม่นยำ และความเชี่ยวชาญในการผสมผสานเทคนิคทางกายภาพบำบัดขั้นสูงมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

(๑) สรุปสาระสำคัญของการดำเนินงาน:

ผลงานชิ้นนี้คือกรณีศึกษาทางคลินิกที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและกระบวนการให้การรักษาทางกายภาพบำบัดทรวงอกและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยวิกฤตที่มีความซับซ้อนของโรคสูง ผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ ๗๓ ปี มีภาวะติดเชื้อปอดอักเสบที่ปอดขวาบน (Right upper lobe pneumonia) ร่วมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบเฉียบพลัน (COPD with acute exacerbation) จนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวและต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ในหอผู้ป่วยวิกฤต ปัญหาหลักทางกายภาพบำบัดคือ ภาวะเสมหะเหนียวข้นคั่งค้างปริมาณมากจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Pseudomonas aeruginosa* ซึ่งทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ปริมาตรปอดลดลง และการขยายตัวของทรวงอกบกพร่อง นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงระดับสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง (Prolonged bed rest) เช่น ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และกล้ามเนื้อฝ่อลีบ (Muscle atrophy) ความท้าทายและข้อจำกัดสำคัญในกรณีศึกษาครั้งนี้คือการจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker) ที่หน้าอกขวา ตลอดจนการมีภาวะโพแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia) และการทำงานของไตลดลง (AKI) การดำเนินงานจึงเป็นการบูรณาการเทคนิคทางกายภาพบำบัดทรวงอกขั้นสูง (Advanced Chest

Physiotherapy) เข้ากับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Early Mobilization) ภายใต้มาตรการเฝ้าระวังความปลอดภัยอย่างรัดกุม เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้อย่างปลอดภัย และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

(๒) เป้าหมายของงาน:

การกำหนดเป้าหมายทางคลินิกได้ถูกแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของโรคและการฟื้นตัวของผู้ป่วย ดังนี้

- **เป้าหมายระยะสั้น (Short-term Goals):**
 - กำจัดและระบายเสมหะที่คั่งค้างในทางเดินหายใจ เพื่อลดภาวะอุดกั้นและทำให้ทางเดินหายใจโล่งสะอาด (Remove secretion retention)
 - เพิ่มปริมาตรปอด (Increase lung volume) และกระตุ้นการขยายตัวของทรวงอกในทุกสัดส่วนให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ
 - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยวิกฤตและการนอนติดเตียง โดยเฉพาะการป้องกันภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบ (Muscle atrophy)
 - ลดอาการบวมหน้าบริเวณมือข้างขวาผ่านโปรแกรมการขยับเคลื่อนไหวข้อต่อ
 - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และปฏิบัติเทคนิคการขับเสมหะด้วยตนเอง (ACBT และ Coughing) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจ
- **เป้าหมายระยะยาว (Long-term Goals):**
 - ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สมบูรณ์ โดยไม่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจหรือออกซิเจนเสริม
 - ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและหายใจได้โดยปราศจากอาการหอบเหนื่อย
 - ผู้ป่วยมีสภาวะร่างกายที่ปลอดภัย สามารถเคลื่อนไหว ลุกเดิน และดูแลตนเองได้ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ตามมาเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

(๓) ขั้นตอนการดำเนินงาน:

การดำเนินงานใช้กระบวนการทางกายภาพบำบัด (Physiotherapy Process) อย่างเป็นระบบตลอดระยะเวลา ๔ วัน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้:

๑) การตรวจประเมินทางคลินิกและการรวบรวมข้อมูล: ดำเนินการซักประวัติ ตรวจประเมินสัญญาณชีพ และตรวจร่างกายทางทรวงอกอย่างเป็นระบบ (การดู คลำ เคาะ ฟัง) เพื่อประเมินการขยายตัวของปอดและตำแหน่งที่มีเสมหะคั่งค้าง ร่วมกับการบูรณาการข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เช่น ภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ผลตรวจก๊าซในเลือดแดง (ABG) และค่าความสมบูรณ์ของเลือด เพื่อประเมินข้อจำกัดและข้อควรระวังในการรักษา

๒) การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการรักษา: นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์กลไกพยาธิสภาพ (Pathophysiology) เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จากนั้นจึงออกแบบโปรแกรมการรักษาที่จำเพาะเจาะจงกับตัวผู้ป่วย โดยมีมาตรการความปลอดภัยสูงสุด เช่น การงดเว้นเทคนิคเคาะสันปอดบริเวณหน้าอกขวาเพื่อป้องกันผลกระทบต่อเครื่อง Pacemaker และการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจไม่ให้เกิน ๑๒๐ ครั้ง/นาที

๓) การดำเนินการรักษา: ดำเนินการรักษาโดยปรับเปลี่ยนเทคนิคให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยในแต่ละวัน:

- ระยะวิกฤต (ใส่ท่อช่วยหายใจ): เน้นการจัดท่านอนศีรษะสูง ๖๐-๙๐ องศา (High Fowler's position) การใช้เทคนิคดูดเสมหะระบบปิด (Close Suction) ร่วมกับการสั่นปอด (Vibration) เฉพาะปอดด้านซ้าย และเพิ่มความยืดหยุ่นทรวงอกด้วยเทคนิค Rib Torsion รวมถึงการให้ผู้ป่วยขยับข้อต่อตนเอง (AROM) เพื่อลดบวมและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด

- ระยะฟื้นฟู (หย่าเครื่องช่วยหายใจ): เปลี่ยนมาใช้เทคนิคฝึกการระบายเสมหะด้วยตนเอง (ACBT) ฝึกการหายใจเพื่อขยายซี่โครง (Costal Breathing Exercise) และเริ่มโปรแกรม Early Mobilization อย่างค่อยเป็นค่อยไป ตั้งแต่การนั่งห้อยขาข้างเตียง การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา ไปจนถึงการฝึกยืนทรงตัว

๔) การประเมินผลลัพธ์ระหว่างการรักษา: มีการประเมินสัญญาณชีพ (HR, BP, SpO₂, RR) ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาทุกครั้ง รวมถึงประเมินเสียงหายใจ (Auscultation) และการขยายตัวของทรวงอก (Chest expansion) เป็นประจำทุกวัน เพื่อติดตามการลดลงของเสียง Coarse crepitation และ Rhonchi ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสะอาดของทางเดินหายใจ และใช้ประเมินความพร้อมในการเลื่อนระดับการทำการกิจกรรม (Progression of exercise)

๕) การเตรียมความพร้อมและการวางแผนจำหน่าย: ในวันสุดท้ายของการรักษา เมื่อประเมินพบว่าภาพถ่ายรังสีทรวงอกกลับมาเป็นปกติ (Clear) และผู้ป่วยสามารถหายใจในอากาศปกติ (Room air) ได้ดี ได้ดำเนินการสอนทบทวนเทคนิค ACBT และทำออกกำลังกายยืดเหยียดทรวงอกให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ที่บ้าน (Home program) เพื่อความยั่งยืนของการรักษาและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

(๑) ผลสำเร็จเชิงปริมาณ (Quantitative Outcomes)

๑) การขยายตัวของทรวงอก (Chest Expansion): ปริมาตรปอดและการขยายตัวของทรวงอกเพิ่มขึ้นในทุกสัดส่วน โดยทรวงอกส่วนบนและส่วนกลางขยายเพิ่มขึ้นจาก ๑ และ ๒ เซนติเมตร เป็น ๒.๕ เซนติเมตร ทรวงอกส่วนล่างวัดได้ ๓.๐ เซนติเมตร และการเคลื่อนไหวของกะบังลมเพิ่มขึ้นจาก ๑ นิ้ว เป็น ๑.๕ นิ้ว

๒) ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂): ระดับออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นจนถึงระดับ ๙๘% ขณะหายใจในอากาศปกติ (Room Air) โดยไม่ต้องพึ่งพาออกซิเจนเสริม

๓) สัญญาณชีพ (Vital Signs): อัตราการเต้นของหัวใจลดลงจาก ๑๐๖ ครั้ง/นาที กลับสู่เกณฑ์ปกติที่ ๘๐ ครั้ง/นาที และอัตราการหายใจลดลงจาก ๒๒ ครั้ง/นาที (หลังถอดท่อช่วยหายใจ) กลับสู่เกณฑ์ปกติที่ ๑๘ ครั้ง/นาที

๔) ปริมาณเสมหะ: ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะออกมาได้เองในปริมาณ ๑๕-๒๐ มิลลิลิตร (๒-๓ ก้อนใหญ่) ในช่วงเริ่มต้นการถอดท่อช่วยหายใจ จนกระทั่งปริมาณเสมหะลดลงแทบไม่มีในวันจำหน่าย

๕) ระยะเวลาการรักษา: สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยวิกฤตจนสำเร็จและแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ภายในระยะเวลาเพียง ๔ วัน (๒๐-๒๓ เมษายน ๒๕๖๙)

(๒) ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ (Qualitative Outcomes)

๑) ความสะอาดของทางเดินหายใจ (Airway Clearance): การอุดตันในทางเดินหายใจลดลงอย่างสมบูรณ์ เสียงผิดปกติอย่าง Coarse crepitation บริเวณปอดขวาบนและเสียง Rhonchi หายไป และกลับมามีเสียงหายใจที่ปกติ (Normal breath sound) ในทุกกลีบปอด

๒) การฟื้นฟูพยาธิสภาพของปอด: ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ในวันสุดท้ายพบว่ารอยทึบ (Infiltration) จากการติดเชื้อหายไป เนื้อปอดใส (Clear) ในทุกกลีบปอด และเสียงเคาะปอดกลับมาโปร่ง (Resonance) เป็นปกติ

๓) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning Success): ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจ (Extubation) ได้สำเร็จ และสามารถหายใจด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย

๔) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Complication Prevention): ไม่พบภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และสามารถป้องกันภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบได้สำเร็จ โดยผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นนั่ง ยืนทรงตัว และเดินก้าวสั้นๆ รอบเตียงได้ด้วยตนเองโดยไม่มีภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่าทาง

๕) ศักยภาพในการดูแลตนเอง (Patient Independence): ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถสาธิตเทคนิคการขับเสมหะด้วยตนเอง (ACBT) และการยืดเหยียดทรวงอกได้อย่างถูกต้องแม่นยำ พร้อมสำหรับการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑) ผู้ป่วยสามารถรอดพ้นจากภาวะวิกฤตทางระบบหายใจ หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้อย่างอิสระโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการนอนติดเตียง

๒) ขั้นตอนการประเมินและการออกแบบโปรแกรมการรักษาในกรณีศึกษาสามารถนำไปบูรณาการเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาและวางโครงสร้างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ได้มาตรฐาน สำหรับรองรับผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจที่มีความซับซ้อนสูงภายในแผนกกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล

๓) สร้างแนวทางที่ชัดเจนและรัดกุมในการให้การรักษาทายกายภาพบำบัดทรวงอกในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจและใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker) โดยเฉพาะการระบุข้อห้ามอย่างเด็ดขาดในการสั่นปอดหน้าอกซีกขวา เพื่อเป็นมาตรฐานความปลอดภัยสูงสุดในการปฏิบัติงาน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑) ผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker) บริเวณหน้าอกซีกขวา ซึ่งเป็นข้อห้ามเด็ดขาดในการใช้เทคนิคการเคาะหรือสั่นปอด (Vibration) บริเวณดังกล่าว ความยุ่งยากคือตำแหน่งที่มีรอยทึบของเสมหะหนาแน่นที่สุดและพบเสียง Coarse crepitation คือบริเวณปอดขวาบน (RUL) การระบายเสมหะในจุดนี้จึงมีความท้าทายอย่างมากที่ต้องใช้เทคนิคอื่นทดแทนและหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนเครื่อง Pacemaker อย่างเคร่งครัด

๒) ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพร่วมหลายระบบ ทั้งปอดอักเสบรุนแรง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) และภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) สภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียง่าย กล้ามเนื้อล้า และมีความเสี่ยงต่อความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจไม่ให้เกิน ๑๒๐ ครั้งต่อนาที และต้องระมัดระวังภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (Orthostatic hypotension)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑) การปรับตัวของระบบไหลเวียนโลหิตขณะเริ่มฝึกเคลื่อนไหว (Orthostatic Response): ในระหว่างการฝึกเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (Early mobilization) ด้วยการทดลองฝึกยืน (Standing trial) ในวันที่ ๒๒ เมษายน พบว่าผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักยืนทรงตัวได้เพียงประมาณ ๕ วินาที เนื่องจากกล้ามเนื้อหน้าขา (Quadriceps) ยังมีกำลังไม่เพียงพอ ประกอบกับผู้ป่วยเริ่มมีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย (Mild dizziness) และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น ๙๖ ครั้งต่อนาที ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวของความดันโลหิตเมื่อเปลี่ยนท่าทาง ทำให้แผนกกายภาพบำบัดต้องยุติการฝึกชั่วคราวและนำผู้ป่วยกลับไปพักบนเตียงทันทีเพื่อป้องกันการหกล้ม

๒) ข้อจำกัดในการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัดในระยะแรก: ในช่วง ๒ วันแรกของการรักษา ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤตและต้องจัดทำทางในท่านอนศีรษะสูง (High Fowler's position) ตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถจัดผู้ป่วยในท่านั่งตัวตรงเพื่อวัดการขยายตัวของทรวงอกส่วนล่าง (Lower chest expansion) ได้อย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการประเมิน

๓) สภาวะอ่อนเพลียจากความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ: ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง (Hct ต่ำ ๓๑%) ร่วมกับภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia ๓.๒๕ mmol/L) ส่งผลโดยตรงให้กล้ามเนื้ออ่อนล้าและเหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายและการออกแรงไอขับเสมหะด้วยตนเองในระยะแรกที่เริ่มถอดท่อช่วยหายใจ

๙. ข้อเสนอแนะ

- ควรนำองค์ความรู้จากกรณีศึกษาไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติหรือโปรโตคอลมาตรฐานสำหรับแผนก
กายภาพบำบัด ในการจัดการผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker)
เพื่อเน้นย้ำข้อห้ามด้านความปลอดภัยในการหลีกเลี่ยงเทคนิคการเคาะหรือสั่นปอดบริเวณหน้าอกซึ่งขวา
อย่างเป็นระบบ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาววีระยา สิทธิบุ่น สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วีระยา สิทธิบุ่น
(นางสาววีระยา สิทธิบุ่น)
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
(วันที่) 14 / ก.พ. / 2569
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววีระยา สิทธิบุ่น	<u>วีระยา สิทธิบุ่น</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางอาทิตย์ยา ยศวงษ์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัด

(วันที่) 14 ก.ย. 2569

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นางอภิรดี สิงห์แจ่ม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

(วันที่) 14 ก.ย. 2569

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายนคร ทิพย์สุนทรศักดิ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

(วันที่) รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการพัฒนาศักยภาพและตติยภูมิ ๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายธนสิทธิ์ ไพระพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 25 ก.ย. 2569

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือสูงขึ้น

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines) ทางกายภาพบำบัดทรวงอกและการเริ่มเคลื่อนไหวระยะแรก (Early Mobilization) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจที่มีความซับซ้อน

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) ได้รับการพัฒนาไปอย่างมาก ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่สำคัญในกระบวนการรักษาคือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องเผชิญกับภาวะพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับความจำเป็นที่ต้องนอนพักรักษาตัวบนเตียง (Prolonged bed rest) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สภาวะการขาดการเคลื่อนไหวดังกล่าวส่งผลกระทบเชิงลบโดยตรงต่อระบบสรีรวิทยาของร่างกายในทุกมิติ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมามากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะปริมาตรปอดลดลง ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) การคั่งค้างของเสมหะนำไปสู่การติดเชื้อซ้ำซ้อนในปอด และที่สำคัญที่สุดคือภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่เกิดจากการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU-acquired weakness: ICUAW) ซึ่งครอบคลุมทั้งการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อหายใจและกล้ามเนื้อร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่เพียงแต่ทำให้ระยะเวลาการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจยาวนานขึ้น แต่ยังเพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Length of stay) เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ

ด้วยเหตุนี้ วิชาชีพกายภาพบำบัดจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นกลไกหลักเพื่อดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤต หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ในปัจจุบัน (Evidence-Based Practice) ยืนยันว่า การให้การรักษาทรวงอกบำบัดทรวงอก (Chest Physiotherapy) ร่วมกับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Early Mobilization) เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรับมือกับภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว การทำกายภาพบำบัดทรวงอกอย่างถูกวิธีจะช่วยระบายเสมหะที่อุดกั้นทางเดินหายใจและเพิ่มปริมาตรปอดให้ขยายตัวเต็มที่ ในขณะเดียวกัน การดำเนินโปรแกรม Early Mobilization อย่างเป็นระบบตั้งแต่ผู้ป่วยยังคงใช้เครื่องช่วยหายใจ จะช่วยรักษามวลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ลดความเสี่ยงของลิ่มเลือดอุดตัน และส่งเสริมประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning) ได้สำเร็จอย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของการปฏิบัติงานจริงทางคลินิก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพสูงอย่างโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าลักษณะประชากรผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจในปัจจุบันมีความซับซ้อนของโรค (Complex cases) สูงขึ้นมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยสภาวะโรคประจำตัวร่วมหลายระบบ (Multiple comorbidities) เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่มีโครงสร้างปอดผิดปกติ โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ต้องพึ่งพาเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker) ตลอดจนมีภาวะแทรกซ้อนจากความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ เช่น ภาวะโพแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia) และภาวะไตวายเฉียบพลัน ความซับซ้อนของพยาธิสภาพเหล่านี้ ทำให้การตอบสนองทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยมีความแปรปรวนและไวต่อการถูกกระตุ้น การให้การรักษาทรวงอกบำบัดจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse events) ระหว่างการรักษา เช่น ภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (Orthostatic hypotension) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การขัดข้องของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์ หรืออันตรายจากการเลื่อนหลุดของสายระโยงรยางค์ต่างๆ

จากสภาพปัญหาและความซับซ้อนดังกล่าว การให้บริการกายภาพบำบัดจึงไม่อาจพึ่งพาเพียงความรู้พื้นฐาน หรือการใช้ดุลยพินิจส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน (Individual clinical judgment) แต่เพียงอย่างเดียวได้ ปัจจุบันพบว่า การให้บริการภายในหอผู้ป่วยวิกฤตยังขาดแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines: CPG) ที่บูรณาการความรู้ทางกายภาพบำบัดทรวงอกและการทำ Early Mobilization ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม การขาดเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานนี้ส่งผลให้เกิดความแปรปรวนในกระบวนการรักษา (Practice variation) ทำให้การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนไหวยังไม่รัดกุมเพียงพอ ขาดความชัดเจนในการระบุข้อห้าม (Absolute/Relative contraindications) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และอาจทำให้การประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) ทั้งแพทย์และพยาบาล ขาดประสิทธิภาพและขาดทิศทางที่สอดคล้องกัน

ด้วยเหตุผลและหลักการทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น ข้าพเจ้าจึงตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการริเริ่มและจัดทำ "การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines) ทางกายภาพบำบัดทรวงอกและการเริ่มเคลื่อนไหวยุติระยะแรก (Early Mobilization) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจที่มีความซับซ้อน" เพื่อนำมาบังคับใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure) ภายในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู แนวปฏิบัตินี้จะถูกพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ทันสมัย ผนวกกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจริง โดยมุ่งเน้นการสร้างเกณฑ์การประเมินความพร้อมแบบมีโครงสร้าง (Structured Assessment Tool) การกำหนดอัลกอริทึมในการตัดสินใจทางคลินิก การจัดทำแนวทางการเลื่อนระดับการทำการกิจกรรม (Progression criteria) ตลอดจนการสร้างจุดหยุดพักหรือเกณฑ์ยุติการรักษา (Safety termination criteria) ที่ชัดเจน การพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบนี้ไม่เพียงแต่จะเป็นการติดอาวุธทางความรู้ให้กับนักกายภาพบำบัดผู้ปฏิบัติงาน แต่ยังเป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และมีมาตรฐานความปลอดภัยสูงสุด ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลขอนแก่นอย่างยิ่ง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

(๑) บทวิเคราะห์และแนวความคิด

จากการวิเคราะห์กระบวนการให้บริการทางกายภาพบำบัดในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) พบว่าความท้าทายสูงสุดคือการบริหารจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพซับซ้อนและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์เชื่อมต่อจำนวนมาก ดังเช่นในกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่มีสภาวะไตทำงานลดลง มีความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ (ภาวะโพแทสเซียมต่ำ) และได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker) สภาพปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision making) ภายใต้ความกดดันและต้องพิจารณาตัวแปรทางสรีรวิทยาหลายมิติพร้อมกัน แนวความคิดหลักในการพัฒนางานครั้งนี้คือการเปลี่ยนผ่านจาก "การพึ่งพาทักษะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual-based practice)" ไปสู่ "การพัฒนาระบบการทำงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (System-based practice)" ผ่านการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines: CPG) โดยแนวคิดนี้มุ่งเน้นการสร้างเครื่องมือคัดกรองความพร้อมและเกณฑ์ความปลอดภัยที่จับต้องได้ เพื่อให้ นักกายภาพบำบัดทุกคนสามารถประเมิน วางแผน และดำเนินโปรแกรมกายภาพบำบัดทรวงอกและการเริ่มเคลื่อนไหวยุติระยะแรก (Early Mobilization) ได้อย่างเป็นระบบ มีนัย และปราศจากภาวะแทรกซ้อน

(๒) ข้อเสนอในการพัฒนา

ข้าพเจ้าขอเสนอให้มีการจัดทำและประกาศใช้ "แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจที่มีความซับซ้อน" โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพัฒนาขึ้น ๓ ส่วนหลัก ได้แก่

๑) เครื่องมือประเมินความพร้อมก่อนการรักษา: พัฒนาแบบประเมินหรือ Checklist ที่ครอบคลุมการตรวจสอบระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และผลทางห้องปฏิบัติการ (เช่น ค่าระดับโพแทสเซียม และความเข้มข้นของเลือด) เพื่อยืนยันความพร้อมของสภาวะร่างกายก่อนเริ่มกิจกรรม

๒) อัลกอริทึมข้อห้ามและข้อควรระวังเฉพาะโรค: จัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น การระบุข้อห้ามอย่างเด็ดขาดในการทำเทคนิคสั่นปอด (Vibration) บริเวณทรวงอกที่มีการฝังเครื่อง Pacemaker และแนวทางการจัดการสายระโยงระยางต่างๆ (ท่อช่วยหายใจ, IV line, Foley catheter) เพื่อความปลอดภัยขณะจัดทำทางและฝึกเคลื่อนไหว

๓) เกณฑ์การเลื่อนระดับและยุติการทำกิจกรรม: กำหนดพารามิเตอร์ของสัญญาณชีพที่ชัดเจน เช่น การตั้งค่าขีดจำกัดอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (เช่น ห้ามเกิน ๑๒๐ ครั้ง/นาที) และการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (Orthostatic hypotension) หากพบความผิดปกติให้มีแนวทางยุติการรักษาและนำผู้ป่วยกลับสู่สภาวะพักอย่างปลอดภัยทันที

(๓) ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ในการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้จริง อาจเผชิญกับข้อจำกัดและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่

๑) สภาวะที่แปรปรวนอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยวิกฤต: ผู้ป่วยใน ICU มักมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน (Dynamic changes) ทำให้ข้อมูลที่ประเมินไว้ในช่วงเช้าอาจไม่สอดคล้องกับสภาวะร่างกายในขณะที่นักกายภาพบำบัดเข้าให้การรักษารึจริง

๒) ภาระงานและข้อจำกัดด้านเวลา: การเพิ่มขึ้นตอนการใช้ Checklist หรือการประเมินตาม CPG อาจเพิ่มภาระงานด้านเอกสารและระยะเวลาในการเตรียมการรักษา ก่อนลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเร็วในการให้บริการ

๓) การประสานงานแบบสหสาขาวิชาชีพ: การทำ Early Mobilization ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแล หากการสื่อสารไม่ตรงกันหรือบุคลากรอื่นมีภาระงานล้นมือ อาจทำให้ไม่สามารถเริ่มฝึกการเคลื่อนไหวได้ตามแผน

(๔) แนวทางแก้ไข (Solutions)

เพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดดังกล่าว ขั้วเจ้าได้กำหนดแนวทางแก้ไขเชิงรุก ดังนี้

๑) การออกแบบเครื่องมือที่กระชับและใช้งานง่าย (User-friendly Tools): พัฒนาแบบประเมินและอัลกอริทึมในรูปแบบ One-page summary หรือ Checklist แบบสรุปสั้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตรวจสอบข้อมูลสำคัญได้อย่างรวดเร็วโดยไม่เพิ่มภาระงานด้านเอกสาร

๒) การนำร่องและปรับปรุงระบบ (Pilot Implementation): ดำเนินการทดลองใช้ CPG นี้ในหอผู้ป่วยวิกฤตนำร่อง (Pilot Unit) เป็นระยะเวลา ๑-๒ เดือน เพื่อเก็บรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งานจริง นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม คล่องตัว และสอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงมากที่สุด ก่อนขยายผลไปสู่หอผู้ป่วยอื่นๆ

๓) การสื่อสารและบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Collaboration): จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อสร้างความเข้าใจตรงกันถึงเป้าหมายและความสำคัญของการทำ Early Mobilization ตลอดจนกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยขณะฝึกเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อความปลอดภัยสูงสุด

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบหายใจที่มีพยาธิสภาพซับซ้อน ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดอย่างปลอดภัย มีมาตรฐาน และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง

๒) กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูมีแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ที่ชัดเจน เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse events) ระหว่างการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓) เกิดการบูรณาการและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) ส่งผลให้การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยวิกฤตเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๔) ช่วยส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ลดระยะเวลาวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลขอนแก่นให้เป็นที่ยอมรับ

๕) ระดับความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์และพยาบาล) ต่อมาตรฐานความปลอดภัยและการประสานงานร่วมกับทีมนักกายภาพบำบัด อยู่ในระดับ "มาก" ขึ้นไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑) มีเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ด้านการทำการกายภาพบำบัดทรวงอกและการเริ่มเคลื่อนไหวระยะแรกสำหรับผู้ป่วยวิกฤต จำนวน ๑ ฉบับ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน

๒) นักกายภาพบำบัดในหน่วยงาน นำแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ไปใช้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยจริง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Severe adverse events) จากการรักษาทางกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้แนวปฏิบัตินี้ เท่ากับ ๐ (ศูนย์)

(ลงชื่อ) วิระยา สิทธิบุณ

(นางสาววิระยา สิทธิบุณ)

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

(วันที่) 14 / ก.พ. / 2564

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การฟื้นฟูทางการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลางข้างซ้ายอุดตัน: กรณีศึกษา (Physical Therapy Rehabilitation in Patient with Left Middle Cerebral Artery Infarction: A Case Study)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๔ ถึง ๗ สิงหาคม ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาและกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Pathophysiology of Ischemic Stroke)

๒. ทักษะการประเมินทางกายภาพบำบัดระบบประสาทขั้นสูง การซักประวัติ การตรวจร่างกายเฉพาะส่วน และการวิเคราะห์ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว (Movement Analysis & Missing Components) ในผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด

๓. เทคนิคการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดระบบประสาท (Neurorehabilitation Techniques) ตามระยะการฟื้นตัวของระบบประสาท

๔. การวางแผนการฟื้นฟูแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการประเมินผลลัพธ์ทางการรักษาด้วยเครื่องมือมาตรฐานทางวิชาการ (Clinical Outcome Measures)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยมีความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดในระบบประสาทส่วนกลาง และอาจเกิดจากภาวะสมองขาดเลือด (infarction) หรือภาวะเลือดออกในสมอง โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากสามารถทำให้เกิดความพิการทางระบบประสาท การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเสียชีวิต โดยความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของรอยโรค รวมถึงบริเวณของสมองและหลอดเลือดที่ได้รับผลกระทบ (Murphy & Werring, ๒๐๒๐)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทางกายที่เกิดขึ้นภายหลังในผู้ใหญ่ รวมถึงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดและชนิดเลือดออกในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางถึงสูงอยู่ประมาณ ๘๕ - ๙๔ รายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน และเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในประชากรที่มีอายุมากกว่า ๗๕ ปี โดยมีอัตราประมาณ ๑,๑๕๑ - ๑,๒๑๖ รายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน (Murphy & Werring, ๒๐๒๐)

สำหรับในประเทศไทย รายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจำนวน ๓๙,๙๔๘ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๖๓ รายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน และมีอัตราการเสียชีวิตภายใน ๓๐ วันประมาณร้อยละ ๓๕ - ๕๒ ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคและความจำเป็นในการได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Murphy & Werring, ๒๐๒๐)

๔.๑ ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ตามพยาธิสภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองแตกหรือเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) (Murphy & Werring, ๒๐๒๐)

๔.๑.๑ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke)

Ischemic stroke เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่งผลให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณนั้นลดลงหรือหยุดลง หากภาวะขาดเลือดดำเนินต่อเนื่องจะทำให้เซลล์สมองเกิดความเสียหายและตายในที่สุดเรียกว่า cerebral infarction (Murphy & Werring, ๒๐๒๐)

๔.๑.๒ โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

Hemorrhagic stroke เกิดจากการแตกของหลอดเลือด ทำให้มีเลือดออกภายในเนื้อสมองหรือบริเวณโดยรอบสมอง ส่งผลให้เกิดการทำลายเนื้อสมองและเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะ (Murphy & Werring, ๒๐๒๐)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-modifiable risk factors) และ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือดและชนิดเลือดออกในสมอง (Murphy & Werring, ๒๐๒๐)

๔.๒ พยาธิสรีรวิทยาของ Ischemic stroke

Ischemic stroke เกิดจากการที่หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่งผลให้ cerebral blood flow (CBF) ไปยังเนื้อสมองบริเวณที่ได้รับผลกระทบลดลง เมื่อเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เซลล์ประสาทจะได้รับออกซิเจนและกลูโคสไม่เพียงพอ ทำให้กระบวนการสร้างพลังงานในรูป ATP ลดลงและเกิดความผิดปกติของสมดุลไอออนภายในเซลล์ (Moustafa et al., ๒๐๒๔)

เมื่อระดับ ATP ลดลง การทำงานของ sodium-potassium pump จะผิดปกติ ส่งผลให้เกิดการสะสมของ sodium และ calcium ภายในเซลล์ รวมถึงการปลดปล่อย glutamate เพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่กระบวนการ excitotoxicity และการทำลายเซลล์ประสาท นอกจากนี้ยังเกิด oxidative stress, mitochondrial dysfunction, inflammation และความผิดปกติของ blood-brain barrier ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดการตายของเซลล์สมอง (Moustafa et al., ๒๐๒๔) บริเวณสมองที่ได้รับเลือดลดลงอย่างรุนแรงและเกิดความเสียหายอย่างถาวรเรียกว่า ischemic core ส่วนบริเวณรอบ ๆ core ที่มีเลือดมาเลี้ยงลดลงแต่เซลล์ยังมีชีวิตอยู่เรียกว่า ischemic penumbra ซึ่งยังมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือและฟื้นคืนการทำงานได้หากสามารถทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงได้อย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ (Back, ๑๙๙๘; Demeestere et al., ๒๐๑๘)

ดังนั้น การเกิด ischemic stroke จึงสัมพันธ์กับแนวคิด “time is brain” เนื่องจากระยะเวลาที่สมองขาดเลือดมีผลต่อการขยายตัวของ ischemic core และปริมาณเนื้อสมองที่เกิดความเสียหายอย่างถาวร (Back, ๑๙๙๘; Demeestere et al., ๒๐๑๘)

๔.๓ Middle Cerebral Artery (MCA) infarction

Middle cerebral artery (MCA) เป็นแขนงสำคัญของ internal carotid artery และมีบทบาทสำคัญในการส่งเลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณ lateral cerebral hemisphere รวมถึงบางส่วนของ frontal, parietal และ temporal lobes ตลอดจนโครงสร้าง subcortical เช่น basal ganglia และ internal capsule (Benjamin & Galuska, ๒๐๒๖)

เมื่อเกิดการอุดตันของ MCA จะทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองที่อยู่ในเขตหลอดเลือดดังกล่าวลดลงและอาจนำไปสู่ cerebral infarction โดยความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตัน ขนาดของบริเวณสมองที่ได้รับผลกระทบ และความสามารถของ collateral circulation ในการส่งเลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ขาดเลือด (Benjamin & Galuska, ๒๐๒๖)

MCA infarction สามารถทำให้เกิดความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น ภาษา และการทำงานด้านการรับรู้ โดยหากรอยโรคเกิดที่ left MCA ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็น dominant hemisphere จะมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติด้านภาษา โดยเฉพาะ aphasia ร่วมกับความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายด้านตรงข้าม (Benjamin & Galuska, ๒๐๒๖)

๔.๔ อาการและอาการแสดงของ Left MCA infarction

อาการและอาการแสดงของ Left MCA infarction ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขอบเขตของรอยโรค โดยสามารถพบความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก ภาษา การมองเห็น การทำงานของใบหน้าและการกลืน รวมถึงการรับรู้และการทำงานระดับสูง (Benjamin & Galuska, ๒๐๒๖)

๔.๔.๑ ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (Motor impairment) อาจพบกล้ามเนื้ออ่อนแรงของร่างกายด้านขวา (right hemiparesis หรือ hemiplegia) โดยมักพบชัดบริเวณใบหน้าและแขนมากกว่าขา เนื่องจาก MCA เลี้ยงบริเวณ motor cortex ที่ควบคุมใบหน้าและแขนเป็นหลัก

๔.๔.๒ ความผิดปกติด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensory impairment) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ความรู้สึกด้านขาลดลง เช่น light touch, pinprick, proprioception และ cortical sensory function ขึ้นอยู่กับบริเวณสมองที่ได้รับผลกระทบ

๔.๔.๓ ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) เนื่องจากสมองซีกซ้ายมักเป็น dominant hemisphere ในด้านภาษา ผู้ป่วย left MCA stroke จึงอาจเกิด aphasia เช่น expressive aphasia, receptive aphasia หรือ global aphasia โดยชนิดของ aphasia ขึ้นอยู่กับบริเวณ cerebral cortex ที่ได้รับความเสียหาย

๔.๔.๔ ความผิดปกติด้านการมองเห็น (Visual impairment) อาจพบ right homonymous hemianopia หรือความผิดปกติของลานสายตาด้านขวา เนื่องจากการเกี่ยวข้องกับ visual pathway

๔.๔.๕ ความผิดปกติด้านใบหน้าและการกลืน อาจพบ facial weakness ด้านขวา รวมถึง dysphagia หากรอยโรคเกี่ยวข้องกับบริเวณ cortical และ subcortical ที่ควบคุมการกลืน

๔.๔.๖ ความผิดปกติด้านการรับรู้และการทำงานระดับสูง (Cognitive and perceptual impairment) ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติด้าน attention, executive function, praxis และการประมวลผลข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

โดยอาการที่พบบ่อยใน left hemispheric stroke ได้แก่ aphasia, right hemiparesis และ right visual field deficit ทั้งนี้ลักษณะอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคและแขนงของ MCA ที่ได้รับผลกระทบ (Benjamin & Galuska, ๒๐๒๖; Campbell et al., ๒๐๑๕)

๔.๕ การวินิจฉัยและการประเมินโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเป้าหมายสำคัญเพื่อแยกชนิดของโรคว่าเป็น ischemic stroke หรือ hemorrhagic stroke เนื่องจากแนวทางการรักษาของแต่ละชนิดแตกต่างกัน โดยการตรวจที่ใช้เป็นหลัก ได้แก่ CT scan และ MRI บริเวณศีรษะ (RadiologyInfo.org, n.d.)

๔.๕.๑ CT brain ใช้ในการตรวจหาภาวะเลือดออกในสมองและความผิดปกติที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ โดยอาจตรวจร่วมกับ CT angiography (CTA) เพื่อประเมินหลอดเลือดสมอง และ CT perfusion (CTP) เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดและบริเวณเนื้อสมองที่ได้รับผลกระทบ (RadiologyInfo.org, n.d.)

๔.๕.๒ MRI brain สามารถใช้ประเมินรายละเอียดของเนื้อสมองและความเสียหายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยอาจตรวจร่วมกับ MR angiography (MRA) เพื่อประเมินหลอดเลือด และ MR perfusion (MRP) เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดในสมอง (RadiologyInfo.org, n.d.)

๔.๕.๓ การตรวจเพิ่มเติมอาจประกอบด้วย การตรวจเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG/EKG) การตรวจ carotid Doppler ultrasound และ cerebral angiography เพื่อช่วยระบุสาเหตุ ตำแหน่ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง (RadiologyInfo.org, n.d.)

๔.๖ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ การได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วสามารถช่วยลดการเสียชีวิตและความพิการได้ โดยแนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรค (RadiologyInfo.org, n.d.)

๔.๖.๑. การรักษา Ischemic stroke

ในผู้ป่วย ischemic stroke การรักษามุ่งเน้นการฟื้นฟูการไหลเวียนเลือดไปยังสมอง โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อาจได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น tissue plasminogen activator (tPA) ภายในช่วงเวลาที่เหมาะสมหลังเกิดอาการ (RadiologyInfo.org, n.d.) ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับ ยาด้านเกล็ดเลือด (antiplatelet drugs) เช่น aspirin หรือ clopidogrel หรือ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) เช่น warfarin

หรือ heparin ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (RadiologyInfo.org, n.d.) ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ตีบหรืออุดตัน อาจพิจารณาการรักษาด้วย endovascular therapy เช่น การใช้สายสวนเพื่อทำ mechanical thrombectomy เพื่อนำลิ่มเลือดออกจากหลอดเลือด รวมถึงการใช้ balloon angioplasty หรือ stent ในผู้ป่วยบางราย (RadiologyInfo.org, n.d.)

๔.๖.๒. การรักษา Hemorrhagic stroke

สำหรับ hemorrhagic stroke การรักษาจะมุ่งเน้นการควบคุมเลือดออก ลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ และแก้ไขความผิดปกติของหลอดเลือด โดยผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายเลือดหรือซ่อมแซมหลอดเลือดที่เสียหาย (RadiologyInfo.org, n.d.)

๔.๗ ผลกระทบต่อการทำงานและการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด

ผู้ป่วยที่มี left MCA infarction อาจเกิดความบกพร่องหลายด้าน ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ความผิดปกติของ muscle tone การทรงตัว การประสานงานของการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึกและความสามารถในการเคลื่อนย้ายร่างกาย ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การพลิกตัว การลุกนั่ง การยืน การเดิน การแต่งตัว และการเคลื่อนย้ายตัว นอกจากนี้ aphasia และความผิดปกติด้านการรับรู้ อาจเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและการเรียนรู้ระหว่างการฟื้นฟู (Benjamin & Galuska, ๒๐๒๖)

๔.๘ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

การส่งการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ขึ้นอยู่กับหน้าที่ส่วนที่เสียไปมีจุดมุ่งหมายในการสอนและฝึกผู้ป่วยให้มีความสามารถตามเป้าหมาย โดยขึ้นอยู่กับความรู้และสมองส่วนที่ยังดีอยู่ (ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ๒๕๒๕: ๓๕๗)

๔.๘.๑ เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เร็วที่สุด และสามารถกลับไปมีชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวละสังคมเช่นที่เคยเป็นให้มากที่สุด โดยอาศัยกล้ามเนื้อเท่าที่มีอยู่ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สามารถให้การฟื้นฟูได้ดี จะต้องมีความสามารถที่จะรับรู้เข้าใจ และติดตามคำบอกกล่าว จากคำพูดหรือท่าทางแสดง เพราะการเรียนรู้เป็นขั้นตอนการฝึกหัดที่สำคัญของการฟื้นฟู และจะเริ่มเร็วที่สุด เมื่อสภาวะทางการแพทย์คงที่ เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังของกระบวนการฟื้นฟู จะแตกต่างจากกระบวนการรักษาที่ทุกคนคุ้นเคย เช่น การหายหรือไม่หายจากโรค การควบคุมอาการของโรคได้หรือไม่ได้ เป็นต้น โดยที่ การฟื้นฟู ควรให้ในช่วงเวลาที่ต่อเนื่องหรือคาบเกี่ยวกับการรักษา (วัชรารัตน์, ๒๕๔๔: ๘) และในการฟื้นฟู ต้องอาศัยบุคลากรหลายฝ่ายช่วยกันได้แก่

๔.๘.๑.๑ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (Physiatrist) มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและตั้งเป้าหมายในการรักษา

๔.๘.๑.๒ นักกายภาพบำบัด (Physical Therapist) ใช้วิธีการทางกายภาพบำบัดเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

๔.๘.๑.๓ นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) ฝึกผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน กระตุ้นและฝึกการใช้มือ

๔.๘.๑.๔ พยาบาล (Rehabilitation Nurse) มีหน้าที่ให้ข้อมูล และประสานงานกับผู้ร่วมทีม

๔.๘.๑.๕ นักอรรถบำบัด (Speech Therapist) มีหน้าที่ตรวจสอบความผิดปกติทางการสื่อความหมายและให้การรักษา

๔.๘.๑.๖ นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) ประเมินและหาแนวทาง แก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจครอบครัวและสังคม

๔.๘.๑.๗ นักจิตวิทยา (Psychologist) ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจอารมณ์

๔.๘.๑.๘ ช่างกายอุปกรณ์ (Orthotist) มีหน้าที่ประดิษฐ์กายอุปกรณ์เสริมให้ผู้ป่วยผู้ที่มีความสำคัญมากที่สุดคือญาติและครอบครัวของผู้ป่วยในการปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยทุกขั้นตอน ต้องอธิบายถึงความจำเป็นและประโยชน์ของการกระทำต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวเข้าใจเสมอ เพราะญาติต้องทำทุกอย่างแทนเราได้ ด้วยความเข้าใจและเต็มใจในการกำหนดเป้าหมายของการฟื้นฟูฯ ควรให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

๔.๘.๒ ปัจจัยบ่งชี้ผลสำเร็จของการฟื้นฟู (Prognostic Indicators for Rehabilitation Outcome)

๔.๘.๒.๑ ปัจจัยที่ให้ผลดีต่อการฟื้นฟู (Positive Predictors)

- ๑) การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม บทบาทของครอบครัวและสังคม
- ๒) มีการฟื้นตัวของความสามารถในการควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะได้เร็วภายใน ๑ - ๒ สัปดาห์ หลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
- ๓) มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อลำตัว สะโพก หัวไหล่ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้นได้ภายใน ๒ - ๖ สัปดาห์
- ๔) มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อและสามารถควบคุมกล้ามเนื้อแต่ละมัดได้ ภายใน ๔ - ๖ สัปดาห์ หรืออย่างช้า ๓ เดือน

๔.๘.๒.๒ ปัจจัยที่ให้ผลลบต่อการฟื้นฟู (Negative Predictors)

- ๑) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไม่รู้สึกรู้ตัว (Coma) นานเกินไป
- ๒) อยู่ในระยะอ่อนปวกเปียก (Flaccid) นานกว่าปกติ เช่น นานกว่า ๒ เดือน
- ๓) มีอาการเกร็งมากของกล้ามเนื้อต้นแขนและต้นขา (Severe Proximal Spasticity)
- ๔) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ ออจากระยะตัวเองภายใน ๒-๓ สัปดาห์
- ๕) ผู้ป่วยที่มีอาการละเลยร่างกายครึ่งซีกอย่างรุนแรงเห็นได้ชัด (Severe Unilateral Neglect)
- ๖) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ความจำอย่างรุนแรง จนไม่สามารถจะติดตามขั้นตอนของการเรียนรู้ได้
- ๗) ผู้ป่วยที่มีการบกพร่องทางสายตา (Visuo-spatial Deficit) และการได้ยิน
- ๘) ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
- ๙) ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามาก
- ๑๐) ผู้ป่วยที่มีอาการโรคอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ (โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ทำให้การฝึกหัดขั้นตอนต่าง ๆ มีขีดจำกัด ผู้ป่วยที่มี ปัญหาของการกระจายของเส้นเลือดสมองที่แข็งตัว (Diffuse Cerebral Atherosclerosis) เนื่องจาก Organic Brain Syndrome ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการเรียนรู้ ฝึกหัดลำบาก ผู้ป่วยที่มีปัญหาของหลอดเลือดส่วนปลายและมีอาการเดินกะเผลกเป็นระยะ (Intermittent Claudication) อาจจะทำให้มีปัญหาในการฝึกหัด การยืน การเดิน เป็นต้นสำหรับในผู้สูงอายุ อายุที่มากขึ้นอย่างเฉียดไม่ไข่ ปัจจัยที่ส่งผลลบ เว้นแต่ผู้สูงอายุนั้นจะมีอาการของโรคอย่างอื่นร่วมด้วย ผลสัมฤทธิ์ของการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อสิ้นสุดการฟื้นฟูฯ ได้แก่ ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อแรกรับเข้าฟื้นฟูฯ ระดับความบกพร่องของการเคลื่อนไหว ระดับความบกพร่องด้านสติปัญญา อายุ การมีโรคอื่นร่วม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น ภาวะความบกพร่องด้านสายตา และการรับรู้อย่างรุนแรง ความสามารถในการควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ และความสามารถในการนั่งทรงตัวส่วนปัจจัยที่ช่วยทำนายความสามารถในการเดิน

ได้แก่ ระดับอาการอ่อนแรงของขาเมื่อแรกจับ หรือภายในสัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, ๒๕๔๗ อ้างถึงใน นิรมล พิงธรรมเดช, ๒๕๔๘: ๑๔)

๔.๘.๓ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่ กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษารวดเร็วเท่าใด ความพิการและอัตราการตายจะลดลงมากเท่านั้น

๔.๘.๓.๑. การรักษาจำเพาะ (Specific Treatment) ได้แก่

- ๑) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อ ประโยชน์ในการรักษาและ ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ
- ๒) การรักษาทางยา เช่น ยาต้านการจับตัวของเกร็ดเลือด ยาต้าน การแข็งตัวของเลือดและยาลดสมองบวม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
- ๓) การผ่าตัดจะทำในรายที่มี Intracerebral Hemorrhage ที่อาการตอนแรกยังรู้สึกตัวดี แล้วต่อมาเริ่มมีอาการซึมลง

๔.๘.๓.๒ การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive Treatment)

๔.๘.๓.๓ การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

๔.๙ การฟื้นตัวของผู้ป่วย

๔.๙.๑. การฟื้นตัวของระบบประสาทส่วนที่เสีย (Neurological Recovery) เช่น กำลังกล้ามเนื้อ การรับรู้การฟื้นตัวของระบบประสาทจะเกิดขึ้นภายในเวลาประมาณ ๓ เดือน ถึงร้อยละ ๘๐

๔.๙.๒. การฟื้นตัวของความสามารถ (Functional Recovery) เช่น การช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่าง ๆ การฟื้นคืนของกำลังกล้ามเนื้อ แบ่งเป็นระยะได้ ดังนี้

- ระยะที่ ๑ กล้ามเนื้อมีลักษณะอ่อนปวกเปียก (Flaccidity)
- ระยะที่ ๒ เริ่มมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และมีการเคลื่อนไหว แบบไปพร้อมกันทุกส่วน (Synergies) โดยควบคุมไม่ได้
- ระยะที่ ๓ การเกร็งของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวแบบไปพร้อมกันทุกส่วนได้บ้าง
- ระยะที่ ๔ การเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวที่ละส่วนได้บ้าง (Isolate Movement)
- ระยะที่ ๕ สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวที่ละส่วนได้ทั้งหมด
- ระยะที่ ๖ สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแต่ละมัดให้ทำงานร่วมกัน (Co-ordination) แต่ละระยะมีเวลาไม่แน่นอน การฟื้นคืนอาจจะหยุดอยู่กับที่ระยะใดก็ได้

- ระยะที่ ๗ ถ้าระยะเวลาอ่อนปวกเปียกนาน การพยากรณ์โรคจะไม่ดีในระยะแรก แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตไม่สามารถขยับเขยื้อนได้ กล้ามเนื้ออยู่ในสภาพอ่อนปวกเปียก (Flaccid หรือ Hypotonia) จะเกิดอยู่ประมาณ ๔๘ ชั่วโมง ต่อมา DTR จะค่อย ๆ กลับคืนมาเริ่มเข้าสู่ระยะเกร็งของกล้ามเนื้อ (Spastic) DTR จะไวขึ้นตรวจพบอาการกระตุกของข้อเท้า ข้อเข่า (Clonus) การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเกิดในรูปแบบที่มีการเคลื่อนไหวแบบไปพร้อมกันทุกส่วน (Synergistic Pattern) โดยเริ่มมีการเคลื่อนไหวแบบหยาบ (Gross Movement) ของกลุ่มกล้ามเนื้อ ปกติแล้วกลุ่มกล้ามเนื้อที่อยู่ส่วนต้นเช่น หัวไหล่ จะเกิดการเคลื่อนไหวกลับคืนมาก่อนกลุ่มของกล้ามเนื้อส่วนปลาย เช่น กล้ามเนื้อของมือ นิ้วมือลักษณะของการเคลื่อนไหวแบบไปพร้อมกันที่เกิดขึ้นค่อนข้างจะมีรูปแบบเฉพาะ ได้แก่

๑). แขน จะมี Flexor Synergy เด่นกว่า โดยจะมีลักษณะคือ สะบักและไหล่บิดและตกไปด้านหลัง แขนบิดเข้า ศอกงอ มือคว่ำและนิ้วมืออยู่ในท่ากำ

๒). ขา จะมี Extensor Synergy เด่นกว่า โดยจะมีลักษณะคือ สะโพกตกไปด้านหลังขา บิดออก เข่าเหยียดออก ฝ่าเท้าตกและบิดเข่าด้านในในรูปแบบการเคลื่อนไหวดังกล่าวจะเกิดขึ้นในระยะตั้งแต่ ๒ - ๓๐ วัน (๒ - ๔ สัปดาห์แรก) จากนั้นความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ละส่วน (Isolated

Voluntary Movement) ของกล้ามเนื้อจะเกิดขึ้นตามมา ถ้าการเคลื่อนไหวดังกล่าวไม่เกิดขึ้น เช่นไม่สามารถขยับมือโดยตั้งใจได้ภายใน ๔ - ๖ สัปดาห์หรืออย่างช้าภายใน ๓ เดือน แสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยมือข้างนั้นอาจจะไม่มีโอกาสฟื้นคืนสภาพขึ้นมาได้อีก ขั้นตอนการฟื้นตัวอาจหยุดชะงักอยู่ที่ช่วงใดช่วงหนึ่ง เช่นหยุดอยู่แค่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อโดยสิ้นเชิง (Complete Motor Paralysis) หรือหยุดอยู่ที่ Synergistic Pattern โดยไม่เกิด Voluntary Isolated Movement เพียงร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถมีการฟื้นตัวได้เป็นปกติ หลังเกิดโรคนานเกิน ๑ เดือน ร้อยละ ๑๐ มีความพิการมากจนไม่สามารถจะให้การฟื้นฟูได้ร้อยละ ๘๐ ที่มีอาการเด่นชัด สามารถให้การฟื้นฟูได้ การฟื้นตัว (Spontaneous Recovery) จะเกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ภายในระยะเวลา ๑ - ๓ เดือนแรก แต่ก็อาจพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายมีการฟื้นตัวได้ในระยะ ๖ เดือนหรือ ๑ - ๒ ปี ภายหลังการเกิดโรค โดยเฉพาะในเรื่องของความผิดปกติในการพูด (Aphasia) และการใช้งานของแขน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเป็นองค์ประกอบ

๔.๑๐ วิธีการรักษาด้วยวิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูแบ่งได้ ๓ ระยะดังนี้

๔.๑๐.๑ ระยะมีการอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อ (Flaccid Stage) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนปวกเปียกของแขนขาที่เป็นอัมพาต ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อาจจะมีการไม่รู้สึกร่วมด้วยหรือยังรู้สึกตัวอยู่ระยะนี้จะกินเวลาได้ตั้งแต่ ๑ - ๑๔ วัน ส่วนใหญ่จะประมาณ ๔๘ ชั่วโมงถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำให้เกิดการหยุดยั้งของกล้ามเนื้อจนเกิดความพิการและเกิดผลกดทับขึ้นได้ จุดมุ่งหมายในการรักษาระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และภาวะการแข็งเกร็ง (Spasticity) ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะแข็งเกร็ง คือ การที่ความยาวกล้ามเนื้อหดสั้นลงทำให้ปฏิกิริยาอัตโนมัติที่ตอบสนองต่อการยืด (Stretch Reflex) ไวผิดปกติ นั่นคือ ทำให้กล้ามเนื้อหดแข็งเกร็งอยู่ตลอดเวลา การป้องกันคือ การรักษาความยาวกล้ามเนื้อไว้

๔.๑๐.๑.๑ วิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะการแข็งเกร็งดังนี้

๑) แนะนำญาติให้รู้จักการใช้วิธีป้องกันแผลกดทับ เช่น การพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ผ้าขนหนูม้วนเป็นวงกลมมีช่องตรงเวลา เพื่อรองปุ่มกระดูกมิให้กดทับกับที่นอน

๒) พยายามคงสภาพการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ โดยเฉพาะข้างที่เป็นอัมพาต โดยช่วยบริหาร เคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย

๓) การจัดท่าของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพหมดสติหรือยังรู้สึกตัวอยู่ก็ตาม ซึ่งต้องพิจารณาตั้งแต่เตียงนอน ที่นอนและท่าทางที่นอน ควรใช้ผ้าคล้องแขนเพื่อป้องกันข้อไหลเคลื่อน ถ้ายังไม่รู้สึกตัวควรช่วยพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ หรือทุก ๒ ชั่วโมงเตียงนอน พื้นเตียงควรเป็นไม้ และสามารถปรับระดับความสูงต่ำของเตียงให้มีความสูงพอเหมาะที่จะดูแลผู้ป่วยได้ง่าย โดยที่ผู้ดูแลไม่ต้องก้มตัวลงไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากเกินไป เมื่อผู้ป่วยเริ่มฟื้นตัวขึ้นจนสามารถนั่งที่ขอบเตียงได้ หรือสามารถเคลื่อนย้ายไปนั่งเก้าอี้หรือรถเข็นได้แล้ว เตียงควรปรับระดับต่ำลง จนเมื่อผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าอยู่บนขอบเตียงแล้ว เท้าผู้ป่วยจะสัมผัสพื้นได้พอดีที่นอน ต้องแน่น ไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป ผ้าปูที่นอนต้องซิงตึงไม่มีรอยย่น รอยพับเพื่อกันไม่ให้เกิดการถูไถกับผิวหนังของผู้ป่วยอันจะนำมาสู่การเกิดแผลกดทับขึ้นได้ทันทัน เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง การนอนทับแขนหรือขาข้างที่เป็นอัมพาตนาน ๆ จะทำให้เกิดการบวมของแขนหรือขา เกิดข้อติดยึดได้ง่าย การนอนให้ศีรษะสูงอาจเกิดแรงกดต่อบริเวณก้นกบ เกิดบาดแผลบริเวณนี้ได้

๔) ผู้ป่วยที่ยังไม่รู้สึกร่วม ต้องระวังเรื่องการขับเสมหะ ควรช่วยเคาะปอดและดูดเสมหะเพื่อป้องกันการติดเชื้อของทางเดินหายใจ ระยะที่ยังทานอาหารไม่ได้ควรใส่สายทางจมูกไม่ควรป้อนอาหารเพราะจะทำให้สำลักได้

๔.๑๐.๑.๒ การป้องกันภาวะแข็งเกร็ง

๑) การจัดวางเครื่องเรือนและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยพ้นจากโรคใหม่ๆ มักล้มข้างที่เป็นอัมพาตจะหันหน้า และใช้ร่างกายด้านที่ดีมากเกินไป ไม่สนใจข้างที่เป็นอัมพาตมือพาตบนท้อง ขาปัดออก ทำให้เกิดภาวะเกร็งเร็วขึ้น ญาติต้องคอยกระตุ้นให้ ผู้ป่วยนึกถึงข้างที่เป็นอัมพาต โดย

จัดวางของใช้ที่จำเป็น เช่น หนังสือ วิทยุ โทรศัพท์ หรือเครื่องใช้อื่น ๆ ให้อยู่เฉียงไปทางด้านอัมพาต เพื่อให้ผู้ป่วยต้องหมุนลำตัวและแขนข้างปกติข้ามข้างที่เป็นอัมพาต ทำให้สมองได้รับข้อมูลด้านอัมพาต และมีการลงน้ำหนักที่ข้อศอกข้างอัมพาตจะทำให้เกิดการยับยั้งการเกร็งได้

๒) การจัดท่าทางให้ถูกต้อง หลักการคือ จัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ถูกต้อง อยู่ในท่าที่ป้องกันการเกิดการแข็งเกร็งและช่วยลดปัญหาผลกดทับ การบาดเจ็บต่อข้อไหล่ การละทิ้งแขนข้างอัมพาต โดยจัดท่าให้ตรงข้ามกับท่าที่จะเกิดการแข็งเกร็ง

๓) การออกกำลังกายและการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ในระยะนี้จะให้ออกกำลังกายแบบต่าง ๆ คือการช่วยบริหารเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ (Passive Exercise) ในแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต ทุกทิศทาง ให้เต็มช่วงของการเคลื่อนไหว กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ข้างปกติเอง (Active Exercise) และเริ่มให้การออกกำลังกายบนเตียงเท่าที่จะทำได้ เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวดีแล้วจะเริ่มให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การพลิกตะแคงตัว การลุกขึ้นนั่ง การฝึกการเคลื่อนย้าย ฝึกยืน เดิน ตามลำดับ

๔.๑๐.๒ ระยะมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (Spastic Stage) ระยะมีการเกร็งของกล้ามเนื้อและมีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้นแล้ว แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตเริ่มมีอาการเกร็ง และเริ่มมีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ การรักษาในระยะนี้จะเน้นการช่วยลดอาการเกร็ง ได้แก่

๔.๑๐.๒.๑ ให้อาบน้ำอุ่น และใช้วิธีการทางกายภาพบำบัดช่วยลดอาการเกร็ง การจัดท่าที่ถูกต้องการบริหารเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ

๔.๑๐.๒.๒ นักกายภาพบำบัดเริ่มฝึกให้รู้จักวิธีลุกนั่ง ยืน การทรงตัวและฝึกเดิน

๔.๑๐.๒.๓ นักกิจกรรมบำบัดสอนให้รู้จักช่วยเหลือตนเอง กระตุ้นการรับรู้ การระวังตัว และกระตุ้นการกลืนในรายที่มีปัญหาการกลืน

๔.๑๐.๒.๔ นักอรรถบำบัดจะรักษาในรายที่มีปัญหาการสื่อความหมาย การรักษาต้องอาศัยความร่วมมือของญาติช่วยกระตุ้นผู้ป่วยด้วย

๔.๑๐.๒.๕ ในรายที่มีเท้าบิดหรือเกร็งมาก จำเป็นต้องใส่กายอุปกรณ์เสริม เช่น Ankle Foot Orthosis (AFO) เพื่อช่วยให้เดินดีขึ้น

๔.๑๐.๒.๖ ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน

๔.๑๐.๓ ระยะมีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ (Recovery Stage) เป็นระยะที่กล้ามเนื้อมีการฟื้นตัวสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้บ้างการฟื้นคืน

๔.๑๑ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการเดิน

การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการเดินบนพื้นราบด้วยนักกายภาพบำบัด (over ground walking training) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเดิน การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการเดินในลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การพัฒนาตำแหน่งของร่างกายหรือร่างกายใน การเคลื่อนไหว (improve mechanics) และคุณภาพของการเดิน โดยอาศัยราวคูชาน และอุปกรณ์ช่วยเดิน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่กลัวล้มและมั่นใจที่จะเคลื่อนไหวมากขึ้น เช่น ใช้ไม้เท้า หรือ walker เพื่อเพิ่มความปลอดภัย และความมั่นคง ในช่วงแรกของการเคลื่อนไหว แต่การฝึกโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่นานเกินไปก็มีข้อเสียเช่นกัน เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยติดอุปกรณ์ และไม่สามารถที่จะเดินได้หากไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย อีกทั้งร่างกายจะเกิดการปรับตัวโดยมีการลงน้ำหนักที่ขา ในบางครั้งผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะใช้เฉพาะขาข้างดีในการก้าวเดิน และลงน้ำหนักขาข้างที่อ่อนแรงเพียงเล็กน้อยหรือไม่ลงเลย ซึ่งจะยิ่งทำให้สมองไม่มีข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการเคลื่อนไหวปกติ และยังใช้เครื่องช่วยไปเป็นเวลานานๆ ผู้ป่วยก็จะเรียนรู้ที่จะใช้ร่างกายส่วนอื่นมาทดแทนขาข้างที่อ่อนแรง จึงทำให้ขาดโอกาสที่จะกลับมาเคลื่อนไหวได้เหมือนปกติ อีกทั้งเมื่อไม่ใช้อุปกรณ์มาช่วยในการเดิน ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นใจ และไม่สามารถเดินได้ปกติ เพราะเกิดปัญหาเรื่องการปรับตำแหน่งของร่างกายสมดุลในขณะที่เดิน รวมทั้งอาจมีการถ่ายน้ำหนักของร่างกายไปยังด้านปกติมากเกินไป และถ่ายแรงมายังด้านอ่อนแกว่าด้านปกติ จึงทำให้เดิน

ได้ค่อนข้างลำบาก นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องของเวลาในการฝึกภายในโรงพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัด และบุคลากรที่จำกัด ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่กลับไปฝึกเพิ่มเติมที่บ้าน โอกาสที่จะกลับมาเดินได้เหมือนคนปกติจะเกิดขึ้นได้ค่อนข้างยาก เพราะจำนวนครั้งในการฝึกซ้ำที่ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้หรือการปรับตัวของสมอง

จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลางข้างซ้ายอุดตัน ในผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาหลัก มีอาการอ่อนแรงแขนและขาข้างขวา ซึ่งแขนอ่อนแรงมากกว่าขาและมีอาการบกพร่องทางภาษาโดยเข้าใจภาษาของผู้อื่นได้ดีแต่มีปัญหาในการพูดออกเสียง พูดลำบาก

จากการซักประวัติ ตรวจประเมินร่างกายและการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) เพื่อนำมาประกอบการวางแผนและตั้งเป้าหมายในการรักษา รวมทั้งติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีอาการอ่อนแรงของแขน ขาข้างขวาและลำตัว ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวบนเตียงได้อย่างอิสระและไม่สามารถนั่งทรงตัวเองได้โดยไม่ให้การช่วยเหลือ โดยช่วงแรกของการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดจะเป็นการฝึกเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง ลุกขึ้นนั่ง การฝึกทรงตัวในท่านั่งและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาคือ Home program แต่ในระยะแรกของการฝึกผู้ป่วยเผชิญภาวะท้อแท้ หรือขาดแรงจูงใจในการฝึก ขณะเดียวกันญาติและผู้ดูแลประสพภาวะเครียดและยังขาดความรู้ความเข้าใจในการฟื้นฟู ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยทำให้เกิดการล่าช้า เมื่อนักกายภาพบำบัดมีการให้ความรู้และฝึกทวนซ้ำผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลจากการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยสามารถเดินภายในบ้านได้โดยไม่อาศัยอุปกรณ์ช่วยเดินอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การออกกำลังกายอย่างปลอดภัย มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Secondary Prevention) ซึ่งผลการรักษาประสบความสำเร็จตามเป้าหมายการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. การเลือกกรณีศึกษา (Case Selection): คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดบริเวณหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลางข้างซ้าย (Left MCA Infarction) ที่ผ่านการรับการรักษาในระยะเฉียบพลันและจำหน่ายกลับบ้านจากโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care)

๒. การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review): ค้นคว้า รวบรวม และสังเคราะห์องค์ความรู้ทางวิชาการ งานวิจัย และแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines) ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดระบบประสาท เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา

๓. การประเมินและวางแผนการรักษา (Assessment & Treatment Planning): ดำเนินการประเมินทางกายภาพบำบัดระบบประสาทอย่างครอบคลุม รวมถึงการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel Index (BI) และกำหนดเป้าหมายการรักษาที่สอดคล้องกับระยะการฟื้นตัวของผู้ป่วย

๔. การให้การบำบัดรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ (Intervention & Health Education): ดำเนินการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดตามโปรแกรมที่วางไว้ พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

๕. การประเมินผลหลังการรักษาและการสรุปผล (Evaluation & Conclusion): ประเมินผลการฟื้นตัวทางคลินิกและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล และเรียบเรียงจัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

เป้าหมายของผลงาน

๑. เพื่อยกระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living: BADL) ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้เพิ่มขึ้น
๒. เพื่อฟื้นฟูรูปแบบการเดิน (Gait Pattern) และความสามารถในการทรงตัว ให้ผู้ป่วยสามารถเดินภายในบ้านได้โดยไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยเดินอย่างปลอดภัย
๓. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของผู้ป่วยและครอบครัว

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ดำเนินการศึกษาและให้การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดบริเวณหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลางข้างซ้าย (Left MCA Infarction) จำนวน ๑ ราย โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๓ เดือน จนกระทั่งสามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นระยะทาง ๒๐๐ เมตร และผ่านเกณฑ์การจำหน่ายจากการดูแลระยะกลาง

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยมีระดับคะแนน Barthel Index (BI) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก แสดงถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น
๒. ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การออกกำลังกายอย่างปลอดภัย และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Secondary Prevention)
๓. ความเร็วในการเดิน (Gait Speed) ของผู้ป่วยพัฒนาขึ้นถึงระดับไม่ต่ำกว่า ๐.๖ เมตร/วินาที ซึ่งจัดอยู่ในระดับผู้ที่สามารถเดินปฏิบัติกิจวัตรในชุมชนได้ (Community/Functional Ambulator)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ สามารถใช้ความรู้ทางกายภาพบำบัดทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย รวมถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง

- การซักประวัติและการประเมินผู้ป่วยที่แม่นยำ: สามารถระบุรอยโรคตามพยาธิสภาพของระบบประสาท วิเคราะห์ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (Missing Components) และแยกแยะปัจจัยทางกายภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ได้อย่างตรงจุด

- การวางแผนและฟื้นฟูได้อย่างครอบคลุม: จัดโปรแกรมการฝึกที่เหมาะสมตามระยะของการฟื้นตัว ทั้งการจัดท่าทาง (Bed positioning), การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรง (Strengthening), การฝึกทรงตัว และการเดิน (Gait training), ตลอดจนการฝึกการกลืนและการขับถ่าย

- ป้องกันภาวะแทรกซ้อน: ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง (Contracture) ภาวะไหล่หลุด (Shoulder subluxation) และลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Spasticity)

- ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการดูแลแบบองค์รวม: ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติเกี่ยวกับการดูแลและการปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

๖.๒ สามารถนำความรู้จากโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนอื่นๆ รวมถึงการเผยแพร่และให้ความรู้กับญาติผู้ป่วย ผู้ที่สนใจ รวมไปถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- การนำไปใช้ดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยรายอื่น: สามารถนำความรู้เรื่องพยาธิสภาพ ระยะการฟื้นตัว และแนวทางการรักษาไปวิเคราะห์เพื่อวางแผนการฟื้นฟูเฉพาะบุคคลได้อย่างแม่นยำ เลือกใช้อุปกรณ์ประคองและ

เทคนิคการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอาการ พร้อมทั้งเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ไหล่หลุด หรือข้อติด

- การถ่ายทอดความรู้แก่ญาติและผู้ดูแล: สอนเทคนิคการจัดท่าทาง (Bed positioning) การช่วยย้ายตัวอย่างปลอดภัย และการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) รวมถึงให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการล้ม

- การส่งเสริมความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ที่สนใจ: เผยแพร่การสังเกตอาการเตือนสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (BEFAST) เพื่อให้ชุมชนสามารถคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ

๖.๓ สามารถนำความรู้จากกรณีศึกษามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์กร

- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing): จัดกิจกรรม Morning Talk, Case Conference หรือ Journal Club ภายในแผนก เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอทั้งกรณีที่ประสบความสำเร็จและกรณีที่เป็นอุปสรรคเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

- การจัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติมาตรฐาน (SOP/CPG): รวบรวมองค์ความรู้ เทคนิคการฟื้นฟู และขั้นตอนการทำงานที่ได้จากกรณีศึกษามาจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน เพื่อให้ทีมงานทุกคนมีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน

- การพัฒนาทักษะแบบยัดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: สนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด) โดยนำบทเรียนจากกรณีศึกษา มาวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการและการดูแลแบบองค์รวม

- การสร้างวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ต่อเนื่อง: นำข้อผิดพลาดหรือข้อจำกัดที่พบจากกรณีศึกษามาต่อยอดทำโครงการพัฒนาคุณภาพงาน (Routine to Research: R๒R หรือ CQI) เพื่อพัฒนานวัตกรรมและกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นอย่างยั่งยืน

๖.๔ การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลและการให้บริการระยะไกล (Tele-rehabilitation): นำระบบติดตามการออกกำลังกายผ่านวิดีโอหรือแอปพลิเคชันมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ทีมนักกายภาพบำบัดประเมินและปรับโปรแกรมการรักษาได้โดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

๖.๕ การเสริมสร้างความปลอดภัยในชุมชนและการป้องกันก่อนเกิดโรค (Primary Prevention): ขยายบทบาทจากการรักษาไปสู่การป้องกัน โดยจัดทำโครงการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรค NCD โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การจัดอบรมการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อป้องกันโรค NCD โรคหลอดเลือดสมอง

๖.๖ การประสานงานเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (Seamless Referral System): เชื่อมโยงข้อมูลการฟื้นฟูระหว่างโรงพยาบาลใหญ่ ศูนย์สุขภาพชุมชน และ อสม. เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย stroke หลังจำหน่ายกลับบ้าน ช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

๖.๗ การพัฒนานวัตกรรมและอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูราคาประหยัด: นำข้อมูลจากพยาธิสภาพและความต้องการจริงของผู้ป่วยมาออกแบบอุปกรณ์กายอุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยฝึกง่ายๆ จากวัสดุในท้องถิ่น ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงอุปกรณ์ฟื้นฟูคุณภาพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ความหลากหลายของพยาธิสภาพและอาการเฉพาะบุคคล: ผู้ป่วยรายนี้มีความเสียหายของสมองในตำแหน่งและระดับความรุนแรงสูง ส่งผลให้มีปัญหาซับซ้อนหลายด้านพร้อมกัน ทั้งการอัมพาต/อ่อนแรง, ความ

ผิดปกติของการทรงตัวและการเดิน, ปัญหาการสื่อความหมาย ตลอดจนภาวะแทรกซ้อน เช่น กล้ามเนื้อเกร็ง (Spasticity)

๗.๒ ปัจจัยทางจิตวิทยาและข้อจำกัดของผู้ดูแล: ผู้ป่วยเผชิญภาวะ ท้อแท้ หรือขาดแรงจูงใจในการฝึก ขณะเดียวกัน ญาติและผู้ดูแลประสบภาวะเครียด (Caregiver burden) ขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำทางหรือ การช่วยย้ายตัวอย่างถูกวิธี ซึ่งส่งผลกระทบต่อตรงต่อความต่อเนื่องในการฝึกที่บ้าน

๗.๓ สภาพบ้าน และสภาพแวดล้อมรวมถึงอุปกรณ์ช่วยในการฟื้นฟูไม่มี หรือไม่เหมาะสมและไม่มี ความปลอดภัยและไม่เอื้อต่อการฟื้นฟู

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในช่วงแรกของการรักษา

๘.๑ ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพที่เกิดขึ้นฉับพลัน: ผู้ป่วยรายนี้มีความเสียหายของสมองในตำแหน่งและ ระดับความรุนแรงที่สูง ส่งผลให้มีปัญหาซับซ้อนหลายด้านพร้อมกัน ทั้งการอัมพาต/อ่อนแรง, ความผิดปกติของ การทรงตัวและการเดิน, การกลืนลำบาก, ปัญหาการสื่อความหมาย

๘.๒ ข้อจำกัดด้านความพร้อมและสภาวะจิตใจของผู้ป่วย: ในระยะแรกผู้ป่วยมีภาวะสับสน สื่อสารลำบาก หรือเผชิญภาวะท้อแท้และวิตกกังวลอย่างรุนแรงจากการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือ ตนเองอย่างกะทันหัน ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจและไม่สามารถให้ความร่วมมือในการฝึกได้อย่างเต็มที่

๘.๓ ความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ดูแล: ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจใน การช่วยย้ายตัว (Transfer) การจัดทำ หรือการดูแลความปลอดภัย ทำให้เกิดความกลัวว่าการเคลื่อนไหวจะทำให้ ผู้ป่วยเจ็บหรืออาการแย่ลง ส่งผลให้การฟื้นฟูในระยะเริ่มต้นล่าช้า

๘.๔ การประสานงานและการปรับตัวของทีมสุขภาพ: การฟื้นฟูระยะแรกต้องอาศัยการทำงานร่วมกัน อย่างใกล้ชิดของทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด) หากขาดการสื่อสาร หรือการวางแผนการรักษาร่วมกันที่ชัดเจน อาจทำให้กระบวนการฟื้นฟูไม่สอดคล้องและขาดความต่อเนื่อง

๘.๕ ความเสี่ยงต่อภาวะสัญญาณชีพไม่คงที่: ในช่วงแรก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต หรือ สภาวะทางระบบประสาทของผู้ป่วยอาจยังมีความผันผวน ทำให้ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและจำกัดขอบเขต การออกกำลังกายเพื่อความปลอดภัย

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การจัดตั้งระบบการดูแลและส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Continuous & Seamless Care): เชื่อมโยงระบบข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และหน่วยบริการสุขภาพชุมชน เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด) สามารถติดตามผลการฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย กลับบ้าน ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ

๙.๒ การยกระดับศักยภาพผู้ดูแลและเครือข่ายสุขภาพชุมชน: จัดทำโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ ญาติ ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเรื่องเทคนิคการจัดทำทาง (Bed positioning) การช่วยย้ายตัวอย่างปลอดภัย (Transfer) และการสังเกตสัญญาณเตือน (BEFAST) เพื่อสร้างความมั่นใจและ ลดภาระความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver burden)

๙.๓ การปรับใช้เทคโนโลยีและการฟื้นฟูทางไกล (Tele-rehabilitation): นำระบบติดตามการฝึกผ่านวิดีโอ แอปพลิเคชัน หรือสื่อดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ สำหรับผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับ คำแนะนำและฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงและการทรงตัวได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอที่บ้าน

๙.๔ การสร้างคู่มือและแนวปฏิบัติมาตรฐานเฉพาะหน่วยงาน (Clinical Practice Guidelines): สรุปบทเรียน จากกรณีศึกษา นำมาจัดทำเป็นคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke ร่วมกันของทีมสุขภาพ เพื่อให้การประเมิน รอยโรค การฝึกการเคลื่อนไหว การฝึกการกลืน ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (เช่น ไหล่หลุด ข้อติด แผลกดทับ) เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร

๙.๕ การส่งเสริมงานวิจัยและพัฒนานวัตกรรมจากงานประจำ (R๒R/CQI): สนับสนุนให้ทีมงานนำปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานจริง เช่น การผลิตอุปกรณ์ช่วยฝึกหรือกายอุปกรณ์ราคาประหยัดจากวัสดุในพื้นที่ มาประดิษฐ์และทดลองใช้ เพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ฟื้นฟูของผู้ป่วยในชุมชน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวปัทมวรรณ เพชรแสง สัดส่วนที่ดำเนินการ ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ปัทมวรรณ เพชรแสง

(นางสาวปัทมวรรณ เพชรแสง)

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๕ / ก.ย. / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวปัทมวรรณ เพชรแสง	<u>ปัทมวรรณ เพชรแสง</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (..... **นางอาทิตย์ ยศวังษ์**)
 (ตำแหน่ง) **หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัด**
 (วันที่) **14 ก.ย. 2569**
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (..... **นางอภรดี สิงห์แจ่ม**)
 (ตำแหน่ง) **หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู**
 (วันที่) **14 ก.ย. 2569**
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (..... **(นางนงค์ ทัพย์สุนทรศักดิ์)**)
 (ตำแหน่ง) **นายแพทย์เชี่ยวชาญ**
 (วันที่) **14 ก.ย. 2569**
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (..... **(นายธนสิทธิ์ ไพโรพงษ์)**)
 (ตำแหน่ง) **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น**
 (วันที่) **25 ก.ย. 2569**
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาคู่มือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในระดับชุมชน (Development of Physical Therapy Rehabilitation Clinical Practice Manual for Intermediate Care Stroke Patients in Community)

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease: CVD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวในผู้ใหญ่ แม้เทคโนโลยีทางการแพทย์จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในระยะเฉียบพลันลงได้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงประสบความบกพร่องทางระบบประสาท ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและคุณภาพชีวิต ช่วงเวลา ๖ เดือนแรกหลังการเกิดโรคถือเป็น 'ระยะเวลาทองของการฟื้นตัว' (Golden Period) เนื่องจากระบบประสาทมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นฟูสูงที่สุด (Neuroplasticity) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ขึ้น เพื่อเชื่อมโยงการดูแลจากระยะเฉียบพลัน (Acute Care) ไปสู่การดูแลระยะยาวในชุมชน (Long-term Care) อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานระดับชุมชนยังพบปัญหาข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการฟื้นฟู เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดปฐมภูมิ และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ยังขาดแนวทางและคู่มือปฏิบัติงานมาตรฐานที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ดังนั้น การจัดทำ 'คู่มือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในระดับชุมชน' จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมิน วางแผนการรักษา และจัดโปรแกรมการฝึกฟื้นฟูอย่างถูกต้องและปลอดภัย ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้เต็มศักยภาพ ลดความพิการ ยกระดับคุณภาพชีวิต และลดภาระของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์/ แนวคิด/ ข้อเสนอ

การดูแลระยะกลาง

การบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะกลาง ได้แก่ ผู้ป่วย stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury

แนวความคิดจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง

งานบริการผู้ป่วยระยะกลางในระบบ NHS (National Health System (NHS), ๒๐๐๐) ได้กำหนดขอบเขตบริการผู้ป่วยระยะกลางไว้ดังนี้คือ

๑) เป็นบริการที่ช่วยลดการนอนในโรงพยาบาลในรายที่ไม่จำเป็นและลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long term care) ที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น

๒) มีแผนการให้บริการรายบุคคลมีเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพร่างกายกำหนดบริการที่ต้องให้ครอบคลุมทั้งหมด

๓) มีเป้าหมายระบุให้ผู้ป่วยมีความสามารถทักษะในการดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด

๔) มีช่วงระยะเวลาให้บริการชัดเจนในระบบ NHS กำหนดให้ไม่เกิน ๖ เดือนหากครบแล้วต้องประเมินและถ้าจำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยมีเป้าหมายต่อก็ควรเข้าโปรแกรมต่อไปอีกรอบแต่ถ้าผู้ป่วยมีความพิการและจำเป็นต้องให้บริการฟื้นฟูและมีการสนับสนุนต่อไปอีกเพื่อการคงสภาพผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นการออกจากโปรแกรมบริการระยะกลางแต่เข้าสู่ระบบบริการระยะยาว (Long term care)

จัดบริการผู้ป่วยระยะกลางในประเทศไทยโดยจัดกลุ่มบริการดังนี้

๑) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและบริการทางการแพทย์ประกอบด้วยการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย การฟื้นฟูทางการเคลื่อนไหวการกิจวัตรประจำวันและการดูแลรักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีตั้งแต่แพทย์พยาบาลนักกายภาพบำบัดนักกิจกรรมบำบัดหมอนวดหมอฟันบ้านและผู้ช่วยเหลือ

๒) การบริการฟื้นฟูดูแลทางด้านจิตใจเพื่อให้พร้อมรับเผชิญความเปลี่ยนแปลงปรับตัวให้เข้ากับสภาพใหม่ ฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง (Restore self) มีความหลากหลายของกิจกรรมเช่นกิจกรรมเชิงธรรมะศิลปะบำบัด กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนให้คำปรึกษารายบุคคลกิจกรรมสร้างคุณค่าให้ตนเองบุคลากรที่เกี่ยวข้องเช่น พระ วัด กลุ่มผู้ป่วย/คนพิการหมอฟันบ้านพยาบาลนักจิตวิทยาพยาบาลจิตเวช เป็นต้น

๓) การช่วยเหลือและเตรียมทางด้านสังคมประกอบด้วยเตรียมความพร้อมครอบครัวและผู้ดูแลเตรียมสภาพบ้านและชุมชนรองรับการกลับไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยเตรียมการปรับตัวด้านสังคมอาชีพรายได้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่นนักกายภาพบำบัดนักกิจกรรมบำบัดนักสังคมสงเคราะห์บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity and Coordination of Care: COC) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายโดยความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพตัวผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นหายหรือควบคุมภาวะโรคไม่ให้รุนแรงขึ้นและสามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต้องมีการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมประกอบด้วยการประเมินปัญหาวินิจฉัยวางแผนปฏิบัติและประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมือ (D-M-E-T-H-O-D) เป็นเครื่องมือประเมินข้อมูลพื้นฐานการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรจัดให้เป็นระบบเดียวกันทั้งอำเภอโดยมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care Center) ที่ประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาลศูนย์การดูแลต่อเนื่องต้องมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้านจัดทำเกณฑ์จำแนกระดับความต้องการการดูแลผู้ป่วยจัดทีมสหสาขาที่จะต้องร่วมทีมไปดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาวางแผนการดูแลและกำหนดการเยี่ยมบ้านตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย และนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายมากำหนดเป้าหมายการรักษาแต่ละระยะเป็นแผนระยะสั้นและระยะยาวให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลที่กำหนดและตามสภาพปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและฟื้นสภาพได้ดีที่สุด

บทวิเคราะห์

การเปลี่ยนผ่านรูปแบบบริการจากการตั้งรับในโรงพยาบาลสู่การรุกในชุมชน (Active Community-based Rehabilitation) มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อลดระยะเวลาครองเตียงและเสริมสร้างกระบวนการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Transitional Care) โดยเน้นการให้ความรู้และสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้ดูแล (Caregiver Empowerment)

ข้อเสนอแนะในการจัดทำและนำไปใช้

ข้อเสนอแนะ (Proposals):

- ๑) พัฒนาคู่มือในรูปแบบจำแนกตามระดับผู้ใช้งาน (Multi-tiered Manual) มีทั้งส่วนทฤษฎี/เทคนิคสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และส่วนภาพประกอบคำอธิบายที่เข้าใจง่ายสำหรับ อสม. และผู้ดูแล
- ๒) นำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาบูรณาการ (Hybrid Approach) เช่น การใช้วิดีโอสาธิตผ่าน QR Code และการประยุกต์ใช้การฟื้นฟูทางไกล (Tele-rehabilitation)

ข้อจำกัดและแนวทางแก้ไข (Limitations & Mitigation Strategies):

- ๑) ข้อจำกัดด้านทักษะบุคลากรปฐมภูมิ: แก้ไขโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (Practical Workshop) ร่วมกันสร้างระบบจัดหมอเลี้ยง/ปรึกษาทางไกล (Tele-consultation)
- ๒) ข้อจำกัดเรื่องความเครียดผู้ดูแล (Caregiver Burnout): แก้ไขโดยออกแบบโปรแกรมการฝึกที่ยืดหยุ่นประยุกต์เข้ากับชีวิตประจำวัน และดึงเครือข่ายจิตอาสา/อสม. เข้าร่วมสนับสนุน
- ๓) ข้อจำกัดด้านความปลอดภัย/อุบัติเหตุในการฝึก: กำหนดข้อควรระวัง สัญญาณเตือนอันตราย (Red Flag Signals) และข้อห้ามปฏิบัติ (Contraindications) ไว้อย่างชัดเจนด้วยสัญลักษณ์สีสากล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่คาดว่าจะได้รับการจัดทำและนำคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชนไปใช้ แบ่งออกเป็น ๓ มิติหลัก ดังนี้

ด้านผู้ป่วยและครอบครัว

ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น: ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างถูกต้องต่อเนื่องในช่วง Golden Period ช่วยเพิ่มคะแนน Barthel Index (BI) ลดระดับความพิการ และกลับมาทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น

ลดภาวะแทรกซ้อน: ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ข้อติด แผลติดเชื้อ หรืออุบัติเหตุตกหกล้มจากการจัดทำทางและการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง

ลดภาระและสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแล: ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่ถูกต้อง ลดภาวะความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ด้านระบบสาธารณสุขและบุคลากร

มาตรฐานการปฏิบัติงานเดียวกัน: บุคลากรสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และ อสม. ในระดับชุมชนมีแนวทางการประเมินและฟื้นฟูผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

การส่งต่อไร้รอยต่อ (Seamless Care): เกิดระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการฟื้นฟูผู้ป่วยจากโรงพยาบาลใหญ่สู่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลดความแออัดในโรงพยาบาล: ช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) จากภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาการครองเตียงในโรงพยาบาลแม่ข่าย

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ลดภาระค่าใช้จ่าย: ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของครอบครัวและระบบประกันสุขภาพจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ยกระดับคุณภาพชีวิตชุมชน: สร้างระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับท้องถิ่นที่เข้มแข็งและยั่งยืน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์เชิงสุขภาพของผู้ป่วย

อัตราการฟื้นตัวของสมรรถภาพร่างกาย: ร้อยละของผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel Index (BI) เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญ หรือย้ายกลุ่มจากภาวะพึ่งพิงสูงมาสู่ระดับพึ่งพิงปานกลาง/น้อย

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน: ร้อยละของผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (เช่น แผลกดทับ ข้อติด แผลติดเชื้อ หรืออุบัติเหตุตกหกล้มขณะฟื้นฟูที่บ้าน)

อัตราการกลับมาพึ่งพาตนเองได้: ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ด้วยตนเองภายในช่วง Golden Period (๖ เดือนแรก)

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการและระบบบริการ

ครอบคลุมการได้รับการฟื้นฟู: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชนที่ได้รับการดูแลฟื้นฟูตามแนวทางในคู่มืออย่างต่อเนื่อง

ความถูกต้องในการประเมินและติดตาม: ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ที่ผ่านการอบรมและสามารถประเมิน BI รวมถึงจัดโปรแกรมการฟื้นฟูเบื้องต้นได้ถูกต้องตามมาตรฐาน

อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission Rate): อัตราการกลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดลง

ตัวชี้วัดด้านผู้ดูแลและสังคม

ความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล (Caregivers): ร้อยละของผู้ดูแลที่มีคะแนนประเมินทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ความพึงพอใจต่อระบบบริการ: คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการใช้คู่มือและการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

ระดับภาวะความเครียดของผู้ดูแล: อัตราการลดลงของภาวะความเครียดหรือความเหนื่อยล้า (Caregiver Burden/Burnout) ของผู้ดูแลในครอบครัว

(ลงชื่อ) ปัทมวรรณ เพชรแสง

(นางสาวปัทมวรรณ เพชรแสง)

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๔ / ก.ย. / ๒๕๖๔

ผู้ขอประเมิน