



วารสาร กิจกรรมบำบัด

THE JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPIST ASSOCIATION OF THAILAND

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1

E-ISSN

ประจำเดือน มกราคม-เมษายน 2564



วารสาร กิจกรรมบำบัด

THE JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPIST ASSOCIATION OF THAILAND

E-ISSN

เดือนมกราคม-เมษายน 2564 ปีที่ 25 ฉบับที่ 1

เจ้าของ : สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัดแห่งประเทศไทย

ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างนักกิจกรรมบำบัด
2. เพื่อเผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลทั่วไป

กำหนดออกเผยแพร่ : ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ก่อนการเผยแพร่ทุกบทความต้องได้รับการกลั่นกรองและประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน หากเป็นบทความภายในจะต้องได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกเท่านั้น การประเมินบทความจะเป็นแบบ Double-blinded ผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อผู้ประเมินและผู้ประเมินไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์

ติดต่อ : สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัดแห่งประเทศไทย

ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200

E-mail address: otatthai@gmail.com

ที่ปรึกษา : 1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เทอดชัย ชีวะเกตุ

2. คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

3. นายกสมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัดแห่งประเทศไทย



บรรณาธิการ :	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพื่อนใจ	รัตตากร
กองบรรณาธิการ :	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พริยา	มันเขตวิทย์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรินยา	ศรีเพชรารุช
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาวดี	พุดินน้อย
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน	บุญฉัตรกุล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรนนท์	กริฟฟิทธิ์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร	สังข์อู่
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภลักษณ์	เข็มทอง

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ ภายใน :

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรเพ็ญ	ศิริสัตยวงค์
รองศาสตราจารย์ ดร.จรรย์ญา	ปัญญามี ทิพย์พะยอม
อาจารย์หทัยชนก	อภิโกมลกร
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรพร	เลอศิลป์
อาจารย์ ดร.อนุชาติ	เขื่อนนิล

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ ภายนอก :

นางสาวพรสวรรค์	โพธิ์สว่าง
นางสาวอังคณา	สารคำ
นางสาวยุภาพรรณ	ศิริอ้าย
นางกัญญาลักษณ์	ณ รังษี
นางจินตนา	ปาลิวนิช
นางเดือนงาม	ภักดี
นางสาวพรทิพย์พา	ธิมายอม
นางสาวอินทิรา	อะตะมะ



สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของรยางค์ส่วนบนในผู้ใช้นั่ง
คนพิการที่มีอาการปวดไหล่จากการใช้รถนั่งคนพิการ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและ
การวิเคราะห์แบบอภิมาน

*(Effectiveness of upper limb strengthening exercise program in wheelchair users
with shoulder pain from wheelchair used: A systematic review and meta-analysis)*

รุ่งเพชร เครือพันธ์ ปุณยภา สุรสิทธิ์สิน กาญจนา ถัมพาพงษ์ พิมพ์ นพยนต์เลิศ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียน
ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

ชนิตา เทียงวงษ์ นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์ 15

การฟื้นฟูสมรรถภาพภาวะเครือข่ายเส้นประสาทแขนขาดเจ็บจากการผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว: รายงานผู้ป่วย 4 ราย

*(Rehabilitation brachial plexus injury of aggression behavior psychiatric patients:
a report of four cases)*

สุนิศา เจือหนองแขว 26

โปรแกรมการฝึกที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม :
การทบทวนอย่างเป็นระบบ

*(The Training Programs for Improving ADL Functions in People with Dementia :
A systematic review)*

สุภาพร กิตติหล้า ภัชราภรณ์ กองเกิด ดาราวรรณ ประทุมทาน รัตน์ธีรา ดิษฐวิชัยรัตน์ 41

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม

นาเดีย บิลล่าเต๊ะ เพื่อนใจ รัตดากร 55

หลักเกณฑ์การดำเนินงานของกองบรรณาธิการ..... 76

คำแนะนำสำหรับผู้ส่งบทความลงพิมพ์..... 78

ขั้นตอนการส่งต้นฉบับและการพิจารณาบทความ..... 86



**ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของรยางค์ส่วนบน
ในผู้ใช้นั่งคนพิการที่มีอาการปวดไหล่จากการใช้รถนั่งคนพิการ: การทบทวนวรรณกรรม**

อย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบอภิมาน

**Effectiveness of upper limb strengthening exercise program in wheelchair users with shoulder pain
from wheelchair used: A systematic review and meta-analysis**

รุ่งเพชร เครือพันธ์* ปุณยภา สุรสิทธิ์สิน* กาญจนา ถัมพาทพงษ์* พิมพร นพยนต์เลิศ*

บทคัดย่อ

อาการปวดไหล่ (shoulder pain) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ใช้นั่งคนพิการ ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดความสูญเสียศักยภาพในการทำงานและการเข้าสังคม รวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ในปัจจุบันมีการรักษาอาการปวดไหล่หลายวิธี รวมถึงการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วย การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย การฝึกความแข็งแรงของรยางค์ส่วนบนในผู้ใช้นั่งคนพิการที่มีอาการปวดไหล่เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึก โดยสืบค้นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์จากฐานข้อมูลผ่าน PubMed และ Cochrane มีการศึกษาที่ตรงตามเกณฑ์ คือ การศึกษาประเภท Randomized controlled trial จำนวน 3 การศึกษา พบว่าการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของรยางค์ส่วนบน มีประสิทธิผลในการลดอาการปวดไหล่ในผู้ใช้นั่งคนพิการ โดยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดไหล่ตามแบบประเมิน Wheelchair User Shoulder Pain Index (WUSPI) ลดลง 2 การศึกษาและลดลงมากที่สุดถึง 36.3 คะแนน ในขณะที่อีก 1 การศึกษาพบว่าการออกกำลังกายไม่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของอาการปวดไหล่ในผู้ใช้นั่งคนพิการ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีคุณภาพในประเด็นนี้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ใช้นั่งคนพิการ อาการปวดไหล่ บาดเจ็บไขสันหลัง การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง

Abstract

Shoulder pain is one of the common complications found in manual wheelchair users who propel wheelchairs by themselves. This condition results in a decrease in functional abilities and social participation and a decline in the quality of life of wheelchair users. Various interventions were introduced to treat shoulder pain including strengthening exercise programs. This study reviews works of literature on the effectiveness of exercise programs on the reduction of shoulder pain in manual wheelchair users compared to the control group. Researches were gathered from two databases that are PubMed and Cochrane. There are three randomized control trial studies that met the inclusion criteria. Two studies reported that the exercise intervention was associated with a reduction of shoulder pain with a decrease of 36.3 points of the Wheelchair Users' Shoulder Pain Index shown in one of those studies. However, another study exhibited that the strengthening exercise program had no significant impact on shoulder pain. In conclusion, additional studies are needed to determine whether the strengthening exercise program is an effective intervention for treating shoulder pain in manual wheelchair users.

Keywords: Wheelchair users, Shoulder pain, Spinal cord injury, Strengthening exercise

*สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



บทนำ

อาการปวดไหล่ (shoulder pain) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ใช้นั่งคนพิการ โดยเฉพาะในผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury - SCI) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากเอ็นกล้ามเนื้อไหล่ถูกกดบีบเรื้อรัง (chronic impingement syndromes) (ร้อยละ 75) และเส้นเอ็นไหล่ฉีกขาด (rotator cuff tears) (ร้อยละ 65 - 71) ที่ไม่ได้รับการรักษาเพิ่มเติม อาการปวดไหล่หลังจากการได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (SCI) มีส่วนทำให้เกิดความสูญเสียศักยภาพในการทำงานและความคล่องตัวในการเข้าสู่ชุมชน รวมไปถึงคุณภาพชีวิต (quality of life - QoL) ที่ต่ำลง¹

ผู้ใช้นั่งคนพิการเป็นหลักหรือใช้เคลื่อนที่ไปในที่ต่าง ๆ (wheelchair user) อาจเกิดปัญหาข้อไหล่หลังจากใช้งานมาหลายปี ระยะเวลาก่อนเริ่มมีอาการปวดไหล่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตั้งแต่ 5 ถึง 20 ปี ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ ระดับการบาดเจ็บ และประเภทของการทำงาน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับ การเคลื่อนย้ายตัว การปั่นรถนั่งคนพิการอย่างหนัก และกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อข้อไหล่ภายหลัง เนื่องจากโครงสร้างข้อไหล่ของมนุษย์ไม่ได้ถูกออกแบบมาสำหรับใช้ในการเคลื่อนที่² ดังนั้นอาการปวดไหล่ จึงพบได้มากในผู้ใช้นั่งคนพิการด้วยตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (SCI) ซึ่งจะใช้นั่งคนพิการเป็นหลักในการเคลื่อนที่

จากการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการเกิดอาการปวดไหล่ (shoulder pain) พบการปวดไหล่ร้อยละ 38 - 67 ในผู้ใช้นั่งคนพิการ ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (SCI) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการใช้งานกล้ามเนื้อไหล่อย่างหนักเป็นเวลานาน ความไม่สมดุลของกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงการทรงตัว การบาดเจ็บซ้ำ ๆ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างเฉียบพลันจากการบาดเจ็บ การลงน้ำหนักซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน และยังรวมถึงการออกกำลังกาย ส่งจากข้อต่อขณะเริ่มปั่นรถนั่งคนพิการ หรือการทำเทคนิคลดแรงกดทับ (pressure relief) รวมไปถึงการปั่นรถนั่งคนพิการขึ้นทางลาด³

ปัจจุบันมีการรักษาอาการปวดไหล่หลายวิธี ทั้งวิธีที่ใช้ยา เช่น การรับประทานยากลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) การฉีดยา Corticosteroid การใช้แผ่นแปะ Nitroglycerine และวิธีที่ไม่ได้ใช้ยา เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม การใช้อุปกรณ์ช่วย การออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรม การฝังเข็ม และการผ่าตัด⁴ โดยการออกกำลังกายนั้นเป็นวิธีการหนึ่งที่ถูกใช้ในการรักษาอาการปวดไหล่อย่างแพร่หลาย⁵ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในการลดอาการปวดไหล่ในกลุ่มผู้ใช้นั่งคนพิการที่ใช้แขน 2 ข้างปั่นรถนั่งคนพิการด้วยตนเอง



วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและอภิมานประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของรยางค์ส่วนบนต่อการลดภาวะปวดข้อไหล่ (shoulder pain) เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ในผู้ใช้นั่งคนพิการที่ใช้แขน 2 ข้างขึ้นรถนั่งคนพิการด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและอภิมานประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของรยางค์ส่วนบนต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม (social interaction) และคุณภาพชีวิต (quality of life) เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ในผู้ใช้นั่งคนพิการที่ใช้แขน 2 ข้างขึ้นรถนั่งคนพิการด้วยตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบ PICO ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใช้นั่งคนพิการที่ใช้แขน 2 ข้างขึ้นรถนั่งคนพิการด้วยตนเองและมีภาวะปวดไหล่ (P) ที่ได้รับการรักษาโดยโปรแกรมออกกำลังกายรยางค์ส่วนบน (I) เปรียบเทียบกับผู้ใช้นั่งคนพิการที่ใช้แขน 2 ข้างขึ้นรถนั่งคนพิการด้วยตนเองที่มีภาวะปวดไหล่และได้รับการดูแลตามปกติ (C) เกิดผลลัพธ์คือการลดลงของภาวะปวดไหล่ ตามแบบประเมิน Wheelchair User Shoulder Pain Index (WUSPI)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยรวบรวมจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกความแข็งแรงของรยางค์ส่วนบนในผู้ใช้นั่งคนพิการที่ขึ้นรถนั่งคนพิการด้วยตนเองและมีภาวะปวดไหล่ และได้รับการเผยแพร่ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์

ระเบียบวิธีวิจัย

1) เกณฑ์สำหรับพิจารณาการศึกษาสำหรับการทบทวนครั้งนี้: งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial -RCTs)

- **ประเภทของการศึกษา:** เป็นการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของรยางค์ส่วนบนในผู้ใช้นั่งคนพิการที่มีอาการปวดไหล่

- **ประเภทของผู้เข้าร่วม:** ผู้ใช้นั่งคนพิการที่ใช้แขน 2 ข้างในการขึ้นรถนั่งคนพิการด้วยตนเอง ที่มีอาการปวดไหล่



•**เกณฑ์การคัดเข้า:** การศึกษาหรือบทความวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกายส่วนบนในผู้ใช้นั่งคนพิการที่ใช้แขน 2 ข้างขึ้นรถนั่งคนพิการด้วยตนเองและมีอาการปวดไหล่

•**เกณฑ์การคัดออก:** การศึกษาหรือบทความวิจัยที่ศึกษาผลของการรักษาภาวะปวดไหล่ด้วยวิธีการอื่น ๆ เช่น การฉีดยา การใช้กระแสไฟฟ้า การผ่าตัด ในผู้ใช้นั่งคนพิการที่ใช้แขน 2 ข้างขึ้นรถนั่งคนพิการด้วยตนเองและมีอาการปวดไหล่

- **ผลลัพธ์หลัก:** ระดับของการปวดข้อไหล่(shoulder pain) โดยวัดจาก Wheelchair User Shoulder Pain Index (WUSPI)

- **ผลลัพธ์รอง:** คุณภาพชีวิต(quality of life) โดยวัดจาก Subjective Quality of Life Scores (SQOL) และการมีส่วนร่วมทางสังคม (social interaction) โดยวัดจาก The Social Interaction Inventory (SII)

2) ระเบียบวิธีการสืบค้นสำหรับบ่งชี้การศึกษา

สืบค้นผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จาก 2 ฐานข้อมูล ได้แก่ MEDLINE ผ่าน PubMed และ Cochrane Library โดยรวบรวมจากงานวิจัยประเภท Randomized controlled trials ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกายส่วนบนในผู้ใช้นั่งคนพิการที่ใช้แขน 2 ข้างขึ้นรถนั่งคนพิการด้วยตนเองที่มีอาการปวดไหล่ ที่ได้รับการเผยแพร่ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่คริสต์ศักราช 1990 จนถึง เดือนเมษายน คริสต์ศักราช 2019 โดยคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น ทั้งนี้กลยุทธ์การสืบค้นผ่าน PubMed จะใช้คำที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คำที่ใช้ในการสืบค้นผ่านฐานข้อมูล PubMed

ประชากร (population)	Wheelchair user, Wheelchair, manual wheelchair user, Spinal cord injury, Disability, Polio, Cerebral Palsy, Amputee, Paraplegia, Tetraplegia, Quadriplegia, Spinal cord disease, Traumatic brain injury, Spinal muscular atrophy, Spina bifida
อาการ (symptoms)	Chronic shoulder pain, Shoulder pain, Shoulder tendinitis, Shoulder injury, Shoulder tear, Shoulder inflammation, Painful shoulder, Impingement syndrome, Rotator cuff tendinitis, Shoulder joint sprain, Shoulder tendinopathy,
การรักษา (intervention)	Strengthening exercise, Exercise, Muscle strength exercise, Endurance exercise, Active exercise, Active resisted exercise, Upper limb exercise, Upper extremity exercise, Rotator cuff exercise, Shoulder exercise, Strength training, Resistance training, Exercise therapy
ผลลัพธ์ (outcome)	Pain, Quality of life, Prevent shoulder pain, Relief pain, decreased shoulder pain



- การคัดเลือกการศึกษา

ผู้วิจัย 4 คนคัดเลือกรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องจากชื่อเรื่อง และบทคัดย่ออย่างเป็นอิสระต่อกัน การศึกษาใดที่ไม่ตรงกับเกณฑ์คัดเข้าอย่างชัดเจนจะถูกคัดออก กรณีที่ผลการคัดเลือกไม่ตรงกัน จะร่วมประชุมแสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการและนำรายงานการศึกษามาพิจารณาหาข้อสรุปร่วมกัน (consensus)

- การแยกข้อมูล

ผู้วิจัย 4 คน ดำเนินการแยกข้อมูลจากเอกสารเรื่องเดียวกันอย่างเป็นอิสระต่อกัน เช่น จำนวนผู้เข้าร่วมในแต่ละกลุ่ม วิธีการรักษา การวัดผลการรักษา แล้วนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกันเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ในการบันทึกข้อมูล หากมีความแตกต่างของข้อมูลที่แต่ละคนบันทึกมาได้ จะมีการตรวจสอบว่าข้อมูลที่ถูกต้องเป็นอย่างไรแล้วปรับแก้ไขให้ถูกต้อง

- การประเมินคุณภาพการศึกษา

รายงานการศึกษาถูกประเมินอย่างมีวิจารณญาณ (critical appraisal) โดยผู้วิจัย 4 คนอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงอคติของ The Cochrane Collaboration ประเมินความเสี่ยงของอคติที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

1. การสร้างลำดับของผู้เข้าร่วมโครงการ
2. การจัดผู้เข้าร่วมโครงการโดยสุ่มอย่างปกปิด
3. การปกปิดวิธีการดูแลรักษาต่อผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัย ผู้วัดผล
4. การปกปิดวิธีการประเมินผลลัพธ์
5. จำนวนข้อมูลของผลลัพธ์ที่ไม่ครบถ้วน
6. การเลือกผลลัพธ์เพื่อรายงาน
7. อคติอื่น ๆ เช่น ผลประโยชน์ทับซ้อน

โดยผลของการประเมิน แบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดอคติสูง (high risk of bias), ความเสี่ยงต่อการเกิดอคติไม่ชัดเจน (unclear risk of bias) และความเสี่ยงต่อการเกิดอคติต่ำ (low risk of bias)

- การวัดผลของการรักษา

หากผลที่ได้จากการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจะประเมินผลลัพธ์ (Wheelchair User Shoulder Pain Index) โดยใช้ Mean difference (MD) และ 95% CI

- การจัดการกับข้อมูลที่ขาดไป

หากรายงานการศึกษาแสดงผลข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะติดต่อผู้ทำการทดลองตามรายงานการศึกษานั้นเพื่อขอทราบข้อมูลที่ต้องการ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาแนวทางจัดการข้อมูลที่ขาดไปอย่างเหมาะสม



- การประเมินความแตกต่างของการศึกษา

ผู้วิจัยจะประเมินความแตกต่างของการศึกษาด้วยการพิจารณาจาก Forest plot และ ร้อยละความต่างกันของการศึกษาต่างๆ (I^2 statistic)

- การประเมินอคติจากการรายงานการศึกษา

ผู้วิจัยจะพิจารณาอคติจากรายงานการศึกษา โดยใช้ Funnel plot เพื่อประเมินอคติจากการตีพิมพ์ และหากพบ Funnel plot ไม่สมมาตร ผู้วิจัยจะศึกษาผลที่ได้ เพื่อสรุปการวิเคราะห์ห่อหุ้ม (meta-analysis) ด้วยการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis)

- การสังเคราะห์

ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลเข้าด้วยกัน โดยหากผลลัพธ์การรักษาที่ได้จากงานวิจัยต่าง ๆ ที่นำมาศึกษามีค่าไม่ต่างกัน จะใช้ Fixed effects model แต่หากผลที่ได้จากแต่ละผลการศึกษามีความแตกต่างกัน จะใช้ Random effects model

- การวิเคราะห์กลุ่มย่อย และการหาความไม่เข้ากันของการศึกษา

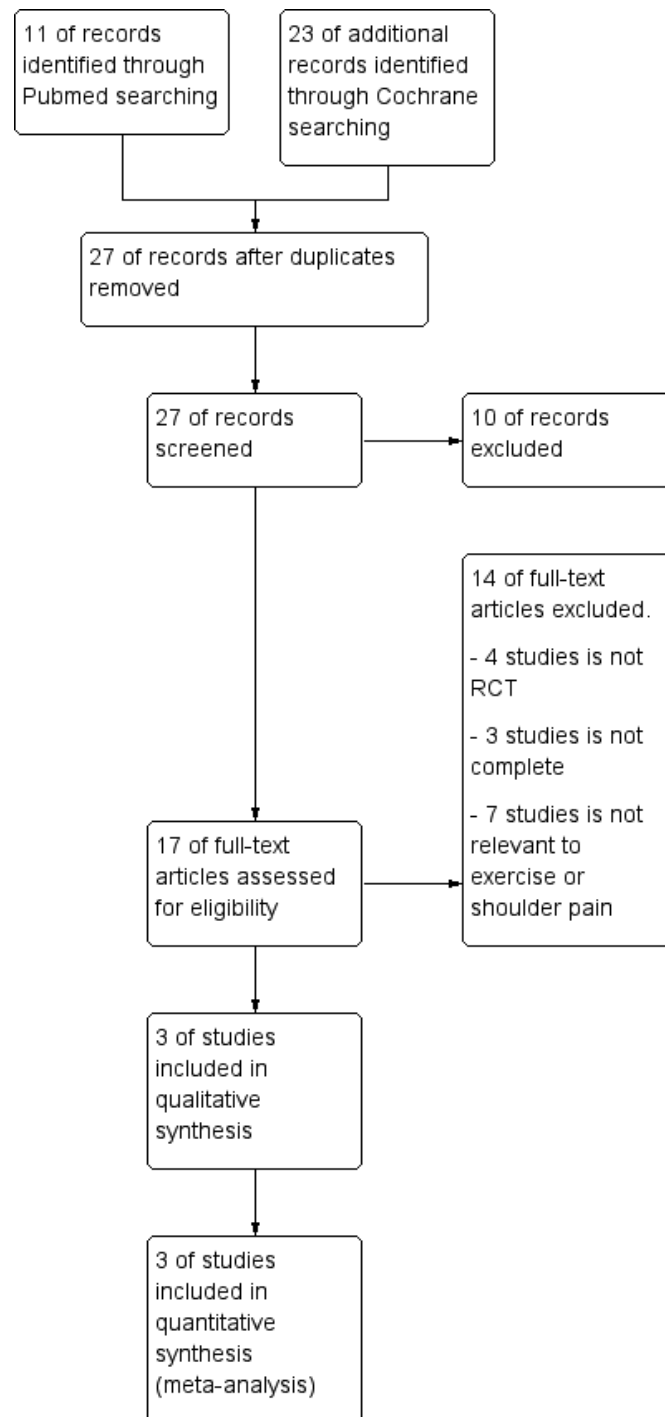
ผู้วิจัยจะแปลผลความไม่เข้ากันของผลการศึกษา (heterogeneity) โดยพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ระยะของโรค ระดับรอยโรคของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาศึกษา ความเข้มข้นของโปรแกรม เป็นต้น

- การวิเคราะห์ความไว

ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ความไวโดยตัดการศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอคติสูง (high risk of bias) ออก ในหัวข้อการเลือกผลลัพธ์เพื่อรายงาน แล้วแปลผลการวิจัยอีกครั้ง

ผลการศึกษา

การสืบค้นข้อมูลตามกลยุทธ์การสืบค้นจากฐานข้อมูล MEDLINE ผ่าน PubMed ได้เอกสารการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 11 การศึกษา และสืบค้นจากฐานข้อมูล Cochrane ได้จำนวน 23 การศึกษาที่เป็น การทดลอง โดยเป็นการศึกษาที่ซ้ำกัน 7 การศึกษา จึงได้การศึกษาทั้งหมดรวมกัน จำนวน 27 การศึกษา ทำการคัดเลือกการศึกษาที่เกี่ยวข้องในเบื้องต้นจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อได้จำนวนทั้งหมด 17 การศึกษา และเมื่อพิจารณารายงานการศึกษฉบับเต็ม (full text) ที่ได้รับการพิจารณาเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทดลองแบบสุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการทดลอง (RCTs) เหลือจำนวนการศึกษาทั้งสิ้น 3 การศึกษา ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ผลการสืบค้นข้อมูลคุณลักษณะของการศึกษา ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาคั้งนี้ 3 การศึกษา



ตารางที่ 2 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา (งานวิจัยที่ 1)

ระเบียบวิธีวิจัย	ชื่อการศึกษา : Strengthening and optimal movements for painful shoulders (STOMPS) in chronic spinal cord injury: a randomized controlled trial วารสาร : Physical therapy, 2011, 91(3), 305-324 ประเทศ : สหรัฐอเมริกา สถานที่ : บ้านของผู้เข้าร่วม ช่วงการศึกษา : - รูปแบบการวิจัย : งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial)
ผู้เข้าร่วม	ผู้ที่เป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่างจากการบาดเจ็บไขสันหลังอายุระหว่าง 19 – 75 ปีและมีอาการปวดไหล่
การรักษา	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและยืดกล้ามเนื้อโดยทำที่บ้านของผู้ป่วย ร่วมกับคำแนะนำในการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสมด้านเทคนิคการเคลื่อนย้ายตัว การยกตัว การเข็นรถนั่งคนพิการ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้ดูวิดีโอให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ 1 ชั่วโมง
การวัดผลลัพธ์	วัดผลลัพธ์ระดับการปวดข้อไหล่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กิจกรรม และคุณภาพชีวิตโดยทำการประเมินที่ก่อน ระหว่างและหลังการรักษาและ 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการรักษา
ผลการศึกษา	ระดับการปวดข้อไหล่ที่ถูกวัดโดยแบบประเมิน Wheelchair User's Shoulder Pain Index ลดลงถึง 1 ใน 3 จากระดับตอนเริ่มต้น ในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการรักษา แต่ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม การบิดหมุนข้อไหล่ หัวข้อส่วนใหญ่ของ Short-Form Health Survey questionnaire (SF-36) และคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นเช่นกันแต่ไม่เพิ่มในกลุ่มควบคุม คะแนนที่ดีขึ้นนี้ยังคงเดิมจนถึง 4 สัปดาห์หลังได้รับการรักษา ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการวัดผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นการรายงานจากตัวผู้เข้าร่วมเอง และอัตราการถอนตัวที่สูงในทั้ง 2 กลุ่ม การศึกษาเพิ่มเติมเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อตัดสินว่าผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัวหรือไม่



ตารางที่ 3 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา (งานวิจัยที่ 2)

ระเบียบวิธีวิจัย	ชื่อการศึกษา : Home-Based Exercise Enhances Health-Related Quality of Life in Persons with Spinal Cord Injury: A Randomized Controlled Trial วารสาร : Physical medicine and rehabilitation, 2018, 99(10), 1998-2006.e1 ประเทศ : สหราชอาณาจักร ช่วงการศึกษา : 1 ธันวาคม 2017 – 3 พฤษภาคม 2018 สถานที่ : บ้านของผู้เข้าร่วม และที่ห้องทดลองในช่วงเวลาสั้น ๆ ก่อนและหลังโปรแกรมการรักษา รูปแบบการวิจัย : งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial)
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่างจากการบาดเจ็บไขสันหลังระดับต่ำกว่ากระดูกสันหลังระดับอกข้อที่ 4 มานานกว่า 1 ปี
การรักษา	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแขนความเข้มข้นระดับปานกลาง 45 นาที 4 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมถูกขอให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามกิจวัตรตามปกติ
การวัดผลลัพธ์	การวัดผลลัพธ์จะวัดคะแนนองค์ประกอบทางด้านร่างกายและจิตใจตามแบบประเมิน Health-related quality of life (HRQOL) ความเหนื่อยล้า, ความเหนื่อยล้าทั้งหมด (global fatigue (FSS)) และ ระดับอาการปวดไหล่ตามแบบประเมิน Wheelchair User's Shoulder Pain Index รวมถึง Cardiorespiratory fitness (CRF), objectively measured habitual moderate-to-vigorous physical activity (MVPA) และ exercise self-efficacy (ESE) จะถูกวัดที่ระดับเริ่มต้น และการติดตามผลหลังการรักษา
ผลการศึกษา	มีการเปลี่ยนแปลงของ PCS ($P=.017$) ใน the Short Form 36 Health Survey (SF-36), ESE ($P=.011$) และ FSS ($P=.036$) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 2 กลุ่มด้วยขนาดผลกระทบระดับปานกลางถึงใหญ่ ($d=0.75-1.37$) ผลลัพธ์ตาม HRQOL ที่หลากหลาย แสดงถึงแนวโน้มทางบวกอย่างมากต่อกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาโดยการออกกำลังกาย 6 สัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญใน ESE ($P<.01$) มีความเกี่ยวข้องกับ PCS ($r=0.62$), MCS ($r=0.71$), FSS ($r=-0.71$) และ global fatigue ($r=0.57$) แต่ไม่พบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของระดับการปวดไหล่ตามแบบประเมิน Wheelchair User's Shoulder Pain Index



ตารางที่ 4 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา (งานวิจัยที่ 3)

ระเบียบวิธีวิจัย	ชื่อการศึกษา : Effect of a standard exercise protocol on shoulder pain in long-term wheelchair users วารสาร : Spinal cord, 1999, 37(6), 421-429 ประเทศ : สหรัฐอเมริกา สถานที่ : บ้านของผู้เข้าร่วม ช่วงการศึกษา : - รูปแบบการวิจัย : งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial)
ผู้เข้าร่วม	ผู้ใช้นั่งคนพิการ 42 คน ชาย 35 คนและหญิง 7 คน อายุเฉลี่ย 35 ปี ใช้นั่งคนพิการเฉลี่ย 14 ปี
การรักษา	กลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรมออกกำลังกายซึ่งจะทำทุกวันเป็นเวลา 6 เดือน ประกอบด้วยการยืดกล้ามเนื้อข้อไหล่ด้านหน้า 2 เซต และการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อข้อไหล่ด้านหลัง 3 เซต กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมหรือการรักษาใด ๆ
การวัดผลลัพธ์	ผู้เข้าร่วมทุกคนจะตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน Wheelchair User's Shoulder Pain Index ด้วยตนเองในขณะเริ่มการทดลอง และทุก ๆ 2 เดือน ในช่วงการรักษา 6 เดือน
ผลการศึกษา	ร้อยละ 75 ของผู้เข้าร่วมรายงานว่ามีการปวดข้อไหล่ ตั้งแต่เริ่มใช้งานรถนั่งคนพิการ คะแนนเฉลี่ยอาการปวดไหล่ในขณะเริ่มการทดลองของผู้เข้าร่วมทั้ง 42 คน คือ 17.7 (+/-21.3) โดยอยู่ในช่วงคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 103.2 มากกว่าร้อยละ 83 ของผู้เข้าร่วม (35 จาก 42) เข้าร่วมการทดลองในช่วง 6 เดือนจนเสร็จสิ้น ผู้เข้าร่วมในกลุ่มได้รับการรักษาที่มีการลดลงของระดับอาการปวดข้อไหล่เฉลี่ยร้อยละ 39.9 เปรียบเทียบกับการลดลงเพียงร้อยละ 2.5 ในกลุ่มควบคุม

ผลการประเมินความเสี่ยงทางอคติของการศึกษา

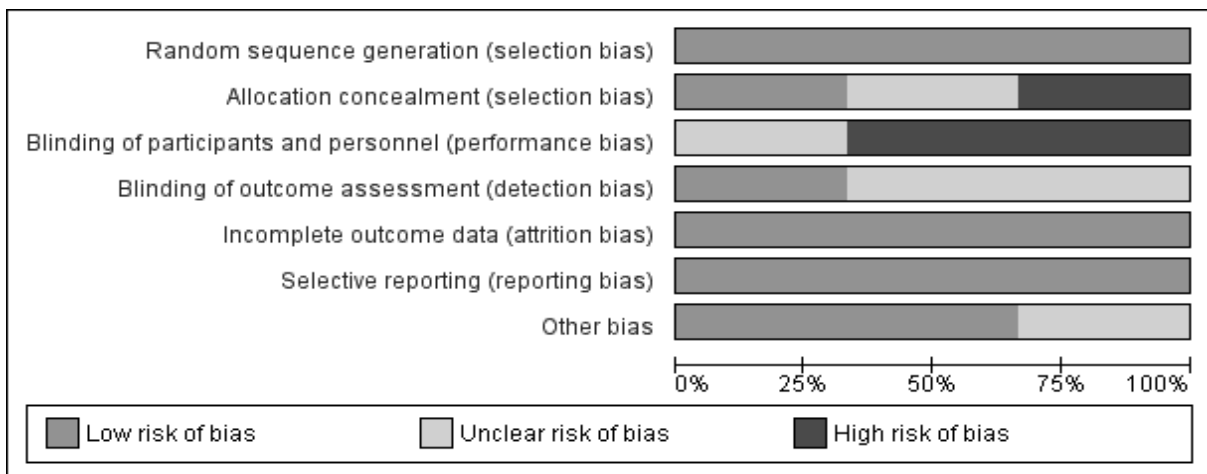
การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอคติพบว่า การศึกษาทั้ง 3 เรื่อง มีการจัดผู้เข้าร่วมโครงการโดยสุ่มสร้างลำดับ แต่ 2 ใน 3 ของการศึกษา ไม่มีการรายงานที่มีการปกปิดในขั้นตอนการวัดผลลัพธ์หรือไม่ และไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่มีความเสี่ยงในการเลือกผลลัพธ์เพื่อรายงาน ดังภาพที่ 2 และ 3

การศึกษาทั้ง 3 เรื่อง ใช้วิธีการสุ่มสร้างลำดับของผู้เข้าร่วมโครงการ (sequence generation) ความเสี่ยงในด้านการสร้างลำดับของผู้เข้าร่วมโครงการจึงอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ สำหรับการจัดผู้เข้าร่วมโครงการโดยการสุ่มอย่างปกปิด (allocation concealment) การศึกษาโดย Curtis (1999)⁶ ไม่ได้ปกปิดการจัดผู้เข้าร่วมโครงการว่าเข้ารับการรักษานิดใด ถือเป็นความเสี่ยงที่สูง แต่ประเมินแล้วพบว่าไม่ส่งผลใด ๆ ต่อผลลัพธ์การศึกษาของ Mulroy (2011)¹ มีการปกปิดการสุ่มก่อนให้การรักษา ในขณะที่การศึกษาของ Nightingale (2018)⁷ ไม่ได้รายงานที่มีการปกปิดการสุ่มหรือไม่ ในด้านการปกปิดวิธีการดูแลรักษาต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัย ผู้วัดผล (blinding of participants and personnel) และพบว่าการศึกษาโดย Curtis (1999) และ Nightingale (2018) ไม่สามารถปกปิดการให้โปรแกรมการรักษา (Treatment) ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่ม



ทดลองได้ ถือเป็นความเสี่ยงที่สูง ในขณะที่การศึกษาของ Mulroy (2011) ไม่มีรายงานการปกปิดการรักษาต่อผู้เข้าร่วมการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม จึงถือเป็นความเสี่ยงที่ไม่ชัดเจน ด้านการปกปิดวิธีการประเมินผลลัพธ์ (blinding of outcome assessment) การศึกษาของ Mulroy (2011) มีการปกปิดการรักษาต่อผู้ทำหน้าที่ประเมินก่อนและหลังการรักษา (blinded evaluator) ในขณะที่การศึกษาของ Curtis (1999) และ Nightingale (2018) ไม่ได้มีรายงานเกี่ยวกับการปกปิดการรักษาต่อผู้ทำการประเมินผลลัพธ์ จึงถือเป็นความเสี่ยงที่ไม่ชัดเจน

ด้านอคติต่อจำนวนข้อมูลของผลลัพธ์ที่ไม่ครบถ้วน (incomplete outcome data) พบว่าการศึกษาทั้ง 3 เรื่องมีการชี้แจงเหตุผลของผลลัพธ์ที่ไม่ครบถ้วนและวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติที่เหมาะสมกับข้อมูล จึงถือว่ามีความเสี่ยงต่ออคติต่ำ



รูปที่ 2 แผนภูมิความเสี่ยงอคติ

ด้านการเลือกผลลัพธ์เพื่อรายงาน การศึกษาทั้ง 3 เรื่องมีการรายงานผลลัพธ์ ระดับคะแนน ทั้งก่อนและ หลังการให้การรักษาตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครบถ้วน ได้แก่ ระดับอาการปวดไหล่ (Wheelchair User Shoulder Pain Index), Shoulder torques, Short-Form Health Survey questionnaire (SF-36) และ Quality of Life score จึงถือว่ามีความเสี่ยงต่ออคติต่ำ และในด้านอคติอื่น ๆ เช่น ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest) พบว่าการศึกษาโดย Curtis (1999) และ Nightingale (2018) ได้รายงานแหล่งเงินทุนสนับสนุนวิจัยในกิตติกรรมประกาศชัดเจน ในขณะที่การศึกษาของ Mulroy (2011) ไม่มีการรายงานแหล่งเงินทุนสนับสนุนการวิจัยหรือกิตติกรรมประกาศใด ๆ เลย จึงถือเป็นความเสี่ยงที่ไม่ชัดเจน



วิจารณ์ผลลัพธ์หลักของการศึกษา

หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย ตามการศึกษาของ Curtis (1999) และ Mulroy (2011) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการปวดไหล่ตามแบบประเมิน Wheelchair User Shoulder Pain Index (WUSPI) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการออกกำลังกายของรยางค์ส่วนบน ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ Nightingale (2018) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการปวดไหล่ในกลุ่มได้รับการรักษาโดยการออกกำลังกายของรยางค์ส่วนบน ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการปวดไหล่ลดลง ซึ่งผลการทดลองของ Curtis (1999) และ Mulroy (2011) เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับ การทดลองของ Nawoczinski⁸ Nash⁹ Norrbrink¹⁰ Straaten¹¹ และ Limbasiya¹² ที่ได้ทำการทดลองโดยให้โปรแกรมการออกกำลังกายของรยางค์ส่วนบนแก่ผู้ใช้นั่งคนพิการที่มีอาการปวดไหล่ และพบว่ามีประสิทธิผลในการลดภาวะปวดไหล่ โดยคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดไหล่ตามแบบประเมิน Wheelchair User Shoulder Pain Index มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

การติดตามผลหลังการสิ้นสุดโปรแกรมออกกำลังกาย 4 สัปดาห์ตามการศึกษาของ Mulroy (2011) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมออกกำลังกายและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนของอาการปวดไหล่ใกล้เคียงกัน

วิจารณ์ผลลัพธ์รองของการศึกษา

การวัดผลการมีส่วนร่วมทางสังคม และคุณภาพชีวิตในการศึกษาของ Mulroy (2011) พบว่าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย มีการเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยคะแนนตามแบบประเมิน Social Interaction Inventory เพิ่มขึ้น 8.6 คะแนน ขณะที่มีการลดลงในกลุ่มควบคุม 6.1 คะแนน และพบว่าคุณภาพชีวิต ตามแบบประเมิน SF-36 (Physical Quality of Life) ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 2.6 คะแนน และลดลง 0.3 คะแนนในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Nightingale ที่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมออกกำลังกายมีคะแนน SF-36 (Physical Quality of Life) เพิ่มขึ้น 15 คะแนน และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเพิ่มขึ้น 1 คะแนน

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ จากฐานข้อมูล MEDLINE ผ่าน PubMed และ ฐานข้อมูล Cochrane Library พบการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาจำนวน 3 การศึกษา โดยเป็น Randomized controlled trials ทั้ง 3 การศึกษา และเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายของรยางค์ส่วนบนต่ออาการปวดไหล่ในผู้ใช้นั่งคนพิการ ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายมีประสิทธิผลในการลดอาการปวดไหล่ในผู้ใช้นั่งคนพิการ ใน 2 การศึกษา ได้แก่ การศึกษาของ KA Curtis และคณะ และ Sara J. Mulroy และคณะ โดยพบว่าการลดลงมากที่สุดในการศึกษาของ Mulroy (2011) ลดลงถึง 36.3 คะแนนตามแบบประเมิน Wheelchair User Shoulder Pain Index ในขณะที่การศึกษาของ Tom E. Nightingale และคณะพบว่า การออกกำลังกายไม่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของอาการปวดไหล่ในผู้ใช้นั่งคนพิการ ซึ่งผลลัพธ์ที่



แตกต่างกันอาจเนื่องมาจาก ระยะเวลาของการศึกษา โปรแกรมการออกกำลังกายที่สั้นกว่า ความเข้มงวดของการออกกำลังกายที่มากกว่า รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเฉื่อยชา (inactive) ทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างจากอีก 2 การศึกษา และเนื่องจากค่าผลลัพธ์ที่วัดได้มีความแตกต่าง ความแปรปรวนของข้อมูลสูง (ค่าStandard deviation สูง) ดังนั้น ค่าที่ได้จากการแปลผล Meta-analysis อาจไม่ใช่ค่าที่แท้จริง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีคุณภาพในประเด็นนี้เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.นายแพทย์อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการทำงานวิจัยแบบ systematic review แก่คณะผู้วิจัย และขอขอบคุณสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษาวิจัยสำเร็จด้วยดี

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติที่สนับสนุนการดำเนินการ และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Mulroy SJ, Thompson L, Kemp B, et al. Strengthening and Optimal Movements for Painful Shoulders (STOMPS) in Chronic Spinal Cord Injury: A Randomized Controlled Trial. *Phys Ther* 2011; 91: 305–324.
2. Kemp BJ, Bateham AL, Mulroy SJ, et al. Effects of reduction in shoulder pain on quality of life and community activities among people living long-term with SCI paraplegia: a randomized control trial. *J Spinal Cord Med* 2011; 34: 278–284.
3. Cratsenberg KA, Deitrick CE, Harrington TK, et al. Effectiveness of exercise programs for management of shoulder pain in manual wheelchair users with spinal cord injury. *J Neurol Phys Ther* 2015; 39: 197–203.
4. Gaurav Telhan, MD and Daniel Areson D. Shoulder problems – pain in the wheelchair athlete. <https://now.aapmr.org/shoulder-problems-pain-in-the-wheelchair-athlete/>, <https://now.aapmr.org/shoulder-problems-pain-in-the-wheelchair-athlete/> (2018, accessed 26 June 2019).
5. Sue Ann Sisto, Erica Druiin MMS. *Spinal cord injury Management and Rehabilitation*. The United State of America: Mosby, Inc., 2009.
6. K.A. C, T.M. T, L. Z, et al. Effect of a standard exercise protocol on shoulder pain in long-term wheelchair users. *Spinal Cord* 1999; 37: 421–429.
7. Nightingale TE, Rouse PC, Walhin JP, et al. Home-Based Exercise Enhances Health-Related Quality of Life in Persons With Spinal Cord Injury: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2018; 99: 1998–2006.e1.



8. Nawoczenski DA, Ritter-Soronon JM, Wilson CM, et al. Clinical Trial of Exercise for Shoulder Pain in Chronic Spinal Injury. *Phys Ther* 2007; 86: 1604–1618.
9. Nash MS, van de Ven I, van Elk N, et al. Effects of Circuit Resistance Training on Fitness Attributes and Upper-Extremity Pain in Middle-Aged Men With Paraplegia. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 70–75.
10. Norrbrink C, Lindberg T, Wahman K, et al. Effects of an exercise programme on musculoskeletal and neuropathic pain after spinal cord injury - Results from a seated double-poling ergometer study. *Spinal Cord* 2012; 50: 457–461.
11. Meegan Van Straaten, Beth A. Cloud, Melissa M. Morrow, Paula M. Ludewig KDZ. Effectiveness of Home Exercise on Pain, Function, and Strength of Manual Wheelchair Users With Spinal Cord Injury: A High-Dose Shoulder Program With Telerehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2014; 95: 1810-1817.e2.
12. Limbasiya RD, Ramalingam AT. Effects of Scapula Focused Exercise Program on Shoulder Pain in Paraplegic Patients using Wheelchair. *Indian J Physiother Occup Ther - An Int J* 2014; 8: 119.



ความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

ชนิตา เทียงวงศ์* นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 รูปแบบการศึกษเป็นแบบ cross sectional study การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โรงเรียนที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้คือ 1. แบบทดสอบความคล่องแคล่วในการทำงานของมือสำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี ประกอบด้วย 4 แบบทดสอบย่อย คือ การย้ายหมุดโดยใช้มือเดียว, การย้ายหมุดโดยใช้สองมือ, การย้ายหมุดภายในมือ และ การย้ายหมุดโดยใช้อุปกรณ์ และ 2. แบบทดสอบย่อยความเร็วในการเขียนของแบบประเมินความสามารถด้านการเขียนพยัญชนะไทย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ความคล่องแคล่วในการทำงานของมือกับความเร็วในการเขียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยความเร็วในการเขียนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (เรียงจากมากไปน้อย) กับการย้ายหมุดโดยใช้สองมือ ($r = -.465$), และการย้ายหมุดโดยใช้อุปกรณ์คีม ($r = -.348$) และ การย้ายหมุดภายในมือ ($r = -.305$), และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = -.202$) กับการย้ายหมุดโดยใช้มือเดียว

Abstract

The objective of this study was to examine the relationship between hand dexterity and handwriting speed of the school-aged children in Level 4- 6. Research design is a cross sectional study. Ninety-six students were recruited from schools locating in Muang, Chiangmai by using simple random method. Each participant was tested one on one by using the Children Hand Dexterity Test (composing 4 subtests: one-hand pegs placement, two-hands pegs placement, in-hand manipulation, and using tong for pegs placement) and the subtest of handwriting speed of the handwriting evaluation. Data were analyzed by using the Pearson Coefficient Correlation. The results showed that hand dexterity and handwriting speed was significant correlated ($p < 0.05$). The moderate correlation between handwriting speed were found with two-hands pegs placement ($r = -.465$), using tong for pegs placement ($r = -.348$), and in-hand manipulation ($r = -.305$). The low correlation was found between handwriting speed and one-hand pegs placement ($r = -.202$).

*นักศึกษากิจการรบบำบัดชั้นปีที่ 4 ภาควิชากิจการรบบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**ภาควิชากิจการรบบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



บทนำ

ความคล่องแคล่วในการทำงานของมือ เป็นความสามารถในการเคลื่อนไหวของมือได้อย่างคล่องแคล่วในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้มือในการเคลื่อนไหว และควบคุมนิ้วมือเพื่อยึดจับสิ่งของหรือเครื่องมือต่าง ๆ¹ ทักษะการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนมีลักษณะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในการทำกิจกรรม ซึ่งการเขียนนับเป็นทักษะสำคัญต่อการทำกิจกรรมการศึกษาของเด็กวัยเรียน เพราะการเขียนไม่เพียงแต่เป็นเครื่องมือในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชั้นเรียน แต่ยังเป็นวิธีที่ช่วยให้เด็กได้บันทึก ทบทวนความรู้ความจำร่วมด้วย²

ทักษะพื้นฐานการเขียน คือ ส่วนหนึ่งของพัฒนาการด้านการผสมผสานการมองเห็นกับการเคลื่อนไหว (visual motor skill) เป็นทักษะระดับสูงที่ต้องอาศัยทักษะความสามารถพื้นฐานที่มั่นคง อันประกอบด้วยความสามารถพื้นฐานด้านความมั่นคงในการทรงท่า (stability) การรับรู้ความรู้สึกของมือและนิ้ว (sensation) สหสัมพันธ์การเคลื่อนไหวของมือทั้งสองข้าง (bilateral hand coordination) และความคล่องแคล่วในการทำงานของมือ (dexterity)³

สำหรับวัยเด็กตอนปลาย (late childhood) ถือเป็นช่วงวัยที่ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 การเขียนของเด็กในวัยนี้จะมีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการคัดลอกรูปที่ซับซ้อน การคัดลอกงานจากหนังสือหรือกระดานดำ การแต่งเรื่องหรือเรียงความ ดังนั้น ทักษะความสามารถด้านการเขียนถือเป็นทักษะที่จำเป็นและสำคัญของเด็กในวัยนี้ และเนื่องจากเมื่ออยู่ในห้องเรียนจำเป็นที่จะต้องเขียนงานต่าง ๆ ได้เสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนั้นความเร็วในการเขียนที่เหมาะสมย่อมจำเป็นต่อการเขียนที่มีประสิทธิภาพด้วย⁴

จากที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากความเร็วในการเขียนจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถด้านการเขียนแล้วนั้น ความคล่องแคล่วในการทำงานของมือเป็นองค์ประกอบของทักษะพื้นฐานการเขียนอีกด้วย และจากการศึกษาของ Tseng and Chow (2000)⁵ ที่ได้ศึกษาความแตกต่างของการวัดการรับรู้การเคลื่อนไหวและการคงช่วงความสนใจระหว่างเด็กที่มีความเร็วในการเขียนล่าช้าและเด็กที่มีความเร็วในการเขียนปกติ โดยศึกษาในเด็กนักเรียนอายุ 7-11 ปี ของประเทศไต้หวัน พบว่าความเร็วและความคล่องแคล่วในการทำงานของแขนและมือมีบทบาทสำคัญต่อเด็กนักเรียนที่มีความเร็วในการเขียนปกติ และจากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าหากความคล่องแคล่วในการทำงานของมือเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลต่อความเร็วในการเขียนด้วยเช่นกัน

เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนในกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ว่า เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของทั้งความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเขียนของเด็กในวัยนี้



วัสดุแล่ววิธีการ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2562 โรงเรียนในเขตเทศบาล อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ที่มีช่วงอายุ 9 ปี 0 เดือน ถึง 11 ปี 11 เดือน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

- (1) โรงเรียนตั้งอยู่ในเขตเทศบาล อ.เมือง จ.เชียงใหม่ และมีเด็กมากพอสำหรับการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
- (2) โรงเรียนมีระยะห่างจากคณะเทคนิคการแพทย์อยู่ภายในรัศมี 5 กิโลเมตร เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

จำนวนโรงเรียนที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าข้างต้นมีจำนวนทั้งหมด 64 โรงเรียน โดยคัดเลือกโรงเรียนตัวแทนจำนวน 2 แห่ง เพื่อให้มีการกระจายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้ดังนี้ โรงเรียนคำเที่ยงอนุสรณ์ จำนวน 304 คน และโรงเรียนเชียงใหม่คริสเตียนจำนวน 320 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากขนาดของประชากรเป้าหมายในหลักร้อยละ คิดเป็นอย่างน้อยร้อยละ 15 ของประชากรเป้าหมาย ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 94 คน แต่ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นมีจำนวนเท่ากัน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. เด็กนักเรียนกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2562
2. เด็กนักเรียนมีอายุระหว่าง 9 ปี 0 เดือน ถึง 11 ปี 11 เดือน
3. เด็กนักเรียนต้องไม่มีความพิการทางด้านร่างกาย การมองเห็น การได้ยิน และสติปัญญา หรือกรณีที่บกพร่องทางการมองเห็นต้องได้รับการแก้ไขแล้ว จากการรายงานของครู ประจำชั้น

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. เด็กนักเรียนไม่ได้มีช่วงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. เด็กนักเรียนที่มีความพิการทางด้านร่างกาย การมองเห็น การได้ยิน และสติปัญญา หรือกรณีมีความบกพร่องทางการมองเห็นและไม่ได้รับการแก้ไข จากการรายงานของครูประจำชั้น

วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้

1. แบบทดสอบความคล่องแคล่วในการทำงานของมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบทดสอบความคล่องแคล่วในการทำงานของมือสำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี Children Dexterity Test⁶



วิธีการทดสอบ

การทดสอบที่ 1 การย้ายหมุดโดยใช้มือเดียว (placing pegs with one hand) เริ่มการทดสอบ โดยผู้ทดสอบบอกให้เด็ก “ใช้มือขวาหยิบหมุดเสียบบนกระดาน ตามลำดับให้เร็วที่สุด” การทดสอบที่ 2 การย้ายหมุดโดยใช้สองมือ (placing pegs with two hand) ผู้ทดสอบบอกให้เด็ก “ใช้มือซ้ายหยิบหมุด ใช้มือขวาเสียบหมุดบนกระดาน ตามลำดับ ให้เร็วที่สุด” การทดสอบที่ 3 การย้ายหมุดภายในมือ (in hand manipulation) ผู้ทดสอบบอกให้เด็ก “ใช้มือขวาหยิบหมุด 2 ตัว เสียบหมุดบนกระดาน ตามลำดับ ให้เร็วที่สุด” การทดสอบที่ 4 การย้ายหมุดโดยใช้อุปกรณ์ (คีม) (tool use) ผู้ทดสอบบอกให้เด็ก “ใช้มือขวาจับคีมคีบหมุดใส่กล่อง ตามลำดับให้เร็วที่สุด

การคิดคะแนน คะแนนที่ได้มาระยะเวลาที่ใช้ในการทดสอบ (วินาที) โดยจะแบ่งออกเป็นเวลาที่ใช้ในการย้ายหมุดโดยใช้มือเดียว เวลาที่ใช้ในการย้ายหมุดโดยใช้สองมือ เวลาที่ใช้ในการย้ายหมุดภายในมือ และเวลาที่ใช้ในการย้ายหมุดโดยใช้อุปกรณ์ (คีม)

2. แบบทดสอบการวัดความเร็วในการเขียน

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อทดสอบความเร็วในการเขียนจากแบบประเมินความสามารถด้านการเขียนพยัญชนะไทยของเนตรทราย ทองจำรัส (2553)⁷

วิธีการทดสอบ เริ่มการทดสอบโดยให้เด็กคัดลอกประโยค “โรงเรียนของเราอยู่ คุณครูใจดีทุกคน เด็ก ๆ ก็ไม่ชุกชน พวกเราทุกคนชอบไปโรงเรียน” ให้เวลาในการคัดลอก 1 นาที หากเด็กคัดลอกประโยคดังกล่าวเสร็จก่อนเวลาให้คัดลอกประโยคเดิมซ้ำอีกครั้ง

การคิดคะแนน คะแนนที่ได้มาจากจำนวนตัวอักษร รวมทั้งตัวพยัญชนะ สระและวรรณยุกต์ที่เขียนได้ใน 1 นาที โดยไม่นับตัวพยัญชนะ สระและวรรณยุกต์ที่ไม่สามารถอ่านออกได้ และปรับเปลี่ยนประเมินเพิ่มเติมโดยการใช้เด็กคัดประโยคในขนาดตัวอักษรครึ่งบรรทัด เนื่องจากเด็กนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ใช้การเขียนขนาดตัวอักษรครึ่งบรรทัดในการเรียนการสอน

ขั้นตอนการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เขียนโครงร่างวิจัย และนำเสนอโครงร่างวิจัย
2. ขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือและขอใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล
4. ทำเอกสารชี้แจงงานวิจัยถึงครูประจำชั้นและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยของตัวนักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน
5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรทั้งหมด โดยใช้เกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้
6. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ แปลผลข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัย



สถานที่ที่ใช้ในการทดสอบ

สถานที่ทดสอบเป็นห้องที่เงียบ ปราศจากสิ่งรบกวน มีโต๊ะและเก้าอี้ขนาดเหมาะสมกับเด็ก แสงสว่างเพียงพอ อยู่ภายในโรงเรียนเชียงใหม่คริสเตียน และโรงเรียนคำเที่ยงอนุสรณ์ จ.เชียงใหม่ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562–เดือนมกราคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียน

2. ใช้สถิติเชิงอ้างอิง ในการหาความสัมพันธ์ของความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียน โดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ของคะแนนรวมของความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและคะแนนของความเร็วในการเขียน และพิจารณาระดับนัยสำคัญความสัมพันธ์ตามระดับของ Cohen (1988)⁸

ผลการศึกษา

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนเชียงใหม่คริสเตียนและโรงเรียนคำเที่ยงอนุสรณ์ โรงเรียนละ 48 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 96 คน เป็นเพศชาย 48 คน เพศหญิง 48 คน โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีมือข้างถนัดเป็นมือขวาทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม	ระดับชั้น	n (คน)	อายุเฉลี่ย (ปี) $\bar{x} \pm S.D.$
1	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	32	9.69 ± 0.18
2	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	32	10.74 ± 0.18
3	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	32	11.70 ± 0.17
รวม		96	10.71 ± 0.84

ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการเขียนของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการทดสอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีรูปแบบการจับดินสอในระยะ mature grasp อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในระดับชั้น ป.4 และ ป.5 มีรูปแบบการจับดินสอในระยะ transition grips คือ static tripod grips ร้อยละ 18.8 และ 15.6 ตามลำดับ แต่ในระดับชั้น ป.6 เป็นรูปแบบการจับดินสอในระยะ mature grasp ทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการใช้มือซ้ายกดทับกระดาษระหว่างเขียนด้วยมือขวาตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อยึดกระดาษให้นิ่งขณะเขียน และมือขวาก็จับดินสออย่างมั่นคง ไม่ขยับเขยื้อนดินสอไปมา



นอกจากนี้ พบว่าขณะจับดินสอเขียนมีแรงกดเหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามเด็กในระดับชั้น ป.4-6 ที่มีแรงกดมากคิดเป็นร้อยละ 25.0, 15.6 และ 31.3 ตามลำดับ และเด็กระดับชั้น ป.4-6 ส่วนใหญ่มีท่าทางขณะเขียนเหมาะสม โดยมีท่าทางการเขียนไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 12.5, 12.5 และ 18.8 ตามลำดับ

การศึกษาความคล่องแคล่วในการทำงานของมือ โดยใช้แบบทดสอบความคล่องแคล่วในการทำงานของมือสำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี Children Dexterity Test (นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์ และคณะ, 2560)⁶ ซึ่งประกอบด้วย 4 แบบทดสอบย่อย คือ 1. การย้ายหมุดโดยใช้มือเดียว 2. การย้ายหมุดโดยใช้สองมือ 3. การย้ายหมุดภายในมือ และ 4. การย้ายหมุดโดยใช้อุปกรณ์ (คีม) บันทึกผลเป็นระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบ (วินาที) กล่าวคือเมื่อใช้เวลาในการทำแบบทดสอบน้อยแสดงว่ามีความคล่องแคล่วในการทำงานของมือมาก ในทางกลับกันเมื่อใช้เวลาในการทำแบบทดสอบมากแสดงว่ามีความคล่องแคล่วในการทำงานของมือน้อยนั่นเอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าความคล่องแคล่วในการทำงานของมือในแต่ละระดับชั้นมีค่าใกล้เคียงกัน และเมื่อวิเคราะห์ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน มีเพียงการย้ายหมุดโดยใช้สองมือที่สัมพันธ์กับอายุที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = -.323, p = .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคล่องแคล่วในการทำงานของมือ ทั้ง 4 การทดสอบย่อยของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

กลุ่ม	n	ความคล่องแคล่วในการทำงานของมือ (วินาที) $\bar{x} \pm S.D.$			
		การย้ายหมุดโดยใช้มือเดียว	การย้ายหมุดโดยใช้สองมือ	การย้ายหมุดภายในมือ	การย้ายหมุดโดยใช้อุปกรณ์ (คีม)
1	32	13.23 $\pm$ 1.35	15.73 $\pm$ 2.17	15.89 $\pm$ 1.88	11.84 $\pm$ 2.10
2	32	13.26 $\pm$ 1.42	14.98 $\pm$ 2.02	16.26 $\pm$ 2.12	11.62 $\pm$ 1.85
3	32	13.54 $\pm$ 1.52	14.09 $\pm$ 1.69	16.16 $\pm$ 1.90	11.48 $\pm$ 2.35
รวม	96	13.35 $\pm$ 1.42	14.93 $\pm$ 2.06	16.10 $\pm$ 1.95	11.65 $\pm$ 2.09

การศึกษาความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้แบบทดสอบความเร็วในการเขียนของประเมินความสามารถด้านการเขียนพยัญชนะไทยของเนตรทราย ทองจำรัส (2553)⁷ บันทึกผลเป็นจำนวนตัวอักษร รวมทั้งตัวพยัญชนะ สระและวรรณยุกต์ที่เขียนได้ใน 1 นาที ผลการศึกษาพบว่าความเร็วในการเขียนมีค่าเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุและระดับชั้นที่เพิ่มขึ้น โดยเมื่อทำการวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเร็วในการเขียนที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = .436, p = .001$) (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

กลุ่ม	n (คน)	ความเร็วในการเขียน (จำนวนตัวอักษร/นาที)		
		Min	Max	$\bar{x} \pm S.D.$
1	32	51.0	109.0	80.75 ± 15.88
2	32	56.0	115.0	87.94 ± 16.38
3	32	67.0	142.0	102.31 ± 16.68
รวม	96	51.0	142.0	90.33 ± 18.49

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ผลการศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) พบว่าความคล่องแคล่วในการทำงานของมือที่ประกอบด้วย 4 การทดสอบย่อยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเร็วในการเขียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

การตรวจ ประเมิน		ความคล่องแคล่วในการทำงานของมือ			
		การย้ายหมุดโดยใช้มือเดียว	การย้ายหมุดโดยใช้สองมือ	การย้ายหมุดภายในมือ	การย้ายหมุดโดยใช้อุปกรณ์ (คีม)
ความเร็วในการเขียน	r	-.202*	-.465**	-.305**	-.348**
	p	.048	.001	.002	.001

**มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนเชียงใหม่คริสเตียน จำนวน 48 คน และโรงเรียนคำเที่ยงอนุสรณ์ จำนวน 48 คน รวมในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 96 คน เป็นเพศชาย 48 คน เพศหญิง 48 คน ผลการศึกษาความคล่องแคล่วในการทำงานของมือของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่ามีเพียงการย้ายหมุดโดยใช้สองมือที่มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นอย่าง



มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนิ เสถียรศักดิ์พงศ์ และคณะ (2560)⁶ ที่ได้ทำการพัฒนาแบบทดสอบความคล่องแคล่วในการทำงานของมือสำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ในการศึกษาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยการเปรียบเทียบค่าความคล่องแคล่วในการทำงานของมือระหว่างอายุ พบว่าค่าความคล่องแคล่วในการทำงานของมือเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Omar et al. (2018)⁹ ที่ได้ศึกษากำลึงปีมือและความคล่องแคล่วในการทำงานของมือในเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 525 คน พบว่าความคล่องแคล่วในการทำงานของมือเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า การย้ายหมุดโดยใช้มือเดียว การย้ายหมุดภายในมือ และการย้ายหมุดโดยใช้อุปกรณ์ (คีม) ล้วนไม่มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งสิ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าคือ การศึกษาของนันทนิ เสถียรศักดิ์พงศ์ และคณะ (2560)⁶ รวมถึงการศึกษาของ Omar et al. (2018)⁹ ซึ่งความคล่องแคล่วในการทำงานของมือนั้นเป็นทักษะพื้นฐานการเขียนที่จะเป็นพื้นฐานไปสู่ทักษะการเขียนของเด็ก³ นั่นคือความคล่องแคล่วในการทำงานของมือเป็นทักษะพื้นฐานที่ไม่ได้มีความซับซ้อนและอาจมีผลของปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น แรงจูงใจ เสียงพูดคุยบริเวณใกล้เคียงห้องที่ทำการทดสอบ ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเสียสมาธิและกระทบต่อเวลาที่ใช้ในการทดสอบ อีกทั้งในการศึกษารั้งนี้ก็มีกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไปซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างไม่มากพอที่จะทำให้เห็นความแตกต่างกันของค่าความคล่องแคล่วในการทำงานของมือในช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น การศึกษารั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและถ้าเป็นไปได้ควรทดสอบในห้องที่เงียบ ทั้งนี้เพื่อควบคุมปัจจัยด้านเสียงที่อาจรบกวนการทดสอบ

การศึกษาความเร็วในการเขียนของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในครั้งนี้พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเร็วในการเขียนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Simons (2014)¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน Detailed Assessment of Speed of Handwriting ในเด็กอายุ 9-16 ปี จำนวน 1163 คน พบว่าอายุและเพศมีผลต่อความเร็วในการเขียนอย่างมีนัยสำคัญ โดยความเร็วในการเขียนเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุเพิ่มขึ้นนั่นเอง รวมทั้งในการศึกษาของ อลิษา นันทา (2560)¹¹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเร็วในการเขียนอักษรไทยและอักษรอังกฤษของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 พบว่าความเร็วในการเขียนมีแนวโน้มมากขึ้นตามลำดับอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากระดับชั้นของการศึกษาที่เพิ่มขึ้นทำให้งานด้านการเขียนของเด็กมีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้นทั้งในเรื่องของปริมาณและคุณภาพงานที่ได้รับมอบหมาย จึงทำให้เห็นว่าความเร็วในการเขียนของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นตามระดับชั้นที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคล่องแคล่วในการทำงานของมือและความเร็วในการเขียนในกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่า ทั้ง 4 แบบทดสอบย่อยของความคล่องแคล่วในการทำงานของมือมีความสัมพันธ์กับความเร็วในการเขียนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tseng and Chow (2000)⁵ ที่ได้ศึกษาความแตกต่างของการวัดการรับรู้การเคลื่อนไหวและการคงช่วงความสนใจระหว่างเด็กที่มีความเร็วในการเขียนล่าช้าและเด็กที่มีความเร็วในการเขียนปกติ โดยศึกษาในเด็กนักเรียนอายุ 7-11 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาของไต้หวัน พบว่าความเร็วและความคล่องแคล่วในการทำงานของแขนและมือมีบทบาทสำคัญต่อเด็กนักเรียนที่มีความเร็วในการเขียนปกติ รวมทั้งจาก



การศึกษาของ Klein et al. (2011)¹² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการทำงานของกล้ามเนื้อมัดเล็ก การมองเห็นและการเคลื่อนไหว การรับรู้จากการมองเห็น และการเขียนที่อ่านออกได้งานและความเร็วในการเขียน ซึ่งศึกษาในเด็กชั้น ป.3-6 จำนวน 99 คน พบว่า ความเร็วและความคล่องแคล่วในการทำงานของมือมีความสัมพันธ์กับความเร็วในการเขียนในระยะใกล้ ($r = .42, p \leq .01$) และความเร็วและความคล่องแคล่วในการทำงานของมือมีความสัมพันธ์กับความเร็วในการเขียนในระยะไกล ($r = .29, p \leq .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้คือ ความคล่องแคล่วในการทำงานของมือมีความสัมพันธ์กับความเร็วในการเขียนในระยะไกลอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาจะเห็นว่าความเร็วในการเขียนมีความสัมพันธ์กับการย้ายหมุดโดยใช้สองมือมากที่สุด เนื่องจากกิจกรรมการเขียนเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้สองมือในการทำงานร่วมกัน จากการบันทึกพฤติกรรมของการเขียนของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้มือข้างถนัดในการจับดินสอเพื่อเขียนและใช้มืออีกข้างกดยัดกระดาษตลอดเวลาเพื่อให้เกิดความมั่นคงขณะเขียน จึงเห็นได้ว่าการเขียนมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานโดยใช้สองมือนั่นเอง และความเร็วในการเขียนยังมีความสัมพันธ์กับการย้ายหมุดโดยใช้อุปกรณ์ (คีม) เป็นลำดับต่อมา เนื่องจากกิจกรรมการเขียนเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้มือในการจับอุปกรณ์ คือดินสอ ดังนั้น กิจกรรมการเขียนจึงมีความเกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์ด้วยเช่นกัน ลำดับต่อมาคือ ความเร็วในการเขียนมีความสัมพันธ์กับการย้ายหมุดภายในมือ ซึ่งกิจกรรมการเขียนก็จะมีความเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายวัตถุในมือด้วยเหมือนกัน ไม่ว่าจะเป็นการขยับหรือปรับตำแหน่งของดินสอในมือเพื่อให้อยู่ในตำแหน่งที่เขียนได้ถนัด หรือการหมุนดินสอเพื่อนำปลายที่อยู่บริเวณปลายดินสออีกด้านมาใช้¹³ และสำหรับส่วนที่มีความสัมพันธ์กับความเร็วในการเขียนน้อยที่สุด คือการย้ายหมุดโดยใช้มือเดียว เนื่องจากในกิจกรรมการเขียนก็ต้องมีการใช้มือข้างถนัดในการเอื้อมหยิบจับอุปกรณ์ที่ใช้ในการเขียนด้วย เช่น การเอื้อมหยิบจับดินสอหรือยางลบขณะทำกิจกรรม ดังนั้นจึงเห็นว่ามีมีความสัมพันธ์กับการเขียนด้วยเช่นกัน

การเขียนที่เร็วขึ้นนั้นนอกจากจะต้องอาศัยความคล่องแคล่วในการทำงานของมือแล้วนั้น อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเร็วในการเขียนร่วมด้วย เช่น การจัดท่าทางการเขียน (posture) การเขียนที่อ่านออกได้ง่าย (legibility) อาการปวดและล้าของนิ้วมือ (pain and fatigue) การมีทักษะการรับรู้จากการมองเห็นที่ดี (visual perception skill) และประสบการณ์การเขียน โดยในการศึกษานี้ได้มีการบันทึกพฤติกรรมของการเขียนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมของการเขียนที่คล้ายคลึงกัน (ดังแสดงในภาพที่ 4) คือ มีการจัดท่าทางการเขียนได้อย่างเหมาะสม ขณะนั่งลำตัวตั้งตรง จับดินสอได้มั่นคงมีแรงกดขณะจับดินสอเขียนเหมาะสม มีการยัดกระดาษไว้ตลอดเวลาขณะเขียนเพื่อให้เกิดความมั่นคง นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาธิ ความจำ โดยเด็กที่มีสมาธิจดจ่อกับการเขียนย่อมเขียนได้เร็วกว่าเด็กที่หันเหความสนใจไปจุดอื่นขณะเขียน หรือในเด็กที่สามารถจำประโยคหรือคำได้ ย่อมเขียนได้เร็วกว่าเด็กที่เขียนทีละตัวอักษรสลับกับการดูประโยคตัวอย่าง และในการทดสอบนี้มีการจัดพื้นที่นั่งรอสำหรับเด็กที่รอทดสอบไว้บริเวณท้ายห้องซึ่งอยู่ห่างจากเด็กที่กำลังทดสอบ จัดตำแหน่ง ความสูงของโต๊ะและเก้าอี้ที่เหมาะสมกับผู้ทดสอบ รวมทั้งให้เด็กอ่านประโยคก่อนที่จะทำการทดสอบความเร็วในการเขียน



ปัญหาเรื่องความเร็วในการเขียนเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ควรศึกษานักกิจกรรมบำบัด และจากผล การศึกษานี้ช่วยให้นักกิจกรรมบำบัดตระหนักถึงความสำคัญของความคล่องแคล่วในการทำงานของมือที่อาจ ส่งผลต่อปัญหาความเร็วในการเขียน ดังนั้นนักกิจกรรมบำบัดจึงควรที่จะตรวจประเมินความคล่องแคล่วใน การทำงานของมือและให้กิจกรรมเพื่อส่งเสริมความคล่องแคล่วในการทำงานของมือต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น เด็กที่มีความบกพร่อง ทางการเรียนรู้ เด็กสมาธิสั้น
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเร็วในการเขียนกับปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความเร็วในการเขียน ของเด็กเพิ่มเติม เช่น สหสัมพันธ์การเคลื่อนไหวของมือทั้งสองข้าง

เอกสารอ้างอิง

1. Sartorio, F., Bravini, E., Vercelli, S., Ferriero, G., Plebani, G., Foti, C., & Franchignoni, F. The Functional Dexterity Test: Test-retest reliability analysis and up-to date reference norms. *Journal of Hand Therapy*, 2013; 26(1), 62-68. Doi:10.1016/j.jht.2012.08.001.
2. เบญจรัตน์ นุชนาฏ. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี. กรุงเทพฯ: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็ก และครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
3. Bruni, M. Fine Motor Skills for Children with Down Syndrome. Woodbine House, Bethesda, MD., 2006.
4. Amundson, S. Prewriting and handwriting skills. In J. Case-Smith (Ed.), *Occupational therapy for children* (5th ed., pp. 587-614). St Louis: Elsevier, MO: Mosby Elsevier, 2005.
5. Tseng, M. H., & Chow, S. M. K. Perceptual-motor function of school-age children with slow handwriting speed. *American Journal of Occupational Therapy*, 2000; 54(1), 83–88. Doi: 10.5014/ajot.54.1.83.
6. นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, อธิภัทร์ ปัญญานนท์, และ ดารานี สาสัจย์. การพัฒนาแบบทดสอบความคล่องแคล่ว ในการทำงานของมือสำหรับเด็กวัยเรียน. งานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ ปี 2559 คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2560.
7. เนตรทราย ทองจำรัส. ความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นแบบวัดซ้ำของแบบประเมินความสามารถด้าน การเขียนพยัญชนะไทย. ภาควิชาวิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.
8. Cohen, J. W. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.



9. Omar, M. T. A., Alghadir, A. H., Zafar, H., & Al Baker, S. Hand grip strength and dexterity function in children aged 6-12 years: A cross-sectional study. *Journal of Hand Therapy*, 2018; 31(1), 93-101. Doi:10.1016/j.jht.2017.02.004.
10. Simons, J. Reliability of the Detailed Assessment of Speed of Handwriting on Flemish Children. *Pediatric Physical Therapy*, 2014; 26(3), 318-324. Doi:10.1097/PEP. 0000000000000050.
11. อลิษา นันทา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเร็วในการเขียนอักษรไทยและอักษรอังกฤษของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3. ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2560.
12. Klein, S., Guiltner, V., Sollereder, P., & Cui, Y. Relationships Between Fine-Motor, Visual-Motor, and Visual Perception Scores and Handwriting Legibility and Speed. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 2011; 31(1), 103-114. Doi:10.3109/01942 638.2010.541753.
13. ศศิธร สังข์อู่. พัฒนาการและความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตในวัยเรียน. เอกสารประกอบการสอน กระบวนวิชา 513114. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2559.



การฟื้นฟูสมรรถภาพภาวะเครือข่ายเส้นประสาทแขนขาดเจ็บจากการผูกมัด
ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว: รายงานผู้ป่วย 4 ราย

Rehabilitation brachial plexus injury of aggression behavior psychiatric patients:
a report of four cases

สุนิศา เจือหนองแขวง*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ราย ที่มาด้วยการอ่อนแรงของแขน ซึ่งเป็นผลมาจากการผูกมัด ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท brachial plexus ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการออกกำลังกายโดยผู้อื่นและออกกำลังกายด้วยตนเองทุกคน ซึ่ง 3 ใน 4 รายสามารถหายเป็นปกติ

คำสำคัญ : ภาวะเครือข่ายเส้นประสาทแขนขาดเจ็บ การผูกมัด ผู้ป่วยจิตเวช การฟื้นฟูสมรรถภาพ

Abstract

The objective of this study was to report the rehabilitation brachial plexus injury of aggression behavior psychiatric four patients from physical restrained. Each of these patients was treated by rehabilitation program which involves two important mean: passive and active exercise. The results show that three of four patients have had full recovery.

Keywords : Brachial plexus injury, Physical restrain, Psychiatric patient, Rehabilitation

*นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



บทนำ (Introduction)

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาหลักที่พบในโรงพยาบาลจิตเวช และมีแนวโน้มสูงขึ้น¹ โดยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชเป็นภาวะเร่งด่วนที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างทันด่วนที่ก่อนที่จะลุกลามไปถึงขั้นเกิด ความรุนแรงเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง คนรอบข้างและทรัพย์สิน พบอุบัติการณ์ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 14 ลักษณะการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช แสดงออกได้ทั้งทางคำพูดและ การกระทำเช่น ตะโกนส่งเสียงดัง ช่มชู้ ว่ากล่าวคนอื่น ดุด่าหยาบคาย ตบตี ชกต่อยคนอื่น ขว้างปาสิ่งของ ฉีกเสื้อผ้า ขีดเขียนผนังห้อง หรือทำร้ายตนเองโดยการดิ่งเส้นผม หยิกข่วนตนเอง โขกศีรษะกับพื้น การจัดการ กับพฤติกรรมก้าวร้าวมีทั้งการพูดคุย การให้ยา การผูกมัด การใช้ห้องแยกและการลดสิ่งกระตุ้น²

การผูกมัดร่างกาย (physical restraints) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้สำหรับจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น¹ และจากการศึกษาของ Stewart, Bowers, Ryan และ Tziggili ในปี 2009 (อ้างใน³) ที่ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดจากฐานข้อมูลประเทศอังกฤษ ตั้งแต่ปี 1960-2009 พบว่า มีการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่มากกว่า 5 ครั้งต่อเดือน นอกจากนี้ใน การสำรวจงานวิจัยในปี 2004 พบว่าการใช้ผ้าผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในจำนวน 1,266 ราย ที่โรงพยาบาลในเขตตะวันออกของรัฐวอชิงตัน พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 8 ได้รับการผูกมัดและมีการใช้การผูกมัด จำนวน 603 ครั้งใน 1 ปี ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก (Hendryx, Trusevich, Coyle, Short & Roll, 2010 อ้างใน³) ในประเทศไทยมีข้อมูลจากเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้ป่วย ได้รับการผูกมัดถึงร้อยละ 10⁴ ซึ่งการผูกมัดร่างกายอาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บ (injury and physical restraint) พบว่ามีการบาดเจ็บอยู่ 2 ประเภท ประเภทแรกเป็นการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรงจากแรงกด ของอุปกรณ์ที่ใช้ผูกมัดรวมทั้งรอยขีด รอยถลอก หรือแผลที่ผิวหนัง ประเภทที่สองเป็นการบาดเจ็บทางอ้อม หรือผลข้างเคียงจากการผูกมัด ซึ่งเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการที่บุคคลไม่ได้เคลื่อนไหว การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม และไม่ได้จำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งรวมทั้งมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นมีรายละเอียดดังนี้⁵ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้นประกอบด้วย

1) การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีข้อมูลค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับ อุบัติการณ์ (prevalence) ของการบาดเจ็บที่เกิดจากการผูกมัดโดยตรง มีเพียงการศึกษารายกรณีดังนี้

1.1) การบาดเจ็บของเส้นประสาท (nerve injury) มักเกิดจากการถูกผูกมัดข้อมือและลำตัว ในผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงที่ยกหัวสูงและแรงดึงของอุปกรณ์ที่ใช้ผูกมัดข้อมือ ทำให้ลำตัวดันเข้าไปในรักแร้ ส่งผลให้เกิดแรงกดไปที่เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงลำแขนส่วนปลาย (brachial plexus)

1.2) การบาดเจ็บจากการขาดเลือด (ischemic injury) การผูกมัดมือทั้ง 2 ข้างร่วมกับการ ผูกมัดบริเวณสะโพกด้วยเข็มขัดหนานานเกิน 48 ชั่วโมง จะทำให้เกิดแรงต้านจนเกิดการหดเกร็งและเกิดการ ขาดเลือดของกล้ามเนื้อ 2 ข้าง

1.3) อาการหายใจลำบาก (asphyxiation) การผูกมัดร่างกายมีความเชื่อมโยงของการ หายใจลำบากคือ ทำให้มีอาการหายใจลำบากในขณะที่ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น แขน ขา ห้อยอยู่กับ อุปกรณ์ที่ใช้ผูกมัดหรือผู้ป่วยบางคนพยายามปีนลงจากเตียงหรือเก้าอี้

1.4) การเสียชีวิตอย่างฉับพลัน (sudden death) พบว่าการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน ภายหลังจากการถูกผูกมัดเป็นระยะเวลานาน แล้วผู้ป่วยตื่นรนต่อสู้เพื่อให้หลุดจากการถูกผูกมัด

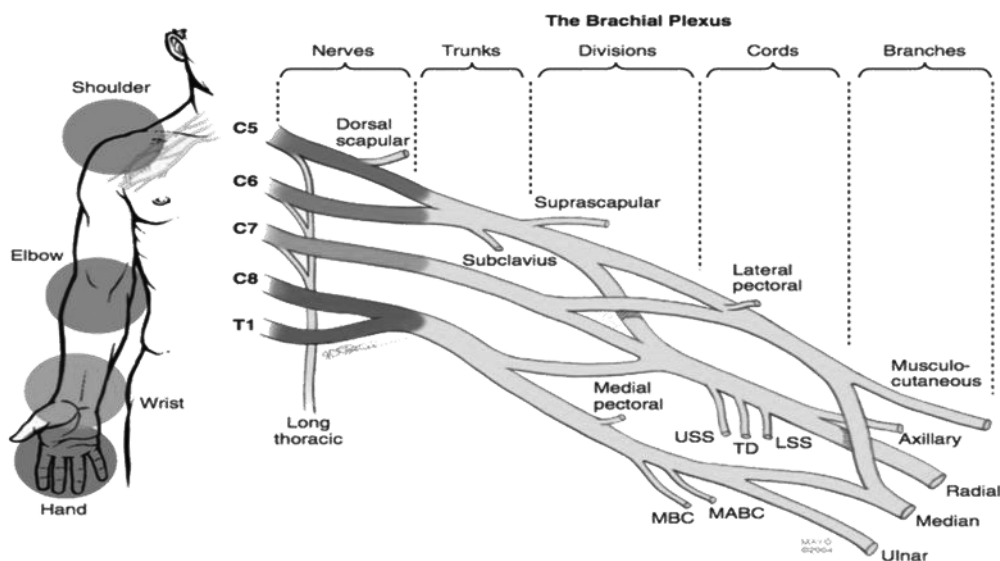
1.5) การเสียชีวิต (death) จากการสำรวจรายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วยในหน่วยงานของรัฐ และสถานบริการสุขภาพในท้องถิ่น พบว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวนมากที่เชื่อมโยงกับการใช้อุปกรณ์ผูกมัด แต่อย่างไรก็ตามรายงานเหล่านี้ไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับความถี่ของการเสียชีวิตดังกล่าว

2) การบาดเจ็บทางอ้อม (indirect injury) พบว่าการบาดเจ็บทางอ้อมจำนวนมากมีความเชื่อมโยงกับการใช้อุปกรณ์การผูกมัด เช่น การพลัดหกล้ม ระยะเวลาต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นแต่อย่างไรก็ตามก็เป็นการยากที่จะแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างอุปกรณ์การผูกมัดและชนิดของการบาดเจ็บ

วิธีการศึกษา (methods)

การศึกษาในครั้งนี้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บของเส้นประสาทเบรเคียลส่วนปลาย (brachial plexus injury) ที่เป็นผลกระทบหนึ่งจากการผูกมัดผู้ป่วย จึงได้ทบทวนกายวิภาค อาการ อาการแสดง การตรวจและการประเมินการบาดเจ็บของปลายประสาทพอสังเขป ดังนี้

Brachial plexus เป็นแผงเส้นประสาทที่ต่อออกมาจากรากประสาทระดับ C5 จนถึง T1 ในบางคนอาจมีรากประสาท C4 หรือ T2 มารวมด้วย brachial plexus จะมีการเปลี่ยนทิศทาง รวมและแยกกันไปเป็น peripheral nerve ในที่สุด แบ่งออกเป็นช่วงๆ ไล่จากส่วนต้นไปส่วนปลายคือ root level, trunk level, division level, cord level และ peripheral nerve level (ภาพที่ 1) หากพิจารณาตามกระดูกไหปลาร้าก็อาจแบ่งเป็น supra-clavicular retro-clavicular และ infra-clavicular แขนงใหญ่สำคัญของ brachial plexus ที่สำคัญมีดังนี้⁶



ภาพที่ 1 ภาพวาด brachial plexus



Axillary nerve แยกออกมาจาก posterior cord ในบริเวณใต้ต่อไหปลาร้าจากนั้นจะทอดไปทางด้านหลังบริเวณรักแร้ ผ่าน quadrangular space ไปคู่กับหลอดเลือด posterior humeral circumflex เลี้ยงกล้ามเนื้อ teres minor และ deltoid และมีแขนงเลี้ยงผิวหนังบริเวณด้านข้างของไหล่ มาจากรากประสาท C5 เป็นส่วนใหญ่

Musculocutaneous nerve แยกออกมาจาก lateral cord มาจากรากประสาท C6 เป็นส่วนใหญ่ เลี้ยงกล้ามเนื้อ biceps brachii และ brachialis ในระดับกลางต้นแขน จากนั้นจะทอดใต้ต่อ กล้ามเนื้อ biceps brachii และออกมาด้าน lateral ต่อ biceps tendon ในระดับข้อศอก ส่วนปลายเป็นเส้นประสาทรับความรู้สึกที่บริเวณด้าน lateral ของแขน เรียกชื่อว่า lateral antebrachial cutaneous nerve มีข้อสังเกตว่าเส้นประสาทเส้นนี้ทำหน้าที่ทั้งส่งงานกล้ามเนื้อและรับความรู้สึกที่ผิวหนังจึงมีชื่อว่า musculocutaneous nerve

Median nerve เกิดจากการรวมกันของแขนง lateral cord และ medial cord ของ brachial plexus ในบริเวณรักแร้ซึ่งมาจากรากประสาทคอ (cervical root) ระดับ C6, C7, C8 และ T1 ในบริเวณต้นแขน median nerve ไม่มีแขนงเลี้ยงกล้ามเนื้อหรือผิวหนัง และทอดยาวอยู่กับ brachial artery เมื่อถึงข้อศอก median nerve จะให้แขนงแรกเลี้ยงกล้ามเนื้อ pronator teres และลอดผ่านกล้ามเนื้อมัดนี้ จากนั้นจะให้แขนงเลี้ยงกล้ามเนื้อ flexor carpiradialis (FCR) palmaris longus (PL) flexor digitorum superficialis (FDS) จากนั้น median nerve ให้แขนงชื่อ anterior interosseous nerve ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ไม่มีแขนงเลี้ยงผิวหนัง เลี้ยงแต่กล้ามเนื้อ 3 มัด ได้แก่ flexor digitorum profundus (FDP) ของนิ้วชี้และนิ้วกลาง flexor pollicis longus (FPL) ของนิ้วโป้ง และ pronator quadratus (PQ)

Ulnar nerve แยกออกมาจาก medial cord ของ brachial plexus ในบริเวณรักแร้ซึ่งมาจากรากประสาทคอ (cervical root) ระดับ C8 และ T1 ในบริเวณต้นแขน ulnar nerve ไม่มีแขนงเลี้ยงกล้ามเนื้อหรือผิวหนัง และทอดยาวอยู่กับ brachial artery ทางด้านใน เมื่อถึงข้อศอก ulnar nerve จะผ่านเข้าไปใน cubital tunnel ทางด้านหลังต่อ medial epicondyle แล้วให้แขนงแรกเลี้ยงกล้ามเนื้อ flexor carpi ulnaris (FCU) จากนั้นลอดผ่านแผ่นเยื่อ (septum) ระหว่างจุดเริ่มต้นของ FDS กับ FCU แล้วให้แขนงเลี้ยงกล้ามเนื้อ flexor digitorum profundus (FDP) ของนิ้วนางและนิ้วก้อย (และนิ้วกลางในผู้ป่วยบางราย) Ulnar nerve เมื่อถึงข้อมือจะลอดเข้าไปใน ulnar tunnel หรือเรียกอีกชื่อว่า Guyon's canal ในบริเวณนี้ ulnar nerve แยกออกเป็น 2 แขนง คือ แขนงรับความรู้สึก (sensory branch) และแขนงส่งงานกล้ามเนื้อ (motor branch) แขนงรับความรู้สึก จะทำหน้าที่รับความรู้สึกทางด้านล่างของนิ้วก้อยและนิ้วนางทางด้าน ulnar ครึ่งนิ้วส่วนแขนงส่งงานกล้ามเนื้อจะทำหน้าที่ส่งงานกล้ามเนื้อในมือเกือบทั้งหมด ได้แก่ hypothenar muscle 3 มัด interosseous muscle 7 มัด lumbrical ของนิ้วนางและนิ้วก้อย และ adductor pollicis

Radial nerve แยกออกมาจาก posterior cord ของ brachial plexus ในบริเวณรักแร้ ซึ่งมาจากรากประสาท (cervical root) ระดับ C5, C6, C7 และ C8 ในบริเวณรักแร้หลังแยกออกมาจาก posterior cord นั้น radial nerve มีแขนงเลี้ยงกล้ามเนื้อ triceps และผิวหนังทางด้านหลังของต้นแขน จากนั้นจะทอดยาวอยู่คู่กับ profunda humeral artery โดยพันเป็นเกลียวอยู่รอบกระดูก humerus ในร่อง spiral groove



หรือ radial groove เมื่อถึงเหนือข้อศอก radial nerve จะอยู่ด้านนอกระหว่างกล้ามเนื้อ brachialis และ brachioradialis แล้วให้แขนเฉียงกล้ามเนื้อทั้งสองรวมทั้งกล้ามเนื้อ extensor carpi radialis longus (ECRL) เมื่อถึงข้อศอก radial nerve จะแบ่งเป็นสองแขนงคือ superficial branch และ deep branch แขนงที่เฉียงกล้ามเนื้อ extensor carpi radialis brevis (ECRB) อาจแยกออกจาก main radial nerve หรือ deep branch หรือ superficial branch ก็ได้ superficial branch จะทอดยาวไปพบกับ radial artery อยู่คู่กันไปทางด้านนอกของแขนจนถึงข้อมือและเฉียงผิวหนังบริเวณ dorsal radial ของมือ ส่วน deep branch หรือเรียกอีกชื่อว่า posterior interosseous nerve (PIN) จะรอดใต้กล้ามเนื้อ supinator ซึ่งขอบทางส่วนต้นของกล้ามเนื้อจะหนาตัวเป็นวงโค้งเรียกว่า arcade of Froese เมื่อ PIN ลอดผ่านขอบทางส่วนปลายของกล้ามเนื้อ supinator จะวางอยู่บน interosseous membrane PIN

อาการ อาการแสดง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของข่ายประสาทแขนส่วนใหญ่ มักเกิดกับเส้นประสาทระดับ C5, C6 ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถงอศอกได้ยกแขนไม่ได้ส่วนมากเป็นข้างใดข้างหนึ่งในกรณีที่มีการบาดเจ็บของระดับ C7 ร่วมด้วยจะมีอาการแสดงสำคัญ คือไม่สามารถกระดกข้อมือขึ้นได้ (wrist drop) ในบางรายจะไม่สามารถเหยียดนิ้วแบมือได้ ในกรณีที่เป็นการบาดเจ็บทั้งหมด ผู้ป่วยจะไม่สามารถเคลื่อนไหวของแขนทั้งข้างได้ (total paralysis of upper extremity)⁷

การตรวจ motor power ของ cervical nerve root

cervical nerve root จะเฉียงกล้ามเนื้อบริเวณคอและกล้ามเนื้อของแขน ซึ่งการตรวจ กล้ามเนื้อแต่ละมัด (manual muscle testing) จะบ่งบอกถึงการทำงานของเส้นประสาทดังต่อไปนี้⁸

- Trapezius เลี้ยงโดย spinal accessory nerve ซึ่งมาจาก cranial nerve XI และ spinal nerve root บางส่วน

วิธีการตรวจโดยให้ผู้ป่วยนั่ง แล้วยกไหล่ขึ้น แล้วผู้ตรวจกดไหล่ทั้งสองข้าง

- Deltoid เลี้ยงโดย axillary nerve ซึ่งมาจาก nerve root C5

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยนั่งกางไหล่ (abduction ของ shoulder) ขึ้น ผู้ตรวจกดแขนผู้ป่วยลง

- Biceps เลี้ยงโดย musculocutaneous nerve มาจาก nerve root C5 และ C6

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยงอข้อศอก (flexion elbow) ในท่า supination ของ foramen แล้วต้านแรงผู้ตรวจ

- Triceps เลี้ยงโดย radial nerve ที่มาจาก nerve root C7

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยเหยียดข้อศอก (extension elbow) ต้านแรงกับผู้ตรวจ

- Brachioradialis เลี้ยงโดย radial nerve ที่มาจาก nerve root C5 และ C6 (nerve root หลักคือ C6)

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยงอข้อศอก ให้ foramen อยู่ในท่า neutral ต้านแรงกับผู้ตรวจ



- wrist extensors กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่กระดูกข้อมือขึ้น (dorsiflexion) คือ extensors carpi radialis brevis (ECRB), extensors carpi radialis longus (ECRL) และ extensor carpi radialis ulnaris (ECU) กล้ามเนื้อ ECRB และ ECRL เลี้ยงโดย radial nerve ที่มาจาก nerve root หลักคือ C6 ส่วนกล้ามเนื้อ ECU เลี้ยงโดยส่วนของ radial nerve ที่มาจาก nerve root C7

วิธีการตรวจ โดยทั่วไปเรามักจะตรวจกล้ามเนื้อ wrist extensors โดยรวม ซึ่งจะบ่งบอกถึงการทำงานของ nerve root C6 โดยให้ผู้ป่วยกระดูกข้อมือขึ้น แล้วต้านแรงกับผู้ตรวจ แต่ Neurological ถ้าต้องการตรวจกล้ามเนื้อเฉพาะ ECRB และ ECRL ผู้ตรวจจะต้องออกแรงต้านทางด้าน radial แต่ถ้าต้องการตรวจ ECU ผู้ตรวจจะต้องออกแรงต้านทางด้าน ulna

- wrist flexors กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่กระดูกข้อมือลง (volar flexion) คือกล้ามเนื้อ flexor carpi radialis (FCR) และ flexor carpi ulnaris (FCU) กล้ามเนื้อ FCR ถูกเลี้ยงโดย median nerve ที่มาจาก nerve root C7 กล้ามเนื้อ FCU ถูกเลี้ยงโดย ulnar nerve ที่มาจาก nerve root C8

วิธีการตรวจ โดยทั่วไปเรามักตรวจกล้ามเนื้อ wrist flexor ทั้งหมด ซึ่งจะบ่งบอกถึงการทำงานของ nerve root C7 โดยให้ผู้ป่วยทำ volar flexion ของ wrist แล้วต้านแรงกับผู้ป่วย ถ้าต้องการตรวจเฉพาะ FCR ผู้ตรวจออกแรงต้านทางด้าน radial side ถ้าต้องการตรวจเฉพาะ FCU ผู้ตรวจออกแรงต้านทางด้าน ulnar side

- Finger flexors เป็นการทำงานของ Flexor digitorum sublimis (FDS) และ flexor digitorum profundus (FDP) ซึ่งถูกเลี้ยงโดย median nerve และ ulnar nerve ที่มาจาก nerve root C8

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยงอนิ้วแล้วต้านแรงกับผู้ตรวจ

- Intrinsic muscles of hand มีหน้าที่หลักในการ abduction และ adduction ของนิ้วมือ กล้ามเนื้อถูกเลี้ยงโดย ulnar nerve ซึ่งมาจาก nerve root ที่สำคัญคือ T1

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยกางนิ้วออก แล้วผู้ตรวจออกแรงต้านทางด้านนิ้วชี้หรือทางด้านนิ้วก้อยของผู้ป่วย ดังนั้นจึงสามารถสรุปการตรวจ motor power ของ cervical nerve root ได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 motor ของ cervical nerve root ต่าง ๆ

Nerve root	Motor
C5	deltoid, biceps brachii, brachioradialis
C6	biceps brachii, ECRB, ECRL
C7	triceps brachii, FCR, EDC
C8	FDS, FDP, hand intrinsics
T1	dorsal & volar interossei

การประเมิน (assessment) อาการบาดเจ็บของเส้นประสาทในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือดี เน้นการตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) ในปัจจุบันใช้ Grading ตาม Medical Research Council ⁹ ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 The Medical Research Council grading of muscle power

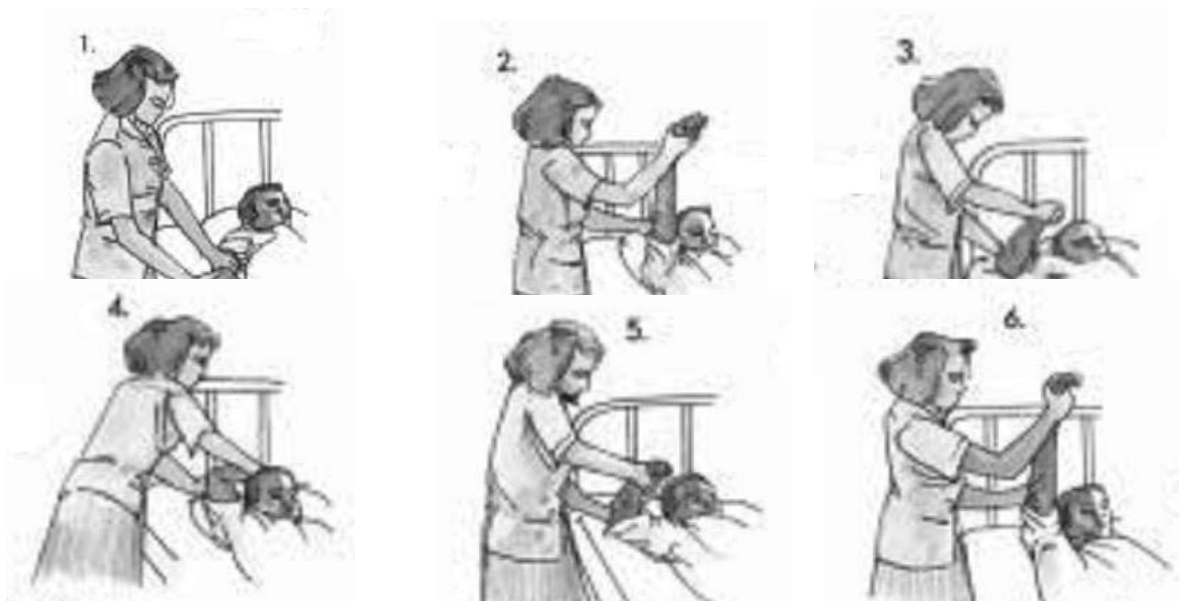
Grade	Muscle power
5	กำลังของกล้ามเนื้อปกติ
4	กำลังของกล้ามเนื้อสามารถต้านแรงโน้มถ่วงและแรงของผู้ตรวจได้ แต่ไม่ปกติ
3	กำลังของกล้ามเนื้อสามารถต้านแรงโน้มถ่วงแต่ไม่สามารถต้านแรงของผู้ตรวจได้
2	สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อในแนวราบ ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วง
1	สามารถมองเห็นการหดตัวของกล้ามเนื้อแต่ไม่มีการเคลื่อนไหว
0	ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาทสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท ดังนี้¹⁰

1) การออกกำลังโดยผู้อื่น (passive exercise) ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในระยะแรกจะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่อ่อนแรงนั้นได้เลย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือให้เกิดการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนนั้น เพื่อป้องกันการติดยึดของข้อและการหดรั้งของกล้ามเนื้อ ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของญาติและผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว การเคลื่อนไหวข้อต่อที่ถูกต้องจะสามารถป้องกันการยึดติดของข้อและป้องกันผลแทรกซ้อนเพิ่มเติมได้ดังต่อไปนี้

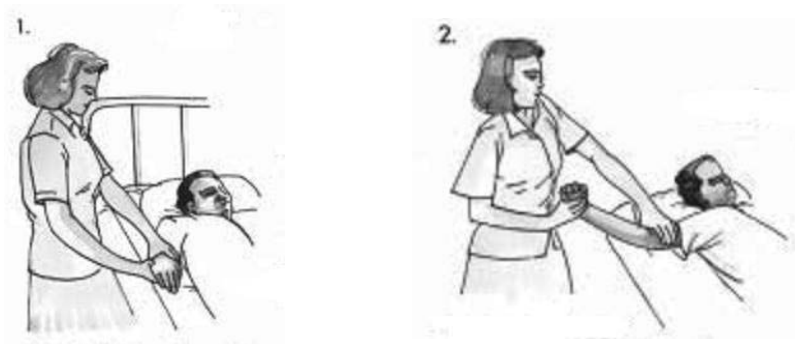
1.1) การยกแขนขึ้น-ลง (shoulder flexion-extension)

จับข้อมือและข้อศอกผู้ป่วยพยายามยกแขนผู้ป่วยให้ชิดใบหน้าจนเหนือศีรษะพร้อมทั้งกระดกข้อมือขึ้นค้างไว้เล็กน้อย เพื่อยืดเอ็นกล้ามเนื้อทั้งหมด และค่อย ๆ วางลง ตามลำดับ 1-6



1.2) การกางแขนออกและหุบแขนเข้า (shoulder abduction - adduction)

จับข้อมือและข้อศอกผู้ป่วย กางแขนผู้ป่วยออก ยกแขนผู้ป่วยขึ้นจนถึงเหนือศีรษะ และค่อย ๆ หุบแขนลง ตามลำดับ 1-2



1.3) การงอ-เหยียดศอก (elbow flexion - extension)

โดยจับที่ข้อมือและข้อศอกเหยียดออกและงอเข้า



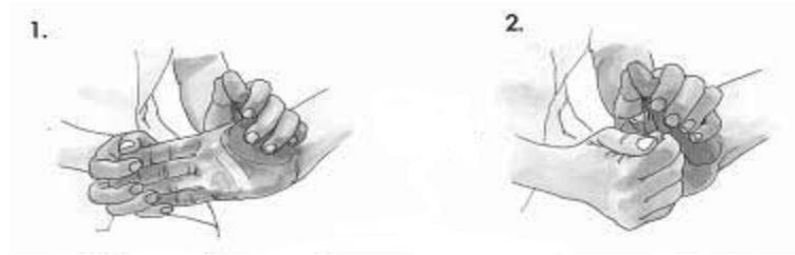
1.4) กระจกข้อมือขึ้น – ลง (wrist flexion – extension)

จับข้อมือและนิ้วทั้งสี่ของผู้ป่วยกระจกข้อมือขึ้นและลง



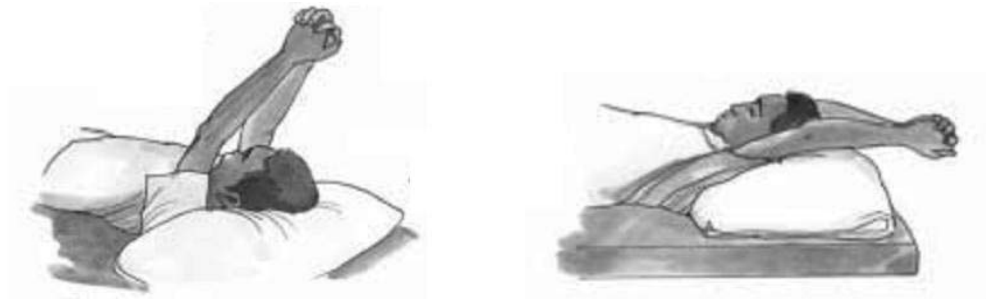


1.5) กำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก (finger flexion – extension) ตามลำดับ 1-2



2) การออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active exercise)

2.1) โดยให้ผู้ป่วยเอามือสองข้างประสานกันแล้วยกมือขึ้นเหนือศีรษะขึ้น-ลง



2.2) ฝึกให้เคลื่อนไหวแบบสลับกัน เช่น ฝึกคว่ำและหงายมือสลับกัน โดยให้ผู้ป่วยพลิกแผ่นกระดาษ หรือไฟ

2.3) ฝึกใช้มือข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนย้ายวัตถุ (เอี่ยม, กำ, น้ำ, ปล่อย)

2.4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้แขนและมือข้างอ่อนแรงช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เริ่มแรกอาจใช้สองมือ (ข้างดีช่วย) ต่อมาฝึกใช้ข้างเดียว (ใช้ข้างอ่อนแรง)





ผลการศึกษา (results)

จากรายงานการส่งปริญญานักกิจกรรมบำบัด ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเครือข่ายเส้นประสาทแขนจากการผูกยึด ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ช่วงปีงบประมาณ 2559 - 2562 มีจำนวนทั้งหมด 18 ราย โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนแฟ้มประวัติของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเครือข่ายเส้นประสาทแขนบาดเจ็บจากการผูกยึด (brachial plexus injury) จำนวน 4 ราย ซึ่งผู้ศึกษาได้ให้การบำบัดทางกิจกรรมบำบัด และมีข้อมูลที่น่าสนใจซึ่งอาจเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านตามรายละเอียดดังนี้

รายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 17 ปี อาชีพว่างงาน ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Paranoid schizophrenia (F20.0) รับไว้รักษาเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2560 เวลา 22.10 น. แรกเริ่มไม่ร่วมมือในการรักษา ทำทางไม่เป็นมิตร ร้องโวยวาย จึงอยู่ในห้องแยกและถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดไว้บนเตียงจนถึงเวลา 3:30 น. จึงได้ยุติการผูกมัด จนกระทั่งในตอนเช้าของวันที่ 17 มิถุนายน 2560 เวลา 8:30 น. ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ตาขวาง ทำทางไม่เป็นมิตร พูดมาก อยู่ไม่นิ่ง จึงถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดอีกครั้งจนถึงวันที่ 18 มิถุนายน 2560 จึงยุติการผูกมัดแต่ผู้ป่วยยังต้องเฝ้าระวังอาการอยู่ในห้องแยก และในวันที่ 19 มิถุนายน 2560 พยาบาลประจำตึกได้เข้าไปประเมินอาการผู้ป่วยแล้วพบว่ามีอาการแขนข้างซ้ายอ่อนแรง ยกแขนได้ไม่สุด จึงปรึกษากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อฟื้นฟูอาการแขนข้างซ้ายอ่อนแรง ประเมินแรกพบพบว่า ผู้ป่วยถนัดขวา แขนซ้ายอ่อนแรง โดยมีกำลังของกล้ามเนื้อส่วนหัวไหล่และแขนส่วนต้น Grade 2 (ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วงได้) ทำให้ยกแขนซ้ายไม่ได้ งอศอกไม่ได้กล้ามเนื้อส่วนปลายแขน มือและนิ้ว Grade 4 สามารถกระดกข้อมือ กำมือและเหยียดนิ้วได้ ผู้บำบัดจึงได้ทำ passive exercise of Lt. shoulder ในท่า flexion-extension & abduction-adduction, elbow flexion & extension, wrist flexion & extension and fingers flexion & extension ให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยทำ active exercise โดยใช้เทคนิค bilateral hand activities ใช้เวลาในการฟื้นฟูทั้งหมด 5 ครั้ง จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2560 ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงแนะนำให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย เนื่องจากยังไม่สามารถยกแขนซ้ายได้ กระทั่งในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้ป่วยเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอีกครั้ง พบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้แขนซ้ายได้เหมือนเดิม และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ

รายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 17 ปี อาชีพว่างงาน ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Other nonorganic psychotic disorders (F28) รับไว้รักษาเมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2561 เวลา 14:15 น. แรกเริ่มผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี แต่ยัมีหัวเราะไม่สมเหตุผล ต่อมาในช่วงเย็นของวันเดียวกัน ผู้ป่วยสีหน้าไม่แจ่มใส แหวตหาหวาดระแวง พูดววน มีหูแว่วและภาพหลอน จึงถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดไว้บนเตียงจนถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2561 จึงได้ยุติการผูกมัด และให้เฝ้าระวังอาการอยู่ในห้องแยก กระทั่งวันที่ 16 มิถุนายน 2561 มีอาการพูดจาสับสน เดินไปมา เคาะประตูลีเสียงดัง ก้าวร้าว จึงถูกผูกมัดอีกครั้งจนถึงวันที่ 18 มิถุนายน 2561 จึงพบว่าผู้ป่วยเริ่ม



มีผลที่ข้อมือซ้ายและแขนขวาอ่อนแรง พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยจึงส่งปรึกษากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อฟื้นฟูอาการแขนขวาอ่อนแรง ประเมินแรกรับ พบว่า ผู้ป่วยถนัดขวา และมีแขนขวาอ่อนแรง โดยมีกำลังของกล้ามเนื้อตั้งแต่ส่วนหัวไหล่ถึงกล้ามเนื้อมือและนิ้ว Grade 3 ทำให้ยกแขนและกางแขนขวาได้ไม่สุดมุม การเคลื่อนไหวอ-เหยียดแขนกระดูกข้อมือกำมือและเหยียดนิ้วได้เล็กน้อย ผู้บำบัดจึงสอนผู้ป่วยทำ active exercise and hand function training โดยใช้เวลาในการฟื้นฟูทั้งหมด 4 ครั้ง จนถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2561 ผู้ป่วยสามารถยกแขนขวาได้เป็นปกติจึงยุติบริการ

รายที่ 3

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 17 ปี อาชีพ ว่างาน ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Mental and behavior disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances (F19.5) รับไว้รักษาเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2562 เวลา 15:50 น. แรกรับ มีอาการหูแว่ว อาละวาด ร้องตะโกนโวยวาย จึงถูกจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกมัดไว้บนเตียงตลอดจนถึงวันที่ 22 มกราคม 2562 จึงได้ยุติการผูกมัดและให้อยู่ในห้องแยก พบว่า ผู้ป่วยมีอาการแขนซ้ายเริ่มอ่อนแรง พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยจึงส่งปรึกษากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อฟื้นฟูอาการแขนซ้ายอ่อนแรง ประเมินแรกรับ พบว่า ผู้ป่วยถนัดซ้าย มีกำลังของกล้ามเนื้อส่วนหัวไหล่และแขนส่วนต้น Grade 2 ทำให้ยกแขนซ้ายไม่ได้ งอและเหยียดศอกไม่ได้ กล้ามเนื้อส่วนปลายแขน มือและนิ้ว Grade 4 สามารถกระดูกข้อมือ กำมือและเหยียดนิ้วได้ทำให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันได้ไม่เหมือนเดิม ผู้บำบัดจึงทำ passive exercise ในท่า shoulder flexion-extension abduction-adduction and elbow flexion-extension ให้กับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยทำ active exercise โดยใช้เทคนิค bilateral hand activities โดยใช้เวลาในการฟื้นฟูทั้งหมด 8 ครั้ง จนถึงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้ป่วยสามารถยกและกางแขนซ้ายรวมทั้งงอและเหยียดศอกได้เอง จึงทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม จึงยุติบริการ

รายที่ 4

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี อาชีพ รับจ้าง (ยกถัง) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Acute and transient psychotic disorder, unspecified (F23.9) รับไว้รักษาเมื่อวันที่ 8 กันยายน 2562 เวลา 07:01 น. แรกรับ มีท่าทางหวาดระแวง ตาขวาง มีอาการหูแว่ว กลัวคนจะมาฆ่า ไล่ขวาบวมผิดรูป มีอาการปวด ยกแขนขาไม่ขึ้น ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดไว้บนเตียงตลอดจนถึงวันที่ 10 กันยายน 2562 อาการปวดที่ไล่ขวาบวมผิดรูป แพทย์พิจารณาส่งตัวไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์ให้การรักษาโดยส่ง x-ray ผลปกติ แพทย์จึงให้กลับมารักษาอาการทางจิตต่อที่โรงพยาบาลจิตเวช วันที่ 11 กันยายน 2562 อาการยังไม่ดีขึ้น พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยจึงส่งปรึกษากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อฟื้นฟูอาการแขนขวาอ่อนแรง ประเมินแรกรับ พบว่า ผู้ป่วยถนัดขวา มีกำลังของกล้ามเนื้อส่วนหัวไหล่และแขนส่วนต้น Grade 2 ทำให้ยกแขนขาไม่ได้ งอและเหยียดศอกได้เล็กน้อย แต่ไม่สุดมุมการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อส่วนปลายแขน มือและนิ้ว Grade 3 สามารถกระดูกข้อมือ กำ-แบมือได้เล็กน้อย แต่ไม่สามารถใช้นิ้วหัวแม่มือหยิบจับวัตถุสิ่งของได้ Grade 2 ทำให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันได้ไม่เหมือนเดิม ผู้บำบัดจึงทำ passive exercise of Rt. shoulder flexion and abduction



and elbow flexion and extension ให้กับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยทำ active exercise โดยใช้เทคนิค bilateral hand activities โดยใช้เวลาในการฟื้นฟูทั้งหมด 3 ครั้ง ญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน จนกระทั่งวันที่ 15 ตุลาคม 2562 ผู้ป่วยมาตามแพทย์นัด พบว่าผู้ป่วยสามารถยกและกางแขนขวาได้ดีขึ้น Grade 4 งอและเหยียดศอกได้ Grade 4 กำ-แบมือได้ แต่ยังหยิบจับวัตถุสิ่งของได้ไม่ดีเหมือนเดิม Grade 3 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม รวมถึงอาชีพเดิมที่ไม่สามารถกลับไปทำได้

วิจารณ์ (discussion)

จากการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยทั้ง 4 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเครือข่ายเส้นประสาทแขนได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการแขนอ่อนแรง มีลักษณะร่วมกันที่สามารถสังเกตได้ ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวช แกร็บซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง Paranoid schizophrenia (F20.0), Other nonorganic psychotic disorders (F28), Mental and behavior disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances (F19.5) และ Acute and transient psychotic disorder, unspecified (F23.9) โดยผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีอาการทางจิตในระยะเฉียบพลัน (acute) ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอาการสับสน พร่องด้านการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคล (Disorientation) และความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ โดยผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการผูกมัดเพื่อจำกัดพฤติกรรมเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ในขณะได้รับการผูกมัดนั้นพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทดังนี้

- 1) อาการการตอบสนองของผู้ป่วยขณะได้รับการผูกมัด โดยผู้ป่วยมีอาการดิ้นไปมาอย่างรุนแรง
- 2) ท่าผูกมัด (position) เป็นการผูกมัดโดยใช้วิธีการผูกมัดแบบ 4 จุด คือ ผูกมัดบริเวณข้อมือ 2 ข้าง ให้แขนทั้ง 2 ข้างดึงรั้งขึ้นข้างบนไปทางด้านหัวเตียง และผูกข้อเท้า 2 ข้าง ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีการผูกมัดที่ดีที่สุดที่จะจำกัดให้ผู้ป่วยสงบนิ่งอยู่กับที่
- 3) ระยะเวลาและความต่อเนื่อง (duration) ในการผูกมัด โดยใช้ระยะเวลานานในการผูกมัด ซึ่งจากระยะเวลาการผูกมัดที่ยาวนานนั้นจะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดอย่างต่อเนื่อง (8-16 ชั่วโมง) ถึงแม้ว่าในระหว่างการผูกมัดผู้ป่วยจะได้รับการเปลี่ยนท่า โดยการสลับแขน 2 ข้าง และถูกปล่อยให้เป็นอิสระในบางช่วงเวลา แต่ก็สามารถเกิดอาการบาดเจ็บแขนอ่อนแรงตามมา

ในผู้ป่วย 2 ราย พบว่า ได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาทระดับ C5, C6 ซึ่งเส้นประสาทดังกล่าวไปเลี้ยงกล้ามเนื้อแขนส่วนบน เมื่อเส้นประสาททั้ง 2 ได้รับการบาดเจ็บจะส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยกแขนและงอศอกได้เอง ส่วนผู้ป่วยอีก 2 ราย พบการบาดเจ็บของเส้นประสาทระดับ C7, C8 และ T1 ที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อแขนส่วนล่างร่วมด้วย จึงไม่สามารถกระดกข้อมือได้เต็มที่ รวมทั้งไม่สามารถเหยียดนิ้ว แบมือได้เต็มที่ ซึ่งจากลักษณะร่วมที่พบจากผู้ป่วยทั้ง 4 ราย สามารถอธิบายด้วยหลักทางวิทยาศาสตร์ได้ว่า ท่าในการผูกมัดที่มีการดึงรั้งแขนขึ้นด้านบน จะทำให้เกิดการหักพับงอบริเวณหัวไหล่ ส่งผลทำให้การสื่อประสาทและลำเลียงเลือดไปเลี้ยง (blood supply) ในบริเวณส่วนนั้นทำได้ไม่ดี ผู้ป่วยสามารถเกิดอาการชาของแขนได้ถึงแม้จะไม่รุนแรงถึงขั้นมีแขนอ่อนแรง ซึ่งในคนปกติก็สามารถเกิดได้ในกรณีจากการหลับลึกเป็นเวลานานหรือที่



เรียกว่า Saturday night palsy (คณิตศาสตร์ สนั่นพานิช, 2550) ยิ่งระยะเวลาที่อยู่ในท่านี้นานจะทำให้เกิดอาการชาได้มากขึ้นตามลำดับ ประกอบกับอาการทางจิตที่รุนแรงของผู้ป่วยและไม่สามารถควบคุมตนเอง จึงพยายามดึงกระดูก กระชากแขนตนเองอย่างรุนแรงเพื่อให้หลุดพ้นจากการผูกมัด หรือบางคนมีการบิดตัวไปมาทางด้านข้าง ยิ่งทำให้เกิดการผิดท่าและเพิ่มการกดทับมากขึ้น จึงทำให้เส้นประสาทแขนได้รับบาดเจ็บตามมา ซึ่งเส้นประสาทที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือระดับ C5, C6 เนื่องจากเป็นเครือข่ายประสาทที่อยู่ชั้นบนสุด (ดังภาพที่ 1) และถ้ารุนแรงมากขึ้นก็จะเกิดการบาดเจ็บของเครือข่ายประสาทที่อยู่ชั้นล่างตามมา ผู้ศึกษาได้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยใช้กิจกรรมบำบัด ซึ่งภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) พบว่าผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้งานแขนและมือได้เป็นปกติจำนวน 3 ราย แต่อีก 1 รายที่มีการอ่อนแรงของแขนขา ยังไม่สามารถกลับมาใช้งานได้เป็นปกติ ทั้งนี้การฟื้นฟูของอาการแขนอ่อนแรงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเส้นประสาทที่ได้รับบาดเจ็บและการฟื้นตัวของเส้นประสาท

ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการบาดเจ็บของเครือข่ายแขนที่เกิดจากการผูกมัด ผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนะแนวปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

1) การประเมินผู้ป่วย โดยในครั้งแรกที่มีการผูกมัดควรมีการประเมินภายใน 15 นาทีแรก และ 30 นาทีต่อมา หลังจากนั้นควรมีการผูกมัดทุก 1-2 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสมและอาการของผู้ป่วย และคลายอุปกรณ์ที่ใช้ผูกมัดทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 5-10 นาที

2) การประเมินการได้รับบาดเจ็บบริเวณผิวหนัง อาการบาดเจ็บหรือปวดหัวไหล่ และประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (motor power) ในทุกครั้งที่เข้าเปลี่ยนท่าผู้ป่วย

3) การบริหารกล้ามเนื้อ โดยการให้การบริหารข้อไหล่ในขณะคลายอุปกรณ์ผูกมัด จะช่วยให้มีการไหลเวียนของโลหิตเพิ่มมากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการส่งกระแสประสาทให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น เพื่อลดอาการชาของลำแขนและการเคลื่อนไหวของข้อได้ดีขึ้น

4) หากมีความจำเป็นต้องให้การผูกมัดแบบยกแขนขึ้นด้านบนทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงสิ่งแวดล้อม ไม่ควรทำการผูกมัดแน่นตึงมากเกินไป ควรให้มีช่องอิสระ (free) ให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวไปมาได้ในระดับหนึ่ง หรือหากผู้ป่วยมีอาการสับสนและดิ้นมาก อาจใช้การผูกมัดบริเวณหน้าอกร่วมด้วยเพื่อจำกัดอาการผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

5) การเปลี่ยนสลับท่าการผูกมัดผู้ป่วย ควรมีการจัดเปลี่ยนท่า หรือสลับท่าให้กับผู้ป่วยในท่าที่สบายที่สุด และให้อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูกมัดสามารถเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

6) การพิจารณาให้ยาเพื่อสงบอาการทางจิตในกรณีที่มียาอาการทางจิตรุนแรงเฉียบพลัน ร่วมกับการผูกมัดเพื่อสงบอาการผู้ป่วย (medication restraint) เพื่อลดแรงกระชากของผู้ป่วยที่เกิดจากอาการทางจิต

7) ระยะเวลาและความต่อเนื่องในการผูกมัดผู้ป่วย ไม่ควรปล่อยต่อเนื่องและยาวนาน ควรมีช่วงเวลาให้ผู้ป่วยเป็นอิสระจากการผูกมัด และให้ปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองเป็นระยะ แต่หากมีความจำเป็นต้องผูกมัดอย่างต่อเนื่อง ก็ควรคิดหาวิธีการที่เหมาะสมในการผูกมัด (acceptable methods of restraint) ยกตัวอย่างเช่น การผูกมัดแบบ 5 จุดโดยเพิ่มการผูกมัดบริเวณลำตัว หรือ Papoose restraint ในบางสถานการณ์ อาจต้องใช้ cervical spine precautions (CIP) ซึ่งการผูกมัดกรณีนี้จะผูกมัดให้แขน 2 ข้างเหยียดลงด้านล่าง



ข้างลำตัวเพื่อป้องกันการหักพับงอแบบผิดปกติบริเวณหัวไหล่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บได้ง่ายดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

8) อุปกรณ์ นวัตกรรมที่ใช้ในการผูกยึดผู้ป่วย อาจเป็นอุปกรณ์ที่มีความอ่อนนุ่มต่อผิวสัมผัสของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การบุด้วยผ้านุ่ม นวม หรืออุปกรณ์ช่วยการผูกยึดบริเวณหน้าอก หรือลำตัวของผู้ป่วย

ข้อสรุป (conclusion)

โดยสรุปจากการศึกษานี้กล่าวได้ว่า อาการบาดเจ็บของเครือข่ายประสาทที่ไปเลี้ยงลำแขนที่เกิดจากการผูกยึดในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางเหตุการณ์ที่รุนแรงอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนปกติ เกิดผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป หรือความสามารถในการทำกิจวัตรหรือกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้หรือทำได้ ไม่คล่องแคล่วเหมือนเดิม ซึ่งผู้ป่วยจึงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ มีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด อารมณ์เสียได้ง่าย หรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป หรือหากพบในเด็กนักเรียนอาจต้องพักการเรียนไปถึง 1 ปี ถ้าพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับแขนข้างที่ถนัด ในผู้ใหญ่วัยทำงานจะต้องถูกให้ออกจากงาน พักงาน มีผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ในสังคม ส่งผลด้านครอบครัว เศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยต้องปรับตัวทั้งในด้านพฤติกรรมและจิตใจให้ได้ในระหว่างที่รอการฟื้นตัว ทั้งในสังคมครอบครัว สังคมภายนอก และในที่ทำงาน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายฟื้นเป็นปกติและสามารถใช้งานของแขนได้ โดยเฉลี่ยประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการการผูกยึด ควรให้การดูแลด้วยความระมัดระวัง ตระหนักถึงการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนี้กับผู้ป่วย หรือหากสามารถประเมินอาการได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกก่อนที่ผู้ป่วยจะเป็นรุนแรงมากขึ้น และให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างรวดเร็วทันท่วงที จึงเป็นแนวทางที่ดีที่สุด และในบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดนั้นการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณีผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บของเครือข่ายประสาทแขน ต้องมีความเชื่อมั่นในหลักวิชาการของวิชาชีพที่นำมาใช้ และต้องอดทนต่อการรอคอยผลการรักษาที่จะเกิดขึ้น และการบำบัดไม่เน้นเฉพาะทางด้านร่างกายให้พ้นหายจากอาการบาดเจ็บเท่านั้น ในกระบวนการบำบัดรักษาควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงหน้าที่การงานของผู้ป่วยอีกด้วย คือควรมีการติดตามผู้ป่วยไปถึงชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements)

การศึกษารายงานผู้ป่วยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณนายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่อนุญาตและให้การสนับสนุนการศึกษาเป็นอย่างดี รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่อนุญาต และการประสานความร่วมมือทางวิชาชีพเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ วิชาการ ทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนผู้ป่วยและญาติที่อนุญาตให้ผู้ศึกษาได้ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพ และองค์กร ในการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ และองค์ความรู้ที่เป็นฐานการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. เครือวัลย์ ศรียารัตน์. บทบาทพยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารพยาบาลสมาคมฯ*, 2558; 8: 43-52.
2. มณฑาทิพย์ ชัยเปรม. รายงานเบื้องต้น: พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 2556; 21: 57-65.
3. จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์, ดุสิตา สันติคุณาภรณ์ และนัตยา จุลลา. การรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 2561; 32: 113-129.
4. นันทวิช ลิทธิรักษ์ และคณะ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 2552; 54: 385-398.
5. รัตนาวดี ขอนตะวัน. การผูกมัด (Physical Restraint). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2562] เข้าถึงได้จาก : http://portal.nurse.cmu.ac.th/jbicmu/Lists/Best%20practice%20information%20sheet/Attachments/19/vol.6_3_.pdf.
6. คณิศร์ สนั่นพานิช. การบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral nerve injury). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2562] เข้าถึงได้จาก : https://w1.med.cmu.ac.th/ortho/images/News59/Aj_Kanit/Peripheral%20nerve%20injury.Pdf.
7. ขรรค์ชัย มั่งไผศพจน์. การบาดเจ็บของชายประสาทแขนในทารกแรกเกิด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2562] เข้าถึงได้จาก : http://203.157.39.21/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpageJDMS_30/demo/data/2558/2558-04/no.4_04.pdf.
8. นันทวิช สุคนธเวช. เอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชา พ.คพ. 507 Approach to Neck & Back pain และโรคทางกระดูกสันหลังที่พบบ่อย. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2563] เข้าถึงได้จาก https://w1.med.cmu.ac.th/ortho/images/News59/Aj_Nantawit/Neck%20and%20back%20pain.pdf.
9. อีรธร พูลเกษ. Patient and weakness. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2562] เข้าถึงได้จาก : <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Patient%20with%20weakness.pdf>
10. สมชาย รัตนทองคำ. เอกสารประกอบการบรรยาย การอบรมพนักงานผู้ช่วยเจ้าหน้าที่อนามัย ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2562] เข้าถึงได้จาก : <https://ams.kku.ac.th/aalearn/resource/edoc/handicap/4passive.pdf>.



โปรแกรมการฝึกที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

The Training Programs for Improving ADL Functions in People with Dementia: A systematic review

สุภาพร กิตติหล้า* ภัชราภรณ์ กองเกิด* ดาราวรรณ ประทุมทาน* รัตน์ธีรา ดิษฐวิชัยรัตน์*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมโปรแกรมการฝึกที่ช่วยเพิ่มความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยการสืบค้นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ จากฐานข้อมูล MEDLINE ผ่าน PubMed โดยเลือกเฉพาะการศึกษาที่เป็น Randomized controlled trials (RCTs) ระหว่างปี คศ 2010 ถึง 2020 มีการวัดความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันเป็น Primary Outcome และมีการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น ผลจากการสืบค้นพบรายงานการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 892 การศึกษา เมื่อประเมิน Characteristics of included studies เหลือการศึกษาที่เข้าเกณฑ์จำนวน 20 การศึกษา ในจำนวนนี้มี 6 การศึกษา ที่มีการเพิ่มขึ้นของความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 การศึกษาที่มีการเพิ่มขึ้นของความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 4 การศึกษาที่สามารถคงระดับความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันได้ และมี 7 การศึกษาที่การทดลองไม่มีผลต่อความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์ในแต่ละโปรแกรมไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันทั้งในด้านของวิธีการกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการวัดผลการศึกษา การนำไปใช้ผู้บำบัดจึงควรเลือกโปรแกรมที่มีเหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการของตนเอง รวมถึงข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรในการให้บริการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ

คำสำคัญ: สมองเสื่อม กิจวัตรประจำวัน โปรแกรม

Abstract

The study aimed to collect and study a variety of programs which have been used to improve ADL in people with dementia. The MEDLINE electronic databases from PubMed were used as sources for the research. All Randomized Controlled Trials (RCTs) from 2010 to 2020 were selected. Only those in English were considered. Attention was focused on only those studies where ADL was the primary outcome. The database search yielded 892 abstracts. 20 of which were included in this review. Six studies showed a statistically significant improvement in ADLs. Three studies showed improvement in some items of ADL but were statistically insignificant. Four studies reported to maintain level of ADL performance. And seven studies showed no improvement in ADL in people with dementia.

Based on the results, these studies cannot specifically compare due to the different types of interventions, participants, and outcomes measured. The findings suggest that it is necessary to choose a program appropriate with the nature or stage of dementia, medical resources, and the safety of people with dementia.

Key words: Dementia, Activities of daily living (ADLs), Programs

*สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ (introduction)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องของเชาวน์ปัญญาหลายด้าน เช่น ความจำ ความผิดปกติในการใช้ภาษา มิติสัมพันธ์ การให้เหตุผล การแก้ไขปัญหา ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม ความสามารถในการบริหารจัดการ และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำงานและการดำรงชีวิตในสังคม ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอาการรุนแรงขึ้นทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลต่อการเป็นภาระของบุคคลในครอบครัวและสังคม^{1,2,3} ปัจจุบันมีผู้คิดค้นโปรแกรมการฝึกรูปแบบต่าง ๆ ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหลากหลายวิธี และการวัดผลลัพธ์ด้านการทำกิจวัตรประจำวันเป็นตัววัดหนึ่งที่มีความสำคัญในการวัดผลลัพธ์ของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมโปรแกรมการฝึกที่ช่วยเพิ่มความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอยู่ในปัจจุบันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อค้นหาโปรแกรมการฝึกที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการเพิ่มความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งอาจช่วยให้ผู้บำบัดสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการเลือกโปรแกรมฝึกผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งลดต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการศึกษา (methods)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ จาก MEDLINE, CENTRAL, Cochrane และ TCI ผ่านฐานข้อมูล PUBMED โดยเลือกเฉพาะการศึกษาชนิด Randomized controlled trials (RCTs) เท่านั้น และกำหนดช่วงเวลาของการสืบค้นในระหว่างปี ค.ศ. 2010 ถึงปี ค.ศ. 2020 การศึกษาที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษจะถูกคัดออก เกณฑ์คัดเข้าได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทุกระดับ (2) ได้รับโปรแกรมการฝึกที่วัดผลลัพธ์เป็นความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันเป็นผลลัพธ์หลัก (primary outcome) ส่วนการศึกษาที่ผลลัพธ์ไม่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความสามารถด้านกิจวัตรประจำวัน หรือ ผลด้านกิจวัตรประจำวันเป็นผลลัพธ์รอง (secondary outcome) จะถูกคัดออก

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ “Dementia” “Alzheimer” “Cognitive impaired patient” “Lewy body disease” “Memory loss/impaired patient” คำสำคัญเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึก ได้แก่ Program Training Intervention Techniques และคำสำคัญเกี่ยวกับผลลัพธ์ ได้แก่ “Activity of daily living Instrumental activity of daily living” “ADL” “IADL” “Barthel index” “Functional Assessment” “Functional Independence Measure (FIM)”

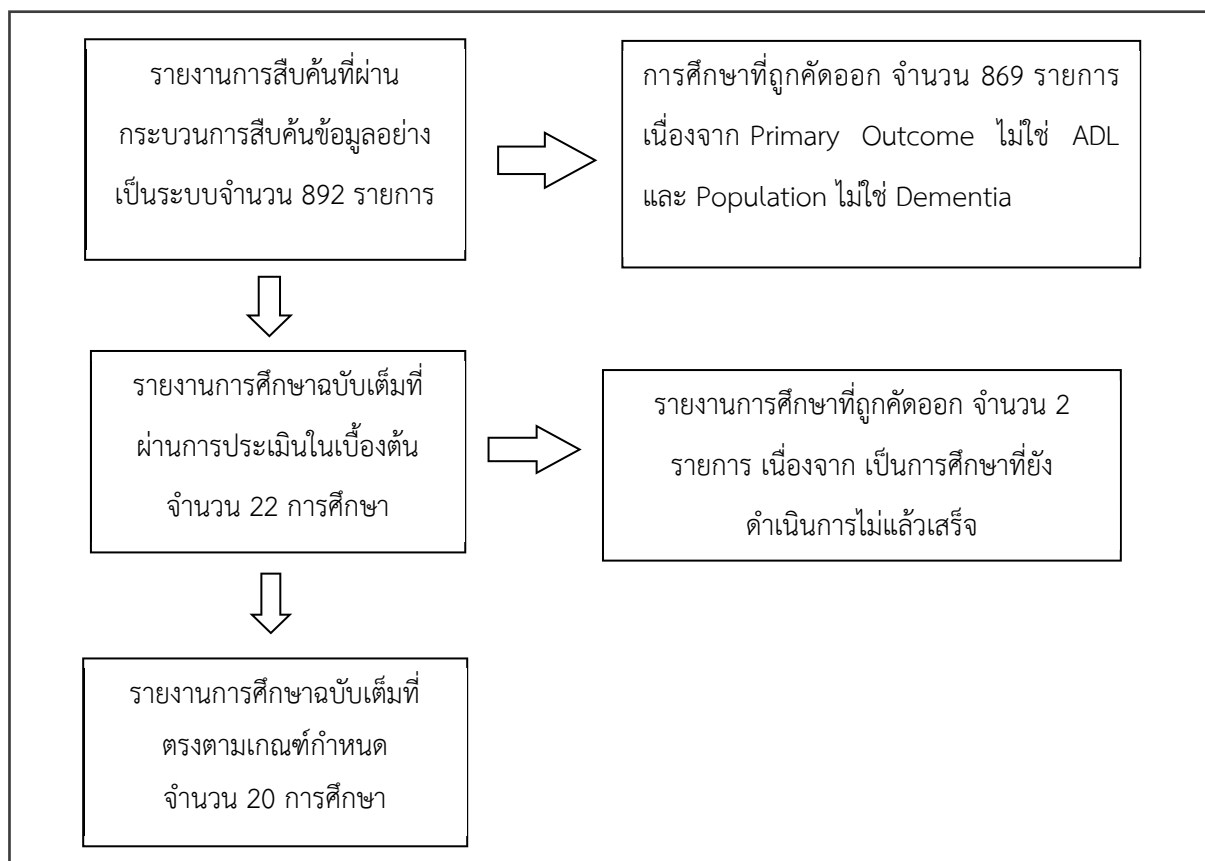
การคัดเลือกรายงานการศึกษา ผู้วิจัย 2 คนตรวจสอบชื่อเรื่องและบทคัดย่อทั้งหมดที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นอิสระต่อกัน การศึกษาที่ไม่ตรงกับเกณฑ์การคัดเข้าอย่างชัดเจนจะถูกคัดออก กรณีที่ผลการคัดเลือกมีความขัดแย้งกัน ผู้วิจัยทั้งสองประชุมร่วมกัน และ/หรือหารือร่วมกับผู้วิจัยอีก 2 คน จนได้



ข้อสรุป หลังจากนั้นทำการประเมินคุณภาพของรายงานการศึกษา (critical appraisal) โดยผู้วิจัยอย่างเป็นอิสระต่อกัน หากมีประเด็นที่ความเห็นไม่ตรงกัน จะปรึกษาหารือจนได้ข้อยุติ การรายงานคุณภาพของการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การศึกษามีคุณภาพดี (yes), การศึกษาที่ไม่มีคุณภาพ (no), ไม่สามารถระบุการศึกษาได้ (unclear) หลังจากนั้นการศึกษที่ผ่านการประเมินคุณภาพได้รับการแยกข้อมูลโดยผู้วิจัย 2 คน อย่างเป็นอิสระต่อกัน และทำการประเมินความเสี่ยงของอคติในการศึกษาอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของอคติของ The Cochrane Collaboration โดยผู้วิจัย 2 คน เนื่องจากการให้ Intervention ประเภทของ population และเครื่องมือในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน การวัดผลของการรักษาจึงเป็นแบบ Descriptive ซึ่งแยกตามวิธีการให้การรักษา และ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละการศึกษา ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ข้อมูลแบบ Descriptive synthesis

ผลการศึกษา (results)

จากการสืบค้นข้อมูลตามกลยุทธ์การสืบค้นจากฐานข้อมูล Medline ผ่าน PubMed ได้เอกสารรายงานการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 892 การศึกษา คัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อในเบื้องต้นได้ จำนวน 22 การศึกษา เมื่อพิจารณาเอกสารการศึกษฉบับเต็ม (full texts) จากรายงานการศึกษาที่ได้รับ โดยพิจารณาเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับ Target population, Outcome เหลือจำนวน 20 การศึกษาดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ผลการสืบค้นข้อมูลตามกลยุทธ์การสืบค้น



จากการประเมิน Characteristics of included studies พบว่ามีการศึกษาที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้นจำนวน 20 การศึกษา ซึ่งทั้งหมดเป็นการศึกษาที่ผู้เข้าร่วมเป็นผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ทุกระดับ และได้รับโปรแกรมการฝึกที่วัดผลลัพธ์เป็นความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันเป็นผลลัพธ์หลัก (primary outcome) ผู้เข้าร่วมการศึกษาของ Included studies รวม 20 การศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างรวม 2,165 คน การศึกษาส่วนใหญ่ทำในสถานที่ (setting) ที่เป็นสถานพยาบาลหรือสถานดูแลผู้ป่วย เช่น nursing home, elderly care, rehabilitation center, long term care facility เป็นต้น พบว่ามี 7 การศึกษาที่ผลการทดลองแสดงว่าไม่มีผลต่อความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และ 13 การศึกษาที่แสดงผลว่ามีผลต่อความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 6 การศึกษาที่ผลการทดลองแสดงผลการเพิ่มขึ้นของความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันทั้งหมดหรือบางส่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 การศึกษาที่ผลการทดลองแสดงผลการเพิ่มขึ้นของความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันทั้งหมดหรือบางส่วนแต่ไม่มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และ 4 การศึกษาที่ผลการทดลองแสดงผลว่าสามารถคงระดับความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างได้ และพบว่าการศึกษาที่ให้ผลทางบวกส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย การฝึกแบบเรียนรู้ใหม่ และการใช้กิจกรรมยามว่าง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปรายละเอียดการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสมองเสื่อม

Study	Publication year	Country	Sample size (Exp/Cont) (คน)	Mean age (yrs.)	Setting	Intervention	Control	Treatment duration	Report outcomes	Results
Bourgeois, J. et al ⁴	2016	France	21/15/16	85	Nice research Memory Center,	แบ่ง 3 กลุ่ม 1. Trial and error learning (TE) 2. Errorless learning (EL) 3. Learning by modeling with spaced retrieval (MR)	N/A	6 wks	3 tasks of IADL	- ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างวิธีการฝึกทั้ง 3 วิธี - ทุกกลุ่มมีทักษะด้าน IADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Boskers W.J. et al ⁵	2016	Netherlands	35/35/35	86	Specialized nursing home 7 แห่ง	กลุ่ม 1 combined aerobic and resistance exercises กลุ่ม 2 aerobic exercises	Social program	9 wks.	ADL (Katz index, Erlangen ADL)	Combined aerobic and resistance exercise programช่วยเพิ่มความสามารถด้าน ADL อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม
Toots, A. et al ⁶	2016	Sweden	93/93	85	Residential care facilities 19 แห่ง	the high-intensity functional exercise (HIFE)	Social program	4 mo.	ADL (FIM, Barthel index)	กลุ่มทดลองมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 4 และ 7 เดือนหลังรับโปรแกรม
Li, DM & Li, XX. ⁷	2017	China	20/20	82	a long-term care facility	Folk recreation	Routine care	16 wks	ADL (Barthel index)	กลุ่มทดลองมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Liu B et al ⁸	2018	China	18/18	80	Hangzhou Love Heart Older's Home	passive finger exercises	Routine care	12 wks.	ADL (Barthel index)	กลุ่มทดลองมีคะแนน ADL ด้านการควบคุมประสาทและอวัยวะที่ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Duru Aşiret, G.& Kapucu, S. ⁹	2016	Turkey	31/31	82	Home care 4 แห่ง	reminiscence therapy	Social activities	12 wks	ADL observation follow-up form	คะแนน ADL ด้าน communication เพิ่มขึ้น แต่ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



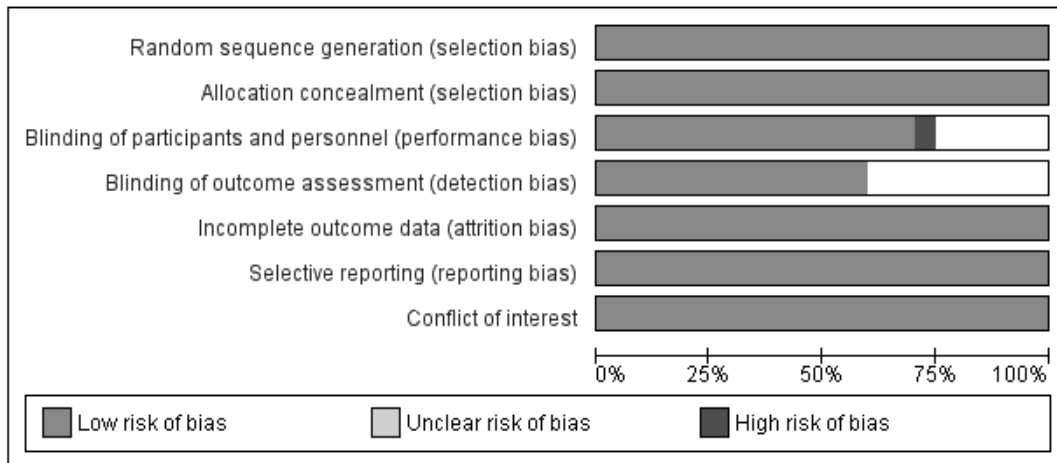


ตารางที่ 1 สรุปรายละเอียดการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสมองเสื่อม (ต่อ)

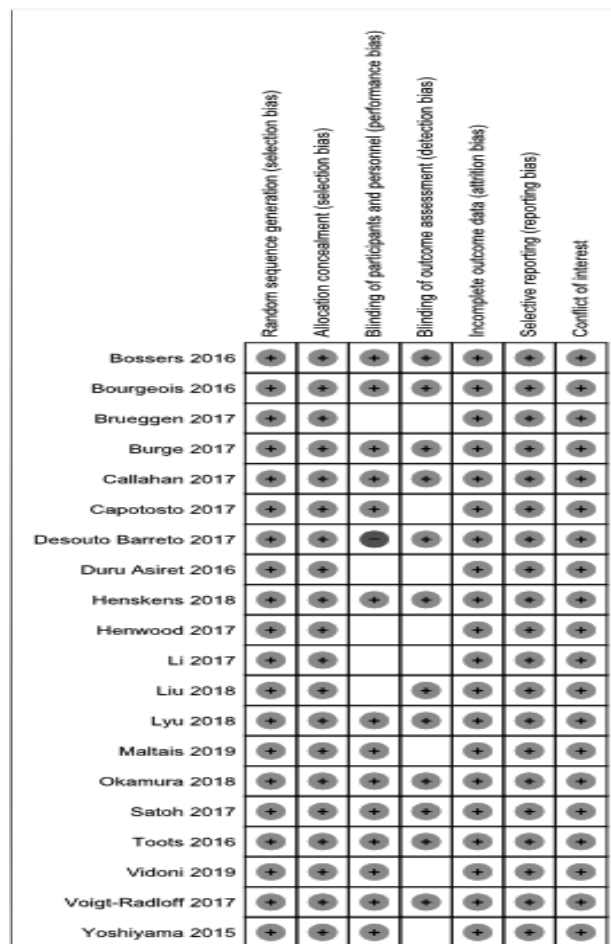
Study	Publication year	Country	Sample size (Exp/Cont)	Mean age (yrs.)	Setting	Intervention	Control	Treatment duration	Report outcomes	Results
Henwood, T., et al ¹⁰	2017	Australia	23/23	82	Residential aged care	Aquatic exercises	Routine care	12 wks	ADL (Katz index)	คะแนน ADL ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแต่ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Brueggen, K. et al ¹¹	2017	Germany	8/8	70	The university hospital Rostock	Cognitive Rehabilitation program “CORDIAL”	cognitive training homework	3 mo.	Bayer-ADL	คะแนน ADL ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแต่ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Satoh, M et al ¹²	2017	Japan	31/31	87	Nursing care 4 แห่ง	Physical exercise with music	Cognitive stimulation	6 mo.	ADL (FIM)	คะแนน ADL ของกลุ่มทดลอง คงที่ ในขณะที่คะแนนของกลุ่มควบคุมพบว่าลดลง
Vidoni, E. D. et al ¹³	2019	USA	33/32	72		Aerobic exercise	Non-aerobic exercise	26 wks	ADL (RUD, DAD)	คะแนน IADL ของกลุ่มทดลองคงที่ ในขณะที่คะแนนของกลุ่มควบคุมลดลง
Maltais, M. et al ¹⁴	2019	France	39/41	87	Nursing Home 8 แห่ง	Structured exercises	Social group	6 mon.	ADL (ADCS-ADL)	คะแนน IADL ของกลุ่มทดลองลดลง ในขณะที่คะแนนของกลุ่มควบคุมคงที่
Bürge, E et al ¹⁵	2017	Swiss and Belgium	78/82	81	Psychiatric hospitals	Exercise programs	Social group	4 wks.	ADL (Barthel index, FIM)	หลังสิ้นสุดโปรแกรม คะแนน ADL ของกลุ่มทดลองคงที่ (BI) และลดลงเล็กน้อย (FIM) ในขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนลดลงทั้ง 2 ตัววัด

ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของอคติทุกการศึกษา พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงอคติต่ำ มีเพียง 1 การศึกษาคือการศึกษาของ de Souto Barreto (2017)¹⁶ ที่พบว่ามีความเสี่ยงอคติสูง เนื่องจากการไม่มีการปกปิดการให้โปรแกรมการรักษาในแต่ละกลุ่มทดลองกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้โปรแกรม (performance bias) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 และ 3

แผนภูมิที่ 2 แผนภูมิความเสี่ยงของอคติทุกการศึกษา



แผนภูมิที่ 3 ความเสี่ยงของอคติแต่ละการศึกษา





วิจารณ์ (discussion)

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ให้ความสนใจที่โปรแกรมการฝึกที่ช่วยเพิ่มความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า มีหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกหลากหลาย ที่ช่วยเพิ่มความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาเอกสารคัดเข้าฉบับเต็มโดยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 การศึกษา พบว่ามี 13 การศึกษาที่ให้ผลทางบวก หรือช่วยคงระดับความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเป็นการศึกษาที่ดีพิมพ์ในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 2016 ถึง 2019 ทำการศึกษาในประเทศต่าง ๆ ทั้งในทวีปยุโรป อเมริกา ออสเตรเลีย และเอเชีย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนตั้งแต่กลุ่มละ 8 คนถึง 93 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 70.0 ถึง 87.8 ปี โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ระยะเวลาการให้โปรแกรมอยู่ในช่วงระหว่าง 4 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน ในด้านการวัดผล พบว่าการศึกษาล้วนให้ผลดีที่คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living; BADL) โดยเครื่องมือที่ใช้วัดมากที่สุดคือ 4 ใน 13 เรื่อง ได้แก่ Barthel Index (BI), Functional Independent Measure (FIM), และ Katz index ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือในการวัดอื่น ๆ ที่ใช้ได้แก่ Erlangen ADL, Nishimura Activities of Daily Living Scale, Bayer-ADL และ the Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory for Severe Alzheimer's Disease (ADCS-ADL-sev) scale ส่วนการวัดที่วัดผลด้วยระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living; IADL) มีเพียง 3 การศึกษาเท่านั้น

โปรแกรมที่ช่วยเพิ่มความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ มีจำนวนทั้งสิ้น 6 การศึกษา ซึ่งพบว่า 3 ใน 6 การศึกษา ใช้โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย โดยเป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและฝึกการทรงตัว^{5,6} และการออกกำลังกายร่วมกับโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจ¹⁷ ส่วนโปรแกรมอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาใช้การฝึกแบบเรียนรู้ใหม่ (relearning techniques)¹⁸ การใช้กิจกรรมยามว่างที่บ้าน (folk recreation)⁷ และการบริหารแบบช่วยเคลื่อนไหวนิ้วมือ (passive finger exercises)⁸

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายช่วยเพิ่มความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ใช่ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ได้แก่ กลุ่มสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) และสมองเสื่อมแบบผสม (mixed Alzheimer's dementia)⁶ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความบกพร่องด้านความจำในกลุ่ม non-Alzheimer's dementia เช่น vascular dementia นั้นมักพบน้อยกว่ากลุ่ม Alzheimer's disease ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ จึงเป็นไปได้ว่า กลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ใช่จากโรคอัลไซเมอร์ (non-Alzheimer's dementia) สามารถเรียนรู้และจดจำขั้นตอนในการทำทักษะต่าง ๆ ได้ดีกว่ากลุ่ม Alzheimer's disease ซึ่งสอดคล้องกับผลการสืบค้นวรรณกรรมที่แนะนำว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมควรได้รับการส่งเสริมด้านกิจกรรมที่ร่างกายเคลื่อนไหวบ่อย ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ^{18,19} การออกกำลังกายอาจช่วยลดความกระสับกระส่าย ปรับให้อารมณ์สดชื่น แจ่มใสและช่วยให้การนอนดีขึ้น²⁰ อย่างไรก็ตาม



การศึกษาที่พบในการทบทวนครั้งนี้ ทำการทดลองในระยะเวลาเพียง 6 สัปดาห์ 9 สัปดาห์และ 4 เดือน ทั้งนี้มีรายงานว่า การได้รับโปรแกรมที่ต่อเนื่องมีความสำคัญต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการบรรลุเป้าหมายซึ่งระยะเวลา 4-7 เดือนค่อนข้างสั้นเกินไป^{21,22} หากมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมนานขึ้นอาจทำให้สามารถสรุปผลของโปรแกรมต่าง ๆ ได้ชัดเจนขึ้น

โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจ พบว่าส่งผลทางบวกต่อคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเช่นกัน โดยพบการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรมไปแล้ว 3 เดือน ผู้วิจัยได้อธิบายว่า การออกกำลังกายร่วมกับโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจด้านสมาธิร่วมด้วยจะส่งผลต่อการทำงานขั้นสูงของสมอง และช่วยเพิ่มสมรรถนะด้านความคิดความเข้าใจได้มากกว่าการออกกำลังกายซ้ำ ๆ เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ยังพบว่าผลการเปลี่ยนแปลงหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมไปแล้วเป็นเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน มีความแตกต่างน้อยกว่าการเปลี่ยนแปลงเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่า การให้โปรแกรมที่ต่อเนื่องอาจจะช่วยคงความสามารถทั้งด้านความคิดความเข้าใจ และด้านกิจวัตรประจำวันให้นานขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวมีการให้โปรแกรมเพียง 1 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งนับว่ามีความถี่ต่ำ อีกทั้งการศึกษานี้ไม่ได้อธิบายกลไกที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนนัก

สำหรับโปรแกรมการฝึกเรียนรู้ใหม่ (relearning techniques) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ยังสามารถเรียนรู้ใหม่ (relearning) ในด้านการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) ได้อยู่ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ระบุว่าการใช้เทคนิคการทำตามวิธีที่ถูกต้องเท่านั้น (errorless learning; EL) เหมาะสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคะแนนความคิดความเข้าใจค่อนข้างสูง โดยจะมีการเรียนรู้ได้ดีเพราะเทคนิคนี้ต้องใช้ความเข้าใจและความจำในการทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ส่วนเทคนิค เทคนิคการลองผิดลองถูก (trial and error learning; TE) และเทคนิคการฝึกทำตามตัวอย่าง (learning by modeling with spaced retrieval; MR) ใช้เพียงการฝึกแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ฝึกกับผู้ถูกฝึก ไม่ต้องอาศัยความคิดรวบยอดในการทำกิจกรรม อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้อธิบายถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างเช่น ระดับความคิดความเข้าใจ ความพยายาม การเลือกกิจกรรมที่ไม่ยากเกินไป และการกำหนดเป้าหมาย อีกทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีจำนวนไม่มากนัก จึงอาจยังไม่สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้กับกลุ่มประชากรผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มอื่นได้

ในส่วนของการใช้กิจกรรมยามว่าง พบผลการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่ระบุว่า การใช้ดนตรีสามารถช่วยเพิ่มช่องทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรงในแง่ของการทบทวนความจำและการรับรู้ในเรื่องราว สถานที่และบุคคล (orientation) รวมถึงช่วยฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น²⁰ และสุดท้าย โปรแกรมช่วยเคลื่อนไหวนิ้วมือ (passive finger exercises) ในการศึกษาดังกล่าวพบการเพิ่มขึ้นของคะแนนด้านกิจวัตรประจำวันด้านการควบคุมปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่มักได้ผลลัพธ์ด้านการเคลื่อนไหวและกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้การเคลื่อนไหวหรือการใช้มือ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายถึงผลของการฝึกดังกล่าวว่าอาจมีสาเหตุมาจากการช่วยเคลื่อนไหวนิ้วมือช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิ เกิดภาวะผ่อนคลายทางจิตใจ (psychological relaxation) เพิ่มการไหลเวียนโลหิต



ไปสู่สมองและระบบประสาทส่วนกลาง อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยและเป็นการศึกษาแรกที่ได้ผลลัพธ์ดังกล่าว จึงอาจจำเป็นต้องทำการศึกษาหรือค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่ออธิบายหลักการดังกล่าวต่อไป

การศึกษาที่มีผลลัพธ์เป็นการเพิ่มขึ้นของความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันทั้งหมดหรือบางส่วน แต่ไม่มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ โปรแกรมการระลึกถึงอดีต⁹ การออกกำลังกายในน้ำ¹⁰ การฝึกความคิดความเข้าใจตามโปรแกรม Cognitive Rehabilitation program “CORDIAL”¹¹ โดยพบว่าการบำบัดด้วยการระลึกถึงอดีต (reminiscence therapy) นั้น แม้ว่าจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนด้านกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ แต่คะแนนในด้านการสื่อสารและการให้ความร่วมมือในกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยอาจมีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมในการฝึกที่ส่งเสริมให้มีการแบ่งปันความรู้สึก หล่อหลอมให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและเป็นการให้โอกาสในการเตรียมพร้อมทางสังคม จึงทำให้ทักษะทางด้านสื่อสารเพิ่มมากขึ้นด้วย²⁰ ส่วนโปรแกรมการออกกำลังกายในน้ำ (aquatic exercise) พบว่า ส่งผลทางบวกต่อการช่วยยืดระยะเวลาการเปลี่ยนไปสู่ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การออกกำลังกายในน้ำส่งผลทางบวกต่อการทรงตัว สมรรถนะทางร่างกายตลอดจนพฤติกรรม จิตใจ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากนี้ การออกกำลังกายในน้ำยังช่วยลดปัญหาพฤติกรรมและอาการกระสับกระส่าย ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวชที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักได้รับ²³ อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้านี้ได้ควบคุมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างมวลกล้ามเนื้อ²⁴ และสุดท้ายการฝึกความคิดความเข้าใจตามโปรแกรม Cognitive Rehabilitation program “CORDIAL” ผู้วิจัยอธิบายว่าเนื่องจากคะแนนของกิจวัตรประจำวันในกลุ่มผู้มีภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างประเมินได้ยากและคะแนนความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐานค่อนข้างเห็นความเปลี่ยนแปลงได้น้อย (low sensitivity) จึงอาจเป็นสาเหตุที่ไม่พบการเพิ่มขึ้นของกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอาจมีผลเช่นกัน การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างมีเพียงกลุ่มละ 8 คน ผลการศึกษาจึงไม่อาจสรุปได้ชัดเจน หากกลุ่มตัวอย่างใหญ่ขึ้นอาจสามารถแสดงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญได้

ข้อยุติ (conclusion)

มีหลักฐานทางวิชาการที่บ่งชี้ว่าโปรแกรมการฝึก เช่น การออกกำลังกายแบบผสมผสาน การออกกำลังกายแบบเข้มข้น การออกกำลังกายร่วมกับการฝึกความคิดความเข้าใจ การฝึกการเรียนรู้ใหม่ การบำบัดด้วยการระลึกถึงอดีต และการช่วยการเคลื่อนไหวของนิ้วมือ มีส่วนช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และ/หรือกิจวัตรประจำวันขั้นสูงของผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ใช่สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ได้ แต่การศึกษาเหล่านี้ยังไม่สามารถอ้างอิงแทนประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกกลุ่มจากทุกบริบท การปรับใช้โปรแกรมเหล่านี้จึงต้องมีการศึกษารายละเอียดและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากเพียงพอจึงจะสามารถสรุปผลได้ อย่างไรก็ตาม ในการนำไปใช้ ผู้บำบัดสามารถเลือกโปรแกรมต่าง ๆ ที่มีหลักฐานการศึกษาที่น่าเชื่อถือ และนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับ



กลุ่มผู้รับบริการของตนเอง ทั้งในด้านลักษณะโรค ระดับความรุนแรง วัฒนธรรมทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ รวมถึงข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรในการรักษา โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนี้อาจเลือกใช้โปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่ง หรือประยุกต์รวมหลายโปรแกรมเข้าด้วยกัน เพื่อผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีขึ้นและพัฒนาโปรแกรมการรักษารูปแบบใหม่ต่อไป

ข้อจำกัด

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการสืบค้นจากฐานข้อมูล PUBMED เป็นหลักและผลงานที่คัดเข้าล้วนเป็นผลงานที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น แม้ว่าจะกำหนดว่าผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยจะถูกคัดเข้าด้วย แต่การเข้าถึงฐานข้อมูลออนไลน์ของงานวิจัยภาษาไทยมีข้อจำกัด
2. การศึกษาครั้งนี้จำกัดระยะเวลาของผลงานวิจัยที่รวบรวมเพียงระยะ 10 ปีเท่านั้น จึงได้ผลงานที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าจำนวนไม่มากนัก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความต้องการจำเป็นของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและความต้องการของญาติหรือผู้ดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้บุคลากรด้านการฟื้นฟูทราบความต้องการของผู้รับบริการและใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการที่สามารถตอบสนองได้ตรงกับความต้องการ
2. ควรมีการคิดค้น พัฒนาโปรแกรมฝึก เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือนวัตกรรมทางการแพทย์ต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีความบกพร่องทางความคิดความเข้าใจเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มากขึ้นเพื่อเพิ่ม หรือ คงสมรรถนะในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้นานขึ้น

เอกสารอ้างอิง (references)

1. Fiest, K. M., Jetté, N., Roberts, J. I., Maxwell, C. J., Smith, E. E., Black, S. E., Blaikie, L., Cohen, A., Day, L., Holroyd-Leduc, J., Kirk, A., Pearson, D., Pringsheim, T., Venegas-Torres, A., & Hogan, D. B. The Prevalence and Incidence of Dementia: a Systematic Review and Meta-analysis. *The Canadian journal of neurological sciences*. 2016; 43, Suppl 1, S3–S50.
2. World Health Organization. *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2017.
3. Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. The global prevalence of dementia: a systematic review and metanalysis. *the journal of the Alzheimer's Association*. 2013; 9(1), 63–75.
4. de Souto Barreto, P., Cesari, M., Denormandie, P., Armaingaud, D., Vellas, B., & Rolland, Y. Exercise or Social Intervention for Nursing Home Residents with Dementia: A Pilot



- Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017; 65(9), E123–E129.
5. Bossers, W. J., van der Woude, L. H., Boersma, F., Hortobágyi, T., Scherder, E. J., & van Heuvelen, M. J. Comparison of Effect of Two Exercise Programs on Activities of Daily Living in Individuals with Dementia: A 9-Week Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016; 64(6), 1258–1266.
 6. Toots, A., Littbrand, H., Lindelöf, N., Wiklund, R., Holmberg, H., Nordström, P., Lundin-Olsson, L., Gustafson, Y., & Rosendahl, E. Effects of a High-Intensity Functional Exercise Program on Dependence in Activities of Daily Living and Balance in Older Adults with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016; 64(1), 55–64.
 7. Okamura, H., Otani, M., Shimoyama, N., & Fujii, T. Combined Exercise and Cognitive Training System for Dementia Patients: A Randomized Controlled Trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2018; 45(5-6), 318–325.
 8. Bourgeois, J., Laye, M., Lemaire, J., Leone, E., Deudon, A., Darmon, N., Giaume, C., Lafont, V., Brinck-Jensen, S., Dechamps, A., König, A., & Robert, P. Relearning of Activities of Daily Living: A Comparison of the Effectiveness of Three Learning Methods in Patients with Dementia of the Alzheimer Type. *The journal of nutrition, health & aging*. 2016; 20(1), 48–55.
 9. Li, D. M., & Li, X. X. The effect of folk recreation program in improving symptoms: a study of Chinese elder dementia patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 2017; 32(8), 901–908.
 10. Liu, B., Chen, X., Li, Y., Liu, H., Guo, S., & Yu, P. Effect of passive finger exercises on grip strength and the ability to perform activities of daily living for older people with dementia: a 12-week randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*. 2018; 13, 2169–2177.
 11. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guidelines: Dementia). 2557. บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
 12. Shaji, K. S., Sivakumar, P. T., Rao, G. P., & Paul, N. Clinical Practice Guidelines for Management of Dementia. *Indian journal of psychiatry*. 2018; 60(Suppl 3), S312–S328.
 13. กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์. ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิด และการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2554; 56(4): 499-462.



14. Schnelle, J. F., Kapur, K., Alessi, C., Osterweil, D., Beck, J. G., Al-Samarrai, N. R. & Ouslander, JG. Does an exercise and incontinence intervention save healthcare costs in a nursing home population. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003; 51(2), 161–168.
15. Pitkälä, K. H., Pöysti, M. M., Laakkonen, M. L., Tilvis, R. S., Savikko, N., Kautiainen, H., & Strandberg, T. E. Effects of the Finnish Alzheimer disease exercise trial (FINALEX): a randomized controlled trial. *JAMA internal medicine*. 2013; 173(10), 894–901.
16. Duru Aşiret, G., & Kapucu, S. The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients with Alzheimer Disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 2016; 29(1), 31–37.
17. Henwood, T., Neville, C., Baguley, C., & Beattie, E. Aquatic exercise for residential aged care adults with dementia: benefits and barriers to participation. *International psychogeriatrics*. 2017; 29(9), 1439–1449.
18. Brueggen, K., Kasper, E., Ochmann, S., Pfaff, H., Webel, S., Schneider, W., & Teipel, S. Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial. *Journal of Alzheimer's disease*: 2017; 57(4), 1315–1324.
19. Thuné-Boyle, I. C., Iliffe, S., Cerga-Pashoja, A., Lowery, D., & Warner, J. The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: towards a research agenda. *International psychogeriatrics*. 2012; 24(7), 1046–1057.
20. Fiatarone, M. A., O'Neill, E. F., Ryan, N. D., Clements, K. M., Solares, G. R., Nelson, M. E., Roberts, S. B., Kehayias, J. J., Lipsitz, L. A., & Evans, W. J. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *The New England journal of medicine*, 1994; 330(25), 1769–1775.



กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม

นาเดีย บิลล่าเต๊ะ* เพื่อนใจ รัตตากร**

บทคัดย่อ

งานวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง อายุตั้งแต่ 52-74 ปี จำนวน 6 คนโดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (in - depth interview) มีการเก็บข้อมูลในชุมชนบ้านท่าหาด ตำบลบ้านหาร อำเภอบางกล่ำ/ ชุมชนเขต 8, ชุมชนวงเวียนน้ำพุ ตำบลคลองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และวิเคราะห์ข้อมูลแยกเป็นประเด็นหลักประเด็นรอง

ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม มีตั้งแต่การให้การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุ การเสริมกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังเช่น การพูดคุยให้กำลังใจ การสัมผัสผู้สูงอายุเบา ๆ การใช้เวลาร่วมกัน รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพบปะญาติพี่น้องหรือบุคคลภายนอก นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาโดยให้ผู้สูงอายุละหมาดตามความสามารถ ฟังอัลกุรอาน ฟังบรรยายศาสนา และการรำลึกถึงพระเจ้า ซึ่งกิจกรรมการดูแลเหล่านี้นอกจากจะมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสบายใจแล้ว ยังมุ่งเน้นป้องกันปัญหาที่จะตามมาในอนาคตอีกด้วย

Abstract

This research aimed to understand and describe the activities of caring for Muslim elderly. The qualitative research was used for collecting data. Interview in six Muslim caregivers living in Ban Tha Hat community, Ban Han Subdistrict, Bang Klam District / Community Zone 8, Nam Phlu Circle Community, Khlong Hae Sub-district, Hat Yai District, Songkhla Province. Was interview using in-depth interview. Data were analysed in the theme and subtheme.

The results of the study showed that the care activities for Muslim elderly patients included providing basic activities of daily living based on the elderly performance, encouraging the elderly in many ways, such as talked, touched the body of the elderly gently, and spending time with elderly. In addition, religious activities are promoted by the elderly to pray according to their ability, listen to the Quran or listen to preach, and remember God. These care activities not only focus on the elderly happiness and comfortable but also focus on prevention to future problems.

*นักศึกษาศาสาชีวากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ มีผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 และนับวันประชากรไทยจะยังมีอายุสูงขึ้น ทำให้มองเห็นภาพแนวโน้มของภาวะความเจ็บป่วยของประชากรที่น่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้สูงอายุย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนอายุน้อย หรือยิ่งอายุมากก็ยิ่งมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้อัตราการตายของวัยสูงอายุมากกว่าวัยอื่น ๆ¹ โรคของผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว เช่นโรคไตเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคมะเร็ง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเกี่ยวกับกระดูกหรือโรคความจำเสื่อม เป็นต้น สิ่งที่มาพร้อมกับโรค คือความเจ็บป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ หากมองในมุมมองของอิสลามนั้นไม่ได้ถือว่าความเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย หากแต่เชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามพระประสงค์ของพระเจ้า และการหายหรือไม่หายจากการเจ็บป่วยหรือ การตายก็เป็นพระประสงค์ของพระเจ้าเช่นกัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าให้ผู้ป่วยนอนรอจนกว่าพระองค์จะลิขิตให้หายโดยไม่พยายามเยียวยารักษา นอกจากนี้อิสลามถือว่าความเจ็บป่วยเป็น การทดสอบวัดความศรัทธา ความอดทน ความยำเกรงต่ออัลเลาะห์ การที่พระองค์ให้เราเจ็บป่วยยังถือเป็นความเมตตา และไม่ให้เราท้อแท้สิ้นหวังให้รีบอบำบัดเพื่อจะได้หาย ได้เคารพภักดีต่อพระองค์ต่อไป² สำหรับชาวมุสลิม อิสลามถือเป็นทั้งศาสนาและวิถีชีวิต (way of life) มุสลิมจะปฏิบัติตามบทบัญญัติในพระมหาคัมภีร์อัลกุรอาน และวจนะหรือแบบอย่างของท่านศาสดามุฮัมมัดซึ่งถือเป็นธรรมนูญสูงสุดของชีวิต อิสลามได้พูดถึงการเกิดการเจ็บป่วย ความตาย และชีวิตหลังความตาย การกลับไปสู่ความเมตตาของพระเจ้า ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นมุสลิมจึงต้องการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความเชื่อความศรัทธาที่ตนมีอยู่³

จากการสำรวจเป็นระยะ ๆ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราวร้อยละ 10 หรือราว 1 ล้านคน พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงทั้งหมดหรือเป็นประเภท "ติดเตียง" ราวร้อยละ 15 หรือราว 1.5 แสนคน จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ และจากสัดส่วนผู้สูงอายุ "วัยปลาย" ที่มากขึ้น เพราะอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็นลำดับ⁴ ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงผู้อื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในสังคมไทย ครอบครัวคือสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกครอบครัว นอกจากนี้ครอบครัวยังถือเป็นที่พักพิงสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน อาจจะเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องจะรับหน้าที่ในการดูแล และนิยมเรียกว่าญาติผู้ดูแล (family caregiver) ซึ่งนับว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ หากเราต้องให้การดูแลผู้สูงอายุบรรลุปเป้าหมายหรือผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว การดูแลในครอบครัวถือว่าเป็นวิธีแรกที่ต้องให้ความสนใจและความสำคัญ⁵ ดังนั้นญาติที่เป็นผู้ดูแลจึงกลายเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยและเป็นบริบทที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ญาติจึงจำเป็นที่จะต้องมีความเข้าใจมิติทางจิตวิญญาณ เข้าใจความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม (holistic care) อันเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของ palliative care³

การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน เมื่อญาติสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น หรือต้องเปลี่ยนบทบาทจากบทบาทการทำงานมาเป็นบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ อาจส่งผลให้กิจวัตรในแต่ละวันเปลี่ยนไปจากเดิม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขพบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบ แตก ตัน และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นรายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบด้านอารมณ์ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง อีกทั้งพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย



ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้พบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการดูแลนั้นอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกดดัน⁶ ผลกระทบเมื่อกลายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านมีทั้งทางบวกและทางลบ ในทางบวกได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดี รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและเป็นที่ต้องการได้รับคำชมจากบุคคลรอบข้าง อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลที่บ้านจำนวนไม่น้อยที่ได้รับความรู้สึกทางลบจากการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกโกรธฉุนเฉียวง่าย รู้สึกเหมือนไม่มีเวลาเป็นของตนเองถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วยถูกแยกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม⁷

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษากิจกรรมการดูแลของญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม โดยใช้ศักยภาพของครอบครัวที่มีอยู่และความสัมพันธ์อันดีของครอบครัว รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแล^{10,11} เนื่องจากสถานการณ์สุขภาพคนไทยเปลี่ยนเข้าสู่ภาวะโรคเรื้อรังและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งนโยบายสาธารณสุขของประเทศขับเคลื่อนการเริ่มต้นชุดสิทธิประโยชน์ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2559 ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง^{8,9} ซึ่งเป็นหนึ่งในบทบาทนักกิจกรรมบำบัด นอกจากนี้การได้รับทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองในทัศนะอิสลาม ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในมิติทางจิตวิญญาณ มีความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมุสลิมอันนำไปสู่การดูแลอย่างองค์รวม³ นักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพชีวิตที่ดีในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตของทุกช่วงวัย รวมไปถึงช่วงวัยสูงอายุ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้ในการให้บริการงานกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่ประสบกับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปสู่แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านท่าหาด ตำบลบ้านหาร อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา, ชุมชนเขต 8 ตำบลคลองแห อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา และ ชุมชนวงเวียนน้ำพุ ตำบลคลองแห อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลมีดังนี้

1. ญาติ หรือสมาชิกของครอบครัวมุสลิมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีประสบการณ์การดูแลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

2. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

3. สามารถสื่อสารด้วยตนเองเป็นภาษาไทย

4. มีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

ขอบเขตการวิจัยด้านสถานที่ทำการวิจัย

การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

ก่อนการดำเนินการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สำรวจสนามวิจัยเพื่อค้นหาผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติอย่างคร่าว ๆ โดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ซึ่งถือเป็นบุคคลในชุมชน ที่สามารถเข้าถึงประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนมากที่สุด



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพคือ ตัวผู้สัมภาษณ์หรือผู้วิจัย โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเองตามแนวคำถามสัมภาษณ์ (interview guide) โดยสามารถขยายแนวคำถามเหล่านั้นเป็นคำถามย่อย ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น ส่วนคำถามนั้นจะใช้แนวคำถามปลายเปิดที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีส่วนร่วมในการเล่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม แนวคำถามในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แนวคำถามสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ และผู้สูงอายุ
2. แนวคำถามสัมภาษณ์กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่โครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะสัมภาษณ์เพื่อเตรียมความพร้อม/ประสบการณ์ก่อนการสัมภาษณ์จริง โดยมีอาสาสมัครจำนวน 2 คน จากชุมชนวัดเกต อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากผู้วิจัยเตรียมประสบการณ์การสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการติดต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ เพื่อทำการสอบถามเบอร์โทรศัพท์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังจากนั้นทำการติดต่อ อสม. บ้านท่าหาด ตำบลบ้านหาร อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เพื่อช่วยเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการค้นหากลุ่มเป้าหมาย และเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยเจาะจงอสม. ที่นับถือศาสนาอิสลาม เนื่องจากมีเครือข่ายและรายชื่อของผู้ป่วยมุสลิมภายในเขตชุมชนที่ตนรับผิดชอบ ผู้วิจัยได้สอบถามจำนวนผู้สูงอายุติดเตียง และญาติ/สมาชิกของครอบครัวมุสลิมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีประสบการณ์การดูแลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป และขออนุญาตขอเบอร์โทรศัพท์กลุ่มเป้าหมาย เพื่อทำการติดต่อประสานงานให้ผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีในการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้หรือไม่ โดยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ต่าง ๆ ร่วมด้วย เมื่อกลุ่มเป้าหมายมีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ตามให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวกมากที่สุด เพื่อพูดคุยสัมภาษณ์

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 6 ราย จึงตัดสินใจยุติการสัมภาษณ์ทั้งหมด เนื่องจากข้อมูลเริ่มมีความซ้ำซ้อน หรือเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) ซึ่งในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลา 45 – 60 นาที โดยเริ่มสนทนาด้วยการบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเทปเสียง การสัมภาษณ์ โดยทำการแจ้งแก่ผู้ให้ข้อมูลว่าข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำข้อมูลไปใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ช่วงแรกของการสัมภาษณ์เป็นการถามข้อมูลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อเปิดเส้นทางไปสู่การสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 คือการให้การดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ศาสนา ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ภาษาใต้ ซึ่งเป็นภาษาท้องถิ่นเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเอง และหลีกเลี่ยงคำถามซ้ำและคำถามซ้อนให้น้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีลักษณะเฉพาะคือ การดำเนินไปของการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาไปจนกระทั่งการเขียนรายงานสิ้นสุดลง เพื่อค้นหาแก่นสาระในแต่ละครั้งใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น และกำหนดทิศทางไม่ให้เกิดความผิดพลาดสำหรับการวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะถัดไป มีการยุติการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อพบการอิ่มตัวของข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลใน



ภาพรวมโดยใช้วิธีการตีความข้อมูลที่ได้พรรณา การตีความหรือให้ความหมายข้อมูลใช้หลักตรรกวิทยา โดยวิธีการอุปนัย (induction) มีการจัดทำรหัสข้อมูลอ่านทบทวนและจับใจความโดยรวมของข้อมูล แล้วแบ่งข้อมูลออกเป็นส่วนย่อย ๆ โดยใช้เครื่องหมายปีกกา หรือขีดเส้นใต้ตามกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายหรือใจความไปในทางเดียวกัน สร้างหัวข้อสรุปและเปรียบเทียบ เพื่อดูความเหมือนหรือความทับซ้อนกัน โดยแบ่งหัวข้อสรุปออกเป็น 3 กลุ่ม คือ หัวข้อสรุปหลัก (major topic) หัวข้อสรุปสำคัญ (important topic) และ หัวข้อสรุปเหลือค้าง (leftover topic) หลังจากนั้นประมวลเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยาย¹² แล้วเข้าสู่ขั้นตอนของการแปลความหมายของข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงแง่คิดและมุมมอง ญาติผู้ดูแลต่อกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่นับถือศาสนาอิสลาม

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้งเพศหญิงเพศชาย อายุตั้งแต่ 52 ไปจนถึง 74 ปี มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตั้งแต่ 8 เดือนจนถึง 10 ปี ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้นมีทั้งเป็นเป็นลูกสาว สามิ ภรรยา ผู้ดูแลบางรายจำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมกับการทำงาน บางรายหยุดงานเพื่อให้การดูแล ซึ่งกิจกรรมการดูแลทั้งหมดจะเกิดขึ้นในบ้านภายในชุมชนมุสลิม 3 แห่ง ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงจากความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต และภาวะอ่อนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 66 ปี จนถึง 87 ปี เป็นบุคคลที่มีความพิการทางด้านร่างกาย ซึ่งบางรายอาจส่งผลกระทบต่อถึงด้านจิตใจด้วย ความสามารถของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความสามารถการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว อาจส่งผลกระทบต่อถึงความคิดความเข้าใจและระดับความรู้สึกตัว ซึ่งระดับความสามารถของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้มีตั้งแต่สามารถลุกขึ้นนั่งได้ด้วยตนเอง ไปจนถึงผู้สูงอายุที่สามารถทำได้เพียงการกระพริบตาเท่านั้น

กิจกรรมการดูแลกับส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต

กิจกรรมการดูแลกิจวัตรขั้นพื้นฐานในผู้สูงอายุติดเตียง เป็นกิจกรรมที่ญาติจำเป็นต้องกระทำในทุก ๆ วัน รูปแบบของกิจกรรมมีลักษณะเหมือนเดิมโดยจะเกิดขึ้นซ้ำ ๆ และมักจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดิมของวัน จนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้กลายเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ กลายเป็นตารางชีวิตที่ถูกแบ่งปันเวลาส่วนหนึ่งไว้กับการดูแลผู้สูงอายุ

ดังเช่นป้ามะฮ์ ที่การดูแลมารดาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการดำเนินชีวิต โดยป้ามะฮ์สามารถเล่าได้ว่าในแต่ละวัน แต่ละเวลาต้องทำอะไรก่อนหลัง ทำอย่างไร ทำเวลาใดและทำกี่ครั้ง

“นี่แหละหัวเช้า [ตอนเช้า : ผู้วิจัย] พอตื่นมาเสร็จ ก็อาบน้ำพอบ้านน้ำเสร็จก็กินข้าว กินข้าวก็ใส่แพมเพิส พอใส่เสร็จก็ให้แค่นอน ถึงเราก็ไปทำอะไร ทำนั่นทำนี่ก็ตามภาษาเรานะ ตอนเที่ยงก็กินข้าวอีกครั้งแหละนะ ในวันหนึ่งอาบน้ำสองครั้ง หัวเย็นกับหัวเช้า [ตอนเย็น/ตอนเช้า : ผู้วิจัย] ตอนเที่ยงก็ให้กินข้าว...”

เช่นเดียวกันกับป้ารุ่น ที่เล่าว่าตนให้การดูแลมารดาไปพร้อม ๆ กับการทำงาน ซึ่งอาจมองได้ว่ากิจกรรมการดูแลนั้นได้กลายเป็นกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลที่ผ่านการจัดสรรเวลาอย่างลงตัว ผู้ดูแลได้ให้การดูแล อำนวยความสะดวกเรื่องกิจวัตรประจำวันพื้นฐานให้แก่ผู้สูงอายุในทุก ๆ วันตั้งแต่กลางวันจนถึงกลางคืน บางกิจกรรมจำเป็นต้องทำมากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 วัน



เช่น การรับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน การล้างไต 4 ครั้งต่อวัน การเช็ดตัวอย่าง 2 ครั้งต่อวันหรืออาจมากกว่านั้น จนพูดได้ว่าการจัดการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐานนั้นได้ถูกกลืนไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้ดูแล

ป้ารุ่นกล่าวว่า “อาบน้ำ ถูสบู่ สระหัว พอเสร็จก็เช็ดตัวตามซอกตามอะไรแล้วทาแป้ง แล้วก็แต่งตัวให้เค้า พอเสร็จก็ไปซื้อข้าวมาให้เค้ากิน ป้อนให้เค้า กินเสร็จให้เค้านั่งพัก นั่งรออะไรสักพักก่อนแหละนะก่อนให้เค้านอน พอเสร็จก็ไปทำงาน พอตีสิบสองหัวเที่ยง [ตอนเที่ยง: ผู้วิจัย] ก็คือ มาเปลี่ยนแพมเพิสให้ ทาแป้ง ป้อนข้าว แล้วก็ไปต่อ ทำงานเสร็จจนตีสี่ [16:00 นาฬิกา : ผู้วิจัย] แล้วกลับมาก็ทำเหมือนเดิม ทำแบบนี้แหละปกติทุกวันสามมื้อ ช่วงเย็นก็ทำแบบนี้แหละให้กินนุ่น กินอะไรเสร็จ อาบน้ำอะไรเสร็จ ก็ให้นอน พอเค้านอนแล้วก็นอน หลับนุ่นแหละหลับยาวเลยกว่าจะตื่น ”

แสดงให้เห็นว่าสำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงนั้นญาติผู้ให้การดูแล (care giver) มีบทบาท (role) สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมครบทุกด้านของกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (BADL) ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการดูแลการรับประทานอาหาร (eating) การใส่เสื้อผ้า (dressing) การอาบน้ำเช็ดตัว (bathing) การดูแลการขับถ่ายหรือการเปลี่ยนผ้าอ้อม (toileting) การแปรงฟัน (oral hygiene) ดูแลความสะอาด ทาแป้ง ดูแลเล็บมือ และเล็บเท้า (grooming) เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (care of other) ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรดำรงชีวิตของผู้ดูแล (routine)

การจัดเตรียมอาหาร/การป้อนอาหาร มีการให้การดูแลตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมิมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองสูงก็จะยิ่งได้รับความช่วยเหลือน้อย และลดภาระการดูแลจากญาติในมากยิ่งขึ้น เช่นในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถนั่งได้และสามารถใช้มือได้ข้างใดข้างหนึ่ง ผู้ดูแลจะคอยจัดเตรียมอาหารแล้วให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถนั่งและไม่สามารถใช้แขนค้ำอาหารรับประทานเองได้ผู้ดูแลจึงจะทำการป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน และในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเคี้ยวและกลืนอาหารได้ด้วยตนเอง สิ่งที่ผู้ดูแลกระทำคือการจัดเตรียมอาหารผสมผสน้ำอุ่น ที่อุณหภูมิพอเหมาะ และให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุ

ป้ามะฮ์ “ข้าวแกงกินได้หมดแล้วเราเอาใส่ถาดให้เค้า ให้เค้านั่งนี้แหละ ใส่ถาดมาเค้านั่งเอง ใส่ถาดมาให้หมดนะไม่ว่า ข้าว โอวัลติน หรือว่ากับข้าว เขากินเองใช้ชามช้อนกินเอง”

ป้ารุ่นเล่าให้ผู้วิจัยฟังเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุว่า “เขากินเองไม่ได้ต้องป้อน ป้อนทานั่งเพราะเค้าไม่ชอบนอนกิน ต้องป้อนทานั่ง... ไปซื้อข้าวมาให้เค้ากิน ป้อนให้เค้ากินเสร็จให้เค้านั่งพัก นั่งรออะไรสักพักก่อนแหละนะก่อนให้เค้านอน ”

ป้าพะฮ์ได้เล่าถึงกิจกรรมการกินว่า “กินเองไม่ได้ต้องให้อาหารทางสาย ชงอาหารแล้วใส่ในแก้วนี้แหละแล้วชู [ยก: ผู้วิจัย] พอหมดแล้วใส่ พอจะหมดแล้วใส่ พอจะหมดแล้ว ใส่พาลาง ๆ [ใส่ไปก่อน: ผู้วิจัย]”

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่า การตระหนักและคำนึงถึงโภชนาการของผู้สูงอายุเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญไม่แพ้กัน ผู้ดูแลได้ให้ความสำคัญต่อโภชนาการที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คำนึงว่าสารอาหารเพียงพอหรือไม่ อาหารประเภทใดที่ควรจำกัด และอาหารประเภทใดที่ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทาน



จากคำพูดของป้าฉะที่ว่า “อาหารต้องจำกัดอาหารสแลง เนื่องจากโรคไต จำพวกไขมัน ของหวาน กะทิ พายยามเน้นพวกผัก และไข่ขาวอย่างน้อยวันละหกฟอง ถูกแนะนำมาจากนักโภชนาการ ก่อนออกจากโรงพยาบาล เขาสามารถดักอาหารกินเองได้ เราทำอาหารมาวางไว้ให้ไปทำงานกลับมาเค้กกินเองจนหมด”

แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการรับประทานอาหารนั้นไม่ใช่แค่การเตรียมอาหาร หรือการป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการคำนึงถึงโภชนาการ มีความเหมาะสมหรือไม่ ที่ผู้สูงอายุควรรับประทานสิ่งใด

การดูแลความสะอาดร่างกายแก่ผู้สูงอายุ การได้ดูแลความสะอาดประกอบด้วย การเช็ดตัว การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดช่องปาก ดูแลเล็บมือเล็บเท้า ดูแลความสะอาดตามซอก/ร่องอวัยวะภายในร่างกาย ส่งผลให้เกิดความสบายตัวตามมา ซึ่งความสบายของผู้ป่วยส่งผลถึงความสบายของญาติเนื่องจากบุคคลอื่นเป็นที่รักจะได้รู้สึกดีแล้วยังเป็นการเป็นสิ่งที่ดีที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภายนอกดูดี สะอาดสะอ้าน และสามารถนอนหลับอย่างสบายส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจ ปราศจากความรู้สึกกังวลในตัวผู้สูงอายุ และสามารถใช้เวลาในการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ได้อย่างเต็มที่

ป้าฉะเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า “ชอบตัดผม ชอบตัดเล็บ ต้องตรวจเล็บเหมือนเด็กนักเรียน ดูแลมือดูแลเท้า เที่ยวดูตามหู ตามซอกว่าซึ่หูซึ่อะไรมีรีเปลา่ พอเค้เกลี้ยงเรารู้สึกสบายใจ รู้สึกมันสบายหุสบายตามันสบายใจ ทำยังไงก็ได้ให้เค้เกลี้ยงให้เค้ดูดี ดูแลให้เค้ดูดี” สำหรับป้าฉะที่ชอบกิจกรรมการดูแลทำความสะอาดร่างกาย เพราะตนรู้สึกสบายใจเมื่อสามีของตนดูดีและสะอาด

การอาบน้ำให้ผู้สูงอายุพบว่าในบางรายใช้การเช็ดตัวให้ผู้ป่วยตามข้อจำกัดของแต่ละบุคคล ในรายที่ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อไปอาบน้ำที่ทำได้เนื่องจากสามารถทำได้โดยง่าย บริเวณที่ใช้อาบน้ำอยู่กับเตียงนอน และทำเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยสบายตัว ในรายที่ทำการเช็ดตัวให้แก่ผู้ป่วยเนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย และข้อจำกัดของแผลที่ควรหลีกเลี่ยงการโดนน้ำ และเมื่อทำการอาบน้ำเสร็จจะมีกิจกรรมที่ต่อเนื่องตามมาด้วยการเช็ดตัว การทาแป้งและการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นลำดับ

ป้ารุ่นพูดว่า “ถ้าไม่ทำความสะอาดเค้ไม่สบายตัวนะ เค้เหนียว เค้เปียกขาว [เปียกขึ้นบริเวณกัน : ผู้วิจัย] เค้ณะมันไม่สบายตัวเค้ณะ แต่พอเราดื่บ [จัด : ผู้วิจัย] เค้ก็นอนหลับสบาย ร่างกายนี้เข้าถึงเย็นเราต้องทำอยู่แล้วด้วยนะ พอเค้สบายตัวเค้แล้วเค้ก็นอนหลับนะ... อยากให้เค้สบายตัวนั่น คือนี่มันจำเป็นอยู่แล้วนะ การทำความสะอาด สระผมอะไรอะไร เชียหูอาทิตย์ละครั้งก็ยังดี ก็คือว่ามันแบบว่าคล้ายคล้ายว่ามันสบายตัวเรานั้นนะ เค้ก็สบายกันแหละ บางทีเล็บเค้ยาวพอเค้เกามันเป็นแผลแล้วก็ลาม คือเราก็มีงานบางทีก็ไม่มีเวลามาดูแลนั้นนะ มากมากคือดูทุกซอกนั่นแหละ ระหว่างรักแร้เช็ดให้แห้งทาแป้ง บางทีเค้เกาถึงก็เป็นแผลพอเป็นแผลถึงมันก็ลาม...”

การดูแลความสะอาดร่างกายนอกจากจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายตัวแล้ว ยังเป็นการป้องกันปัญหาที่จะตามมาในอนาคต เช่น ปัญหาแผลติดเชื้อที่เกิดจากการละเลยการดูแลความสะอาด หรือจากการละเลยการตัดเล็บให้ผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีเล็บที่ยาวเกินไป และอาการคันทำให้ผู้สูงอายุเกาจนเกิดแผลได้ การเกิดแผลติดเชื้อนั้นส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลและจำเป็นต้องมีการดูแลรักษาแผลอย่างใกล้ชิดตามมา



การพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำในผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันแผลกดทับ ญาติตระหนักถึงการพลิกตะแคงตัวโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้ด้วยตนเอง ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องคอยพลิกตะแคงตัวให้แก่ผู้สูงอายุเท่าที่ตนมีเวลาสามารถทำได้ โดยเหล่าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจว่าจำเป็นต้องให้การพลิกตะแคงตัวด้วยสาเหตุใด

ดังเช่นป้ารุ่นที่ทำการพลิกตะแคงตัวให้ผู้สูงอายุเนื่องจากมีความเข้าใจว่าการนอนในท่าเดิมเป็นระยะเวลานานจะเกิดผลเสีย การพลิกตะแคงตัวจึงจำเป็นเพื่อป้องกันแผลกดทับ นอกจากนี้ป้าผะยังพยายามที่จะทำความเข้าใจความรู้สึกผู้สูงอายุที่ต้องนอนท่าเดิมเป็นระยะเวลานาน ผู้สูงอายุอาจรู้สึกไม่สบายตัว จึงต้องการให้ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนท่าขณะนอนบ้างเท่าที่มีเวลาสามารถทำได้

ป้ารุ่นบอกว่า “คือบางทีเค้านอนตะแคงนะ แล้วเราไม่อยากให้เค้าเป็นแผลกดทับด้วย อยากให้เค้าได้เปลี่ยนท่า บางทีมันนอนท่าเดิมนาน ๆ มันไม่ดีให้เค้าได้เปลี่ยนท่าบ้าง บางทีก็หยับ [ขยับ : ผู้วิจัย] ให้เค้าตะแคงไปทางขวาบ้าง ซ้ายบ้าง พอทำกับข้าวสักชั่วโมงเดินมาหาเค้า ก็พลิกให้ ช่วงเย็น กับช่วงค่ำที่อยู่บ้านได้มีเวลาทำให้เค้า แต่ช่วงไปทำงานก็ไม่ได้ทำ... คือก็ทำแล้วอยากให้เค้าสบายตัวอยากให้เค้าเปลี่ยนท่านะ แล้วก็จะได้ไม่ต้องมารักษาแผลกดทับที่หลังอีก โทเดียวมันหนักใช้หม้าย [อีกเดี๋ยวมันจะหนักขึ้นใช้ไหม: ผู้วิจัย]”

ป้ารุ่นตระหนักถึงผลที่จะตามมาหากผู้สูงอายุเป็นแผลกดทับ อาจส่งผลให้ตนจำเป็นต้องสละเวลามาให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะกระทบต่อการทำงาน จำเป็นต้องหยุดงานและยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจ ป้ารุ่นยังได้ยกตัวอย่างสถานการณ์บิดาของตนที่ป่วยหนักและได้รับการดูแลที่ไม่ละเอียด ส่งผลให้ต้องเข้าโรงพยาบาลไปล้างแผลให้สะอาดในที่สุด

“ทำแล้วรู้สึกสบายใจ เค้าก็สบายเราก็นสบาย คือได้ไปทำงานไม่ต้องเราเฝ้าเค้า หยุดงานอีกนะ เค้าก็ได้สบาย ไม่ต้องมาเป็นแผลให้เรากังวลใช้ไหม เราก็ไม่ต้องมาดูแลตรงนั้นที่มันจะทำให้เราไปไหนไม่ได้มันนะ เหมือนโต๊ะขาย [ตา : ผู้วิจัย] อะนะ เค้าเสียซะแล้วแต่ถ้าเราไม่ได้ละเอียด ไม่ได้อาบน้ำ เช็ดตัวพลิกเค้า เปลี่ยนแพมเพิสให้เค้าบ่อยบ่อย ก็จะเป็นแผลกดทับ ต้องส่งไปให้โรงพยาบาลบางกล้าให้เค้าล้างให้...”

การพลิกตะแคงตัวให้ผู้สูงอายุนั้นนอกจากผู้ดูแลจะมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสบายตัวแล้ว ยังมุ่งเน้นป้องกันปัญหาที่จะตามมาในอนาคต นั่นคือปัญหาแผลกดทับ ซึ่งหากเกิดแผลกดทับขึ้นแล้วจะนำปัญหาอีกมากมายตามมา การได้พลิกตะแคงตัวให้ผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความสบายใจเช่นกัน เนื่องจากส่งผลให้บุคคลอันเป็นที่รักได้รู้สึกสบายตัวทำให้ตนรู้สึกสบายใจและไร้กังวลต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังสามารถสบายตัวกับการที่ไม่ต้องเผชิญกับผลกระทบของแผลกดทับที่ตามมา เช่น การจะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น การต้องสละเวลาทำงานมาให้การดูแลผู้สูงอายุ การต้องพาสูงอายุไปโรงพยาบาล หรือการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาต่าง ๆ

การดูแลผู้สูงอายุ : บทบาท ความจำเป็น หรือ การตอบแทนพระคุณ

เหตุผลการให้การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในแต่ละราย มีทั้งความแตกต่างและความเหมือนซึ่งต่างคนต่างมีเหตุผลในการให้การดูแลตามเหตุผลส่วนบุคคล โดยอาจกระทำลงไปตามบทบาทหน้าที่ บางรายกระทำการดูแลด้วยความจำเป็น หรือ บางรายกระทำเพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณ



ดังเช่น ตาสบ และป้าฉะ ที่ต่างให้เหตุผลในการให้การดูแลไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งเหตุผลที่ทำให้ตนรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุนั้นคือ “ความจำเป็น” เนื่องจากไม่มีใครที่จะมาดูแลอีกแล้วนอกจากตัวของพวกเขาเอง และพวกเขาเป็นผู้ที่พร้อมมากที่สุดในการรับหน้าที่นั้น การให้การดูแลผู้สูงอายุนอกจากจะกระทำเพราะความจำเป็นแล้วยังเป็นหน้าที่ที่พวกเขาไม่อาจละทิ้งได้อีกด้วย

ตาสบกล่าวว่า “เรียบบ่อยเราทำเองทั้งหมด เพราะเค้าไม่มีใคร... เพราะมันเป็นหน้าที่ที่ต้องทำถ้าไม่ทำแล้วใครจะมาทำ ถ้าไม่ดูแลใครจะดูแล”

ป้าฉะกล่าวว่า “เรามีทำทุกอย่าง เพราะว่าไม่มีใครแล้ว... เพราะเขาเป็นสามี เป็นพ่อของลูกเรา คือทำยังไงก็ได้ที่ช่วยให้สามารถดูแลเค้าได้อย่างสุดความสามารถ เราทำได้แค่นี้ก็แค่นั้น แต่ต้องทำให้ดีที่สุดอย่างสุดความสามารถ... ลูกป้าเรียนมอ [มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: ภูเก็ต] กันละ เป็นผู้หญิงเรียนอยู่ปีหนึ่ง ขึ้นปีสอง พอเค้าว่านั่น เค้าจะโทรมาบอกว่าเออมา เราว่านะ เพราะว่ามจะต้องขับรถมาจากเปิดท้าย พอตีสี่ต้องขับรถไปเปิดท้ายไปจอดของอีก เดี่ยวเราดูปะให้เอง อาทิตย์หนึ่งเขาจะมาสักครั้ง ถ้าเขาไม่ว่างก็ไม่ได้มาบางที”

ป้าฉะเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าตนมีความจำเป็นที่ต้องให้การดูแลสามีทุกอย่าง เนื่องจากไม่มีใคร ที่จะเข้ามาช่วยเหลือ ป้าฉะอาศัยอยู่ที่บ้านกับสามีเพียงลำพัง 2 คน และมีลูกสาวอีก 1 คนที่กำลังเรียนมหาวิทยาลัยปี 2 ที่จะกลับมาที่บ้านอาทิตย์ละครั้ง ทำให้ไม่มีใครที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้นอกจากตัวของป้าฉะเอง นอกจากนี้ยังให้การดูแลด้วยเนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่มีความผูกพันเป็นทั้งสามีและยังถือเป็นพ่อของลูก

นอกจากนี้ป้าฉะ ยายมะฮ์ และป้ารุ่น ต่างกล่าวว่าเหตุผลที่ตนให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุเนื่องมาจากตนมีบทบาทหน้าที่ความเป็นลูก ส่งผลให้ต้องดูแลบิดามารดาเพื่อเป็นการตอบแทน ซึ่งสอดคล้องกับคำพูดของ ศิริภาณี ศรีหาคา (2557) ที่ได้บอกไว้ว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวันซึ่งการดูแลนั้นอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู นอกจากนี้ศาสนาหลายศาสนามักเน้นการให้เคารพเชื่อฟังคำสั่งและเลี้ยงดูบิดามารดา บางศาสนาได้สอนว่าการเชื่อฟังและเลี้ยงดูบิดามารดาจะทำให้ได้ขึ้นสวรรค์ชั้นสูงกว่าการทำดีอย่างอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอิสลามมองความกตัญญูและการทำดีต่อพ่อแม่เป็นหน้าที่ที่สูงส่งและสำคัญรองลงมาจาก การเคารพภักดีอัลเลาะห์ เช่นดังที่พระองค์อัลเลาะห์ได้ตรัสไว้ว่า “สุเจ้าทั้งหลายจงเคารพภักดีอัลเลาะห์และอย่าได้ตั้งภาคีใด ๆ ต่อพระองค์ และกับบิดามารดานั้นสุเจ้าจงทำดีกับทั้งสอง” (อัลกุรอาน สูเราะฮ์ อัน-นิสาอ: 36)¹³ ส่งผลให้การดูแลบิดา มารดาตามที่เจ็บป่วยหรือยามที่แก่ชรา เป็นหน้าที่สำคัญของลูก โดยจะเห็นได้จากคำพูดของป้ามะฮ์ที่ว่า

“ถ้าเราไม่ทำใครจะทำให้เค้า เราผลัดเวรกันแล้วนั้น มันเป็นบทบาทของลูกกันแหละ เราเป็นลูกเค้าคนหนึ่งก็ต้องมาดูแลเค้า...เราถือว่าเป็นหน้าที่ลูกนะ พอถึงเวลาต้องทำ ทำให้เค้าเราก็อสบายใจแบบนั้นแหละนะ”

เช่นเดียวกับป้ารุ่นที่กล่าวว่า “เราดูแลคนเดียวละ มีพี่น้องสี่คนแต่เราเป็นลูกสาวคนเดียวคนสุดท้ายต้องละ เลยอดดูแลเค้าเองคนเดียว ไปทำงานรับจ้างแล้วกลับมาดูแลเค้าเสร็จ มันก็เป็นงานเหนื่อยนั้นนะ แต่เราก็อสบายใจได้ดูแลพ่อแม่ เหมือนอัลเลาะห์ทดสอบเรากันนั้นนะ” ป้ารุ่นเป็นลูกสาวคนเดียว นอกจากนี้ยังเป็นลูกสาวคนสุดท้ายที่แต่งงานมีครอบครัว และอาศัยอยู่ร่วมกันกับมารดา จึงได้รับหน้าที่การเป็นผู้ดูแลหลัก



เหตุผลในการให้การดูแลไม่ว่าจะเป็นเรื่องด้วย บทบาทหน้าที่ (internalized role) หรือความจำเป็นนั้นต่างไม่อาจแยกออกจากกันได้ ทุกคนต่างให้การดูแลเนื่องด้วยบทบาทหน้าที่ (internalized role) ถึงแม้บทบาทจะแตกต่างกันออกไปตามความสัมพันธ์กับตัวผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นบทบาทของสามี บทบาทภรรยา หรือบทบาทของลูก ทั้งหมดต่างเป็นตัวกำหนดหน้าที่ที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องกระทำ หน้าที่ของผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลต่อผู้ป่วยติดเตียง (care of other) ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องกระทำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ “หากไม่ทำ แล้วใครจะทำ” หรือ คำว่า “ไม่มีใครอีกแล้ว” เป็นคำที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เหล่าผู้ดูแลหลักตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดีว่าพวกเขาต่างเป็นบุคคลที่สำคัญมากที่สุด และเป็นศูนย์กลางในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่า ในช่วง transformation ที่ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงโดยญาติได้รับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุเข้ามา ผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับตัวด้วยการทำงานไปด้วยและดูแลผู้สูงอายุไปด้วย ผู้ดูแลบางคนจำเป็นต้องหยุดงานเพื่อออกมาให้การดูแลผู้สูงอายุ เกิดผลกระทบต่อยังชีวิต อาจส่งผลให้ญาติเกิดความเครียด วิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ การขอพรจากพระเจ้าเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลกระทำเพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤตชีวิตไปได้

ดังเช่นจากคำพูดของป้าณะ “เมื่อก่อนนั้นพอหมอนี่แหละ คุณต้องลानะ ลามาให้การล้างไตนะ เราก็นึกว่าตายแหละ เราจะเอาเวลาไหน ไปขายของบ้างอะไรบ้าง ยุ่งมากมาก แล้วไม่รู้ว่าจะล้างแบบไหน ไม่รู้ว่ามีเวลาที่ไหน อี... เสียเวลาอีกตายแหละ เลยปฏิเสธหมอนี่ไปเลยบอกว่าคุณหมอนี่ไม่มีเวลา หมอบอกว่าหาเวลาหน่อยไม่ได้เหรอ คนไข้ของเสียเยอะแล้วนะ อี... นึกในใจแล้วแต่อัลเลาะห์ คือ.. คือ.. คือ.. ทำได้แค่นี้ก็แค่นั้น ต่อคือ ไม่ทำอะ ปฏิเสธหมอนี่ไปเลย พอหมอนี่ด พบบมอ ครั้งที่สองที่สาม หมอนี่ ว่าใครคนดูแลคนไข้ จะทำเมื่อไหร่ พร้อมเมื่อไหร่บอกหมอนี่ แล้วนั้นแหละ ลูกสาวก็แหละ [พูด : ผู้วิจัย] ว่ามะต้องล้างไตให้ปะนะ ลูกสาวว่านี่แหละ มะต้องล้างไตให้ปะนะ มะทำไปเถอะในเมื่อมะคิดว่าจะดูแลเค้าให้เต็มที่แล้ว มะทำไปเลย มะลองทำดู แล้วอัลเลาะห์จะจัดเวลาให้ทุกอย่างเลย ลูกสาวว่านี่แหละว่าลองทำดู แล้วขอแต่อัลเลาะห์ แล้วเค้าจะจัดให้ โดยที่ที่เราเองก็ยังไม่รู้ตัวเลยว่า เราทำได้ยังไง ลองจัดการดู เราทำให้ดีที่สุดเลย ในเมื่อคิดว่าจะดูแลเค้าให้ดี คือต้องดูแลเค้าให้ครบวงจรไปเลย ก็นั้นแหละทำแล้วก็จริงเหมือนลูกว่าเลย มันไปโดยปริยายไปเลย เรากียังงว่า มันจัดของมันเอง แรกแรกเราว่าไม่มีเวลา จะเอาเวลาไหนไปทำให้เค้า คือช่วงนั้น ก็ทำไอนั้น ช่วงนี้ก็ทำไอนี้ ช่วงนั้นก็ทำไอนั้น พอเอาเข้าจริงจริง นั้นมันมีขึ้นมาเหมือนลูกว่า”

การที่บุคคลหนึ่งมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลักเพิ่มเข้ามาในการดำรงชีวิต ชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องปรับตัว ปรับวิถีชีวิตใหม่ และมีตารางชีวิตที่แตกต่างออกไปจากที่เคยมี จำเป็นต้องแบ่งเวลาส่วนหนึ่งของวันมาให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด และความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทที่สำคัญที่จะคอยให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ส่งเสริมการจัดการกับความเครียด ส่งเสริมการจัดการเวลาในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้ตัวผู้ดูแลสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และมีสุขภาพจิตที่ดี จนผู้ดูแลสามารถปรับตัว เกิดการเรียนรู้ (learning) และนำไปสู่ทักษะ (skill) ที่เป็นผลลัพธ์สุดท้าย และใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติมากที่สุด

สำหรับผู้ดูแลที่ได้ทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ได้เกิดการเรียนรู้ เกิดความสามารถจากการใช้ทักษะการดูแลซ้ำ ๆ เมื่อผู้ดูแลต้องนึกถึงกิจกรรมที่ตนเองทำได้ดี ภายในใจของพวกเขาเต็มไปด้วยความภาคภูมิใจ และเชื่อมั่นในความสามารถการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้รับคำบอกเล่าจากผู้ดูแลไปในทิศทางเดียวกันว่า กิจกรรมที่พวกเขาทำได้ดี หรือกิจกรรมที่ถนัดในการดูแลผู้ป่วยของพวกเขา นั้นคือ “ทุกสิ่งทุกอย่าง” ดังเช่น



ยายอ้วน “ป้อนข้าว อาบน้ำ ดูเวลาเคี้ยว ชักเสื้อผ้าให้ อะไรทุกอย่างแหละ โกงหนวด โกงเคราะอะไรเราหมด... ตอนนี้เราทำทุกวัน ทุกวัน ทุกวัน มันก็ล่องหมดแล้ว”

ป้ารุ่น “เหมือน ๆ กัน การดูแลทำความสะอาดเค้าให้เค้ากินข้าวอะไรแบบนี้แหละ รวบรวม แล้วเราทำทั้งหมดเองแหละนะไม่ว่าด้านไหนไหน เราก็ทำได้หมด ”

การให้การดูแลในระยะแรกนั้นผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ มีการปรับตารางชีวิตใหม่ แต่หากสามารถผ่านระยะเริ่มต้นมาได้ ทุกอย่างจะกลายเป็นเรื่องง่ายดายเนื่องจากเกิดการปรับตัว การเรียนรู้ และการปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเกิดทักษะและความชำนาญการให้การดูแล จนเกิดความเชื่อส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองแสดงออกมายังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (personal causation) ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อว่าคุณเองสามารถทำสิ่งนั้นได้ดี ความเชื่อว่าคุณเองมีความสามารถในการลงมือทำสิ่งใหม่ ๆ และทำสิ่งนั้นได้จนสำเร็จ หากประสบความสำเร็จในการดูแลจะพบว่าผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองสูง (self-esteem)

การเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุ

เป็นกิจกรรมการดูแลส่งเสริมด้านจิตใจ ซึ่งการดูแลสุขภาวะทางจิตหมายถึง การดูแลส่งเสริมสถานะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความพึงพอใจ มีความสุขในชีวิต ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่ยาติผู้ดูแลกระทำเพื่อส่งเสริมด้านจิตใจมีหลากหลายไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจด้วยวิธีการต่าง ๆ การเสริมกำลังใจด้วยแง่มุมโดยการให้ผู้ป่วยมองโรคในมุมมองทางบวกหรือมุมมองทางศาสนา และการเสริมกำลังใจด้วยสังคม ทั้งหมดล้วนเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ

การพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต สามารถเผชิญปัญหาได้ในระดับหนึ่ง การให้กำลังใจด้วยวาจาหรือแวตวา สีหน้า ท่าทางตามจังหวะอันควร จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ และคลายความกังวลจากความตึงเครียดต่าง ๆ การพูดให้กำลังใจจึงเป็นทักษะที่ถูกนำมาใช้ในกรณีที่มีผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก เช่น เกิดความเสียใจ เศร้าใจ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ และคิดว่าตนเองไร้ค่า¹³ ซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยค้นพบว่าการพูดให้กำลังใจนั้นเป็นสิ่งที่ยาติทุกรายกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุให้แข็งแรง และมีกำลังใจในการมีชีวิตต่อไป

จากคำพูดของตาบ “ก็ไม่มีอะไรมาก ให้กำลังใจเค้าไปแบบนั้นแหละสปีแล้วก็ยังคงให้กำลังใจอยู่ พูดคุยอะไรแบบนี้ เวลากินข้าวก็พูดให้เค้ารู้ ให้เค้าแข็งแรง บางทีเพื่อนเค้าหนักกว่าเรามาก ใจเค้าจะได้แข็งแรงได้อยู่กันนาน ๆ หน่อย ”

ยาติมีการพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุประกอบกับการใช้คำพูดที่ดี สุภาพอ่อนหวาน มีน้ำเสียงไพเราะ และไม่หยาบคายต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ขณะกำลังพูดคุยสนทนากับผู้สูงอายุอาจใช้การสัมผัสตัวผู้สูงอายุเบา ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตน ความรัก และความห่วงใยที่ผู้ดูแลมีให้ ตัวอย่างเช่นป้าพะย “เค้านอนแบบนี้ละ เค้าหลงไม่ได้ถึงเราไม่รู้ว่าจะในใจเค้าคิดอะไรบ้างเราไม่รู้ใจเค้า แต่เราต้องพูดดี ๆ กับเค้า ถ้าเราพูดจกกับเค้าไม่ดี เค้าเสียใจแหละนะ”

หรือป้ารุ่นที่ใช้การสัมผัสตัวผู้สูงอายุเบา ๆ ระหว่างการสนทนาเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการเอาใจใส่ของตน “ก็นั่นแหละนั่งพูดกับเค้าเรื่อยเรื่อย นั่งห่มห่ม [ขยา ๆ : ผู้วิจัย] ไม่ใช่ห่มห่ม [การขยาที่ออกแรงมาก ๆ : ผู้วิจัย] ห่มแบบสัมผัสนั้น นั่งพากย์นั่งคุยไปด้วย ให้คุยบ้าง ให้เค้าคิดว่าลูก ๆ เอาใจใส่ดูแลอยู่ ไม่ใช่ว่าทิ้งแบบไปนั่งดูโทรทัศน์”



การพูดคุยเรื่องราวความทรงจำที่ดีในอดีต หรือเรื่องราวที่ผู้สูงอายุชอบฟัง คือการที่ญาติถ่ายทอดประสบการณ์ความทรงจำดี ๆ ในอดีตที่ผ่านมา หรือประสบการณ์อันน่าประทับใจที่เคยเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการถ่ายทอดเรื่องราวที่ผู้สูงอายุชอบฟัง หรือเรื่องราวที่ผู้สูงอายุฟังแล้วเกิดความรู้สึกสบายใจ

ดังเช่นป้าผะฮ์เสริมกำลังใจผู้สูงอายุด้วยการพูดคุยเรื่องราวในอดีตที่ผู้สูงอายุชอบและเป็นเรื่องราวที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ “พูดเรื่องอดีตให้เค้าฟังเค้าชอบไปเที่ยวขณะตอนเค้าสาว ๆ ไปเดินเล่นนั่งกินริมทะเล ล่าสุดเค้าอยากนั่งริมทะเลนาน ๆ แต่คนพาเค้าไปกลับซะก่อน เค้าบอกว่ากลับเร็วจังอะไรแบบนี้แหละนะ พูดเรื่องที่เค้าสบายใจ”

นอกจากนี้ผู้วิจัยค้นพบว่าการเสริมสร้างกำลังใจไม่ได้มีแค่การพูดคุยให้กำลังใจ หรือการพูดคุยเรื่องราวความทรงจำที่ดีในอดีตหรือเรื่องราวที่ผู้สูงอายุชอบฟังเพียงเท่านั้น แต่การเสริมกำลังใจยังมีอีกหลากหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การให้ผู้สูงอายุดูรูปภาพเก่า ๆ การให้ผู้สูงอายุพูดคุยกับลูกหลานผ่านทางโทรศัพท์ การตามใจผู้สูงอายุในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการใช้เวลาอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ

ดังเช่นคำพูดของป้าฉะที่ว่า “บางทีก็หยอกเล่นกับเค้าบ้าง อย่าให้เค้าอยู่คนเดียว อย่าให้เค้าคิดมาก พยายามพูดให้เค้าหัวเราะ กลัวเค้าจะเป็นโรคซึมเศร้า พูดคุยเรื่องอดีตให้เค้าฟัง ตอนเค้ายังดีดีอยู่ จำได้ไหมไปเที่ยวที่นั่น พาลูกไปเที่ยวที่นี่ จำได้ไหม เออจำได้ จำได้ เค้าก็ตอบ ให้เค้าดูรูปถ่ายเก่า ๆ รูปตลก ๆ หรือรูปถ่ายตอนยังดี ๆ ถามเค้าว่าตอนนั้นหล่อจัง เสียตายอัลเลาะห์ให้เป็นแบบนี้ซะแล้ว ต้องทำใจ บางทีให้ลูกโทรมาพูดคุยให้กำลังใจ คนที่เป็นโรคนี้จะไม่เอาแต่ใจ ถ้าอยากได้อะไรต้องได้ เช่น ถ้าอยากกินอะไร ต้องได้กิน ถ้าเราไม่ซื้อมาให้ก็จะย่ำอยู่นั่นแหละ เราก็ตามใจเค้าบ้างถ้าทำได้”

การใช้เวลาอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ คือการแบ่งเวลาส่วนหนึ่งของวันในการใช้อยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ เพื่อทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการเสริมกำลังใจด้วยวิธีการใดก็ล้วนแล้วแต่จะต้องต้องใช้เวลาอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวันโดยไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุโดดเดี่ยว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข สบายใจ และมีสุขภาพทางจิตใจที่ดี

ดังเช่นป้ารุ่นที่ใช้เวลาช่วงหนึ่งขณะพลบค่ำ หลังละหมาดเสร็จเรียบร้อยมานั่งพูดคุยกับผู้สูงอายุถึงเรื่องราวความเป็นไปต่าง ๆ จากคำพูดของป้ารุ่น “ต้องมานั่งพากย์ นั่งพูดบ้างใช้ไหม กลางคืนมักรีบ [ช่วงเวลาหลังละหมาด 6 โมงเย็น] เสร็จก็มานั่งกับเค้า ถามนู่น ถามนี่ถามนั่น ถามไปเรื่อย ๆ ”

การเสริมกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุที่ดีมีหลากหลายวิธีซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตใจที่ดี เกิดความรู้สึกสบายใจ มีความสุข มีอารมณ์แจ่มใส และมีกำลังใจต่อสู้ชีวิตต่อไป นอกจากนี้ยังมุ่งหวังเพื่อเป็นการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะซึมเศร้า ความเหงา ความโดดเดี่ยว หรือความตึงเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้สูงอายุ

เสริมกำลังใจได้ด้วยสังคม

ผู้ป่วยสูงอายุที่เคยมีโลกทั้งใบกว้างใหญ่ กลักลับกลายเป็นต้องใช้ชีวิตอยู่ภายในห้องสี่เหลี่ยมขนาดเล็ก โลกทั้งใบหมุนวนรอบเตียงนอนของตนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองไปไหนได้ การเปิดโอกาสให้มีคนมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วยการต้อนรับเป็นอย่างดี รวมไปถึงการรวมญาติ ซึ่งหมายถึงการทำการนัดหมายญาติพี่น้องให้มารวมตัวกัน ณ สถานที่หนึ่งในวันเวลาเดียวกันเพื่อทำการพูดคุยสนทนาสัมพันธ์ และอาจมีการรับประทานอาหารพร้อมหน้าพร้อมตา ถือเป็นการส่งเสริมด้านสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ไม่ใช่แค่ญาติหรือพี่น้องเพียงเท่านั้นแต่ยังรวมถึง แพทย์ หรือพยาบาล อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มา



เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง หรืออาจจะมากกว่านั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพบปะผู้คนนอกจากการเป็นการเปิดโลกของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ยังเป็นการส่งเสริมจิตใจของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี

ยายอ้วนได้มีการต้อนรับเพื่อนฝูงของคุณตาที่มาเยี่ยมเยียนเป็นระยะ ๆ เนื่องจากคุณตาเป็นคนที่มีเพื่อนฝูงมาก นอกจากนี้ในระยะที่คุณตاپ่วยในช่วงแรกมีการให้ผู้สูงอายุนั่งรถเข็น โดยยายอ้วนจะเป็นคนขึ้นเดินเล่นในช่วงเช้าอีกด้วย

“ตาเค้ามียุครู้จักเยอะ เมื่อก่อนทำงานอยู่ในมัสยิดทำอาหารอะไรให้มัสยิด แต่พอเค้านป่วยคนก็มาเยี่ยมเยียน เอาของเอาอะไรมาให้ รถเข็นนี้ก็ได้ซื้อนะมีคนเอามาให้ ปัจจุบันก็ยังมียคนมาเยี่ยมอยู่... ตอนลืมนี่ใหม่ ๆ เอาเค้านใส่รถเข็นไปเดินเล่นแถว ๆ มัสยิด แต่ตอนนี้เราแก่แล้วเหนื่อยแล้วเลยไม่ได้ทำ ซี้เกียจด้วย เมื่อก่อนจะทำตอนเช้าเพราะอากาศมันดี ที่ทำเพราะกลัวเค้าเครียดไง เลยพาออกไปคลายเครียด”

สำหรับป้ามะฮักเช่นกัน ป้ามะฮักมองว่าการมาเยี่ยมของบรรดาเหล่าญาติพี่น้องนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมส่งเสริมด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากตัวผู้สูงอายุชอบการพูดคุย และชอบการที่มีคนมาเยี่ยมที่บ้าน

“มีการรวมญาติกันแหละนะ มานั่งพูดคุยที่ ๆ น้อย ๆ ที่จริงตั้งใจให้คนหนึ่งมาคนหนึ่งไปเค้าได้ไปทำอะไร ๆ ของเค้านั้นนะ เราก็ดีใจนั้นนะพี่น้องมา ถ้าคนหนึ่งไม่มา แม่แกก็เริ่มบ่นละนะ ว่าทำไมไม่มาเริ่มบ่น ๆ เราก็บอกเค้านั้นนะว่าพี่เค้าก็มีธุระของเค้านั้นแหละ ครอบครัวยุคเค้าก็มีปัญหาของเค้านั้นแหละนะ... ถ้าใครมาเค้าดีใจ เค้าชอบ เค้านั่งพุดนั่งคุยอยู่นาน นั่งคุยเรื่องแต่แรก เรื่องที่เค้าจำ”

เสริมกำลังใจเสริมแรง

หลายคน มักคิดว่า “โรค” เป็นสิ่งที่น่ากลัว และไม่อยากจะเข้าไปใกล้ไม่ว่าจะเป็นโรคเล็ก ๆ อย่าง ไข้หวัด หรือจะเป็นโรคใหญ่ ๆ อย่างมะเร็ง เมื่อขึ้นชื่อว่า “โรค” ย่อมไม่มีใครอยากเข้าไปใกล้ เพราะมันไม่มีอะไรดีทั้งนั้น แต่โรคเป็นสิ่งที่คู่กันกับชีวิตไม่อาจแยกจากกันได้ เมื่อเป็นแล้วไม่อาจหนีและจำเป็นต้องเผชิญหน้ากับมัน สิ่งหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลทำคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองโรคภัย/ความเจ็บป่วยในแง่ดี หรือส่งเสริมให้มองความเปลี่ยนแปลงที่ผ่านเข้ามาในชีวิตไปในแง่บวก ซึ่งต่อจากนี้จะเป็นการยกตัวอย่างของผู้ดูแลที่ทำการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมองโรคในมุมบวก ดังเช่น

จากคำพูดของยายอ้วนเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมองโรคในแง่บวก โดยมองว่าการที่ผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่นั้นเป็นความเมตตาจากอัลเลาะห์ที่ให้อภัยพ้นความตายจากครั้งที่ป่วยหนัก และเป็นสิ่งที่ดีที่พระเจ้ากำหนดให้ป่วยติดเตียงโดยไม่ร้ายแรงมากไปกว่าที่เป็นอยู่ ดังนั้นจำเป็นที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรำลึกถึงพระเจ้าให้มาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่อิสลามถือว่ามนุษย์ทุกคนจะได้รับการทดสอบจากอัลเลาะห์ทั้งในรูปแบบของความสุขสบายและความทุกข์ยาก เพื่อทดสอบความศรัทธา และเพื่อให้มนุษย์ระลึกถึงอัลเลาะห์ในยามทุกข์หรือยามที่ตนเจ็บป่วยประสบเคราะห์กรรมต่าง ๆ ป้ารุ่นจึงได้ทำการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนึกถึงพระเจ้า และมอง “โรค” ในแง่ทางศาสนา

ยายอ้วนกล่าวว่า “ให้กำลังใจเค้าว่าดีแค่นั้นแล้วอัลเลาะห์ให้มาขนาดนี้แล้ว อัลเลาะห์ยังไม่ให้ตายเราก็ต้องนึกถึงอัลเลาะห์เยอะๆ”

นอกจากนี้ยังมีคำพูดของตาสาบ ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมองความเจ็บป่วยในแง่บวกโดยเปรียบเทียบเคราะห์กรรมที่ผู้ป่วยประสบกับเคราะห์กรรมของบุคคลอื่นที่มีความร้ายแรงยิ่งกว่า “ก็พูดให้เค้าสู้ ให้เค้าแข็งแรง บางทีเพื่อนเค้าหนักกว่าเราอีก”



จากคำพูดของป้ามะฮ์ เมื่อผู้สูงอายุพูดคุยเรื่องข้อข้องใจเกี่ยวกับการที่ตนไม่สามารถเดินได้เหมือนก่อนความเจ็บป่วยมาประสบ ซึ่งการเดินไปทำการละหมาดที่มีสยิดเป็นกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุต้องกระทำในทุก ๆ วัน ป้ามะฮ์ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมองในแง่บวกว่าก่อนหน้านี้พระเจ้าให้ข้าทั้งสองข้างที่สามารถใช้ก้าวเดินได้มามากเพียงพอแล้ว

“ตอนสาว ๆ ตอนยังสบายดีเค้าเดินไปทั่วเลยนินะ เดินไปมัสยิดทุกวันเค้าข้องใจบ่นให้เราฟัง เราก็บอกเค้าว่า อัลเลาะห์ให้เดินมาเยอะและ อัลเลาะห์เอากลับบ้างแหละ”

จากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมอง “โรค” ในแง่บวกข้างต้นยังสามารถสะท้อนการมองโลกในแง่ดีของตัวผู้ดูแลเองอีกด้วย โดยผู้ดูแลมอง “โรค” หรือเคราะห์กรรมที่มาประสบกับตนเอง หรือคนใกล้ชิดไปในแง่บวก ดังเช่นจากคำพูดของป้ารุ่นมองว่าข้อดีของการได้ดูแลมารดาที่เจ็บป่วยถึงแม้เป็นเรื่องที่เหน็ดเหนื่อยในการให้การดูแล แต่ป้ารุ่นเชื่อว่าการได้ดูแลบิดามารดาในช่วงบั้นปลายชีวิตย่อมได้มาซึ่งสวนสวรรค์

“มันก็เป็นงานเหนื่อนั้นนะ แต่เราก็กบายใจ [สบายใจ : ผู้วิจัย] ได้ดูแลพ่อแม่ เราสบายใจได้ดูแล ต้องขอบา [อดทน : ผู้วิจัย] เหมือนอัลเลาะห์ทดสอบเรากันนั้นนะ ถ้าเราดูแลพ่อแม่ตอนแก่มันก็ได้สวรรค์นั้นนะ ต้องดูแลให้ดีอย่าหยาบนะ ถ้าดูแลไม่ดีมันก็นรกอยู่ดินนั้นแหละ ไข่ต้องทำเค้าเบา ๆ เสริจบางทีนะถ้าเราดูแลแบบหยาบ ๆ ข่มเหงเค้า เค้าเสียใจ”

สำหรับป้ามะฮ์ได้มองเคราะห์กรรมที่มาประสบยังมารดาและครอบครัวไปในทางที่ดีว่าส่งผลให้พี่น้องมารวมตัวกันได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกันอีกครั้ง จากที่แยกย้ายต่างคนต่างแต่งงานแยกออกไปมีครอบครัวเป็นของตนเอง ได้กลับมารวมตัวกันเนื่องด้วยจากความเจ็บป่วยของมารดา ส่งผลให้เกิดความผูกพันระหว่างพี่น้องที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

“ผลัดกันแหละนะพี่ ๆ น้อง ๆ มาดูแล มันมีความผูกพันเหมือนกันแหละพี่ ๆ น้อง ๆ ได้นั่งพูดคุยได้มาหากัน ถ้าแม่ไม่เป็นก็คงไม่มาเป็นแบบนี้มันนะ ไม่ได้สละกันมานั้นนะ ถ้าไม่พบว่าแม่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ก็ไม่ได้มาพบกัน ไม่ได้มาช่วยเหลือกันมากพื่อนั้นแหละนะ ต่างคนก็ต่างอยู่บ้านเค้าบ้างแหละนะ นอกจากว่าบ้านมีงานอะไรเดือนหนึ่งมาสักครั้งนะ”

บททดสอบ และการปลดบาป

ผู้วิจัยพบแง่คิดของผู้ดูแลมุสลิมที่มีต่อ “โรค” หรือความเจ็บป่วยว่าสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎี คือเมื่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมาประสบไม่ว่าเหตุการณ์นั้นจะถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือร้ายก็ตาม ชาวมุสลิมเชื่อว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาจากพระเจ้า ผู้ดูแลมุสลิมมีมุมมองการให้การดูแลญาติใกล้ชิดที่ประสบความเจ็บป่วย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และจำเป็นต้องได้รับการดูแลตั้งแต่กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ว่าเป็นบททดสอบจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้า เพื่อทำการทดสอบผู้ดูแลและทดสอบตัวผู้สูงอายุถึงความศรัทธาและความอดทน

ดังเช่นที่ป้ารุ่นได้พูดเอาไว้ว่า “รู้สึกสบายใจ คือเราเวลาได้ดูแลคนในครอบครัวมันเหนื่อย ก็จริงแต่เราก็กบายใจ คิดซะว่า ขอบา ขอบา อัลเลาะห์ทดสอบกันนะ ทดสอบเราด้วย ทดสอบเค้าด้วย... เราดูแลคนเดียวละ มีพี่น้องสี่คนแต่เราเป็นลูกสาวคนเดียวคนสุดท้ายต้องละ เลยดูแลเค้าเองคนเดียว ไปทำงานรับจ้างแล้วกลับมาดูแลเค้าเสร็จ มันก็เป็นงานเหนื่อนั้นนะ แต่เราก็กบายใจได้ดูแลพ่อแม่ เรารู้สึกสบายใจได้ดูแลแล้วต้อง ขอบาเหมือนอัลเลาะห์ทดสอบเรากันนั้นนะ ถ้าเราดูแลพ่อแม่



ตอนแก่มันก็ได้สวรรคตนั้นนะ ต้องดูแลให้ต้อยาหายบ่นะ ถ้าดูแลไม่ดีมันก็บ่นรอกอยู่ดี ไข่ต้องทำเค้าเบาเบา... อัลเลาะห์กำลังทดสอบเรานั้นแหละ ทั้งเค้า ทั้งเรา ต้องพูดจาดีดี ทำอะไรต้องไม่ขัดแย้ง”

ป้ารุ่นได้บอกเล่าแง่มุมของตนเองที่มองว่า การได้ดูแลสมาชิกในครอบครัวหรือมารดาที่เจ็บป่วยยามแก่เฒ่าถึงแม้จะเป็นเรื่องที่ส่งผลให้ตนเหน็ดเหนื่อย แต่นั่นก็ถือเป็นหนึ่งในบททดสอบที่จำเป็นต้องใช้ความอดทนต่อบททดสอบที่พระเจ้ากำหนดมาให้ตนเองและมารดา และนอกจากนี้ป้ารุ่นมีความเชื่อว่าการได้ดูแลบิดามารดาตามกษัตรา พระเจ้าจะให้ส่วนสวรรค์เป็นการตอบแทน แต่การให้การดูแลเพียงอย่างเดียวมันไม่ได้หมายความว่าจะได้มาซึ่งส่วนสวรรค์ การดูแลนั้นจำเป็นต้องกระทำด้วยความเอาใจใส่ ไม่หยาบคาย ไม่ขัดแย้งผู้สูงอายุ ต้องพูดจาดีสุภาพไพเราะ และหากได้รับหน้าที่การดูแลบิดามารดาแล้ว แต่ไม่สามารถดูแลให้ดีได้ ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ ผลตอบแทนก็หนีไม่พ้นนรกเช่นกัน

สำหรับป้ารุ่นนอกเหนือจากแง่มุมที่มองว่าการได้ดูแลมารดาที่กำลังเจ็บป่วย ว่าเป็นบททดสอบแล้ว ยังมองว่าเป็นความเมตตาที่พระเจ้าประทานให้ตนเพื่อปลดบาปกรรมที่มีทั้งของป้ารุ่นเองและของมารดาของตน

“คือมันไม่ใช่เวลานั้นนะ อัลเลาะห์กำลังปลดบาป ปลดบาปทั้งเราทั้งค่านั่นนะ”

มุมมองที่ได้กล่าวมาในช่วงต้นนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ อมีน สะอิดีได้ศึกษาในปริญญานิพนธ์ ปี 2561 เรื่อง Palliative Care กับการสร้างสุขสุดท้ายแก่ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคำสอนของอิสลาม ซึ่งในการศึกษาปรากฏไว้ว่าอิสลามถือว่ามนุษย์ทุกคนจะได้รับการทดสอบจากอัลเลาะห์ทั้งในรูปแบบของความสุขสบายและความทุกข์ยาก เพื่อทดสอบความศรัทธา และเพื่อให้มนุษย์รู้จักขอบคุนพระเจ้า รู้จักการแบ่งปันและความอดทน ระลึกถึงอัลเลาะห์ในยามทุกข์หรือยามที่ตนเจ็บป่วยประสบเคราะห์กรรมต่าง ๆ อิสลามยังถือว่าการประสบกับความเจ็บป่วยใด ๆ เป็นสาเหตุหรือหนทางหนึ่งที่อัลเลาะห์จะทรงประทานความเมตตาแก่ผู้ป่วย ด้วยการชดเชยความผิดบาปที่ผ่านมาและนำบาปออกไปจากตัวเขา

สุดท้ายก็ต้องกลับไปยังพระเจ้า

ชีวิตมนุษย์ทุกคนนั้นล้วนมีจุดสิ้นสุดอยู่ที่ความตาย และถือว่าความตายเป็นสัจธรรมที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ อิสลามเป็นศาสนาหนึ่งที่สอนให้ตระหนักถึงความตายอยู่เสมอ ซึ่งคัมภีร์อัลกุรอานได้ย้ำถึงสัจธรรมข้อนี้ว่า "ทุกชีวิตย่อมลี้มรสความตาย" (อัล-อัมบียาอ์ 21/35) และความตายนั่นเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาจากพระเจ้า ซึ่งมนุษย์ทุกคนจะต้องถูกนำกลับไปยังพระองค์ ดังที่อัลเลาะห์ได้กล่าวไว้ใน อัล-ญุมอะฮ์ วรรคที่ 8 ว่า “จงกล่าวเถิด (มุหัมมัด) แท้จริงความตายที่พวกท่านหนีจากมันไปนั้น มันจะมาพบกับพวกท่าน แล้วพวกท่านจะถูกนำกลับไปยังพระผู้ทรงรอบรู้สิ่งเร้นลับและสิ่งเปิดเผย แล้วพระองค์จะทรงแจ้งแก่พวกท่านตามที่พวกท่านได้ประกอบกรรมไว้” เมื่อพูดถึงความตายชาวมุสลิมจึงคิดว่าเป็นสิ่งใกล้ตัวที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และตระหนักถึงความตายอยู่เสมอ เหล่าผู้ดูแลก็เช่นกันที่ตระหนักถึงช่วงเวลาอันแสนมีค่าที่มีอยู่ว่าจะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้นานมากแค่ไหน ระยะเวลาที่จะได้อยู่ร่วมกันมีมากเพียงใด ก่อนหน้าที่บุคคลอันเป็นที่รักไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา สามี หรือภรรยา จะตายจากไปนั้น การให้การดูแลอย่างเต็มที่ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระทำ เพื่อไม่ให้เกิดความเสียใจในภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตจากไป

“ท่ายังไงก็ได้ที่ว่า ให้สามารถดูแลเค้าได้อย่างสุดความสามารถ เราทำได้แค่นี้แค่นั้น แต่ต้องทำให้ดีที่สุดอย่างสุดความสามารถ เพราะคนเรานั้นก็วัดกันตรงนั้นแหละ เค้าจะอยู่กับเราสักกี่วัน หรือเราจะอยู่กับเค้าได้สักกี่วัน ในเมื่อเราทำเต็มที่แล้ว ถึงอัลเลาะห์เอาเค้ากลับไป เราก็สบายใจเพราะเราได้ดูแลเค้าอย่างเต็มที่แล้ว ถ้าเราดูแลไม่เต็มที่เราก็จะมาเสียใจทีหลัง



และมันก็หายไปแล้ว... ป้าคิดว่าไม่รู้อัลเลาะห์จะเอาเค้ากลับวันไหน ในเมื่อตอนที่เค้าเป็นแบบนี้ อะไรก็ได้ที่เค้าได้ทำในสิ่งที่มันดีที่สุดในด้านศาสนาก็ส่งเสริมให้เค้าทำ อะไรก็ได้ที่เค้าได้จำ ให้เค้านึกถึง”

จากคำพูดของป้าฉะที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ป้าไม่ทราบว่าจะมีชีวิตรอดอยู่นานแค่ไหน และไม่ทราบว่าตนจะมีชีวิตอยู่ดูแลสามีได้อีกนานเพียงใด ดังนั้นสิ่งที่ทำได้ คือ การดูแลสามีอย่างสุดความสามารถเท่าที่ตนจะกระทำได้ การให้การดูแลอย่างดีที่สุดทำให้ป้ารู้สึกสบายใจ และไม่เสียใจในภายหลัง และด้วยการตระหนักถึงการกลับไปหาพระเจ้าของสามี จึงนำมาสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำความดี เข้าหาในเรื่องศาสนา

“เราสบายใจนั้นนะ เราได้ปฏิบัติที่ดีที่สุดตอนเค้ายังมีชีวิตอยู่ ถ้าเราทำไรที่สำหรับเค้ามันก็ดีนั้นนะ ต้องพูดจาดี ทำอะไรต้องไม่ขัดแย้ง พอเรายกเขาแล้วเค้าเจ็บด้วยความที่เค้าเคล็ด [เมื่อ : ผู้วิจัย] ตามร่างเขานั้นนะ คือยกไปแล้วนิ พาเขาไป ยกคือไม่ใช่ว่าลาก ยกไปตั้งเขาเบา ปีแรกเค้าถด [ย้ายกัน : ผู้วิจัย] ไปได้เองไปอาบน้ำเอง พอเข้าปีที่สองสามทำไม่ได้แล้วเสร็จบางทีนะถ้าเราดูแลแบบหยาบ ๆ ข่มเหงเค้าถ้าเค้าไปวันหนึ่งความรู้สึกเรานั้นจะเสียใจ แต่ถ้าเราดูแลเค้าให้ดีดี เค้าไปแล้วเราก็นึกสบายใจ”

จากคำพูดของป้ารุ้ง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างดีโดยพยายามเอาใจใส่ดูแลอย่างทะนุถนอมพยายามไม่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเจ็บ มีการพูดจาดี สุภาพไพเราะ โดยให้เหตุผลว่าการได้ปฏิบัติสิ่งที่ดีต่อมารดาขณะยังมีชีวิตอยู่นั้นทำให้ตนรู้สึกสบายใจ และหากให้การดูแลไม่ดีโดยขัดแย้งจิตใจผู้ป่วยจะส่งผลให้รู้สึกเสียใจในภายหลัง

“รู้สึกสบายใจ ถ้าเค้าดีขึ้นเราก็นะ บางทีเราก็นึกเหมือนกันแหละนะ แต่ว่าถ้ายังงั้นเราก็นึกเสียใจนั้นนะ เพราะเราดูแลเค้าดีเต็มที่แล้ว เหมือนกันแหละ เหมือนปะเมื่อก่อนนั้น เค้าผ่าตัดแล้วนอนสามเดือนต้องล้างแผลแล้วทำแผล ทุกวันทุกวันนอนที่เลย จากโรงพยาบาลเค้าให้มาบ้านนะเค้าสอนให้กลับมาทำที่บ้าน เค้าอยู่ได้สามเดือนแล้วเค้าเสียใจนะ นั้นแหละเสร็จเราได้ดูแลเค้าอย่างดีแล้ว ถึงเค้าไปเราก็นึกเสียใจนะ ไม่ว่าจะเป็นแบบไหน เราก็นึกได้นั้นนะ เมื่อก่อนนะเราคิดว่าปะไปเค้าน่าจะอยู่ได้ไม่นานนะ แต่ว่าเค้าอยู่ได้นานมาก สิบสี่ปีแหละนะ”

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างเต็มที่ เท่าที่ตนสามารถทำได้ เนื่องจากตระหนักถึงช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะเหลือระยะเวลาที่จะสามารถได้อยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุได้นานแค่ไหน การดูแลอย่างดีที่สุด ปฏิบัติสิ่งที่ดี เอาใจใส่ พูดจาดี ไม่ขัดแย้ง ไม่กระทำการสิ่งหยาบคายกับผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจที่ได้ให้การดูแลบุคคลที่ตนรักและผูกพัน หากไม่สามารถให้การดูแลที่ดีได้ หรือไม่สามารถดูแลได้อย่างเต็มที่แล้ว จะทำให้ตนรู้สึกเสียใจในภายหลัง ดังนั้นกิจกรรมการดูแล (care of other) ไม่ใช่แค่การดูแลไปตามบทบาทหน้าที่ (internalized role) เท่านั้นแต่การให้การดูแลเป็นสิ่งที่ควรค่าในการลงมือกระทำ และมีคุณค่าสำหรับผู้ดูแล (values) ร่วมด้วย

กิจกรรมการดูแลส่งเสริมด้านศาสนา

ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่ไม่มีนักบวช เพราะชาวมุสลิมทุกคนถือเป็นนักบวชที่จะต้องรับผิดชอบอะมัล (การงาน) ของตนเอง และทุกคนล้วนจำเป็นต้องปฏิบัติตามหลักการอิสลามโดยไม่มีข้อยกเว้น อิสลามถือเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตที่กำหนดขึ้นโดยพระเจ้าเป็นเจ้า มุสลิมที่อยู่ในหลักการศาสนาอิสลามจำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานหลักความเชื่อหลัก 6 ประการ และหลักปฏิบัติตาม 5 ประการ เพียงแค่ความเชื่อนั้นไม่เพียงพอที่จะแสดงให้เห็นถึงความศรัทธา ความเชื่อจึงจำเป็นต้องนำไปสู่การปฏิบัติซึ่งผู้ที่เป็นมุสลิมจำเป็นต้องปฏิบัติตามหลักปฏิบัติ 5 ประการ อันได้แก่ การกล่าวคำปฏิญาณตนเข้ารับอิสลาม การละหมาด 5 เวลาในแต่ละวัน การถือศีลอดในเดือนรอมดอน การบริจาคทาน (ซะกาต) และการทำฮัจญ์ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสามารถยืดหยุ่นได้หากเป็นผู้ที่ขาดความสามารถได้รับการผ่อนผันได้แก่ ผู้เจ็บป่วย ผู้ที่ขาด



สติสัมปชัญญะ ผู้ที่กำลังเดินทาง หรือผู้ที่กลัวบางอย่างซึ่งไม่สามารถที่จะละหมาดในลักษณะปกติทั่วไปได้ ทั้งนี้ด้วยความโปรดปรานของอัลเลาะห์ พระองค์ได้ให้ความสะดวกต่อพวกเขาเหล่านั้น เพื่อขจัดความลำบากออกจากการทำกิจกรรมทางศาสนาของพวกเขาโดยที่พวกเขายังคงมีโอกาสตักดวงผลบุญอยู่ อัลเลาะห์จึงบัญญัติให้พวกเขาละหมาดตามความสามารถที่พวกเขาจะทำได้ บนพื้นฐานแบบอย่างที่มีอยู่ในสุนนะฮ์2 ดังนั้นแม้จะเป็นผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงหากมีสติสัมปชัญญะที่ดีก็ไม่อาจละทิ้งการปฏิบัติตามหลักศาสนาได้

ดังเช่นป้ามะฮ์เชื่อว่า การส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาโดยให้ผู้สูงอายุทำการละหมาดนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำตามหลักศาสนา พระเจ้าไม่ได้ให้การยกเว้นให้ละทิ้งการละหมาดเนื่องจากสติปัญญาของผู้สูงอายุยังดีครบถ้วนสมบูรณ์ และหากญาติไม่ส่งเสริมหรือดักเตือนให้ผู้สูงอายุกระทำจะทำให้ผู้ดูแลมีความผิดบาปไปด้วยเช่นกัน

“เพราะมันเป็นสิ่งจำเป็นนั้นนะ อัลเลาะห์ไม่ได้ยกเว้นที่ละ เพราะสติปัญญาเค้าดีทุกอย่าง เราก็บอกกับเค้าตลอดว่า มะเหอะอีทำพันหรืออะ [แม้จำจะทำได้ : ผู้วิจัย] อัลเลาะห์ ไม่ยกเว้นนั้นนะ ถ้าเราไม่ให้เค้าทำเราก็มีส่วนผิดนะ มันไม่ได้ยกเว้นเพราะเราสติปัญญาดี ความจำความอะไรยังดีอยู่ เราเพียงแต่พูดกับเค้า ศาสนาเราต้องอย่าทิ้ง”

ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะคอยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละราย นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่า กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระทำนั้นเป็นกิจกรรมตามหลักการศาสนาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันไม่แตกต่างกันมากนักในผู้ดูแลแต่ละราย โดยกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้กระทำต่อผู้สูงอายุเพื่อเป็นการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลาอันประกอบด้วย การละหมาด การกล่าวซิกรฺ/ซิกรุลลอฮฺ การอ่านอัลกรุอาน/การอ่านยาซีน การเปิดวิทยุ/โทรทัศน์ให้ผู้ป่วยได้ฟังบรรยายศาสนาหรือฟังอัลกรุอาน เป็นต้น

การละหมาด

ผู้ดูแลส่งเสริมให้ทำการละหมาดตามความสามารถเท่าที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ โดยมีการเตือนผู้สูงอายุเมื่อเข้าเวลาละหมาดซึ่งจำเป็นต้องทำการละหมาดวันละ 5 เวลา โดยในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถนั่งได้ ผู้ดูแลจะส่งเสริมให้ทำการละหมาดในท่านั่ง ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถนั่งได้จะมีการส่งเสริมให้ละหมาดในท่านอนพร้อมให้ตั้งเจตนาภายในใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีการเปลี่ยนผ้าอ้อมและเตรียมน้ำละหมาดให้ผู้สูงอายุเพื่อเป็นการรักษาความสะอาดของร่างกาย เนื่องจากการละหมาดเป็นการเข้าพบพระเจ้าจึงจำเป็นต้องเตรียมร่างกายให้สะอาดก่อนเสมอ

ดังเช่นป้าผะฮ์มีการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาโดยเตือนมารดาเมื่อถึงเวลาละหมาดทั้ง 5 เวลา ซึ่งแต่ละเวลานั้นจะมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุละหมาดตามความสามารถของตนเองที่สามารถทำได้ มารดาของป้าผะฮ์ถึงแม้จะมีความสามารถเพียงการกะพริบตาและการขยับปากเล็กน้อย แต่ยังมีความคิดความเข้าใจที่ดี ป้าผะฮ์จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยละหมาดโดยตั้งเจตนาภายในใจ นอกจากนี้ยังมีการเปิดอัลกรุอาน/บรรยายศาสนาให้ผู้สูงอายุฟัง เนื่องจากในอดีตผู้สูงอายุชอบทำกิจกรรมทางศาสนา ป้าผะฮ์จึงส่งเสริมเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสบายใจไม่เกิดความรู้สึกเครียดหรือกังวล

“เปิดโทรทัศน์ เปิดอัลกรุอานให้เค้าฟังนะ เพราะเค้าชอบฟังอัลกรุอานมาก ถ้าได้ฟังแล้วเค้าได้สบายใจแหละ เค้าได้ไม่เครียดแหละ ป้าคิดว่าถ้าได้ฟังเค้าสบายใจมาก แล้วก็พอถึงเวลาละหมาดก็เตือนเค้าว่าแม่นี่ซูโบะฮฺ [ซูบิ เป็นเวลาละหมาดยามรุ่งสาง : ผู้วิจัย] แล้วนะ นี้อัสรี [เวลาละหมาดยามเที่ยง : ผู้วิจัย] แล้วนะ บางทีเราก็กลืนเหมือนกันแต่ว่าเวลาเราให้เค้าละหมาดเราก็กินน้ำ [ตั้งเจตนา : ผู้วิจัย] ในใจ นึกในใจก็ได้ละ”



รูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาของปามะฮ์มีความคล้ายคลึงกันกับป้าฝะฮ์ คือมีการส่งเสริมกิจกรรมด้านศาสนาให้แก่ผู้สูงอายุ ด้วยการอ่านอัลกุรอานให้ผู้สูงอายุฟัง และตักเตือนให้ทำการละหมาด ผู้วิจัยยังพบอีกว่าก่อนการละหมาดนั้นจำเป็นต้องเตรียมร่างกายให้สะอาดก่อนเสมอ ป้าฝะฮ์จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ผู้สูงอายุพร้อมกับเตรียมน้ำละหมาดให้ผู้สูงอายุก่อนการทำการละหมาด เนื่องด้วยเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและกระทำอย่างเป็นประจำ ในอดีตผู้สูงอายุเดินทางไปละหมาดที่มีสยิดเป็นประจำ มีการสอนลูกสอนหลานให้ละหมาดตามแบบตนตั้งแต่เด็ก ๆ และอ่านอัลกุรอานอยู่เสมอ

“เราอ่านอัลกุรอาน อ่านยาซีนบางทีเค้าก็แล [มอง : ผู้วิจัย] ไม่ค่อยเห็น เราอ่านให้เค้าฟังทุกวันเพราะถ้าเค้าอ่านเองเค้าอ่านไม่ได้ และก็เตือนให้เค้าละหมาด เปลี่ยนแพมเพิส เตรียมน้ำละหมาดให้เค้าแล้วก็เตือนเค้าให้เค้าละหมาด วันไหนเค้าเหนื่อยก็ไม่ฝืนเค้านะ บางทีแพมเพิสไม่ได้เปลี่ยน เค้าก็ละหมาดไม่ได้ ถ้าจะไปไหนก็จะเปลี่ยนแพมเพิส เตรียมน้ำละหมาดให้เค้าก่อนนะ ถ้าไม่ได้ละหมาดบางทีเค้าก็นั่งร้องนะ เพราะเค้าเป็นคนไปมัสยิดตลอด ละหมาดตลอด”

ฟังบรรยายศาสนาหรือฟังอัลกุรอาน

การเปิดวิทยุ/โทรทัศน์ให้ผู้ป่วยได้ฟังบรรยายศาสนาหรือฟังอัลกุรอาน รวมไปถึงการอ่านอัลกุรอานให้ผู้สูงอายุฟัง เป็นการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสบายใจ และยังเป็นการเพิ่มพูนอิหม่าน3 ให้แก่ผู้ดูแล และเป็นการเพิ่มบารอกัต4 ให้เกิดขึ้นภายในบ้านอีกด้วย

ยายอ้วนมีการส่งเสริมให้สามีกล่าวซิกร์เพื่อเป็นการรำลึกถึงพระเจ้า มีการเปิดอัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟังเนื่องจากเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ดีและเพิ่มพูนความจำเรื้อให้แก่ตนและครอบครัว นอกจากนี้มีการตักเตือนให้ผู้สูงอายุทำการละหมาดเมื่อถึงเวลา เนื่องจากเชื่อว่าการละหมาดเป็นเสาหลักของศาสนาอิสลามที่ไม่สามารถขาดได้ เมื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางศาสนาแล้วยังสามารถเพิ่มพูน อิหม่านให้แก่ตนเองอีกด้วย ยายอ้วนเชื่อว่าโลกคุณยา5 เป็นแค่ทางผ่านเพื่อไปสู่โลกหน้า ดังนั้นจำเป็นที่ตนเองจะต้องกระทำความดี และต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระทำความดีด้วยเช่นกัน เพื่อเป็นเสบียงไปสู่โลกหน้าซึ่งเป็นโลกที่จริงยั่งยืน

ยายอ้วน : “ซิกร์ท่องกร้ออ่าน เปิดกร้ออ่านให้แก่ฟังทำกันตอนเช้าทุกวัน ส่งเสริมให้เค้าละหมาดทั้งละหมาดฟรดูและซุนด์ เตือนเค้าให้ทำมันจะได้ทำให้บ้านมีบารอกัส เพิ่มพูน อิหม่านให้ตัวเอง เพราะอัลกุรอานเป็นสิ่งที่ดีต่อมุสลิมเราเนะ เวลาส่งเสริมให้เค้าละหมาดเรารู้สึกดี เพราะการละหมาดเป็นเสาหลักของศาสนา... ทำแล้วรู้สึกดี มีความสุข อุ่นใจ ได้คิดถึงอัลเลาะห์มากขึ้น ดุนยานี้มันก็มีอยู่แค่นี้แหละ”

นอกจากการเตือนให้ผู้สูงอายุทำการละหมาด และฟังบรรยายศาสนาหรือฟังอัลกุรอาน ยังมีการกล่าวซิกร์/ซิกรุลลอฮ์ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าด้วยการกล่าวซิกร์/ซิกรุลลอฮ์ เพื่อเป็นการกล่าวรำลึกถึงพระเจ้า ด้วยการกล่าวว่า

“ซุบฮานัลลอฮ์ วัลฮัมดุลิลลาฮ์ ว่าล้าอีลาฮ่า อิลลัลลอฮ์ วัลลอฮุอักบัร” ซึ่งมีหมายถึง “มหาบริสุทธิ์แด่อัลเลาะห์ และการสรรเสริญเป็นของพระองค์ และไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลเลาะห์ และอัลเลาะห์นั้นทรงยิ่งใหญ่ที่สุด”

ป้ารุ่นส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาโดยให้ผู้สูงอายุนั่งหรือนอนซิกร์กล่าวรำลึกถึงพระเจ้า โดยบางครั้งยื่นดัสเบะห 6 ซึ่งเป็นอุปกรณ์ลักษณะคล้ายลูกประคำให้ผู้สูงอายุทำการนับและกล่าวการรำลึกไปพร้อม ๆ กันกับการกล่าวรำลึก



“ให้เค้าชikirเรื่อยเรื่อย ยืนตัสแบะหิให้ค่านับถ้ำไม่นับตัสแบะหิ ก็ให้อนชikirแหละนะ”

ไม่ใช่แค่ญาติที่จะสามารถส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาให้ผู้สูงอายุเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น แต่ตัวของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงยังสามารถเป็นฝ่ายส่งเสริมศาสนาให้ผู้ดูแล หรือทั้งสองอาจเป็นฝ่ายส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาให้กันและกันได้ ดังเช่นที่เกิดขึ้นกับป้าฉะและสามี

ป้าฉะส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาโดยการตักเตือนให้สามีทำการละหมาด มีการเปิดอัลกรุอ่าน เปิดบรรยายศาสนาให้สามีฟัง ส่งเสริมให้กล่าวชikirและนับลูกตัสแบะหิไปด้วย และด้วยความที่สามีของป้าฉะมีความรู้และความเข้าใจทางด้านศาสนาที่มากกว่า ป้าฉะจึงไม่ได้เป็นแค่ผู้คอยส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น ป้าฉะยังเป็นฝ่ายได้รับอีกด้วย ทั้งตัวป้าฉะและตัวสามีจะคอยตักเตือนซึ่งกันและกันถึงเวลาละหมาดและสามีจะเป็นฝ่ายสอนภรรยาให้อ่านอัลกรุอ่านตามตนอีกด้วย

“นี่แหละให้เค้าดูของแบบนี้แหละ แต่ว่าเค้าสอนเราบางที ความรู้เค้าดีกว่า ความรู้เค้าดีมากเลย ถึงป้าไม่ค่อยมีความรู้เหมือนเค้าถามเราว่าไหนอะ ละหมาดริยัง เค้าอ่านอันนั้นแบบนั้นแบบนี้เราก็อ่านตามภาษาเค้า แล้วก็บางทีเค้าลืมนก็เตือนให้เค้าละหมาด ถามเค้าว่าละหมาดริยัง”

สาเหตุที่ญาติส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาให้ผู้สูงอายุไม่ใช่เพียงเพราะเป็นหลักปฏิบัติของศาสนาที่จำเป็นต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอหลีกเลี่ยงได้เท่านั้น ผู้ดูแลยังเล็งเห็นว่ากิจกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งสำคัญที่มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุผูกพันกับกิจกรรมเหล่านั้นในทุกวัน ๆ จนเป็นกิจวัตรประจำวันที่มีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมทางศาสนาจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นสุข สบายใจ ผ่อนคลาย ไร้ความเครียดและความกังวลต่าง ๆ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ตัวผู้ดูแลสามารถเพิ่มพูนความเชื่อความศรัทธาของตนเอง และป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากการละเลยหากไม่ส่งเสริมตักเตือนให้ผู้สูงอายุทำตามหลักปฏิบัติของศาสนา เช่นการละหมาดถือเป็นบทบาท (role) ของมุสลิมต่อพระเจ้า “ถ้าไม่ได้ละหมาด บางทีเค้าก็นั่งร้องนะ” ผู้สูงอายุร้องไห้เมื่อไม่ได้ละหมาดแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการละหมาดนั้นเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่า (values) มีความหมาย (meaning) ต่อตัวผู้สูงอายุมากแค่ไหน ความผูกพันต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่ตนได้กระทำเป็นประจำในทุก ๆ วันในอดีต จนกิจกรรมนั้นได้กลายเป็นนิสัย (habit) ของบุคคลไปโดยปริยาย แม้กระทั่งในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความจำ อย่างมารดาของป้ารุ่นเองก็ตามกิจกรรมการละหมาดก็ยังถือว่ามีความหมาย ญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะคอยส่งเสริมกิจกรรมที่มีความหมายให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีจิตวิญญาณที่ดีต่อไป (spiritual well-being)

บทสรุป

กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

การให้การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเป็นบทบาทหน้าที่โดยองค์รวมของผู้ดูแลที่จำเป็นต้องให้การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง การให้ การดูแลในผู้ดูแลแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุ การให้การดูแลนอกจากจะมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายตัวแล้วยังมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันปัญหาที่



จะตามมาในอนาคต เช่น ปัญหาแผลติดเชื้อ ปัญหาแผลกดทับ เป็นต้น โดยผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลเป็นวัฏจักรซ้ำ ๆ จนกิจกรรมการดูแลนั้นได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตของผู้ดูแล และเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล

การเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุ

การเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ ดิตเตยมีหลากหลายวิธีซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีความสุขพอใจที่ดี มีความสุขสบายใจ มีอารมณ์แจ่มใส นอกจากนี้ยังมุ่งหวังเพื่อเป็นการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะซึมเศร้า ความเหงา ความโดดเดี่ยว หรือความตึงเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยญาติผู้ดูแลใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การพูดคุยให้กำลังใจ การพูดคุยเรื่องราวความทรงจำที่ดีในอดีตหรือเรื่องราวที่ผู้สูงอายุชอบฟัง การให้ผู้สูงอายุดูรูปภาพเก่า ๆ การให้ผู้สูงอายุพูดคุยกับลูกหลานผ่านทางโทรศัพท์ การตามใจผู้สูงอายุในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการใช้เวลาอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้การส่งเสริมด้านสังคมยังเป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุ การพาผู้ป่วยดิตเตยนั่งรถเข็นเดินเล่นบริเวณใกล้บ้าน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ชอบ หรือสนใจ เข้าร่วมผู้สูงอายุดิตเตย จะทำให้ผู้สูงอายุคลายความเครียด และไม่รู้สึกเหงา

กิจกรรมการดูแลส่งเสริมด้านศาสนา

ญาติผู้ดูแลชาวพุทธมีการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาในรูปแบบกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากอยู่บนพื้นฐานศาสนาเดียวกัน โดยกิจกรรมทางศาสนาที่ญาติส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุกระทำ ได้แก่ การละหมาด ฟังบรรยายศาสนาหรือฟังอัลกุรอาน และการกล่าวรำลึกถึงพระเจ้า นอกจากนี้ญาติจะส่งเสริมให้กระทำเนื่องด้วยสาเหตุว่าเป็นสิ่งจำเป็นตามหลักการปฏิบัติทางศาสนา ที่ไม่ว่าจะสิ่งใด ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่มีคุณค่า (values) และมีความหมาย (meaning) ต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลาย และมีสุขภาวะทางวิญญาณที่ดี (spiritual well-being)

เอกสารอ้างอิง

1. วรณนิภา บุญระยอง. กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้สูงอายุช่วงสุดท้ายของชีวิต. เอกสารประกอบกระบวนวิชา 513390 (น.3-4). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2560.
2. เจ๊ะฟาตีห๊ะ บินอับรอเฮง. การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางอิสลาม. สืบค้น 01 ตุลาคม 2560, จาก <http://islamhouse.muslimthai.com/article/20484>, 2551.
3. อมิน สะอิดี. Palliative Care กับการสร้างสุขสุดท้ายแก่ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคำสอนของอิสลาม (ปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว), กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561.
4. วิชัย โชควิวัฒน์. ประชากรไทยในอนาคต. สืบค้น 30 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference>, 2560.
5. สิริวรรณ อนันตโชค. ปัจจัยบางประการ ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สืบค้น 30 ตุลาคม 2560, จาก <file:///C:/Users/USER/Downloads/1515-Article%20Text-2706-1-10-20120517.pdf>, 2554.
6. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: นิเวศธรรมคาถาพิมพ์, 2557.
7. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559.



8. ละเอียด แจ่มจันทร์. แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารพยาบาลทหารบก, 2560, 18(1): 23.
9. ชูติกาญจน์ หฤทัย, ศิริมา ลีละวงศ์, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ และโสภิษฐ์ สุวรรณเกศาวงษ์. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน ชูติกาญจน์ หฤทัย (บ.ก.), ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง (น.18-23). ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน, 2559.
10. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลในผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการให้การดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
11. รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลและครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534.
12. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
13. ชูฟอัม อุษมาน. การปฏิบัติต่อพ่อแม่ในศาสนาอิสลาม. สืบค้น 08 เมษายน 2562 จาก <http://www.islammore.com/view/711>, 2558.
14. ลัดดาวัลย์ พิชญพจน์. ทักษะและเทคนิคการสอน. ลพบุรี: สถาบันราชภัฏเทพสตรี, 2562.
15. คุณากร วรวรรณชนะชัย. มองโรคในแง่ดี. กรุงเทพฯ: a book, สนพ, 2556.



หลักเกณฑ์การดำเนินงานของกองบรรณาธิการ

สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัดแห่งประเทศไทย มีนโยบายที่จะสนับสนุน ส่งเสริมนักวิชาชีพ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้เสนอบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่ได้มาตรฐานสู่สาธารณชน รวมถึงยกระดับผลงานวิชาการและวิจัยของนักวิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับในระดับชาติ โดยกำหนดให้จัดทำวารสาร กิจกรรมบำบัด ปีละ 3 ฉบับ

วารสารกิจกรรมบำบัด มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง จึงได้กำหนด หลักเกณฑ์การดำเนินงานของกองบรรณาธิการไว้ดังนี้

หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิในกองบรรณาธิการกิจกรรมบำบัด ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ จำนวนอย่างน้อย 3 ข้อ

1. มีคุณวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป
2. มีตำแหน่งทางวิชาการระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์ขึ้นไป หรือดำรงตำแหน่งบริหารระดับหัวหน้าภาควิชา หัวหน้างาน หรือเทียบเท่าขึ้นไป
3. มีผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ ไม่น้อยกว่า 2 ฉบับ
4. มีประสบการณ์ประเมินบทความในวารสารวิชาการ
5. มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องจะได้รับการพิจารณาเป็นกรณีพิเศษ

หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและประเมินบทความ

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและประเมินบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเทคโนโลยีป้องกันประเทศ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้จำนวนอย่างน้อย 3 ข้อ

1. มีคุณวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป
2. มีตำแหน่งทางวิชาการระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์ขึ้นไป หรือดำรงตำแหน่งบริหารระดับหัวหน้างาน หรือเทียบเท่าขึ้นไป
3. มีผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการหรือนำเสนอในงานประชุมวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ อย่างน้อย 1 ฉบับขึ้นไป
4. มีประสบการณ์ประเมินบทความในวารสารวิชาการ
5. มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องจะได้รับการพิจารณาเป็นกรณีพิเศษ



หลักเกณฑ์การประเมินบทความสำหรับผู้ประเมินบทความ

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารกิจกรรมบำบัด ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีความชัดเจนของปัญหาและวัตถุประสงค์
2. มีความเหมาะสมของวิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหา
3. มีการใช้ภาษาถูกต้องตามหลักภาษาและไวยากรณ์
4. มีความถูกต้องของการวิเคราะห์และสรุปผล
5. บทความโดยรวมมีคุณภาพในระดับที่เหมาะสม
6. มีประโยชน์ต่อวงการวิชาการ
7. บทความต้องไม่เคยถูกเผยแพร่หรือลงตีพิมพ์ในแหล่งอื่น ๆ
8. ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความที่เป็นการคัดลอกข้อความที่เขียนโดยผู้อื่นโดยไม่มีการอ้างอิงถึงต้นฉบับ



คำแนะนำสำหรับผู้ส่งบทความลงพิมพ์

วารสารกิจกรรมบำบัด เป็นวารสารที่ใช้ระบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ประเมิน จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับกิจกรรมบำบัดหรือศาสตร์ทางการแพทย์ เป็นวารสารราย ๔ เดือน กำหนดเผยแพร่ในเดือนมกราคม- เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

การเตรียมและส่งต้นฉบับ

๑. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับสาขากิจกรรมบำบัด และ/หรือการพัฒนาระบบการให้บริการ ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน ๑๕ หน้า พิมพ์

บทความปฏิทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งบทปฏิทัศน์กับบทความพื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสังคมเป็นพิเศษ

บทความพื้นวิชา (refresher course)

เป็นบทความที่นำเสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่อง ที่นำมาเรียบเรียงเพิ่มเติมความรู้ใหม่ หรือเป็นการรวบรวมสิ่งค้นพบใหม่ เป็นเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางกิจกรรมบำบัดได้ หรืออาจเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ทางกิจกรรมบำบัด ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ สรุปและวิเคราะห์ เอกสารอ้างอิง

รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือ รายงานสังเขป (short communication)

เป็นการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม หรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

รายงานผู้ป่วย (case report)

เป็นการรายงานผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคที่น่าสนใจที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน ประกอบด้วย บทนำพรรณนาผู้ป่วย (case description) วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence)

เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง



๒. การเตรียมต้นฉบับ

๒.๑ ชื่อเรื่อง (tittle)

ประกอบด้วย

๒.๑.๑ ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน ๑๐๐ ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

๒.๑.๒ ชื่อผู้พิมพ์ให้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

๒.๑.๓ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้พิมพ์ทำงาน

๒.๑.๔ ชื่อและที่อยู่ของผู้พิมพ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

๒.๑.๕ แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

๒.๒ บทคัดย่อ (abstract)

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ไม่เกิน ๒๕๐ คำ หรือ ๑๕ บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

๒.๓ คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่อง สำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

๒.๔ บทนำ (introduction)

เป็นส่วนของบทความที่อธิบาย บอกความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาวิจัย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ

๒.๕ วิธีการศึกษา (Methods)

อธิบายถึงวิธีการศึกษา โดยกล่าวถึงที่มาของข้อมูล รูปแบบการวิจัย (study design, protocol) วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการสุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือสถิติที่ใช้

๒.๖ ผลการศึกษา (results)

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการศึกษาวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

๒.๗ วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีประกอบด้วย นอกจากนี้ควรวิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

๒.๘ ข้อยุติ (conclusion)

ควรเขียนเกี่ยวกับผลที่ได้ว่าตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้



๒.๙ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

ใส่ตารางที่ ๑

หรือ

ใส่ภาพที่ ๑

๒.๑๐ กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค บางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาก ๆ ทำให้บทความดูอึดอัดเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

๒.๑๑ เอกสารอ้างอิง (references)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

๓. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารให้ใช้หมายเลข ๑ สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๓.๑ วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์;ปีที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า ๖ คน ให้ใส่ชื่อเพียง ๖ คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

๓.๑.๑ เอกสารจากวารสารวิชาการ

๑. วรรณนิภา บุญระยอง. การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วารสารกิจกรรมบำบัด ๒๕๓๙; ๑(๑): ๑๕-๒๐.

๒. Buam B, Hall KM. Relationship between constructional praxis and dressing in the head injuries adult. Am J Occup Ther 1981; 35(1): 438-22.

๓.๑.๒ ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

๑. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283:628.

๓.๒ หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

๓.๒.๑ หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

๑. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ ๗. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; ๒๕๓๕.

๒. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

๑. วิชาญ วิทยาคัย, ประคอง วิทยาคัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; ๒๕๓๕.

๒. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.



๓.๒.๒ บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

๑. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราภรณ์, ประอร ขวลิตร, พิภพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๔๐. หน้า ๔๒๔-๗.

๒. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p 465-78.

๓.๓ รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

๑. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, งามจิตต์ จันทราธิ, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่ของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม ๒๕๔๑; ณ โรงแรมโป๊ปทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; ๒๕๔๑.

๒. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

๓.๔ วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

๑. ชัยชัย ซาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง ๔ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๐

๒. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

๓.๕ สิ่งพิมพ์อื่นๆ

๓.๕.๑ บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

๑. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๓๙; ๒๓. (คอลัมน์ ๕).

๒. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5).

๓.๕.๒ กฎหมาย

๑. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง ๒๕๓๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๓๗ พ.ศ. ๒๕๓๒, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ ๑๐๖, ตอนที่ ๑๒๙. (ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๓๒).

๒. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

๓.๕.๓ พจนานุกรม

๑. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์ ; ๒๕๓๘. หน้า ๕๔๕.

๒. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.



๓.๖ วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดีทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

๑. HIV+/AIDS: the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO) : Mosby-year Book; 1995.

๓.๗ สื่ออิเล็กทรอนิกส์

๑. ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่(เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address underlined

๑. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar[cited 1999 Dec 25]; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL : [http:// www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm)

๒. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17]; 168(4) : 500-6. Available from: URL: <http://biomed.niss.ac.uk>

๒. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

๑. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

๒. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screen]. Available from: URL: <http://rcgp.crg.uk/informat/publicat/rcf/0021.htm>

๓. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23]; [15 screens]. Available from: URL: <http://www.healthy.net/asp/templates/Article.asp?PageType=Article&Id=920>

๓. Web based / online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

- Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5thed.[online], 1998. Available from: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

๔. CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.01. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard Multimed; 2001.

๕. Book on CD-ROM

- ๕.๑ The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nded. New York (NY): oxford university Press; 1992.

- ๕.๒ Paracetamol. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

๖. Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า.

- ๖.๑ Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900-901.



๗. Other Software

Format: Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version.

Place of production: Producer; Year.

๗.๑ Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

๔. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนจะตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปหรือไม่

๔.๑ ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อ ๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ

(Footnote) ได้ตาราง

- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัว-แถว(Row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * + § # ¶
- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน ๓-๕ ตาราง หรือเนื้อหา ๑,๐๐๐ คำต่อ๑ ตารางถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้
- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

๔.๒ ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจนเน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพมีแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน
- ขนาดโดยทั่วไปใช้ ๕ x ๗ นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน ๘x๑๐ นิ้วไม่ตัดขอบไม่ติดกับกระดาษรองไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพและเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เขียนชื่อเจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพเพราะอาจจะเขียนหนักมือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏทางด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป



๕. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยต้นฉบับสำเนา ๒ ชุด (พร้อมแผ่นซีดีรอม) ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซองหนาและใหญ่พอเหมาะกับแผ่นกระดาษต้นฉบับการส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป และอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิม เป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

๖. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไปผู้อ่านบททวน (reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิในการตีพิมพ์บทความเฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

๗. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนลงตีพิมพ์

ต้นฉบับที่จะส่งให้บรรณาธิการ

พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ ๔ (๒๑๖x๒๗๙ มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและซ้ายมือ อย่างน้อย ๔๐ มม. (๑.๕ นิ้ว) ด้านล่างและขวามือ อย่างน้อย ๒๕ มม. (๑ นิ้ว) ใส่เลขที่หน้าตั้งแต่หน้าปกชื่อเรื่องเรียงไปตามลำดับที่มุมขวาบนหรือล่างของกระดาษ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด ด้วยรูปแบบอักษร Angsana UPC ตัวอักษรขนาด ๑๖
ส่งต้นฉบับจริงและสำเนา ๒ ชุด รวม ๓ ชุด พร้อมแผ่นดิสก์ต้นฉบับ (เขียนชื่อ แฟ้มข้อมูลบนแผ่นดิสก์)
ไปที่

ผศ.ดร.เพื่อนใจ รัตตากร
ภาควิชากิจกรรมบำบัด
คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่
๕๐๒๐๐
โทร. ๐-๕๓๕๓-๕๒๕๕



เมื่อกรรมการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งตอบกลับให้ผู้สมัครทราบว่า ให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์รับ ตีพิมพ์โดยไม่แก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารกิจกรรมบำบัด ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเอง ไม่ใช่ความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเอง ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



ขั้นตอนการส่งต้นฉบับและการพิจารณาบทความ

ขั้นตอนการส่งต้นฉบับ

1. แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณานำลงวารสารกิจกรรมบำบัดสมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัดแห่งประเทศไทย (ผู้ส่งบทความต้องลงนาม)
2. ให้ผู้วิจัยส่งต้นฉบับบทความไฟล์ Word และ PDF พร้อม แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณานำลงวารสารกิจกรรมบำบัดสมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัดแห่งประเทศไทย(Scan)

ข้อมูลเกี่ยวกับการพิจารณาบทความ

1. กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้ส่งบทความทราบ เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความเรียบร้อยแล้ว
2. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบหัวข้อและเนื้อหาของบทความถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสารฯ รวมถึงประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ
3. ในกรณีที่กองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรรับบทความไว้พิจารณา กองบรรณาธิการจะส่งบทความเพื่อทำการกลั่นกรองต่อไป โดยจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบคุณภาพของบทความ โดยในกระบวนการพิจารณาการกลั่นกรองนี้ เป็นการประเมินบทความแบบสองทาง (Double-Blind Process) กล่าวคือ จะไม่เปิดเผยชื่อผู้ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบและจะไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้ส่งบทความทราบ และกองบรรณาธิการจะไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้ส่งบทความและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบด้วยเช่นกัน
4. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาการกลั่นกรองบทความแล้ว กองบรรณาธิการจะตัดสินใจโดยอิงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิว่าบทความนั้น ๆ ควรได้รับการตีพิมพ์หรือควรส่งกลับให้กับผู้ส่งบทความเพื่อแก้ไขก่อนพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง
5. ผู้วิจัยต้องยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กองบรรณาธิการวารสารกำหนดและผู้วิจัยต้องยินยอมให้บรรณาธิการแก้ไขความสมบูรณ์ของบทความได้ในขั้นตอนสุดท้ายก่อนเผยแพร่
6. การอนุมัติให้ลงบทความในวารสารได้หรือไม่นั้น ผลการพิจารณาจากกองบรรณาธิการวารสารถือเป็นที่สุด
7. กองบรรณาธิการวารสารแจ้งตอบรับบทความให้ผู้วิจัยทราบเป็นลายลักษณ์อักษร



สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัดแห่งประเทศไทย
(The Occupational Therapist Association of Thailand)