



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ชบ ๐๐๓๓/ ๑ ๙๐๙๔

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสหักทวงเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิทยาสัมฤคย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ จำนวน ๒ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะหักทวงให้หักทวงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายสมศักดิ์ กীরติหัตถยากร)

สาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวกรกมล ธนพงค์โรจน์	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลหนองใหญ่ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๒	นางสาวมลลดี ปิ่นวิหค	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ่อทอง กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายพงศ์ธวัช ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวกรกมล ธนพงค์โรจน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลหนองใหญ่ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลหนองใหญ่ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู		
		นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ	๒๔๓๗/๓๕	นักกายภาพบำบัด ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๓๗/๓๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางกายภาพบำบัดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	คู่มือการออกกำลังกายด้วยตนเองเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

๔. ประสานงานระหว่างหน่วยงานการส่งต่อการรักษาผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน
๕. ประสานงานภายในโรงพยาบาลและภายในหน่วยงานเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยง
๖. ประสานงานภายในโรงพยาบาลและภายในหน่วยงานเรื่อง IM และ Cyber
๗. ประสานงานภายในโรงพยาบาลและภายในหน่วยงานเรื่อง Palliative care
๘. ประสานงานภายในชุมชนกับ อสม. รพ.สต. ญาติผู้ป่วย เพื่อติดตามและออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายในชุมชน

ด้านการบริการ

๑. ให้บริการ โดยการวางแผนการรักษาทางกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วย
๒. ดำเนินงานตามนโยบายของหน่วยงานในการให้บริการผู้ป่วย และผู้มารับบริการตรวจรักษาทางกายภาพบำบัด รวมถึงการให้บริการผู้ป่วยในชุมชน
๓. ให้ข้อมูล คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การออกกำลังกายที่เหมาะสมตลอดจนให้คำปรึกษาและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยและญาติ อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
๔. จัดทำสื่อ แผ่นพับให้ความรู้ การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตามโรคแก่ผู้รับบริการ
๕. ประเมินและติดตามผลการรักษาเพื่อให้ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางกายภาพบำบัดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม ๒๕๖๗ – สิงหาคม ๒๕๖๗
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งพบมากในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ไม่สะดวก มีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ (นายแพทย์วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท, ๒๕๕๘) โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทั้งทางด้านรูปร่าง โครงสร้างการทำงานของกระดูกข้อต่อ และกระดูกบริเวณใกล้เคียง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม และอาจมีความเสื่อมรุนแรงขึ้น ตามลำดับ

องค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๕๔๖) คาดการณ์ว่า จะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก ๔๐๐ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๕๗๐ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ที่เป็นสาเหตุอันดับสี่ของโรคนับตามจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ (Years lived with disability: YLDs) และได้คาดการณ์ว่าใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ๑,๗๐๐ และ ๒,๖๙๓ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน (Haq & Davatchi, ๒๕๕๔) กลุ่มนักวิชาการโรคข้อเข่าเสื่อม ยืนยันว่าอุบัติการณ์เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ ๔๕ ปี ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ ๕๐ เป็นกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี ตำแหน่งของข้อที่มักพบการเสื่อม ได้แก่ ข้อเข่า สะโพก ข้อมือ กระดูกสันหลัง และข้อเท้าแต่ข้อที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการรับบริการมากที่สุดคือ ข้อเข่า (Brooks, ๒๐๐๓; Zhang et al., ๒๐๑๐; Richmond et al., ๒๐๑๐)

องค์การอนามัยโลกมีนโยบายในการศึกษาสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคกระดูก และข้อ เพื่อเป้าหมายในการดำเนินมาตรการป้องกันควบคุม และบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างครอบคลุม ประหยัด และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติได้จริงในบริบทของแต่ละประเทศเป็นโครงการระยะยาวที่กำเนิดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๓ พื้นที่เป้าหมายคือ ประชาชน หรือผู้ป่วยในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลกภายใต้ชื่อโครงการ Community Oriented Program For Control Of Rheumatic Disorders (COPCORD) โดยคณะกรรมการขององค์การอนามัยโลกที่มีชื่อว่า International League of Associations for Rheumatology (WHO-ILAR) ใน พ.ศ. ๒๕๒๔ การดำเนินงานในโครงการ COPCORD สรุปได้ว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีความชุกสูงสุดของกลุ่ม

อาการในระบบกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ พบความชุกของโรคนี้ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ความชุกของโรคมีความสอดคล้องกับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่สูงขึ้น ช่วงของความชุกพบตั้งแต่ร้อยละ ๑.๔๐ ในเขตเมืองของประเทศฟิลิปปินส์ถึงร้อยละ ๑๙.๓๐ ในเขตชนบทของประเทศอิหร่าน (Haq & Davatchi, ๒๐๑๑; Fransen et al., ๒๐๑๑; Chopra, ๒๐๑๓)

ในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาเชิงสำรวจในโครงการ COPCORD โดย พรจิตา ชัยอำนวย และคณะ ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๑ (Chaiamnua et al., ๑๙๙๘) เป็นการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม WHO-ILAR COPCORD โดยพยาบาลวิชาชีพจากประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่ชนบทจำนวน ๒,๔๖๓ คน พบอุบัติการณ์โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) มากที่สุดร้อยละ ๑๑.๓๐ รองลงมาคือกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ Myofascial pain และปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain) ร้อยละ ๖.๓๐ และ ๔.๐๐ ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปว่าอาการปวดหลังและเข่ามีสาเหตุสำคัญจากการเสื่อมของข้อ (Joint degeneration) ซึ่งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากในคนไทย ส่วนรายงานผลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยล่าสุดใน พ.ศ. ๒๕๕๖ (สฤเดชดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, ๒๕๕๖) ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน ๑๔,๐๐๐ คน ที่ได้รับการสุ่ม เป็นตัวแทนจาก ๒๘ จังหวัดใน ๑๒ เครือข่ายบริการสุขภาพทั่วประเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจโรคข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ ๗๒.๙ ขณะที่กลุ่มที่เคยได้รับการตรวจ และวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้มีร้อยละ ๑๐.๖ โดยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่มาก่อน พ.ศ. ๒๕๕๓ ร้อยละ ๓๘.๒๐ ช่วง พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ ร้อยละ ๓๖.๒๐ และ พ.ศ. ๒๕๕๖ ร้อยละ ๒๐.๕๐ มีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๑๐.๖๐ ในจำนวนนี้ เป็นเพศชายร้อยละ ๒.๒๐ และเพศหญิงร้อยละ ๘.๔๐ ผลการประเมินความรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ ๕๖.๔๐ ไม่พบอาการผิดปกติ รองลงมาคือเริ่มมีอาการผิดปกติร้อยละ ๑๒.๘๐ มีอาการรุนแรงปานกลางร้อยละ ๑๖.๒๐ และมีอาการระดับรุนแรงร้อยละ ๔.๔๐ ด้านวิธีการบำบัดรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาเกิน และยาฉีด ๑๙๙ คน รักษาด้วยการฉีดยาชาดยาหม้อม และยาสมุนไพรมารับประทานเอง ๓๓ คน ทำกายภาพบำบัด ๑๑๘ คน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๑๕๑ คน (นงพิมล นิมิตรอนันท์, ๒๕๕๗)

โครงสร้างของข้อเข่า ประกอบไปด้วย กระดูกต้นขา (Femur) เป็นกระดูกส่วนบนของเข่า กระดูกหน้าแข้ง (tibia) เป็นกระดูกส่วนล่างของเข่า กระดูกสะบ้า (patella) ซึ่งอยู่ด้านหน้าของเข่า กระดูกด้านข้างกระดูกแข้ง (fibula) และมีข้อต่อจำนวน ๓ ข้อต่อ ได้แก่ Tibiofemoral joint, Patellofemoral joint, Superior tibiofibular joint ในแต่ละผิวของข้อต่อนั้นจะมีกระดูกอ่อน (articular cartilage) รูปครึ่งวงกลม (meniscus) มีหน้าที่กระจายน้ำหนัก ในข้อเข่าจะมีน้ำหล่อลื่นภายในข้อเรียก synovial fluid เป็นน้ำหล่อเลี้ยงข้อเข่า ซึ่งป้องกันการเสียดสีของข้อ (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๓) โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) หมายถึงโรคของการเสื่อมสภาพของข้อ (Degenerative joint disease) โดยมีการเกิดพยาธิสภาพอย่างเรื้อรัง และถาวรที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) ของข้อชนิดมีเยื่อหุ้ม (Diarthrodial joint) การทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป ข้อที่มักพบการเสื่อมลักษณะนี้เป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักมาก (Hochberg et al., ๒๐๑๒) อีกทั้งยังอาจมีการลุกลามทำลายไปยังกระดูกบริเวณใกล้เคียง เช่น ขอบกระดูกในข้อ (Sun-chondral bone) ทำให้มีการหนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อทำให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง พยาธิสภาพเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดอาการปวดจากผิวข้อชำรุด และการอักเสบส่งผลให้การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง และทำให้ข้อผิดรูป และพิการในที่สุด (AHRQ, ๒๐๑๓; Cooper et al., ๒๐๑๓)

ชนิดของโรคข้อเข่าเสื่อม วรวิทย์ เล่าห์เรณู (๒๕๔๖) และวิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์ และคณะ (๒๕๕๐) เสนอว่าโรคนี้นิยมจำแนกชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรคเป็น ๒ ชนิด ได้แก่

๑. ชนิดปฐมภูมิ (Primary หรือ Idiopathic osteoarthritis) เป็นภาวะความเสื่อมที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคที่ชัดเจน มักเกิดขึ้นตามธรรมชาติของอายุ และลักษณะการใช้งานของข้อนั้นๆ ทั้งนี้ ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติของโรค หรือการเจ็บป่วยที่เกิดกับข้อเข่าโดยตรงมาก่อน
๒. ชนิดทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) เป็นภาวะข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติที่สามารถระบุหรืออธิบายสาเหตุที่ชัดเจนได้ อาทิ การหักของกระดูกที่มีรอยผ่านผิวข้อทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเรียงตัว

ไม่เรียบเหมือนเดิม การติดเชื้อมาในข้อ พันธุกรรม และความผิดปกติของข้อแต่กำเนิด
กลไกการเสื่อมของข้อ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกอ่อนผิว และการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างร่วมกัน โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายองค์ประกอบ (multifactorial) (กรมการแพทย์, ๒๕๔๘) ได้แก่

๑. อายุ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด อายุที่มากขึ้นจะมีความชุกของข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น
๒. โรคเมตาบอลิก (metabolic) โรคข้อเข่าเสื่อมพบบ่อยขึ้นในรายที่มีการเปลี่ยนแปลงของ cartilage matrix เช่น โรคเกาต์ โรคเกาต์เทียม โรค hemochromatosis มีผลทำให้ cartilage matrix เข้มข้นกว่าปกติทำให้การรับส่งแรงของข้อเข่าเปลี่ยนแปลงไป โรคข้อที่มีการอักเสบ (inflammatory joint disease) ผลจากเยื่อข้ออักเสบทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างของกระดูกอ่อน เช่น โรคข้ออักเสบรูมา - ตอยด์
๓. ความอ้วน บางรายงานพบว่าโรคข้อเสื่อมเป็นมากขึ้นในคนอ้วน โดยเฉพาะเพศหญิง และเกิดกับข้อที่รับน้ำหนัก เช่น ข้อเข่า
๔. ปัจจัยการรับแรงกระทำที่ข้อเข่าเบี่ยงเบนไป (adverse mechanical factors) เช่น การใช้งานมากเกินไปทำให้แนวเข่าโค้งงอกว่าปกติ การได้รับบาดเจ็บของข้อ
๕. พันธุกรรม (heredity) โรคข้อเสื่อมมีหลักฐานการถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่ที่ตำแหน่งของข้อเข่ามีหลักฐานทางพันธุกรรมน้อยกว่าที่ข้อนิ้วมือ
๖. กีฬาและการออกกำลังกาย ประเภทที่เสี่ยง คือ ประเภทที่มีการกระแทกที่รุนแรงและซ้ำที่ต่อข้อ และประเภทที่มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการกระแทก

พยาธิวิทยา กระดูกอ่อนข้อต่อมีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

๑. ชีวกลศาสตร์ (biomechanical) มีการสูญเสียคุณสมบัติในการหดตัวเมื่อมีแรงกด (compressibility) และการยืดตัวเมื่อแรงกดหมดไป (elasticity) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของกระดูกอ่อนเมื่อมีอายุมากขึ้น
๒. ชีวเคมี (biochemical) ปริมาณ และขนาดของ proteoglycan ลดลง ปริมาณน้ำในกระดูกอ่อนเพิ่มขึ้นมีการสร้าง lysosomal proteases และ neutral metalloproteinases มากขึ้น (eg, stromelysin, collagenase, gelatinase) กระดูกอ่อนข้อต่อจะมีลักษณะเริ่มนุ่มกว่าปกติ สีเปลี่ยนจากใสเป็นสีเหลือง มีการแตกของผิวข้อ ระยะต่อมากระดูกผิวข้อเริ่มบางลง กระดูกส่วนใต้ข้อต่อกระดูกอ่อนหนาตัวขึ้น (subchondral bone sclerosis) มีกระดูกงอกบริเวณขอบกระดูก (marginal osteophyte) มีผลให้พิสัยการเคลื่อนไหวลดลงเกิดการตายของ subchondral bone เป็นหย่อมๆ (bone cyst formation)

อาการทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๓)

๑. อาการปวด มีลักษณะปวดตื้อ ๆ ทั่ว ๆ ไป รอบบริเวณข้อเข่า ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน อาการปวดมักเป็นเรื้อรัง และมากขึ้นเมื่อใช้งาน หรือลงน้ำหนักบนข้อนั้น ๆ อาการจะทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน หากการดำเนินโรครุนแรงขึ้นอาจทำให้ปวดตลอดเวลา แม้หรือกลางคืนขณะพัก บางรายมีอาการตึงบริเวณพับเข่า
๒. ข้อฝืด (stiffness) พบได้บ่อยมักเป็นตอนเช้าแต่ไม่เกิน ๓๐ นาที อาการฝืดอาจเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงแรกของการเคลื่อนไหวหลังจากพักเป็นเวลานานเรียกว่าปรากฏการณ์ข้อหนืด (gelling phenomenon)
๓. ข้อบวม และผิดรูป (swelling and deformity) อาจพบขาโก่ง (bowlegs) หรือเข่าฉีก (knock knee) ข้อที่บวมเป็นการบวมจากกระดูกงอกไปบริเวณข้อ
๔. สูญเสีย การเคลื่อนไหว และการทำงาน ผู้ป่วยมีอาการเดินไม่สะดวก
๕. มีเสียง ดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว

การตรวจร่างกายทางการแพทย์ (กรมการแพทย์, ๒๕๔๘)

๑. น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI)
๒. ความดันโลหิต เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการใช้ยา
๓. ลักษณะการเดิน (gait)
๔. กล้ามเนื้อต้นขา
๕. ข้อบวมและข้อผิดรูป
๖. จุดกดเจ็บด้านในของข้อเข่า การหนาตัวของเยื่อข้อ ประเมินของเหลวในข้อ กระดูกงอกหนา
ลักษณะที่แสดงถึงการอักเสบ คือ บวม แดง ร้อน
๗. เสียงดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อขณะเคลื่อนไหว
๘. พิสัยการเคลื่อนไหว (range of motion) ลดลง
๙. มีความไม่มั่นคงของข้อ (joint instability) สังเกตจากการโก่งงอของข้อขณะยืน หรือเดิน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กรมการแพทย์, ๒๕๔๘)

๑. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป เช่น เลือด และปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ
๒. การตรวจของเหลวในข้อ ส่วนใหญ่ไม่พบความผิดปกติ จำนวนเม็ดเลือดขาวในของเหลวในข้ออยู่ในเกณฑ์ปกติ (๐-๒๐๐ เซลล์/ลบ.มม.)
๓. การตรวจภาพรังสี ได้แก่
 - plain film, การเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสีขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น คือ มี narrowing joint space, subchondral bone sclerosis, marginal osteophyte, subchondral bone cyst ในรายที่เป็นมาก จะพบมี varus หรือ valgus deformity ของข้อเข่า
 - CT - scan และ MRI ไม่จำเป็นในการวินิจฉัยโรค

การตรวจทางรังสีวิทยา (กรมการแพทย์, ๒๕๔๘) ได้แบ่งเกรดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนี้

เกรด ๐ : None

เกรด ๑ : Doubtful narrowing of joint space and possible osteophytic lipping

เกรด ๒ : Definite osteophytes and possible narrowing of joint space

เกรด ๓ : Moderate multiple osteophytes, definite narrowing of joint space & some sclerosis and possible deformity of bone ends

เกรด ๔ : Large osteophytes, marked narrowing of joint space, severe sclerosis & definite deformity of bone ends

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสีอาจไม่สอดคล้องกับอาการทางคลินิก

การตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด

๑. การซักประวัติปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดเข่า/ประวัติอดีต
๒. ตรวจร่างกาย (Physical Examination)
 - ๒.๑ vital sign อยู่ในเกณฑ์ปกติที่สามารถทำหัตถการการรักษา และออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัย
 - ๒.๒ General observation ได้แก่ body build, การอักเสบ บวม แดง ร้อน ของข้อต่อ, Deformity(Genu varum, Genu valgum), gait pattern, ASIS level, Knee level, PSIS-level, Patella level, Popliteal level

๒.๓ Palpation ได้แก่ Tenderness, Muscle tension, skin temperature

๒.๔ Range of motion ได้แก่ Knee joint, Hip joint ใน direction ต่างๆ ของข้อต่อนั้น ๆ

๒.๕ Physiological movement ได้แก่ Knee joint F/E และ Hip joint F/E, Ab/Ad, External-Rotation/Internal Rotation

๒.๖ Accessory movement ได้แก่ Tibiofemoral joint : PA, AP, AD, AB, Longitudinal caudad Longitudinal cephalad, Patellofemoral joint : Longitudinal caudad, Longitudinal - cephalad, Transverse medially, Transverse laterally, Distraction, Compression, Sagittal axis rotation, Longitudinal axis rotation, Superior tibiofibular joint : AP, PA, Longitudinal caudad, Longitudinal cephalad, compression และ Hip joint : PA, AP, Distraction, Compression

๒.๗ Manual muscle test ได้แก่ Hip muscle, Knee muscle และ Ankle muscle

๒.๘ Muscle length กล้ามเนื้อที่มีจุดเกาะตรงบริเวณข้อเข่า ได้แก่ Iliopsoas, rectus femoris, tensor fascia latae, hamstring เป็นต้น

๓. ADL คุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ซึ่งอาจใช้แบบประเมินต่าง ๆ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น KOOS score, WOMAC เป็นต้น

การซักประวัติ และการตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในการรักษา วางแผนการรักษา และรักษาผู้ป่วยให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

เกณฑ์การตรวจวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม สำหรับเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยนั้น สมาคมรูมาติซึมแห่งประเทศไทย (๒๕๕๓) และสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๘) ได้อ้างอิงเกณฑ์ของ American College Rheumatology (ACR) ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Altman et al., ๑๙๘๖) ที่กำหนดว่าการวินิจฉัยโรคนี้ ประกอบด้วย อาการปวดเข่า ร่วมกับผลการฉายภาพรังสี (X-ray) พบกระดูกงอกใหม่ (Osteocytes) ร่วมกับข้อสนับสนุนอีกอย่างน้อย ๑ ใน ๓ ข้อ ได้แก่

๑. อายุมากกว่า ๕๐ ปีขึ้นไป หรือ
๒. มีข้อติดในตอนเช้าไม่นานเกิน ๓๐ นาที หรือ
๓. มีเสียงดังในข้อเมื่อมีการเคลื่อนไหว

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรค แบ่งเป็น ๒ ระยะ ดังนี้ (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, ๒๕๕๘)

๑. ระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยมักมีอาการปวดข้ออาเจวมเล็กน้อยหรือมีข้อฝืด ถือเป็น “อาการเตือน” (Warning signs) ของการเริ่มมีพยาธิสภาพรอบข้อเข่า หากผู้ป่วยสามารถพักข้อ ลดการใช้งานข้อร่วมกับการบำบัดรักษาเบื้องต้น อาการดังกล่าวจะทุเลาลงได้

๒. ระยะท้าย กระดูกอ่อนเริ่มสึกกร่อนมากขึ้น ข้อจะมีการอักเสบภายหลังการใช้งาน ผู้ป่วยรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อเริ่มหลวม ไม่มั่นคง ข้อเข่าเริ่มโค้งงอเรียกว่า ข้อเข่าโก่ง (Bow leg) หรือข้อเข่าฉิ่งหรือขาฉิ่ง (Knock knee) สังเกตเห็นการผิดรูปของกระดูกอย่างชัดเจน มีการหนาตัวขึ้นจากกระดูกที่งอกขึ้นใหม่ (Osteocyte) พิสัยการเคลื่อนไหว (Range of motion) ของข้อเริ่มลดลงทำให้ข้อยึดติด ไม่สามารถเหยียดงอได้สุดเหมือนปกติ ในระยะหลังจะพบว่ากล้ามเนื้อรอบข้อลีบเล็กลง เมื่อลุกขึ้นจากท่านั่งเป็นท่านยืนจะทำให้ปวดมากขึ้น เวลาเดินต้องกางขาขึ้นเพื่อเสริมความมั่นคง

เป้าหมายการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

๑. ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับตัวโรคแนวทางการปฏิบัติตัว การรักษาโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
๒. รักษาและบรรเทาอาการปวด

๓. แก้อาการปวดหรือฟื้นฟูสภาพการทำงานของข้อให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด
๔. ชะลอการดำเนินโรค
๕. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันเกิดจากตัวโรค และการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง
๖. ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
๗. ฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย

การรักษาโดยใช้ยา (Medication) จะพิจารณายาพาราเซตามอลชนิดกินเป็นอันดับแรก และยาทาเฉพาะที่ประเภท NSAIDs (diclofenac, ketoprofen, piroxicam) และเจลพริก (capsaicin) จะใช้ยากลุ่ม NSAIDs, tramadol HCL, opioid เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาพาราเซตามอล จะใช้ยากลุ่ม SYSADOA (symptomatic slow acting drugs for OA) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ช้า ต้องใช้ติดต่อกันเวลานาน จึงมีค่าใช้จ่ายสูง และสุดท้ายพิจารณาฉีด steroid เข้าข้อในกรณีที่การอักเสบของเข่ากำเริบ โดยเฉพาะถ้ามีของเหลวในข้อเข้าได้ผลระงับปวดในช่วงสั้น

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic Therapy)

๑. การให้ความรู้ ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ดูแลในประเด็นต่อไปนี้ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น ความอ้วน อาชีพ อุบัติเหตุ การใช้งานของข้อผิดวิธี ประวัติโรคข้อเสื่อมในครอบครัว ในผู้ป่วยแต่ละรายมีการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน บางรายอาจไม่มีอาการ บางรายมีอาการชั่วคราว แต่ส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรังซึ่งบางรายการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลงอย่างรวดเร็ว

๒. การลดน้ำหนัก ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกิน ๒๓ ควรลดน้ำหนักลงให้อยู่ในระดับใกล้เคียงมาตรฐานหรือน้อยร้อยละ ๕-๑๐ ของน้ำหนักขณะที่มีอาการปวดข้อ

๓. การใช้กายอุปกรณ์เครื่องช่วย (Orthosis) พิจารณาตามความรุนแรงของโรค และสภาวะผู้ป่วย

๓.๑ การใช้ไม้เท้า หรือรอมจะช่วยแบ่งเบาแรงกระทำต่อข้อเข้าได้ประมาณร้อยละ ๒๕ ของน้ำหนักตัว ในกรณีที่ปวดมากควรถือไม้เท้า หรือรอมในมือด้านตรงข้ามกับข้างที่ปวด

๓.๒ การเสริมรองเท้าเป็นลิ้นทางด้านนอก (heel wedging) ในผู้ที่เริ่มมีขาโก่งน้อยๆ มีรายงานว่าได้ผลดีต่อข้อเข้าซึ่งอาจเป็นผลจากการลด external varus moment และ medial compartment load

๓.๓ การใช้สนับเข่า ช่วยเพิ่มประสาทสัมผัส (proprioception) ช่วยเสริมความมั่นคงข้อเข้า รวมทั้งช่วยลดอาการปวดข้อเข้า

๔. การทำกายภาพบำบัด (Physical Therapy) เป็นการรักษาเพื่อลดอาการปวดด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นวิธีที่ทำให้การเจ็บปวดลดลงได้โดยไม่เกิดอันตรายกับข้อเข้า และสามารถช่วยลดการใช้ยาได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น

๔.๑ การรักษาด้วยการใช้ modality เป็นการรักษาที่ใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดในการรักษาเพื่อลดอาการปวด เช่น การใช้คลื่นอัลตราซาวด์(Ultrasound Therapy) การใช้คลื่นสั้น(Short wave - Therapy) การใช้คลื่นเลเซอร์(Laser Therapy) การกระตุ้นไฟฟ้าเพื่อลดปวด เช่น IFC, TENS การใช้คลื่นกระแทก(Shockwave Therapy) เป็นต้น

๔.๒ การรักษาด้วยความร้อน (Thermotherapy) และความเย็น (cryotherapy) เช่น การประคบ - ร้อนด้วย hot pack การแช่พาราฟิน (Paraffin bath) การประคบเย็นด้วยแผ่นประคบเย็น (Cold - pack)

๔.๓ การรักษาด้วย manual Therapy เช่น การดัดดึงข้อต่อ (Joint Mobilization) การยืดกล้ามเนื้อ (Passive stretching exercise) การเคลื่อนไหวข้อต่อ (Passive ROM exercise) การนวดเฉพาะจุด (massage) การคลายกล้ามเนื้อเฉพาะจุด (Fascia release) เป็นต้น

๕. การออกกำลังกาย(exercise) ทำให้กล้ามเนื้อรอบๆ ข้อนั้นๆ แข็งแรง ทำให้ช่วยผ่อนแรงกระดูกที่ข้อนั้นโดยตรง ทำให้ข้อสึกหรอช้าลง การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะทำให้สามารถช่วยควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป ซึ่งจะมีประโยชน์มากกับข้อที่รับน้ำหนักโดยตรง นอกจากนี้แล้วการออกกำลังกายฝึกการทรงตัวช่วยป้องกันการล้มในผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมได้ เพื่อหวังผลการรักษาและฟื้นฟูในระยะยาว การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรค

ข้อเข่าเสื่อม จะต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ระยะของโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. เพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า
๒. เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อและป้องกันข้อติด
๓. เพิ่มความมั่นคงของข้อ
๔. เพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อเข่า
๕. เพิ่มความคงทนและสมรรถภาพทางกาย (aerobic capacity) ของร่างกาย
๖. เพิ่มการทรงตัวและลดภาวะล้ม

การออกกำลังกายในผู้ที่มีอาการปวดเข่าจากข้อเข่าเสื่อม ควรเน้นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า กล้ามเนื้อหลักที่ทำงานในการเหยียด และงอเข่า คือกล้ามเนื้อ quadriceps และ hamstrings และกล้ามเนื้อที่มีจุดยึดเกาะตรงบริเวณรอบข้อเข่า ได้แก่ gastrocnemius, hip abductor, hip adductor จากการศึกษาของคุณ Yuenyongviwat และคณะ ในปีพุทธศักราช ๒๕๖๓ พบว่า การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps ร่วมกับ กล้ามเนื้อ hip abductor ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้เร็วกว่าการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps เพียงอย่างเดียว (Yuenyongviwat et al., ๒๐๒๐) การศึกษาของคุณ Nahid Pirayeh และคณะ ในปีพุทธศักราช ๒๕๖๔ เป็นการศึกษาแบบ systemic review article ในหลายๆการศึกษาที่ผ่านมาตั้งแต่ปีพุทธศักราช ๒๕๔๘ ถึงปีพุทธศักราช ๒๕๖๓ พบว่าการออกกำลังกายฝึกการทรงตัว(Balance training) และการออกกำลังกายการรับรู้ของข้อต่อ (Sensorimotor training) ช่วยเพิ่ม Functionality ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (Nahid Pirayeh et al., ๒๐๒๐) ดังนั้น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลักของข้อเข่า และกล้ามเนื้อที่มีจุดเกาะของกล้ามเนื้อรอบข้อที่ช่วยเสริมความแข็งแรงของข้อเข่า รวมถึงการฝึกการทรงตัว จึงมีความสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างมาก

๖. การผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมรุนแรง และข้อเข่าผิดรูปที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ การป้องกัน

การป้องกันนี้หมายถึงรวมถึง การป้องกันไม่ให้ข้อเข่าเสื่อมและผู้ที่เป็นแล้วจะอย่างไรไม่ให้เพิ่มมากขึ้น โดยเน้นเรื่องการดำเนินชีวิตให้ถูกต้อง วิธีการป้องกัน ได้แก่

๑. แนะนำการควบคุมและ / หรือลดน้ำหนัก

๒. ให้ความรู้ข้อเข่าเสื่อม

๒.๑ การให้ความรู้เรื่องโรคและการดำเนินโรค รวมทั้งการดูแลรักษาพอสังเขป

๒.๒ พยายามเลี่ยงอิริยาบถที่ต้องงอเข่ามากๆ เช่น การนั่งพับเพียบคุกเข่าขัดสมาธิหรือนั่งยอง ๆ

เนื่องจากจะเพิ่มแรงอัดภายในข้อเข่า และจะมีผลต่อกระดูกอ่อนข้อเข่า ไม่ควรใช้ส้นแบบส้นเข็มที่ต้องนั่งยอง ซึ่งจะส่งผลเสียอย่างยิ่งต่อข้อเข่า แนะนำให้ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์

๒.๓ ไม่ควรขึ้นลงบันไดโดยไม่จำเป็น

๒.๔ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพบางอย่างอาจเป็นอันตรายต่อข้อเข่าที่มีการเสื่อมแล้ว เช่น การวิ่งการกระโดดเชือก หรือการออกกำลังกายโดยการขึ้นลงบันได หากออกกำลังกายแล้วมีอาการปวดเข่า ควรปรึกษาแพทย์ชำนาญเฉพาะทาง

๒.๕ เน้นการบริหารเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมักมาด้วยอาการปวดเข่าเดินลำบาก ข้อฝืด (stiffness) ข้อบวมและผิดรูป (swelling and deformity) อาจพบขาโก่ง (bow legs) หรือเข่าจิ้ง (knock knee) ข้อที่บวมเป็นการบวมจากกระดูกงอกไปบนบริเวณข้อ สูญเสียการเคลื่อนไหว และการทำงาน ผู้ป่วยมีอาการเดินไม่สะดวก มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (กรมการแพทย์, ๒๕๔๘) แพทย์จะส่งตรวจจริงสรีรวิทยาเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงความเสื่อมของข้อเข่า ให้การรักษาโดยการฉายาและให้การรักษาโดยการไม่ฉายาโดยรักษาทาง

กายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกาย รวมถึงการลดน้ำหนักในผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ส่งผลให้มีอาการปวดข้อเข่ามากขึ้น และพิจารณาอุปกรณ์พยุงข้อเข่าหรืออุปกรณ์ช่วยเดินให้เหมาะสมในแต่ละคน (สมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๓)

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ ๕๘ ปี อาชีพแม่บ้าน/กรีดยาง ลักษณะงาน ต้องเดินต่อเนื่องเป็นเวลานานต่อวัน ๑ เดือน ปวดเข่าทั้ง ๒ ข้าง เดินลำบาก ใช้ เดินโดยใช้ walker ได้รับการวินิจฉัยแพทย์ Severe OA knee with Osteoporosis แพทย์จึงส่งปรึกษากายภาพบำบัด จากการตรวจประเมินร่างกายพบว่าผู้ป่วยมี Hypersthenic body build BMI ๒๘.๓ โรคอ้วนระยะที่ ๑, Bow legged (Genu varum) at both knee , Antalgic gait pattern, Slightly flexion of both knee, Tenderness at medial side of both knee, Muscle tension of vastus lateralis, Iliotibial band and gastrocnemius, Limited ROM at Rt. knee joint of end range, Hypomobility at both Tibiofemoral joint, Patellofemoral joint and Superior tibiofibular joint, Muscle weakness at both hip flexor, hip extensor, hip abductor, hip adductor, hip external rotator, hip internal rotator, knee flexor and knee extensor muscle group, Muscle tightness at both Iliopsoas, tensor fascia latae, hamstring and Rt. rectus femoris, Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๑๙%, Ambulation with walker โดยสรุปปัญหาของผู้ป่วยคือ Pain at medial side of both knee VAS ๘/๑๐, Tenderness at medial side of both knee, Hypomobility at both Tibiofemoral joint, Patellofemoral joint and Superior tibiofibular joint, Muscle tightness at both Iliopsoas, tensor fascia latae, hamstring and Rt. rectus femoris, Muscle weakness at both hip flexor, hip extensor, hip abductor, hip adductor, hip external rotator, hip internal rotator, knee flexor and knee extensor muscle group, Ambulation with walker ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง จึงวางแผนการฟื้นฟูโดยประกอบด้วย Ultrasound Therapy, Hot pack, IFC, Passive stretching, Peripheral joint Mobilization, Strengthening exercise, Balance training

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดเข่าทั้ง ๒ ข้าง เดินลำบาก เดินโดยใช้ walker หลังจากได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดร่วมกับการฝึกออกกำลังกายในโรงพยาบาล อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ - ๒ ครั้ง และฝึกออกกำลังกายเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ๓ - ๕ วัน ต่อสัปดาห์ และมีการปรับเปลี่ยนแผนการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้นอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการฟื้นฟูกล้ามเนื้อและการทรงตัวสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เน้นจุดเกาะของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และกล้ามเนื้อที่เสริมความแข็งแรงรอบข้อเข่า รวมถึงการฝึกการทรงตัว เป็นระยะเวลา ๓ เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อาการปวดลดลง มีคะแนน Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) เพิ่มขึ้นเป็น ๖๖% สามารถกลับไปเดินทำงานได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (เดินกรีดยางและทำงานบ้าน) สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและสามารถจัดการเมื่อมี อาการปวดเองที่บ้านได้ และยังไม่มีอาการปวดเข่าแบบฉับพลันเกิดขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และวินิจฉัย สรุปปัญหาของผู้ป่วย นำมาซึ่งการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้ป่วย และให้การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
๒. ประเมินผลการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหา และข้อมูลต่างๆ พร้อมทั้งปรับปรุงเทคนิควิธีการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของการรักษาฟื้นฟู
๓. ศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมจากหนังสือ บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องถึงเทคนิคการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด และออกกำลังกายในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม
๔. วางแผนจัดทำเอกสารวิชาการและดำเนินการเขียนเรียบเรียงผลงาน โดยนำความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมาประกอบรวมกัน

เป้าหมายของงาน

๑. ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ปกติโดยไม่มีอาการปวด
๒. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (มีคะแนน Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) เพิ่มขึ้น ๑ ระดับ)
๓. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้เองที่บ้านอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพจากการติดตามทุกครั้งที่มา รักษาที่โรงพยาบาล
๔. ผู้ป่วยไม่กลับมาปวดเข้าซ้ำภายในระยะเวลา ๓ เดือน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ **เชิงปริมาณ** กรณีศึกษาการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทางกายภาพบำบัดใน หน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหนองใหญ่ ระยะเวลาดำเนินการ พฤษภาคม ๒๕๖๗ – สิงหาคม ๒๕๖๗

๕.๒ **เชิงคุณภาพ** การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทางกายภาพบำบัดด้วย แผนการ ฟื้นฟูกล้ามเนื้อและการทรงตัวสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เน้นจุดเกาะของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และ กล้ามเนื้อที่เสริมความแข็งแรงรอบข้อเข่า รวมถึงการฝึกการทรงตัว โดยมีระยะความถี่ในการติดตาม สัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้ง จากการนัดรักษาภายในแผนกกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จากก่อนการรักษา มีคะแนน Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๑๙% มีข้อบ่งชี้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (severe) แต่เมื่อได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกาย เป็น ระยะเวลา ๓ เดือน พบว่า มีคะแนน Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) เพิ่มขึ้นเป็น ๖๖% ไม่พบอาการผิดปกติ(normal) สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและเดินทางได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่าง ปลอดภัย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๖.๑ เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในกลุ่มงาน ให้แก่เจ้าหน้าที่ในการให้บริการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายภาพบำบัด ร่วมกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม
- ๖.๒ เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด ร่วมกับการออกกำลังกาย ใ้แก่นักกายภาพบำบัด และนักศึกษากายภาพบำบัดในการปฏิบัติงาน
- ๖.๓ สามารถจัดทำเอกสาร/สื่อการสอน สำหรับการออกกำลังกายในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ร่วมกับการปฏิบัติ ตนเองที่บ้านเพื่อลดอาการปวดเข่า และหลีกเลี่ยงอาการปวดเข่า

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ๗.๑ ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าเรื้อรังเป็นเวลานานก่อนได้รับการรักษา ประกอบกับใช้ยาชุดในการจัดการ อาการปวดเป็นประจำ
- ๗.๒ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมได้ไม่ดี ซึ่งมารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ในแต่ละครั้งอาจต้องใช้เวลาในการออกกำลังกายที่นานขึ้น
- ๗.๓ อาชีพของผู้ป่วย มีลักษณะที่ต้องเดินต่อเนื่องเป็นเวลานานต่อวัน
- ๗.๔ รายละเอียดในการออกกำลังกายมีจำนวนมาก ทำให้การจำท่าออกกำลังกาย และรายละเอียดใน โปรแกรมการออกกำลังกายได้ไม่ครบถ้วน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ เนื่องจากมีภาระงานจำนวนมากทำให้ความถี่ในการนัดหมายผู้ป่วยให้มารับรักษา และฝึกออกกำลังกาย ในแต่ละครั้งเพื่อตรวจสอบคุณภาพการออกกำลังกายของผู้ป่วย และปรับระดับความหนักในการออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในขณะนั้นมีระยะเวลาที่ยาวนานออกไป

๘.๒ เนื่องจากปริมาณคนไข้มีจำนวนมากต่อวัน ทำให้เวลาในการใช้ฝึกออกกำลังกายผู้ป่วยมีเวลาจำกัดต่อ ครั้ง ทำให้นักกายภาพบำบัดอาจให้ท่าออกกำลังกายและรายละเอียดในการออกกำลังกายได้ไม่ครบถ้วน

๘.๓ การออกกำลังกายที่เน้นจุดเกาะของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และกล้ามเนื้อที่เสริมความแข็งแรงรอบข้อ

เข้า รวมถึงการฝึกการทรงตัว มีจำนวนท่าการออกกำลังกายที่มาก อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำท่าการออกกำลังกายและรายละเอียดในการออกกำลังกายได้ครบถ้วน

๘.๔ เนื่องจากอำเภอหนองใหญ่เป็นอำเภอที่มีสังคมชนบท ยังไม่มีระบบขนส่งสาธารณะ ทำให้การเดินทางมาโรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก ประกอบกับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้ไม่สามารถเดินทางมารับบริการตามความถี่ในแผนการรักษาฟื้นฟูได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ เพื่อให้การรักษาฟื้นฟูมีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพในระยะยาว ช่างเท้าได้พัฒนาคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ผู้ป่วยสามารถทำตามได้ด้วยตนเองที่บ้าน คู่มือดังกล่าวประกอบด้วยท่าออกกำลังกายที่เหมาะสม การฝึกการทรงตัว ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย และผู้ป่วยสามารถปรับระดับความหนักของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในขณะนั้นได้เองที่บ้าน โดยแบ่งการออกกำลังกายเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

- ระดับที่ ๑ Easy** มีคะแนนแบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๐-๑๙ คะแนน มีข้อบ่งชี้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (severe) หรือเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มออกกำลังกายระยะแรก หรือผู้ป่วยที่ยังมีอาการปวดเข่า ยังไม่สามารถออกกำลังกายได้เต็มที่ หรือผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถออกกำลังกายทำ ยืนได้อย่างปลอดภัย
- ระดับที่ ๒ Medium** มีคะแนนแบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๒๐-๒๙ คะแนน มีข้อบ่งชี้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (moderate) หรือเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย ระดับที่ ๑ แล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าน้อย หรือนักกายภาพบำบัดประเมินแล้วว่าสามารถออกกำลังกายระดับนี้ได้เหมาะสม
- ระดับที่ ๓ Hard** มีคะแนนแบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๓๐-๓๙ คะแนน มีข้อบ่งชี้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (mild) และคะแนนแบบ ประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๔๐-๔๘ คะแนน ยังไม่พบอาการผิดปกติ (normal) หรือเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย ระดับที่ ๒ แล้ว สามารถออกกำลังกายทำยืนได้อย่างปลอดภัย หรือนักกายภาพบำบัดประเมินแล้วว่าสามารถออกกำลังกายระดับนี้ได้เหมาะสม และปลอดภัย

๙.๒ จัดทำใบความรู้ในการการปฏิบัติตน และประคบร้อน เย็นให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลและปฏิบัติตามที่บ้าน เมื่อมีอาการปวด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ปฏิบัติเพียงผู้เดียว ๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑.) นางสาวกรกมล ธนพวงค์โรจน์ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กรกมล
(นางสาวกรกมล ธนพวงค์โรจน์)
(ตำแหน่ง) นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
(วันที่) ๑๕ / ๓.ค. / ๒๕๖๔
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกรกมล ธนพวงค์โรจน์	<u>กรกมล</u>
-	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสาวธนาภรณ์ สิทธิพรกุล)
(ตำแหน่ง) นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
(วันที่) ๑๕ / ๓.ค. / ๒๕๖๔
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นางสาวน้ำเพชร เฉียบแหลม)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่
(วันที่) ๑๕ / ๓.ค. / ๒๕๖๔
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 
(นายฤกษ์ สกลแพทย์)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
(วันที่) ๑๕ / พ.ย. / ๒๕๖๔
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง คู่มือการออกกำลังกายด้วยตนเองเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

๒. หลักการและเหตุผล

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งพบมากในวัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาฟื้นฟู หรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ไม่สะดวก มีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ (วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท, ๒๕๕๘) ทั้งนี้พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก เกิดจากการสึกของผิวข้อเข่าจากการใช้ข้อเข่าในการทำงานหนักเป็นเวลานาน โดยวิถีชีวิตส่งผลให้เกิดแรงกระทำต่อข้อเข่ามากผิดปกติ และทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การนั่งก้นนอนก้น และไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีน้ำหนักเกิน วิถีชีวิตกับพื้นที่มีการรถเข่าเกิน ๑๒๐ องศา วิธีการออกกำลังกายที่มีการปะทะ และอุบัติเหตุจราจรที่ทำให้มีอาการบาดเจ็บ เช่นเดียวกับวิธีการทำงานที่ต้องยกของหนัก และนั่งยอง ร่วมกับบริบทแวดล้อมทางวัฒนธรรมไทย พุทธศาสนา และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การขึ้นสะพานลอย เป็นต้น โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทั้งทางด้านรูปร่าง โครงสร้าง การทำงานของกระดูกข้อต่อ และกระดูกบริเวณใกล้เคียง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้ และอาจมีความเสื่อมรุนแรงขึ้นตามลำดับ (นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์, ๒๕๕๗)

สถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขย้อนหลัง ๓ ปี (พ.ศ.๒๕๕๐ - ๒๕๕๒) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งประเทศ และคิดเป็นอัตราส่วนต่อแสนประชากรได้เท่ากับ ๒๑,๒๑๕ (๓๓.๘๗%) ๒๓,๕๘๙ (๓๘.๙๐%) และ ๒๕,๗๒๓ (๔๐.๕๔%) ตามลำดับ หากจำแนกตามแต่ละภูมิภาคจะพบว่า ภาคกลางมีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ (ชนิดา อินทร์แก้ว, ๒๕๖๒) ในส่วนของโรงพยาบาลหนองใหญ่ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู แผนกกายภาพบำบัด สถิติผู้มารับบริการย้อนหลัง ๓ ปี พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด ๕๕๙ คน เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน ๘๗ คน (สถิติรายงานผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัด, ๒๕๖๕) ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด ๖๕๕ คน เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน ๙๑ คน (สถิติรายงานผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัด, ๒๕๖๖) และในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด ๑๕๙๙ คน เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน ๑๓๑ คน ตามลำดับ (สถิติรายงานผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัด, ๒๕๖๗) จะเห็นได้ว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัดมากขึ้นทุกปี

เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ได้แก่ การประคบร้อน การประคบเย็น การใช้ modality เพื่อลดปวดต่าง ๆ เช่น Ultrasound therapy, Short wave Diathermy, Laser Therapy และการกระตุ้นไฟฟ้ากระแสต่าง ๆ ตามความเหมาะสม หลังจากได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดร่วมกับการฝึกออกกำลังกายในโรงพยาบาล อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ - ๒ ครั้ง และฝึกออกกำลังกายเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ๓ - ๕ วัน ต่อสัปดาห์ และมีการปรับเปลี่ยนแผนการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้นอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการฟื้นฟูกล้ามเนื้อและการทรงตัวสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เน้นจุดเกาะของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และกล้ามเนื้อที่เสริมความแข็งแรงรอบข้อเข่า รวมถึงการฝึกการทรงตัว เป็นระยะเวลา ๓ เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อาการปวดลดลง มีคะแนน Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ ระดับ สามารถกลับไปเดินทำงานได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำ และสามารถจัดการเมื่อมีอาการปวดเองที่บ้านได้ แต่การให้บริการฟื้นฟูยังมีข้อจำกัด คือ

๑. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัดมีจำนวนมาก ทำให้ความถี่ในการนัดหมายผู้ป่วยให้มารักษา และฝึกออกกกำลังกายในแต่ละครั้งเพื่อตรวจสอบคุณภาพการออกกกำลังกายของผู้ป่วย และปรับระดับความหนักในการออกกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในขณะนั้นมีระยะเวลาที่ยาวนานออกไป
 ๒. เวลาในการใช้ฝึกออกกกำลังกายผู้ป่วยมีเวลาจำกัดต่อครั้ง
 ๓. การออกกกำลังกายที่เน้นจุดเกาะของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และกล้ามเนื้อที่เสริมความแข็งแรงรอบข้อเข่า รวมถึงการฝึกการทรงตัว มีจำนวนท่าการออกกออกกำลังกายที่มาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำท่าการออกกกำลังกายและรายละเอียดในการออกกกำลังกายได้ครบถ้วน
 ๔. เนื่องจากอำเภอหนองใหญ่เป็นอำเภอที่มีสภาพแวดล้อมชนบท ยังไม่มีระบบขนส่งสาธารณะ ทำให้การเดินทางมาโรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก ประกอบกับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้ไม่สามารถเดินทางมารับบริการตามความถี่ในแผนการรักษาฟื้นฟูได้
๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู แผนกกายภาพบำบัด สถิติผู้มารับบริการย้อนหลัง ๓ ปี พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด ๕๕๙ คน เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน ๘๗ คน (สถิติรายงานผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัด, ๒๕๖๕) ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด ๖๕๕ คน เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน ๙๑ คน (สถิติรายงานผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัด, ๒๕๖๖) และในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด ๑๕๙๙ คน เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน ๑๓๑ คน ตามลำดับ (สถิติรายงานผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัด, ๒๕๖๗) จะเห็นได้ว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัดมากขึ้นทุกปี

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การออกกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อที่ทำงานหลักของข้อเข่า ซึ่งได้แก่ กล้ามเนื้อ quadriceps ยังไม่เพียงพอ จึงนำแนวทางการออกกกำลังกายจากการศึกษาของคุณ Yuenyongviwat และคณะ ในปีพุทธศักราช ๒๕๖๓ ซึ่งพบว่าการออกกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps ร่วมกับ กล้ามเนื้อ hip abductor และกล้ามเนื้อที่มีจุดเกาะบริเวณรอบข้อเข่า ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้เร็วกว่าการออกกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps เพียงอย่างเดียว (Yuenyongviwat et al., ๒๐๒๐) การศึกษาของคุณ Nahid Pirayeh และคณะ ในปีพุทธศักราช ๒๕๖๔ พบว่าการออกกกำลังกายฝึกการทรงตัว (Balance training) และการออกกออกกำลังกายรับรู้ของข้อต่อ (Sensorimotor training) ช่วยเพิ่ม Functionality ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (Nahid Pirayeh et al., ๒๐๒๐)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาร่วมกับออกกกำลังกายตามแผนที่นักกายภาพบำบัดกำหนดให้ ซึ่งได้แก่ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อขา และกล้ามเนื้อสะโพก การออกกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และกล้ามเนื้อสะโพก และการออกกกำลังกายเพื่อเพิ่มการทรงตัว พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผู้ป่วยสามารถจัดการอาการปวดเข่าได้เองที่บ้านโดยลดการใช้ยา เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัดมีจำนวนมาก ทำให้เวลาในการสอนผู้ป่วยออกกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูไม่เพียงพอ ประกอบกับระยะเวลาที่นัดครั้งถัดไปมีช่วงเวลานาน และระบบขนส่งสาธารณะที่อำเภอหนองใหญ่ยังไม่มี ทำให้โปรแกรมการออกกกำลังกายที่เคยให้เพื่อการฟื้นฟูอาจไม่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้น และผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาจไม่สามารถจำท่าการออกกกำลังกาย และรายละเอียดการออกกกำลังกายได้ครบถ้วนหรือออกกกำลังกายได้ไม่ถูกต้อง และไม่มีประสิทธิภาพ นักกายภาพบำบัดจึงมีแนวคิดในการจัดทำคู่มือการออกกกำลังกายขึ้น เพื่อให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) เพื่อนำคะแนนที่ได้มาประเมินการให้คู่มือการออกกกำลังกาย
๒. ออกแบบคู่มือการออกกกำลังกายตาม คะแนนแบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ซึ่งจะแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

- ระดับที่ ๑ Easy** มีคะแนนแบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๐-๑๙ คะแนน มีข้อบ่งชี้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (severe) หรือเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มออกกำลังกายระยะแรก หรือผู้ป่วยที่ยังมีอาการปวดเข่า ยังไม่สามารถออกกำลังกายได้เต็มที่ หรือผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถออกกำลังกายทำยืนได้อย่างปลอดภัย
- ระดับที่ ๒ Medium** มีคะแนนแบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๒๐-๒๙ คะแนน มีข้อบ่งชี้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (moderate) หรือเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ออกกกำลังกาย ระดับที่ ๑ แล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าน้อย หรือนักกายภาพบำบัดประเมินแล้วว่าสามารถออกกำลังกายระดับนี้ได้อย่างเหมาะสม
- ระดับที่ ๓ Hard** มีคะแนนแบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๓๐-๓๙ คะแนน มีข้อบ่งชี้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (mild) และคะแนนแบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ๔๐-๔๘ คะแนน ยังไม่พบอาการผิดปกติ (normal) หรือเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย ระดับที่ ๒ แล้ว สามารถออกกำลังกายทำยืนได้อย่างปลอดภัย หรือนักกายภาพบำบัดประเมินแล้วว่าสามารถออกกำลังกายระดับนี้ได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย

๓. ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) ซ้ำเพื่อนำคะแนนที่ได้มาประเมินการให้คู่มือการออกกำลังกายในระดับที่ยากขึ้น
๔. จัดทำคู่มือการประคบร้อน และประคบเย็น แนวคู่มือการออกกกำลังกายให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติตามที่บ้านเมื่อมีอาการปวดเข่าได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยร่วมด้วย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการออกกำลังกายตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดกำหนดให้ได้ อย่างเหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้น
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการปวดเข่าได้เองที่บ้านโดยลดการใช้ยา
๓. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (KOOS score) เพิ่มขึ้น
๔. ผู้ป่วยไม่กลับมาปวดเข่าซ้ำภายในระยะเวลา ๓ เดือน

เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหนองใหญ่

ขั้นตอนดำเนินงาน

๑. ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมย้อนหลัง ๒ ปี และศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
๒. ประชุมทีมกายภาพบำบัดเพื่อวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติงาน
๓. ศึกษา ค้นคว้า ตำราวิชาการ เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เกี่ยวกับแนวทางการออกกำลังกายในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม
๔. จัดทำคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และคู่มือการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา
๕. นำคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และคู่มือการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ไปใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหนองใหญ่ ในวันแรกเริ่ม โดยนักกายภาพบำบัดจะประเมินความสามารถของผู้ป่วยก่อนเพื่อที่จะให้คู่มือการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย และทำแบบประเมิน แบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) แบบเป็นเล่มสำหรับผู้ที่ไม่มียี่ห้อโทรศัพท์มือถือ และ QR code เพื่อดาวน์โหลดเอกสารคู่มือการออกกำลังกาย เพื่อให้ง่ายต่อการใช้งาน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

๖. ประเมินการใช้คู่มือ ทุกครั้งที่มีการนัดรักษาและติดตามผลทางกายภาพบำบัดว่าคู่มือที่ให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้นหรือไม่ และผู้ป่วยเข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
๗. ประเมินผลด้วย แบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) หลังได้รับการรักษาและโปรแกรมการออกกำลังกายครบ ๓ เดือน
๘. ให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจของการใช้คู่มือการฟื้นฟูกล้ามเนื้อและการทรงตัวสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเอง

ระยะเวลาการดำเนินงาน

กันยายน ๒๕๖๗ - พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามคู่มือการฟื้นฟูกล้ามเนื้อและการทรงตัวสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองที่ให้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
๒. มีโปรแกรมและระดับความหนักในการออกกำลังกายเหมาะสมตามความสามารถของผู้ป่วยในแต่ละคน
๓. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (KOOS score) เพิ่มขึ้น
๔. ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการปวดเข้าได้เองที่บ้านโดยใช้ยาน้อยที่สุด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. สามารถออกกำลังกายได้ตามคู่มือการฟื้นฟูกล้ามเนื้อและการทรงตัวสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองที่ให้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพอย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๒. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (KOOS score) เพิ่มขึ้น ๑ ระดับ ร้อยละ ๘๐
๓. ผู้ป่วยไม่กลับมาปวดเข้าข่ายภายในระยะเวลา ๓ เดือน ร้อยละ ๘๐
๔. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจของการใช้คู่มือร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ) กรกมล

(นางสาวกรกมล ธนพวงษ์โรจน์)

(ตำแหน่ง) นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๕ / ๓.๑ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวมลวดี ปิ่นวิหค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ่อทอง กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ่อทอง กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด		
		พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๑๘๖๗๑๔	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๘๖๗๑๔	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงเรื้อรังในชุมชน				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	ชุดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	สวท				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงเรื้อรังในชุมชน

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2567 – 21 ตุลาคม 2567 รวมจำนวนการดูแล 3 ครั้ง

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบมากที่สุด ลักษณะสำคัญทางคลินิก คือ ความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดหรือหูแว่ว อาการหวาดระแวงเป็นอาการที่ไม่ไว้วางใจผู้อื่น จนหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย หรือคิดว่ามีคนจะทำร้าย อาการหวาดระแวงจะมีผลทำให้เกิดการจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกัน การขาดยา จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

พยาธิสภาพของโรค (ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์, 2560)

ผู้ป่วยที่เกิดโรคจิตเภทเกิดจากการมีระดับ Dopamine (สูงผิดปกติที่ mesolimbic tract ส่งผลให้เกิดอาการด้านบวกของโรคจิตเภท เช่น หลงผิดและประสาทหลอนในขณะที่มีการหลั่ง DA ลดลงที่ mesocortical tract ส่งผลให้เกิดอาการด้านลบและพฤติกรรมบกพร่อง โดยการหลั่งของ DA ที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับภาวะที่มีระดับ 5-HT สูงขึ้น Glutamatergic hypothesis เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง glutamate กับการเกิดโรคจิตเภท ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากความบกพร่องของตัวรับของ glutamate ชนิด NMDA (NMDA receptor hypofunction) ส่งผลให้เกิดโรคจิตเภททั้งอาการด้านบวก อาการด้านลบ และอาการด้านพฤติกรรม

สาเหตุของโรค (มันทนา กิตติพิรัช, 2560)

สาเหตุของโรค สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพประกอบด้วย

1.1 พันธุกรรม เชื่อว่าโรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่าญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนทั่วไป

1.2 สมมติฐานของโดปามีน (Dopamine) โดยเชื่อว่าการทำงานของโดปามีน (Dopamine) ที่มากเกินไปเป็นปัจจัยด้านชีวเคมีที่มีผลทำให้เกิดการเป็นโรคจิตเภท

1.3 สารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งพบว่าการทำงานของซีโรโทนิน 2 รีเซพเตอร์ (Serotonin 2 receptor) ในส่วนหน้าของคอร์เทกซ์ (Frontal cortex) ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง

1.4 ในทางประสาทพยาธิวิทยาและการฉายภาพสมองพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความผิดปกติของสมองหลายแห่ง เช่น มีการกว้างขึ้นของสมองส่วนโพรงสมองด้านข้าง การมีปริมาณลดลงของอมิกดาลา (Amygdala) และฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) รวมถึงการมีปริมาณเพิ่มขึ้นของเบซอลแกงเกลีย (Basal ganglia) และการทำงานลดลงของสมองส่วนหน้า

1.5 ปัญหาแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด ซึ่งในการศึกษาจากประวัติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทอาจมีสาเหตุจากการที่ทารกในครรภ์ได้รับความกระทบกระเทือนในไตรมาสที่สอง หรือการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองในขณะที่สมองกำลังมีการเจริญเติบโต

2. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยเหตุด้านกระบวนการภายในจิตใจ ได้แก่ ความขัดแย้งภายในจิตใจที่เกิดจากสภาวะทางธรรมชาติ โดยบุคคลนั้นจะทำตามความอยาก ความต้องการของตนเอง ทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างก่อให้เกิดอารมณ์ขุ่นเคือง

2.2 ปัจจัยเหตุด้านกระบวนการระหว่างบุคคล การปลูกฝังแบบแผนความคิดและความเชื่อ หากมีการปลูกฝังค่านิยม ความคิด ทักษะคิด ที่ผิดให้จะทำให้เกิดการเรียนรู้แบบแผนความคิดและความเชื่อเป็นไปในทางที่ไม่ดี

3. ปัจจัยทางครอบครัว ประกอบด้วยการสื่อสารในครอบครัวที่ไม่ชัดเจนทั้งในพฤติกรรมและคำพูด เป็นสาเหตุของโรคจิตเภทรวมถึงครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ สมาชิกในครอบครัวขาดความอบอุ่นไม่มีความเป็นมิตรหรือมีการล่วงล้ำสิทธิความเป็นบุคคลของสมาชิกในครอบครัวหรือของครอบครัวอื่น

อาการและอาการแสดง (เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรีและคณะ, 2560)

1. อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่

1.1 อาการหลงผิด (delusion) คือ การมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้ายการหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น

1.2 อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) คือ การกำหนดรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดด้วย โดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น โดยความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคม หรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย

1.3 การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) คือ การพูดในลักษณะที่หวั่นไหวหรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนเรื่องที่พูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เป็นต้น

1.4 พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) คือ พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า การเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น

1.5 พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ (catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไปหรือนิ่งแข็งอยู่กับที่

2. อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่

2.1 อารมณ์ทื่อ (blunted affect) และเฉยเมย

2.2 ความคิดอ่านและการพูดลดลง

2.3 ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ

2.4 ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนตัว

3. อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms)

3.1 ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง

3.2 ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง

3.3 ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่อง คือ ความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

การวินิจฉัยโรค (มัณฑนา กิตติพิรัช, 2560)

ตาม DSM-IV โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิกออกเป็น 5 กลุ่มย่อย ได้แก่

1. Catatonic type เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติในด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ stupor, negativism, rigidity, excitement หรือ posturing

2. Disorganized type ลักษณะสำคัญคือความคิดกระจัดกระจายไม่เป็นไปในแนวเดียวกัน แสดงออกมาทางคำพูด หรือท่าทาง เช่น incoherence, loosening of association มาก หรือมีพฤติกรรมเรื้อย

เปื่อย วุ่นวาย นอกจากนี้การแสดงออกด้านอารมณ์จะเรียบเฉยหรือไม่เหมาะสมอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการที่เข้ากันได้กับ catatonic type ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการระหว่างอายุ 15-25 ปี การพยากรณ์โรคมักไม่ดี เนื่องจากมีอาการด้านลบเกิดขึ้นเร็ว

3. Paranoid type ลักษณะสำคัญคือความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิด หรือหูแว่ว ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการของ catatonic หรือ disorganized type เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักเริ่มเป็นขณะอายุมากกว่า 2 ชนิดแรก

4. Undifferentiated type เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากันได้กับโรคจิตเภท แต่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้ชัดเจน

5. Residual type ผู้ป่วยเคยป่วยที่มีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้ง ในขณะที่ประเมินไม่พบอาการด้านบวก หรืออาจมีแต่ไม่ใช่อาการเด่น ลักษณะอาการที่มีหลงเหลือส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ เช่น เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตัวเอง เป็นต้น

โรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-59 (ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ, 2561)

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1 - 3 อยู่ 1 อาการ

1.1 อาการหลงผิด

1.2 อาการประสาทหลอน

1.3 การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (การพูดในลักษณะที่หัวข้อลีหรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน)

1.4 พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคม หรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน พฤติกรรมที่เคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (catatonic behavior)

1.5 อาการด้านลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น

2. ระดับความสามารถในด้านสำคัญ ๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือการดูแลตนเองลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้าน

3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือน ขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ 1) อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และรวมช่วงเวลาที่มียาอาการในระยะ prodromal หรือ residual phase โดยในช่วง prodromal หรือ residual phase อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบหรืออาการตามข้อ 1 ตั้งแต่ 2 อาการ ขึ้นไป แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย

4. ต้องแยกโรคจิตอารมณ์โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วออก

5. ต้องแยกอาการโรคจิตที่เกิดจากโรคทางกายและสารเสพติดออก

6. ผู้ป่วยที่มีประวัติกลุ่มโรคออทิซึมติก หรือโรคเกี่ยวกับการสื่อสารตั้งแต่วัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทก็ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ร่วมกับ

การรักษา (เสาวลักษณ์ สุวรรณมิตรและคณะ, 2560)

การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. ระยะ Acute

1.1 ประเมินอาการทางจิต

1.2 ข้อบ่งชี้สำหรับรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือการส่งต่อ คือ

1.2.1 ความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่น

1.2.2 ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย

1.2.3 ความเสี่ยงต่อการทำลายทรัพย์สิน – ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือมี
Severely disorganized behavior

1.2.4 มีโรคทางกายหรือทางจิตซึ่งไม่ปลอดภัยหากรักษาแบบผู้ป่วยนอก

1.2.5 อาการโรคจิตเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน

1.2.6 เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

1.3 การเลือกใช้ยารักษาโรคจิตยาที่ใช้เป็นตัวแรกในผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปคือยารักษาโรคจิต
เภทกลุ่มดั้งเดิม(conventional antipsychotic drug) การสั่งจ่ายยาควรคำนึงถึงการยอมรับการใช้ยาของ
ผู้ป่วย ประวัติการตอบสนอง ต่อการรักษาในอดีต ลักษณะผลข้างเคียงของยาและแผนการรักษาในระยะ
ยาว ขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เช่น Haloperidol ขนาด 5 – 20 มิลลิกรัมต่อวัน Perphenazine
ขนาด 16 – 64 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ Chlorpromazine ขนาด 200 – 600 มิลลิกรัมต่อวัน

1.4 การป่วยเป็นโรคจิตครั้งแรกผู้ป่วยควรได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม เช่น Haloperidol ขนาด 5 - 20
มิลลิกรัมต่อวัน หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงของยามาก ควรคงขนาดยาไว้อย่างน้อย 3 สัปดาห์
ก่อนที่จะประเมินประสิทธิผลของยาอีกครั้ง เมื่อปรับยาให้ขนาดที่เหมาะสมเป็นเวลา 4-6 สัปดาห์แล้ว
อาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น แพทย์อาจเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมขนาดอื่นที่มีโครงสร้างต่างจากยา
ขนาดแรก

กรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมอย่างน้อยสองขนาด หรือเกิดผลข้างเคียงมาก
จนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ให้พิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Risperidone, Clozapine
การให้ยารักษาอาการข้างเคียงทางระบบประสาทที่เกิดจากยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมโดยเฉพาะกลุ่มที่มี
high potency เช่น Haloperidol อาจใช้ยากกลุ่ม anti cholinergic เช่น Trihexyphenidyl วันละ 4 – 10
มิลลิกรัม พร้อมกับให้คำแนะนำเรื่องผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและยาที่ใช้แก้ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

2. ระยะ Stabilization

การใช้ยา ควรให้ยาขนาดเดิมต่ออีก 6 เดือน

3. ระยะ Maintenance

การใช้ยาในกรณีที่เป็นการครั้งแรกควรให้ยาในขนาดเดิมเป็นเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นแพทย์ ควรพิจารณา
ปรับลดขนาดยาลงอย่างช้า ๆ เช่น ลดลงร้อยละ 10 ทุก 6 สัปดาห์และผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเป็นเวลา 12 – 24
เดือน แพทย์สามารถทดลองหยุดยาได้ทั้งนี้ต้องใช้ดุลพินิจเป็นรายกรณีถึงความเสี่ยงในการกลับไปเป็นซ้ำอีก
ในกรณีที่เกินมากกว่า 1 ครั้งแพทย์ควรให้การรักษารูปแบบต่อเนื่องเป็นเวลอย่างน้อย 5 ปี หรือให้ยาตลอด
ชีวิต ผลข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจพบ ได้แก่ Acute dystonia, Akathisia, Parkinsonism, Tardive
dyskinesia, Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS), Anticholinergic side effect เป็นต้น

การบำบัดทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Intervention) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. Acute Phase

1.1 ให้ความรู้ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลเรื่องสาเหตุอาการ การดำเนินโรค การรักษาและผลข้างเคียงจาก
การใช้ยาจิตเวช

1.2 ทำจิตบำบัดรายบุคคล/แบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพความเป็นจริง
(reality) และยอมรับการเจ็บป่วย (insight) โดยเร็วที่สุด

1.3 ทำจิตบำบัดครอบครัวเพื่อให้เข้าใจปัญหาสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและเพื่อเสริมสร้างความ
เข้าใจการยอมรับและสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วย

2. Stabilization Phase

- 2.1 ให้การบำบัดทางจิตสังคม ใน Acute phase ต่อเนื่อง
- 2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประโยชน์ของการรับประทานยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับผลข้างเคียงของการกินยา

2.3 การเตรียมผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามความเหมาะสม

3. Maintenance Phase

- 3.1 ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ ใน Acute Phase ต่อเนื่อง
- 3.2 ฟื้นฟูผู้ป่วยด้านทักษะการใช้ชีวิตเบื้องต้น(basic living skills) ฟื้นฟูด้านการรู้คิด (cognitiverehabilitation) และการฟื้นฟูด้านอาชีพ (vocational rehabilitation)

การพยาบาล (ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ, 2561)

การวางแผนการพยาบาลเพื่อนำไปปฏิบัติการพยาบาล มีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ดังต่อไปนี้

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะประสาทหลอน (hallucination) เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน พยาบาลควรมุ่งเน้นที่ความเข้าใจประสบการณ์และการตอบสนองต่อภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วย โดยเฉพาะการสั่งให้ทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงบอกว่า ผู้ป่วยอีกคนจะทำร้ายเขา อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้ป่วยคนนั้นได้ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีมาตรการความปลอดภัยที่เหมาะสม เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดแบบหนึ่งต่อหนึ่ง หรือย้ายผู้ป่วยที่จะถูกทำร้ายไปหน่วยอื่น ผู้ป่วยที่กำลังมีอาการประสาทหลอนจะรู้สึกว่าเป็นความจริงสำหรับผู้ป่วยและอาจถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ ในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล พยาบาลควรเรียกชื่อผู้ป่วย ใช้คำพูดง่าย ๆ และเสียงดังเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ยิน แสดงออกด้วยลักษณะที่ไม่คุกคามและให้การประคับประคองผู้ป่วย สบตาและให้ข้อมูลย้อนกลับที่ผู้ป่วยให้ความสนใจกับการสนทนา

การสอนผู้ป่วยและญาติในการเผชิญกับภาวะประสาทหลอน

1. ใช้สิ่งเร้าทางการได้ยิน เช่น ฟังเพลง อ่านออกเสียงดัง ๆ นับตัวเลขถอยหลังโดยเริ่มจาก 100 พูดคุยกับผู้อื่น
2. สนับสนุนการทดสอบความจริง เช่น มองไปที่คนอื่น ๆ เพื่อดูว่าคนอื่นดูเหมือนได้ยินเสียง หรือมองเห็นสิ่งซึ่งผู้ป่วยเห็นหรือได้ยินหรือไม่ถามคนอื่นว่าพวกเขากำลังมีประสบการณ์เดียวกับผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าคนอื่นไม่มีประสบการณ์เดียวกับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถเพิกเฉยต่อเสียงที่ได้ยินหรือภาพที่เห็นได้อย่างปลอดภัย
3. ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำความสะอาดบ้าน อาบน้ำ เล่นดนตรี ร้องเพลง ไปสถานที่รู้สึกชอบที่มีคนอื่นด้วย เช่น ห้างสรรพสินค้า สถานที่ท่องเที่ยว
4. พูดกับตนเอง เช่น บอกเสียงที่ได้ยินให้ออกไป บอกตนเองว่า เสียงที่ได้ยินเป็นอาการและไม่เป็นจริง บอกตนเองว่าไม่จะได้ยินอะไร สามารถเพิกเฉยต่อเสียงนั้นได้อย่างปลอดภัย
5. มีการติดต่อกับผู้อื่น เช่น พูดคุยกับเพื่อนหรือญาติที่ไว้วางใจได้ โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือหรือไปที่ศูนย์ช่วยเหลือ
6. ทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ออกไปเดินหรือออกกำลังกายแบบอื่น ใช้การกำหนดลมหายใจและวิธีการคลายเครียดแบบอื่น

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิด (delusion) บิดเบือนไปจากความเป็นจริง พยาบาลควรให้การยอมรับผู้ป่วย สื่อถึงการร่วมเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการถามเนื้อหาของความคิดหลงผิด รวมทั้งไม่ควรโต้แย้ง ถกเถียง หรือพยายามที่จะห้ามปรามผู้ป่วยจากความคิดหลงผิดจึงสามารถทำให้ความ

เชื่อที่ไม่มีเหตุผลนั้นรุนแรงขึ้นและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธหรือคุกคามพยาบาลได้แต่ควรประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย ทำความกระจ่างต่อการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมและให้คำอธิบายอย่างสุภาพที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง การมุ่งเน้นเฉพาะกิจกรรมที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะช่วยลดความสนใจต่อความคิดหลงผิด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลันอาจแสดงความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นการความคิดหลงผิด ความหวาดระแวงและการตัดสินใจบกพร่อง หรือขาดความยับยั้งชั่งใจ เมื่อมีแนวโน้มจะเกิดพฤติกรรมรุนแรง การป้องกันผู้ป่วยและผู้อื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรให้การพยาบาลโดยเพิ่มการดูแลและเฝ้าระวัง ลดสิ่งเร้า จัดการปัญหาความคิดหวาดระแวง และอาการอื่น ๆ โดยหันเหความสนใจ ให้ระบายพลังทางร่างกายออกมาสอนและฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม ลดการพูดถึงความตึงเครียด ถ้าจำเป็นต้องให้ยาตามแผนการรักษา ส่งเข้าห้องแยกหรือผูกมัดผู้ป่วย

การประเมินผล การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลเพื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการปฏิบัติการ พยาบาลตามวัตถุประสงค์ของการดูแลพยาบาลควรประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและประเมินข้ออย่างสม่ำเสมอ

การวางแผนจำหน่าย ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น สาเหตุ ยา และอาการข้างเคียงของยา วิธีการเผชิญปัญหา สิ่งที่ต้องระวังและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ความรู้เหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความเครียดที่สะสมและความสำคัญของการรักษาที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี รวมทั้งยังเป็นการสนับสนุนให้เข้าร่วมในกิจกรรมการบำบัดและสามารถระบุแหล่งช่วยเหลือสำหรับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของโรคสามารถนำไปสู่การแปลความหมายของพฤติกรรมของผู้ป่วยผิดปกติ เป็นผลให้เกิดความคับข้องใจหรือโกรธและนำไปสู่การย้ายทางอารมณ์และเป็นอันตรายได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสามารถลด ความตึงเครียดในครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดควรให้เมื่อครอบครัวเต็มใจและให้เป็นระยะจะดีกว่าให้ทั้งหมดในครั้งเดียว นอกจากนี้ การวางแผนจำหน่ายยังรวมถึงการสนับสนุนและการดูแลติดตามการรักษาต่อเนื่องในชุมชนตามสภาพความเป็นจริง ระบบสุขภาพจิตต่าง ๆ ของรัฐจะมีภาระนันทหมาย แบบผู้ป่วยนอกก่อนการจำหน่าย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายอายุ 23 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด อาชีพรับจ้างทั่วไป ลักษณะนิสัยเป็นคนนิ่งเฉย มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่ตี มารดาให้ประวัติว่ามีบุตรคนเดียว นอนไม่หลับ และมีปากเสียงกับบุคคลในครอบครัวเป็นบางครั้ง ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมีการใช้สารเสพติดยาบ้า กระทั่ง และกัญชา

1 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีอาการเห็นภาพหลอน นอนไม่หลับ เดินไปมา บุตรคนเดียวและเคยมีประวัติผูกคอ มารดาจึงนำตัวส่งโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia paranoid มีแผนการรักษา Risperidone (2mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้าเย็น, Artrane (2mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้าง่ายวันเย็น, Ativan (1mg) 1 เม็ดก่อนนอน และให้กลับมาดูแลที่โรงพยาบาลชุมชนต่อ

5 วันก่อน มารดาพามาโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยยังมีอาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษากลับไปใช้ยาเสพติด ยาบ้า กระทั่ง กัญชาซ้ำ แพทย์พิจารณาส่งต่อ

โรงพยาบาลชลบุรีเพื่อปรับยาและแผนการรักษา นอนโรงพยาบาลนาน 2 สัปดาห์ ได้รับการส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลชลบุรี รับประทานเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลบ่อทอง 2 สัปดาห์ เพื่อดูแลเรื่องการรับประทานยา จากการซักประวัติตรวจเยี่ยมอาการในตึกผู้ป่วยในชาย พบว่า ผู้ป่วยถาม - ตอบพอรู้เรื่อง รับประทานอาหาร สถานที่ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ไม่มีหวาดระแวง ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่พบพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ไม่พบพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) ประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) เท่ากับ 0 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/91 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีแผนการรักษา Risperidone (2mg) 1 เม็ดก่อนนอน, Ativan (1 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน, Trihexyphenidyl (2 mg) 1 เม็ด สามเวลา เช้า - กลางวัน - ก่อนนอน ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและติดต่อญาติเพื่อร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ในเรื่องการรับประทานยา รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่อง นัดติดตามเยี่ยมบ้านหลังปรับแผนการรักษา 2 สัปดาห์

ก่อนเริ่มมีอาการป่วย มารดาให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมักพูดคนเดียว นอนไม่หลับ และมีปากเสียงกับคนในครอบครัวเป็นบางครั้ง ทั้งยังมีประวัติการใช้สารเสพติดหลายชนิด ได้แก่ ยาบ้า กระต้อม และกัญชา แต่ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ประมาณหนึ่งเดือนก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเห็นภาพหลอนพูดคนเดียว เดินไปมา และมีพฤติกรรมพยายามผูกคอตายตัวตาย มารดาจึงนำส่งโรงพยาบาลศูนย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Schizophrenia paranoid type) ได้รับยารักษา ได้แก่ Risperidone, Artrane และ Ativan ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวแต่ไม่สามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอ และกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ทำให้อาการทางจิตกำเริบอีกครั้ง จึงได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรีเพื่อปรับแผนการรักษาใหม่ หลังจากอาการดีขึ้น แพทย์ให้กลับมาดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชนบ่อทองได้รับการประสานเยี่ยมผู้ป่วยจากระบบศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) โดยมีการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการและเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านรวมทั้งหมด 3 ครั้ง โดยพยาบาลโรงพยาบาลบ่อทองและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมติดตามประเมินอาการและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดการเยี่ยมดังนี้

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 15 สิงหาคม 2567

ติดตามผู้ป่วยภายหลังกลับจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทั่วไปและพฤติกรรมหลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยเป็นชายไทยวัยรุ่น รูปร่างผอม ผิวดำแดง ผมสั้นสีดำ มีรอยสักบริเวณร่างกาย ไม่มีร่องรอยบาดแผลหรือการทำร้ายตนเอง แต่งกายสะอาดเรียบร้อย จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยพูดคุ้ยรู้เรื่องดี ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรืออาการหลงผิด นอนหลับได้ดี สีหน้าเรียบเฉย ไม่แสดงอาการหวาดระแวง ไม่พบพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว ระดับความรู้สึกตัวดีเคลื่อนไหวและการเดินทรงตัวปกติ ไม่มีอาการเดินเซ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ผู้ป่วยยังไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยมีมารดา

เป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลจัดยาให้และดูแลการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และบางครั้งไม่ได้รับประทานยาต่อหน้ามารดา ทำให้มารดาไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษาหรือไม่ อย่างไรก็ตาม สัมพันธภาพภายในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดี มีการพูดคุยกันในครอบครัวอย่างปกติ ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้สารเสพติดทุกชนิด และมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ การพยาบาลในครั้งนี้ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและมารดาเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อธิบายถึงผลดีของการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นหากขาดยา เช่น การกลับเป็นซ้ำของโรคหรืออาการกำเริบ

รวมทั้งให้กำลังใจมารดาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และแนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติหากเกิดขึ้น เพื่อรายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที สรุปผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่รับประทานยา ต่อหน้ามารดา และมารดาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จึงนัดเยี่ยมติดตามต่อในครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลการพยาบาลและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 30 สิงหาคม 2567

ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนการพยาบาลจากครั้งก่อน ผู้ป่วยยังคงมีลักษณะทั่วไปเช่นเดิม คือ รูปร่างผอม ผิวดำแดง ผมหงอก มีรอยสักตามร่างกาย แต่งกายสะอาดเรียบร้อย ไม่มีบาดแผลหรือร่องรอยการทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่องดี ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรืออาการหลงผิด สิ้นหายใจเบบเฉย อารมณ์สงบ ไม่หวาดระแวง ไม่มีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว นอนหลับได้ดีขึ้น เคลื่อนไหวและการเดินทรงตัวปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีจากการติดตามปัญหาที่พบในการเยี่ยมครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยยังคงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยมารดาดูแลจัดยาให้แต่ บางครั้งผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อหน้ามารดา ซึ่งทำให้ไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างครบถ้วน สัมพันธภาพภายในครอบครัวยังคงดี มารดามีความตั้งใจในการดูแล แต่ยังขาดความเข้าใจในเรื่องความต่อเนื่องของการใช้ยา การพยาบาลในครั้งนี้ได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาแก่ผู้ป่วย โดยใช้วิธีพูดคุยเชิงบวกและไม่ตำหนิ เพื่อสร้างความร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ญาติในเรื่องพยาธิสภาพของโรคจิตเภท ความสำคัญของการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สรุปผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาในการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยมีการหลงลืมเป็นบางวัน มารดายังขาดความพร้อมและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงได้วางแผนนัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เพื่อประเมินความของผู้ป่วยและการปรับตัวของครอบครัว

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 22 กันยายน 2567

ติดตามผลการพยาบาลและประเมินความต่อเนื่องของการดูแลที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมีลักษณะทั่วไปดี รูปร่างผอม ผิวดำแดง ผมหงอก มีรอยสักตามร่างกาย แต่งกายสะอาด ไม่มีร่องรอยบาดแผล พูดคุยรู้เรื่องดี ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรืออาการหลงผิด สิ้นหายใจเบบเฉย ไม่หวาดระแวง อารมณ์คงที่ ไม่พบพฤติกรรมก้าวร้าว นอนหลับพักผ่อนได้ดี ระดับความรู้สึกตัวดี เคลื่อนไหวและการเดินทรงตัวปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเริ่มประกอบอาชีพรับจ้างตัดหญ้าเป็นครั้งคราวจากการติดตามพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงเวลาเป็นบางครั้ง แต่มารดายังคงดูแลจัดยาให้รับประทานทุกวันและดูแลใกล้ชิด โดยใช้วิธีพูดคุยด้วยเหตุผล ไม่ตำหนิ และไม่มีการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว บรรยากาศในบ้านสงบ ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือการใช้สารเสพติด ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการติดตามเยี่ยมบ้าน 1.ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่รับประทานยาต่อหน้ามารดา 2.มารดาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง 3.ผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 4.มารดาขาดความพร้อมและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาค้นคว้าสถิติและคัดเรื่องที่นำเสนอจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลบ่อทอง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Schizophrenia paranoid)

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Schizophrenia paranoid) ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.3.2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Schizophrenia paranoid) ในกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 21 ตุลาคม 2567 รวมจำนวนครั้งที่ดูแลให้การพยาบาล 3 ครั้ง ได้ผลลัพธ์ดังนี้

เชิงคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลที่มีระบบ การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผลสำเร็จของการดูแลสามารถแยกเป็นแต่ละด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง เช่น อาการหลงผิดและประสาทหลอนดีขึ้น มีการรับรู้ความจริงและควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น มีความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น มีทักษะทางสังคมและการสื่อสารที่เหมาะสมมากขึ้น มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการรักษาในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ด้านครอบครัว

ญาติของผู้ป่วยมีความเข้าใจโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถยอมรับผู้ป่วยและให้การสนับสนุนทางอารมณ์ได้ ลดความขัดแย้งและภาระทางใจในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการรักษา ได้แก่ การติดตามอาการ การให้ยา และการสังเกตสัญญาณเตือนของการกำเริบของโรค

ด้านระบบบริการสุขภาพ

ทีมสุขภาพมีการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลจิตเวชในหน่วยงานและบุคลากรมีทักษะในการสื่อสารและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างเหมาะสม และเป็นการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย (Re-admission rate) ทำให้เกิดความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ด้านคุณภาพชีวิตและการเข้าร่วมสังคม

ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวหรือชุมชนได้อย่างสงบสุข ลดการตีตรา (Stigma) และเพิ่มการยอมรับของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองและมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน สามารถดูแลตนเองได้ ชุมชนมีการสนับสนุนและเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ผลการศึกษานี้ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจในเหตุผลของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

6.2 เข้าใจถึงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคได้ถูกต้อง

6.3 ทราบถึงปัญหาและภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

6.4 เป็นการเพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการทางการพยาบาลโรคจิตเภทในชุมชน

6.5 ผู้ป่วยและมารดาพึงพอใจในการได้รับบริการจากสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานในการดูแลรักษา

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษากากรณีผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการทำกรณีศึกษาเพราะเป็นงานที่ต้องใช้ความละเอียดรอบคอบ และความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในด้านจิตเวชศาสตร์ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การทำกรณีศึกษาจึงไม่ใช่เพียงการเก็บข้อมูลทั่วไป แต่ต้องอาศัยการวิเคราะห์เชิงลึก การตีความตามหลักการทางวิชาการ และการใช้ทักษะทางจิตเวชที่เหมาะสม ซึ่งความยุ่งยากและซับซ้อนมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีความหวาดระแวง ขาดความไว้วางใจ และมีโลกส่วนตัวสูง การเริ่มต้นพูดคุยหรือเก็บข้อมูลจึงเป็นไปอย่างลำบาก บางรายอาจไม่ตอบคำถาม หรือให้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริงเนื่องจากอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน การสร้างสัมพันธภาพต้องอาศัยเวลา ความอดทน และทักษะการสื่อสารอย่างมีจิตวิทยา เช่น ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล พูดช้า ชัดเจน ไม่เร่งรัด และหลีกเลี่ยงคำถามที่อาจกระตุ้นความไม่ไว้วางใจ การสร้างความร่วมมือในลักษณะนี้ต้องใช้เวลาหลายวัน และบางครั้งยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทั้งหมด

2. การเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้ป่วยจิตเภทและผู้เกี่ยวข้อง ในการทำ Case Study การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนั้น ต้องเก็บจากหลายแหล่ง เช่น ญาติ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเวชระเบียน เพื่อให้เห็นภาพรวมของผู้ป่วยทั้งใน ด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ถ้าญาติไม่เข้าใจอาการของโรคทำให้ข้อมูลพื้นหลัง (background) ไม่ครบถ้วน อีกทั้งการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนต้องอาศัยการตีความศัพท์ทางจิตเวช ซึ่งส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวิเคราะห์

3. ผู้ป่วยจิตเภทมีความซับซ้อนของอาการและการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม มีอาการหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาการอาจเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามระยะของโรค การใช้ยาหรือสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ผู้ศึกษาจึงต้องติดตามและสังเกตอย่างต่อเนื่องหลายวันจึงจะเข้าใจลักษณะอาการที่แท้จริง ซึ่งเป็นงานที่ใช้เวลาและความพยายามมาก

4. การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทมีความยากต้องเชื่อมโยงทฤษฎีด้านชีวภาพ (สมองและสารสื่อประสาท) ด้านจิตใจ (ความคิด การรับรู้ตนเอง) และด้านสังคม (ครอบครัว สิ่งแวดล้อม) การเลือกทฤษฎีที่เหมาะสม ต้องใช้ความเข้าใจลึกซึ้ง ต้องสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วย เพื่ออธิบายอาการและพฤติกรรมที่ชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือและสามารถแยกสาเหตุแท้จริงของปัญหาว่าเกิดจากอะไร เช่น การใช้สารเสพติดร่วม หรือภาวะเครียดในครอบครัว

5. การวางแผนการพยาบาลต้องสอดคล้องกับปัญหาสำคัญของผู้ป่วย การเขียนกิจกรรมพยาบาลแต่ละข้อจำเป็นต้องมีเหตุผลรองรับตามหลักวิชาการ ได้แก่ เหตุผลด้านจิตเวช การสื่อสารบำบัด หรือหลักพฤติกรรมนิยม

6. การประเมินผลผู้ป่วยจิตเภทต้องอาศัยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม อารมณ์ และการสื่อสาร ซึ่งอาจใช้เวลาหลายวันกว่าจะเห็นผล และการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยมีความละเอียดและมีเกณฑ์ประเมินที่ชัดเจน

7. การศึกษาผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อมต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว ของผู้ป่วยเพราะไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้อย่างอิสระ หรือไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยเป็นเวลานานเกินไป และผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ไม่พร้อมให้ข้อมูล หรือได้รับยาเสพติดประสาท ทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้ในเวลานั้นได้ และทำให้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างครบถ้วน

8. ผู้ศึกษาต้องเผชิญกับความเครียดจากการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การพูดคนเดียว การโวยวาย หรือการปฏิเสธการช่วยเหลือ ทำให้รู้สึกกดดันและวิตกกังวล

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีประวัติขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอาการเกิดขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้อง คิดว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ชุมชนมีทัศนคติทางด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช ไม่ให้ความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการเกิดขึ้น คิดว่าต้องเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นและต้องรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 การพยาบาลโรคจิตเภท พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในภาวะฉุกเฉินเมื่อมีอาการเกิดขึ้น มีผลกระทบในการประเมินสภาพผู้ป่วย ข้อวินิจฉัย และหลักการพยาบาล นอกจากนี้จะต้องมีทักษะประสบการณ์ มีการตัดสินใจที่ดี รอบคอบ ในการป้องกันและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ปลอดภัยและอย่างทันที่

9.2 ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

9.3 ควรจัดให้มีการอบรมและให้ความรู้กับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกแผนกเกี่ยวกับอาการเบื้องต้น และอาการวิกฤติฉุกเฉินอาจก่อความรุนแรงเพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน

9.4 จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและส่งต่อในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และพร้อมส่งต่อให้ชุมชน เครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

9.5 จัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวมลวดี ปิ่นวิหค

สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอประเมิน

(นางสาวมลวดี ปิ่นวิหค)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 17 / ๓.๓ / 2564

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางพัชรี มาลา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

วันที่ 17 / ๓-๑ / 2568

(ลงชื่อ) 

(นายจตุนิษฐ์ อัคระปัญญาพงศ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อทอง

วันที่ 17 / ๓-๑ / 2568

(ลงชื่อ) 

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

ตำแหน่ง แพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๑๔ / ๓ / ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง ชุดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด และมีแนวโน้มสูงขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2564) ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และมีพฤติกรรมขาดแรงจูงใจ สาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีของสมอง ในเรื่องความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางจิต การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีการกำเริบได้ ซึ่งในการป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะพบว่ามีอาการบกพร่องในการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยาจิตเวชต่อเนื่อง และการปฏิเสธอาการเจ็บป่วยของตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและมีการทางจิตกำเริบจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงร่วมค้นหาแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) เป็นแนวทางการให้คำปรึกษา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหา จัดการกับความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และใช้ประเมินแรงจูงใจในการบำบัดแต่ละระยะ เมื่อผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีการทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาจิตเวช จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่องในระยะยาว

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบ่อทอง มีความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค จึงจัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยจากการรับประทานยา ตลอดจนครอบครัวและชุมชนทัศนคติทางด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเวช

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง (F20.0) พยาบาลจิตเวชจะดูแลผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะวิกฤต จนกระทั่งฟื้นฟู และจำหน่าย ซึ่งการรักษาส่วนใหญ่คือการดูแลให้รับประทานยา การดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูด้านจิตสังคม โดยใช้รูปแบบของการบำบัดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม มุ่งเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาจิตเวช ผลดี ผลเสีย การดูแลตนเอง และแนวทางการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทใส่ใจการรับประทานยาจะเน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวเอง

ในการส่งเสริมเรื่องการจูงใจผู้ป่วยโรคจิตเภทในการรับประทานยา ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการประเมินอาการทางด้านจิตเวช ผ่านการประเมินแล้วสามารถกลับไปดูแลตัวเองได้ สามารถกลับไปรับประทานยาได้เองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทัศนคติ และพฤติกรรม ในการรับประทานยา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ ได้พบปัญหาในหลายๆด้านของตัวผู้ป่วย เช่น ด้านพฤติกรรม ด้านการสื่อสาร ด้านความตั้งใจ/สนใจ มาวางแผนเพื่อจัดทำชุดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการ

รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจวัตถุประสงค์ และเห็นความสำคัญในการ
รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและญาติมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแนวคิดและเห็นความสำคัญในการ
รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดในการจัดชุดกิจกรรม ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

กองการพยาบาล(๒๕๖๑) กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ ทักษะ ประสบการณ์ บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบการจะวางขอบเขตและแนวทางการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพให้ชัดเจน จึงต้องเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน เช่น สุขภาพ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจและการเมือง เทคโนโลยี ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน การแสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และพัฒนาศักยภาพของตนเอง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพได้นั้น

ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นการกระทำกิจกรรมของพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ประสบความสำเร็จ โดยอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ซึ่งปฏิบัติ ให้กับบุคคลที่เจ็บป่วยและปกติ เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ๖ ด้านได้แก่ ด้านการประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาล ด้านการช่วยเหลือและบำบัดทางการพยาบาล ด้านการสอนและให้คำปรึกษา ด้านการจัดการสถานการณ์ ด้านการประกันคุณภาพและด้านการบริหารจากแนวคิดต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีทักษะในด้านต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนบริการพยาบาลไปตามสภาพ ผู้ป่วย สังคม สิ่งแวดล้อม และนโยบายขององค์กร ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานหลายด้าน เพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงาน ให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 มกราคม 2569

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาในระยะเวลาอย่างน้อย ๒-๓ สัปดาห์ ไม่พบปัญหาแทรกซ้อนจากอาการทางกายและสามารถดูแลตัวเองได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเมื่อเข้ารับการรักษา ในเรื่องการรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยให้ข้อมูลการรักษาให้ทราบ เพื่อมีความเข้าใจในระบบการรักษา การให้ข้อมูลในเรื่องการดูแล เมื่อผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเป้าหมายทุกราย พยาบาลประจำตึกจะแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีแผนจำหน่าย

2. เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ในการทำกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างจิตใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

ชุดกิจกรรมที่ 1 “ทำไมต้องรับประทานยาต่อเนื่อง”

เป้าหมาย:

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยของการเกิดอาการทางจิตเวช
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของรักษาอาการทางจิตเวช
3. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาทางจิตเวชต่อเนื่อง

สาระสำคัญ: ปัญหาอาการทางจิตเวชชนิดหวาดระแวง เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข การรักษาเน้นการรักษาอาการทางด้านจิตใจเป็นหลัก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาทางด้านจิตใจในขั้นตอนของการรักษาเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล

ระยะเวลา : 60 – 90 นาที

เทคนิคที่ใช้ : กรณีศึกษา เรื่อง “เพราะอะไร”

: ใบงานที่ 1

: อภิปรายกลุ่มย่อย

: บรรยายสรุป

สื่อ/อุปกรณ์ : บอร์ดความรู้

: คู่มือการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วิธีดำเนินการ:

1. นำเสนอกรณีศึกษา เรื่อง “เพราะอะไร”
2. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายกรณีศึกษาข้างต้นตามใบงานที่ ๑
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
4. บรรยายสรุปเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยของการเกิดอาการซ้ำอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการ

รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนในการรักษาอาการทางจิตเวช
6. แจกคู่มือการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การประเมินผล:

: สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงสาเหตุและปัจจัยของการเกิดอาการทางจิตเวชซ้ำได้

: สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงขั้นตอนของการเกิดอาการซ้ำได้

: สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงประโยชน์และความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องได้

ชุดกิจกรรมที่ 1 กรณีศึกษาเรื่อง “เพราะอะไร”

“สมถุภษ์นั่งใช้ความคิดทบทวนกับตัวเองเพียงลำพัง สายตาทั้งคู่มองทอดยาวออกไปนอกหน้าต่าง เขาพยายามคิดหาเหตุผลว่าเหตุใดเขาจึงต้องเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแล้ว ครั้งเล่า ทั้งๆที่เขาพร่ำบอกกับ

ตัวเองเสมอว่า ใจของเขาเท่านั้นที่จะกำหนดทุกสิ่งได้ และในที่สุดเขาก็ไม่สามารถยับยั้งใจตัวเองได้เลยสักครั้ง ทุกครั้งที่เขามารักษา เขาต้องการเพียงเพื่อพักฟื้นร่างกายเท่านั้น เมื่อแข็งแรงขึ้นก็ตั้งใจจะกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน แต่ก็ต้องล้มเหลวทุกครั้ง อีกทั้งในชุมชนของเขายังไม่ยอมรับ เหตุใดสภาพแวดล้อมข้างไม่เอื้ออำนวยให้เขาเปลี่ยนแปลงตัวเองได้สำเร็จเสียบ้างเลย.....”

ใบงานที่ 1

จากกรณีศึกษาของสมฤกษ์นี้ จงร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายตามประเด็นต่างๆดังต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่าขณะนี้สมฤกษ์กำลังประสบปัญหาอะไรบ้าง

.....

.....

2. ท่านคิดว่าสาเหตุและปัจจัยใดบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อเส้นทางการเลิกยาเสพติดของสมฤกษ์

.....

.....

3. ท่านเคยประสบปัญหาเช่นเดียวกับสมฤกษ์หรือไม่..... หากท่านเคยประสบปัญหาเช่นเดียวกับสมฤกษ์ ท่านมีวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร

..... และหากท่านได้มีโอกาสพบกับสมฤกษ์ ท่านจะ

ให้ความช่วยเหลือเขาได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

ชุดกิจกรรมที่ 2 “คุณทำได้แน่”

เป้าหมาย:

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

2. ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น

สาระสำคัญ: ผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดว่าเมื่อได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลให้กลับบ้าน คือตนเองหายจากเจ็บป่วยแล้วขาดการตระหนัก ในเรื่องของการรับประทานยาต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ระยะเวลา : 60 – 90 นาที

เทคนิคที่ใช้ : กรณีศึกษา เรื่อง “สังขารไม่เอื้อ.....”

: ใบงาน และอภิปรายกลุ่ม

: บรรยายสรุป

: การแลกเปลี่ยนเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ

วิธีดำเนินการ

1. นำเสนอกรณีศึกษา เรื่อง “สังขารไม่เอื้อ.....”

2. ให้แต่ละกลุ่มย่อยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกรณีศึกษาเรื่องนี้ ร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายในกลุ่ม

ใหญ่ตามใบงาน

3. ผู้นำกลุ่มบรรยายสรุปเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง

4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไป

อยู่บ้าน

การประเมินผล: สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

: สมาชิกกลุ่มมีท่าทีที่สนใจและตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

ชุดกิจกรรม กรณีศึกษา เรื่อง “สังขารไม่เอื้อ”

“อวยชัย หนุ่มวัยกลางคนซึ่งมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว ภายหลังจากเขารับการรักษาได้ระยะหนึ่ง เขารู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงขึ้นมาก เขาคิดว่าตัวเองหายขาดจากการทางจิตเวชได้แล้วจริงๆ จึงขอกลับบ้าน และในวันเดียวกันนั้น อวยชัยได้มีโอกาสพูดคุยกับนฤมิตรหนุ่มในวัยเดียวกับเขาซึ่งเตรียมตัวที่จะกลับบ้านเหมือนกัน นฤมิตรถามเขาว่า “ถ้ากลับบ้านแล้วต้องรับประทานยาอีกไหมต้องมาหาหมออีกหรือไม่” เขาตอบว่า “คงไม่ต้องรับประทานยาแล้ว เพราะหายแล้วหมอจึงให้กลับบ้าน” นฤมิตรทำหน้าหยๆ และพูดว่าหวังว่างานคงจะไม่ต้องมาพบกันที่โรงพยาบาลอีกนะ จากนั้นต่างคนจึงต่างแยกทางกันไป

1 เดือนต่อมา อวยชัยกลับเข้ารับการรักษาอีกครั้ง เพราะเขาไม่สามารถควบคุมและหักห้ามใจตัวเองได้ เขาโทษตัวเองว่าจิตใจไม่แข็งแรงพอ เพราะคิดว่าไม่ต้องรับประทานยาก็คงจะไม่อาการทางจิตเวชเกิดขึ้นอีก แต่ในครั้งแรกที่ไปถึงโรงพยาบาล เขาได้พบกับนฤมิตรอีกครั้ง อวยชัยแปลกใจว่าเหตุใดนฤมิตรยังคงอยู่ที่นี้ เขาเล่าว่าการที่ไม่รับประทานยาต่อเนื่องนั้นมันทำให้เขาไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ มีอาการหวาดระแวงกลัวคน ได้ยินเสียงคนว่าตนเอง ทำให้อะไรไม่ได้เลย ขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ถ้าเรารู้จักรับผิดชอบต่อหน้าที่ได้ อวยชัยได้ฟังดังนั้น ก็รู้สึกมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัวในการรับประทานยาต่อเนื่อง และคาดหวังว่าการตัดสินใจของเขาในครั้งนี้จะทำให้เขาได้รับบางสิ่งที่มีคุณค่าเมื่อกลับไปอยู่บ้าน”

ใบงานที่ 2

จากกรณีศึกษา เรื่อง “สังขารไม่เอื้อ....” จงร่วมกันอภิปรายตามประเด็นคำถามต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่าปัญหาที่อวยชัยกำลังประสบอยู่นี้คืออะไร

.....

2. ท่านคิดว่าครั้งนี้อวยชัยตัดสินใจผิดหรือถูกที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

3. ท่านเชื่อถือที่นฤมิตรพูดมาน้อยเพียงใดว่า “คนที่มีโรคประจำตัวก็มีข้อยกเว้น”

.....

ชุดกิจกรรมที่ 3 “ระยะทางไกลแค่เอื้อม”

เป้าหมาย:

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะเวลาในการรับประทานยาต่อเนื่องต่อการเกิดอาการซ้ำ

2. ผู้ป่วยรับรู้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาต่อเนื่อง

สาระสำคัญ: การรับประทานยาต่อเนื่องเป็นการรักษาอาการทางจิตเวชในโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านไม่เกิดอาการซ้ำ สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา : 60 – 90 นาที

เทคนิคที่ใช้: เกม “เวลาที่หายไป”

: กรณีศึกษาเรื่อง “จะเปลี่ยนอย่างไร”

ใบงาน

: อภิปรายกลุ่มย่อย

: บรรยายสรุป

สื่อ/อุปกรณ์ : นาฬิกาทราย

: กระดาษสี กรรไกร กาว

: ปากกาสีต่างๆ

: กระดุม/ลูกปัดหลากสี

: เชือก

: กระป๋อง/ขวดรูปทรงต่างๆ

วิธีดำเนินการ:

กิจกรรมที่ 1 เกม “เวลาที่หายไป”

1. ผู้นำกลุ่มเปิดกลุ่มโดยใช้สมาชิกแบ่งเป็นกลุ่มย่อยช่วยกันประดิษฐ์ชิ้นงานจากอุปกรณ์ที่เตรียมไว้ให้ (ใช้ เวลาไม่เกิน 15 นาที)

2. ให้สมาชิกกลุ่มใหญ่ลงคะแนนเสียง ชิ้นงานที่ชื่นชอบมากที่สุด

3. ยกตัวอย่างชิ้นงานที่ได้รับคะแนนเสียงมากที่สุดเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่ใช้ในการประดิษฐ์ชิ้นงาน

4. ผู้นำกลุ่มสรุปสาระกิจกรรมโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ประสบผลสำเร็จที่มีความคุ้มค่านั้น อาจต้องใช้ระยะเวลาที่นานพอสมควร หากมีระยะเวลาที่จำกัดอาจไม่ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนัก เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ที่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ที่ยาวนานพอควร จึงจะให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่าคือ สามารถดำรงชีวิตโดยไม่เกิดอาการซ้ำ

กิจกรรมที่ 2. กรณีศึกษา เรื่อง “จะเปลี่ยนอย่างไร”

1. นำเสนอกรณีศึกษา เรื่อง “จะเปลี่ยนอย่างไร”

2. ให้สมาชิกกลุ่มใหญ่ร่วมกันวิเคราะห์ตามประเด็นคำถามในใบงาน

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

4. ผู้นำกลุ่มบรรยายสรุปสาเหตุเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะสามารถทำให้ไม่เกิดอาการทางจิตเวชซ้ำ

5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามเพิ่มเติมในประเด็นด้านของระยะเวลาในการรับประทานยา

การประเมินผล : สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงความสำคัญของระยะเวลาในการรับประทานยาที่ทำให้ไม่เกิดอาการทางจิตเวชซ้ำ

: สมาชิกกลุ่มระบุประโยชน์ที่ได้รับจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

: สมาชิกในกลุ่มทุกคนมีท่าทีที่สนใจและตั้งใจในการปฏิบัติตัวในเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ประชุมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ทำแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านกับมารดาสูงวัย มารดาคอยดูแลเรื่องการจดยาให้รับประทานทุกวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากผลข้างเคียงของยาที่ทำให้หิว และหลงลืมเป็นบางครั้ง ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคบ่อยครั้ง จึงมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและญาติ โดยการให้คำปรึกษาที่ตรงไปตรงมา และเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาจิตเวชระยะยาว อีกทั้งสร้างความเข้าใจกับญาติเรื่องแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

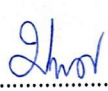
1. มีแนวทางสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทไปใช้ในแนวทางเดียวกัน

2. พยาบาลวิชาชีพนำแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการให้คำปรึกษา ร้อยละ 100

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดูแลตนเอง และการรับประทานยา ร้อยละ 80

(ลงชื่อ) ผู้ขอประเมิน

(นางสาวมลลวดี ปิ่นวิหค)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 17 / ๓.๓ / 2568

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2565). สถิติการเข้าถึงบริการโรคสำคัญด้านจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568.

<https://dmh.go.th/report/datacenter/map/>.

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ(workload). สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2568.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat._

ณอมพงษ์ เสถียรลัคนา. (2560). *Pharmacotherapy of Schizophrenia* [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์].

คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม.

ธนพล บรรดาศักดิ์. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนีพระพุทธรูปสถาบันบรมชนก.

ผ่องศรี งามดี. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ขอนแก่น, 2(2), 265-280.

มันทนา กิตติพิรัช. (2560). สาเหตุของโรคจิตเภท. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2566

<https://mhso.dmh.go.th/fileupload/2020022638675188.pdf>.

ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ. (2561). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : สแกน อาร์ต.

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิกิหอเรียนเอ็มเจ.