

ระบบการบริการกิจกรรมบำบัดมหิดลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อนุชาติ เขื่อนนิล*

สุภลักษณ์ เข็มทอง*

บทคัดย่อ

อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยสูงขึ้นทุกเพศทุกวัย ดังนั้นทิศทางการบริการกิจกรรมบำบัด จึงควรสอดคล้องกับการพัฒนา หรือคงสภาพทักษะของการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และควรทำการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบการบริการกิจกรรมบำบัด เพื่อพร้อมที่จะรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น. Occupational Therapy - Mahidol Clinic System (OT-MCS[®]) จึงเป็นระบบการให้บริการเริ่มต้นตั้งเดือนเมษายน ถึงพฤษภาคม ๒๕๕๐ ณ คลินิกกิจกรรมบำบัดมหิดล โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการทางกิจกรรมบำบัด ก่อนและหลังใช้ระบบนาน ๓๐ วัน. ในส่วนที่ ๒ ทำการสำรวจความคิดเห็นของนักกิจกรรมบำบัดและวิเคราะห์จัดกลุ่มข้อมูลด้วย Hierarchical Cluster Analysis. ในส่วนที่ ๓ แบ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการคงสภาพความสามารถในการทำกิจกรรม (เปรียบเทียบการฝึกทำกิจกรรมการรักษาที่ซ้ำกันด้วยสถิติเชิงพรรณนา) และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรม (เปรียบเทียบระดับการจัดกิจกรรมบำบัดของผู้ป่วยก่อนและหลัง ๓๐ วันของการใช้ O-MCS[®] ด้วยสถิติ Wilcoxon Test) หลังการใช้ระบบ OT-MCS[®]. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนครั้งของการมารับบริการเพิ่มขึ้น โดยมีจำนวนนักกิจกรรมบำบัดที่ให้บริการเท่าเดิม. นักกิจกรรมบำบัดมีความพึงพอใจและความสำคัญในการทำกิจกรรมบำบัด ๔๐ รายการที่แตกต่างกันออกไป. นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการคงสภาพความสามารถในการทำกิจกรรมมีความพึงพอใจ และความสำคัญในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องตามกรอบแนวคิดสากลของกิจกรรมบำบัด. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความหมาย มีกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรมที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการทำกิจกรรม และเกิดความพึงพอใจต่อการเลือกทำกิจกรรมที่อาจนำไปปฏิบัติได้จริง ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเอง.

คำสำคัญ: ระบบการบริการ, กิจกรรมบำบัด, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Occupational Therapy - Mahidol Clinic System in Stroke Patients
Anuchart Kaunnil*, Supalak Khemthong*

**Occupational Therapy Division, Faculty of Physical Therapy and Applied Movement Science, Mahidol University*

Stroke is increasingly found without regard to sex and age in the Thai population. Thus, it is mandatory that the Occupational Therapy (OT) service be directed at either improvement or maintenance with regard to individual skills of occupational performance. This OT service was systematically developed in further support of an increasing number of patients. In section I, Occupational Therapy – Mahidol Clinic System (OT-MCS[®]) was created as an operational service for the OT Mahidol Clinic. This study was conducted in order to compare the number of patients who attended the OT Mahidol Clinic in the 30-day study period, before and after attending the OT-MCS[®]. In section II, the patients studied comprised a

*สาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

group characterized as maintained performance (comparison of repeated therapeutic activities via descriptive statistics) and a group characterized by improved performance (comparison of levels of activity approach via Wilcoxon Test in the period of 30 days before and after the use of OT-MCS®). After the use of OT-MCS®, the number of patients increased although the number of supervised occupational therapists remained the same. The therapists also differentiated 40 activity items according to the levels of satisfaction and importance. Moreover, the maintained performance group had moderate and high levels of satisfaction with the importance of occupational performance. The improved performance group managed different levels of activity regarding international concepts of occupational therapy. The patients could express their existing potentials through meaningful activities, proper activity analysis and synthesis, learning the importance of occupational performance, and gaining satisfaction with the choices of occupational performance. The practice may be implemented in the patients' realistic environment.

Key words: service system, occupational therapy, stroke

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองพบมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป และอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในคนไทยสูงถึงร้อยละ ๓๐ ของคนในเอเชีย^(๑). สถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๗ แสดงอัตราผู้เสียชีวิต ๓๐.๙ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน, จัดเป็นอันดับที่ ๔ รองจากโรคหัวใจ, อุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง^(๒). นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในคนไทยอายุน้อยด้วย^(๓). ดังนั้นจึงจำเป็นที่คนไทยทุกวัยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองสมควรได้รับการประเมินและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกิจกรรมบำบัด เพื่อส่งเสริมทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต^(๔), ซึ่งทิศทางการให้บริการกิจกรรมบำบัดทางด้านร่างกายและจิตสังคมต้องมีความสอดคล้องกับการพัฒนาและ/หรือคงสภาพทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ปัจจุบันคลินิกกิจกรรมบำบัดมีบริการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังไม่มีการจัดระบบวิชาชีพกิจกรรมบำบัดตามแบบสากล. นักกิจกรรมบำบัดของมหิดลจึงมีบทบาทอย่างมากที่ต้องเรียนรู้และพัฒนาาระบบ เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มมากขึ้น โดยเน้นสัดส่วนที่สมดุลระหว่างจำนวนนักกิจกรรมบำบัดกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำ และเพิ่มการประเมินคุณภาพของการบริการกิจกรรมบำบัดได้อย่างชัดเจน. วัตถุประสงค์

ประสงค์ของการศึกษาคั้งนี้คือเรียนรู้และพัฒนาาระบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาาระบบการให้บริการกิจกรรมบำบัดแก่ผู้มารับบริการโรคหลอดเลือดสมอง และมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งการมีเวลาพอเพียงที่สมดุลกับปริมาณผู้มารับบริการ โดยจำแนกผู้มารับบริการโรคหลอดเลือดสมอง เป็น ๒ ประเภท ได้แก่ ผู้มารับบริการโรคหลอดเลือดสมองที่คงสภาพความสามารถในการทำกิจกรรม และที่สามารถพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ง่ายแก่การวางระบบในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่ผู้มารับบริการพึงได้รับ และเป็นไปได้จริงจากระดับความรุนแรงอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น.

ตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ได้แก่ กลุ่มนักกิจกรรมบำบัดทั่วประเทศไทย ๗๒ คน ที่เลือกแบบเจาะจงเฉพาะผู้ที่เข้าร่วมสัมมนาวิชาชีพกิจกรรมบำบัดในช่วงวันที่ ๑๖-๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๐ และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๒๙ คน ที่มารับบริการ ณ คลินิกกิจกรรมบำบัดมหิดลของคณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัย



มติดลทั้งที่รับใหม่และยังไม่ได้จำหน่ายออกในช่วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน ๒๕๕๐ ซึ่งเป็นการสำรวจข้อมูลนำร่องแบบติดตามผลระยะยาวและประเมินซ้ำ (longitudinal and repeated measurement) จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองข้างต้น. กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐ คนที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มย่อย คือกลุ่มผู้มารับบริการโรคหลอดเลือดสมองที่คงสภาพความสามารถในการทำกิจกรรม (maintained performance) จำนวน ๕ คน และ กลุ่มผู้มารับบริการโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรม (improved performance) จำนวน ๕ คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

กลุ่มผู้มารับบริการโรคหลอดเลือดสมองที่คงสภาพความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นผู้ที่มีพยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับรุนแรงในทางคลินิกโดยมีการวินิจฉัยว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีก^(๕) และมีพยาธิบริเวณเนื้อสมองส่วนนอกหรือ Corona radiata, หรือ Posterior limb ของ Internal capsule PLIC^(๖) มีโอกาสในการฟื้นฟูสภาพของระยางค์ส่วนบนได้น้อย มีพยาธิสภาพดังกล่าวที่นานเกิน ๑ ปี^(๗) และสามารถเข้าใจคำสั่ง รับรู้ตนเองได้.

กลุ่มผู้มารับบริการโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นผู้ที่มีพยาธิสภาพโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่ไม่รุนแรงในทางเวชกรรม โดยมีการวินิจฉัยว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีกอ่อน ๆ ไม่เกิน ๑ ปี และสามารถเข้าใจคำสั่ง รับรู้ตนเองได้^(๘) หรือพบว่า มีพยาธิบริเวณพูทามาเนนและซาลามัส^(๙) พบว่าหลังการออกจากโรงพยาบาลจะมีการฟื้นฟูสภาพของแขนขาได้ดี.

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

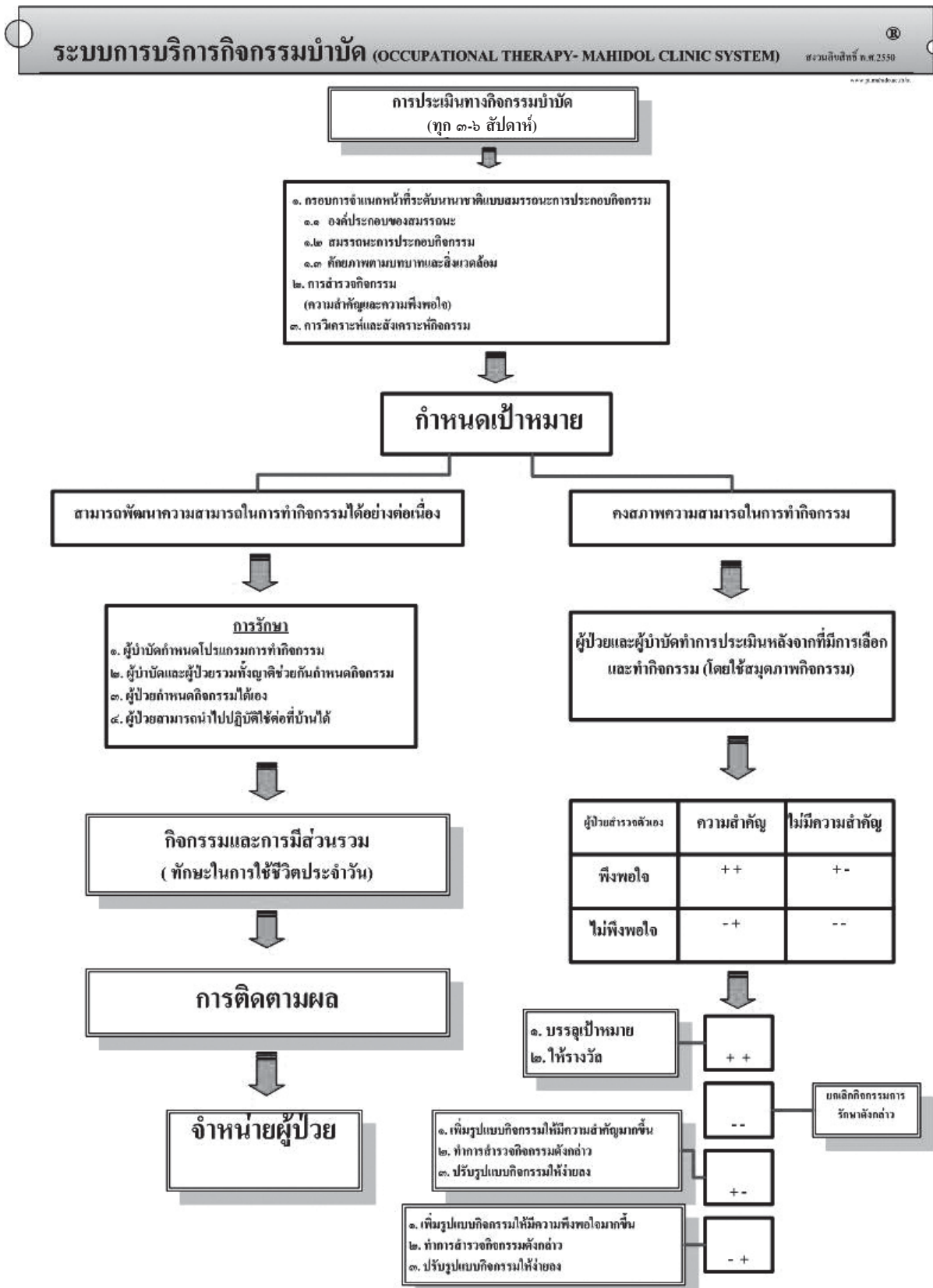
๑. เพิ่มเวชระเบียนและฐานข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มารับบริการกิจกรรมบำบัด ณ คลินิกกิจกรรมบำบัดคณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
๒. แบบคัดกรองเพื่อการประเมินและรักษาทางกิจกรรมบำบัด ประเมินโดยนักกิจกรรมบำบัด ณ คลินิกกิจกรรม

บำบัดคณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล^(๑๐). เครื่องมือนี้ใช้แบ่งกลุ่มตัวอย่างย่อยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือกลุ่มผู้มารับบริการโรคหลอดเลือดสมองที่คงสภาพความสามารถในการทำกิจกรรม และที่สามารถพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมร่วมกับเกณฑ์การคัดเลือก.

๓. แบบสำรวจความพึงพอใจ และความสำคัญในการทำกิจกรรม.
๔. สมุดภาพกิจกรรมจำนวน ๔๐ รายการสำหรับกลุ่มที่คงสภาพความสามารถในการทำกิจกรรม.
๕. แบบประเมินกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่คงสภาพความสามารถในการทำกิจกรรม สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย สอบถามความพึงพอใจและความสำคัญต่อกิจกรรมการรักษาโดยใช้มาตรวัดตั้งแต่ ๑ (น้อยที่สุด) ถึง ๕ (มากที่สุด).
๖. แบบบันทึกรูปแบบการจัดกิจกรรมบำบัดกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรม สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย บันทึกคะแนนแบบมาตรวัด ได้แก่ ผู้บำบัดกำหนดโปรแกรมการทำกิจกรรม (๑ คะแนน), ผู้บำบัดและผู้ป่วยรวมทั้งญาติ ช่วยกันกำหนดกิจกรรม (๒ คะแนน), ผู้ป่วยกำหนดกิจกรรมได้เอง (๓ คะแนน) และ ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติใช้ต่อบ้านได้ (๔ คะแนน).

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. สร้างแบบจำลองกิจกรรมบำบัดระบบคลินิกมหิดล (OT-MCS[®]) จากประสบการณ์ทางเวชกรรมของคณะผู้วิจัย และการวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องของระบบหรือรูปแบบการบริการ ณ คลินิกกิจกรรมบำบัดมหิดล จากนั้นแยกวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายกลุ่มและกระบวนการภายในแบบจำลอง OT-MCS[®]. แผนภูมิที่ ๑)
๒. รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจำนวนการรับบริการกิจกรรมบำบัด ก่อนและหลัง ๓๐ วัน ของการใช้แบบจำลอง OT-MCS[®] (รูปที่ ๑) และการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปที่ ๒.
๓. ข้อมูลความพึงพอใจและความสำคัญในการทำ



แผนภูมิที่ ๑ ระบบบริการกิจกรรมบำบัดมหิดล (Model OT-MCS®)



กิจกรรมการรักษา จากการสำรวจความเห็นของนักกิจกรรมบำบัด นำมาวิเคราะห์จัดกลุ่มข้อมูลด้วยสถิติ Hierarchical Cluster Analysis.

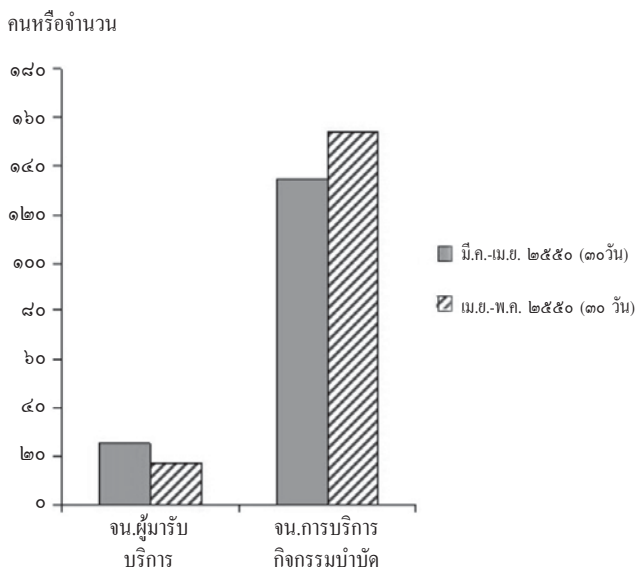
๔. อธิบายค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการฝึกทำกิจกรรมการรักษาที่ซ้ำกันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่คงสภาพความสามารถในการทำกิจกรรม.

๕. เปรียบเทียบระดับการจัดกิจกรรมบำบัดของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนและหลัง ๓๐ วัน ของการใช้แบบจำลอง OT-MCS® ด้วยสถิติ Wilcoxon Test.

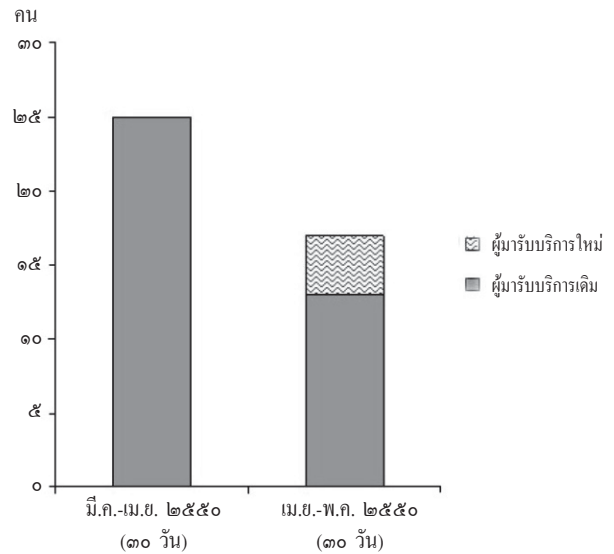
๖. ระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่มีนาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๐.

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๒๕ คน เข้ารับบริการกิจกรรมบำบัด รวม ๑๓๕ ครั้ง เฉลี่ย ๔.๕ คน/วัน คิดเป็นร้อยละ ๔๗ ภายในช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน ๒๕๕๐ ในวันเวลาราชการ และเมื่อใช้ แบบจำลอง OT-MCS® ภายใน



รูปที่ ๑ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและจำนวนครั้งของการมารับบริการกิจกรรมบำบัด ก่อนและหลังใช้ Model OT-MCS® ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล



รูปที่ ๒ แสดงการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ ก่อนและหลังใช้ Model OT-MCS® ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๕๐ ในวันเวลาราชการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑๗ คน เข้าบริการกิจกรรมบำบัดรวม ๑๕๔ ครั้ง เฉลี่ย ๕.๑ คน/วัน คิดเป็นร้อยละ ๕๓ พบว่ามีจำนวนครั้งผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๖.

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๒๕ คน ที่เข้ารับบริการกิจกรรมบำบัดในช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน ๒๕๕๐ ในวันเวลาราชการ และเมื่อใช้แบบจำลอง OT-MCS® ภายในช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๕๐ ในวันเวลาราชการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑๗ คน. ทั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยรายเดิม ๑๒ และเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ๕ คน.

จากข้อมูลความพึงพอใจและความสำคัญในการทำกิจกรรมของนักกิจกรรมบำบัดจำนวน ๗๒ คน ที่มาประชุมสัมมนาวิชาชีพกิจกรรมบำบัด ในช่วงวันที่ ๑๖-๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๐ ณ โรงแรมมารีดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ โดยใช้สถิติ Hierarchical Cluster Analysis จัดระดับความพึงพอใจและความสำคัญในการทำกิจกรรมการรักษา ที่ผู้ป่วย

OT-MCS[®] ผู้ป่วยทั้ง ๔ คน สามารถพัฒนาระดับการจัดกิจกรรมมาที่ระดับ ๓ คะแนน (ผู้ป่วยจัดกิจกรรมด้วยตนเอง). สำหรับผู้ป่วยรายที่ ๔ มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับ ๑ คะแนนของการจัดกิจกรรม มาเป็นระดับ ๒ คะแนนของการจัดกิจกรรม (นักกิจกรรม และผู้ป่วยช่วยกันจัดกิจกรรม). เมื่อนำค่าคะแนนข้อมูลมาคำนวณเปรียบเทียบกับสถิติ Wilcoxon Test พบว่ารูปแบบการจัดกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นภายหลังใช้ระบบ OT-MCS[®] (ค่า $p < 0.05$).

วิจารณ์

ผลการวิจัยแสดงว่าจำนวนครั้งของบริการกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยมีนักกิจกรรมบำบัดคนกายภาพบำบัดฯ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้บริการจำนวนเท่าเดิม ๓ คน. หลังจากใช้ Model OT-MCS[®] พบว่าผู้ป่วย ๑๓ คนจากจำนวน ๒๕ คน ได้กลับไปทำกิจกรรมดำเนินชีวิตที่บ้านและสามารถคงสภาพการทำกิจกรรมได้ และมีผู้ป่วยรายใหม่ ๕ คน ที่ต้องการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม. จะเห็นว่าการใช้ ระบบ OT-MCS[®] ได้ช่วยนักกิจกรรมบำบัดให้จัดตารางการให้บริการได้อย่างเหมาะสม และแยกระดับของผู้ป่วยได้อย่างมีเป้าหมายในการคงสภาพและ/หรือการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม. ดังนั้น Model OT-MCS[®] ที่ใช้เป็นระบบนำร่องได้ช่วยการให้บริการสะดวกขึ้น สามารถวิเคราะห์เส้นทางการทำงานกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่าย และมีเวลาที่ชัดเจนในการให้บริการมากขึ้น ช่วยจัดการงานบริการคลินิกกิจกรรมบำบัดระหว่างนักกิจกรรมบำบัดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายเก่า และมีเวลารับบริการรายใหม่ที่มาได้มากขึ้น.

จากการจัดระดับความพึงพอใจและความสำคัญในการทำกิจกรรมบำบัดของนักกิจกรรมบำบัดไทย ทำให้ทราบว่ากิจกรรมการรักษาจำนวน ๑๐ รายการที่นักกิจกรรมบำบัดมีความพึงพอใจมาก แต่ให้ความสำคัญน้อย จาก ๔๐ รายการ เช่น นักกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่คิดว่า กิจกรรมการหนีลูกกอล์ฟวางบนกรวย เป็นกิจกรรมที่สนุกสนาน แต่เมื่อคำนึงถึง

การนำกิจกรรมดังกล่าวไปใช้ในชีวิตประจำวันแล้วถือว่ากิจกรรมนี้มีความสำคัญน้อย. กิจกรรมที่นักกิจกรรมบำบัดมีความพึงพอใจน้อยแต่ให้ความสำคัญมากมีถึง ๔ จาก ๔๐ รายการ เช่น รูปแบบของกิจกรรมการกดหัวบีบครีมอาบน้ำ และเชมพู ไม่น่าสนใจ แต่มีความสำคัญที่ผู้ป่วยนำไปใช้ได้จริง. สำหรับกิจกรรมที่นักกิจกรรมบำบัดมีความพึงพอใจและความสำคัญระดับปานกลางมีจำนวน ๔ จาก ๔๐ รายการ เช่น กิจกรรมการโยนห่วงลงตะกร้า ให้ความสนุกสนานในระดับหนึ่งและสามารถนำไปประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้บ้าง. ส่วนกิจกรรมที่นักกิจกรรมบำบัดมีความพึงพอใจและความสำคัญต่ำมีจำนวน ๑ จาก ๔๐ รายการ คือ กิจกรรมการตีกอล์ฟ พบว่าไม่มีความเพลิดเพลินและมีความยุ่งยากทำให้เกิดความพึงพอใจน้อย และมีความสำคัญน้อยในแง่การนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.

จากผลของการให้กิจกรรมบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการคงสภาพความสามารถ ในการทำกิจกรรม ระบบ OT-MCS[®] เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้กิจกรรมการรักษาที่สอดคล้องกับทักษะความสามารถของตนเอง ซึ่งถือว่าการรักษาช่วยทำให้เกิดการรับรู้สภาพของตนเอง เข้าใจถึงถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย โดยสามารถอยู่กับรอยโรคที่เกิดขึ้นได้และต้องการเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งความสามารถไม่ให้ถดถอยไปกว่าเดิม^(๑๑) ด้วยระบบ OT-MCS[®] อาศัยกระบวนการจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเลือกกิจกรรมจากสมุดภาพ ตามระบบ OT-MCS[®] ด้วยตนเองหรือพร้อมกับกิจกรรมบำบัดที่เน้นการวิเคราะห์ความพึงพอใจและความสำคัญในการทำกิจกรรมตามศักยภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสำคัญ. แต่กิจกรรมจากสมุดภาพอาจมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยชอบกิจกรรมแปลกใหม่หรือท้าทายมากกว่ากิจกรรมที่มีอยู่ในสมุดภาพ. ดังนั้นการใช้กิจกรรมจากสมุดภาพจึงเป็นเพียงสื่อการรักษาหนึ่งที่ใช้กับผู้ป่วยในระยะแรกและน่าจะเสริมสื่อการรักษาอื่น ๆ เช่น กลุ่มกิจกรรมบำบัดเพื่อการใช้เวลาว่างอย่างคุ้มค่า กลุ่มกิจกรรมบำบัดที่เกิดจากความคิดสร้างสรรค์ของผู้ป่วยเอง.



ผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการพัฒนาความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมโดยพิจารณาจากรูปแบบการจัดกิจกรรมบำบัดในระบบ OT-MCS® เริ่มจากนักกิจกรรมบำบัดเป็นคนกำหนดหรือจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้เกิดการพัฒนาไปเป็นระดับของรูปแบบกิจกรรมที่นักกิจกรรมบำบัดและผู้ช่วยบำบัดจัดกิจกรรม. จากนั้นผู้ป่วยมีการพัฒนาและสำรวจค้นหาตนเองเพื่อที่จะทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีการพัฒนาต่อเนื่องจนถึงระดับที่ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการคิดทำกิจกรรมได้เอง ด้วยการนำกิจกรรมที่ตนเองอยากทำมาให้นักกิจกรรมบำบัดช่วยวิเคราะห์กระบวนการที่จะพาตนเองไปสู่ความสำเร็จของกิจกรรมนั้น ๆ แต่พบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริงที่บ้านได้ (Home Program) จากการประเมินและสอบถามญาติ พบว่าระยะเวลาการวิจัยหลังจากใช้ระบบ OT-MCS® นาน ๓๐ วัน น่าจะเพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพแตกต่างกัน และที่สำคัญที่สุดคือความร่วมมือระหว่างนักกิจกรรมบำบัด ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยในการนำกิจกรรมการรักษาต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้ที่บ้านและสังคมของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมดำเนินชีวิตได้อย่างสมบูรณ์.

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษากระบวนการบริการกิจกรรมบำบัดมติดลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะองค์กรเดียว และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตอยู่ในเมืองหลวง อาจจะมีลักษณะการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมือนกับผู้ป่วยที่อยู่ในแต่ละจังหวัด. นอกจากนี้ การสำรวจเพื่อจัดระดับความคิดเห็นของนักกิจกรรมบำบัดไทยด้านพึงพอใจต่อการทำกิจกรรมและความสำคัญในการทำกิจกรรมด้วยแบบสอบถามรายชื่อกิจกรรมโดยไม่มีรูปภาพ ขณะที่ในการจัดกิจกรรมการรักษาโดยใช้ระบบ OT-MCS® นั้นเน้นให้นักกิจกรรมบำบัดใช้สมรรถภาพรายการ รวมทั้งข้อจำกัดด้านจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการคงสภาพและ/หรือพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมอาจส่งผลให้เปรียบเทียบตัวแปรต่าง ๆ ไม่

ชัดเจน เช่น คะแนนที่เท่ากันของความพึงพอใจและความสำคัญในการทำกิจกรรม หรือระดับการจัดกิจกรรมที่แตกต่างระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย.

อย่างไรก็ตามการทดลองใช้ ระบบ ModelOT-MCS® มีความสอดคล้องตามกรอบแนวคิดของ Occupational Performance Profile (OPP) ที่พัฒนาโดยสมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา^(๑๒) และจากการปรับปรุงของบัญญัติสากลหรือการจำแนกความพิการและสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก^(๑๓) เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับการบริการทางกิจกรรมบำบัดที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ทั้งในแง่ของเทคนิคการรักษาปริมาณเวลาที่สมเหตุสมผล ในช่วงตลอดระยะเวลาที่ให้บริการ โดยที่จะให้ผู้มารับบริการสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความหมาย ซึ่งถูกใช้เป็นส่วนในการบำบัดรักษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้เกิดการประสมประสานกันของการปรับกิจกรรมและการชดเชยกิจกรรม กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิต^(๑๔). อย่างไรก็ตามนักกิจกรรมบำบัดควรมีการพิจารณา และเลือกใช้เฉพาะบางหัวข้อ หรือเพิ่มเติมดัดแปลงและผสมผสานความรู้จากแหล่งอื่นๆ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้มารับบริการทางกิจกรรมบำบัดในแต่ละราย และแต่ละบริบท^(๑๕) ประสานสัมพันธ์เพื่อเห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของการทำกิจกรรม และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่มารับบริการ ส่งผลระยะยาว เพื่อนำไปประยุกต์สู่การปฏิบัติจริงในชีวิตของแต่ละรายที่มารับบริการ ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของงานบริการคลินิกกิจกรรมบำบัด.

กิตติกรรมประกาศ

ทีมนักกิจกรรมบำบัดทุกคน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดความสำเร็จของการศึกษารั้งนี้ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือร่วมใจสร้างและใช้ระบบบริการทางคลินิก OT-MCS® ที่เป็นแม่แบบนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด, คณะกายภาพบำบัด และวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกสารอ้างอิง

๑. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๔๔.
๒. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๓. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๔. Crepean ED, Cohn ES. The philosophy of occupational therapy. *Occup Therap* 2003; 6:
๕. Patten C, Lexell J, Brown HE. Weakness and strength training in persons with poststroke hemiplegia: rationale, method, and efficacy. *J Rehab Res Dev* 2004; 41:293-312.
๖. Fátima de Shelton NAP, Michael J. Effect of lesion location on upper limb motor recovery after stroke. *Stroke* 2000; 47:353-60.
๗. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Stroke Rehabilitation Clinical Practice Guidelines, AHA/ASA-Endorse Practice Guideline, *Stroke*. 2005; 127-13.
๘. Doyle PJ, McNeil MR, Mikolic JM, Prieto L, Hula WD, Lustig AP, et al. The Burden of Stroke Scale (BOSS) provides valid and reliable score estimates of functioning and well-being in stroke survivors with and without communication disorders. 2004; 57: 997-1007.
๙. Miyai I, Suzuki T, Kang J, Volpe BT. Improved functional outcome in patients with hemorrhagic stroke in putamen and thalamus compared with those with stroke restricted to the Putamen or Thalamus. *Stroke* 2000; 30:1380-83.
๑๐. Law M, Baum C, Dunn W. *Thorofare, Measuring Occupational Performance*. NJ: Slack Inc. 2001. p. 183-93.
๑๑. ธีัญพร ชื่นกลิ่น. ประสบการณ์การมีชีวิตรอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๔๒.
๑๒. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework : domain and process. *Am J Occup Therap* 2002; 56:609-39.
๑๓. World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: WHO; 2001.
๑๔. อนุชาติ เขื่อนนิล. บทบาทนักกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: หนังสือประชุมวิชาการกายภาพบำบัด เรื่อง ๔๐ ปี ภูมิปัญญากายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทย; ๒๕๔๘. หน้า ๑-๖.
๑๕. พีรยา มั่นเขตวิทย์, สรียา ศรีเพชรราช. กรอบปฏิบัติทางคลินิกกิจกรรมบำบัด - ตอนที่ ๑. วารสารกิจกรรมบำบัด ๒๕๔๕; ๑๑(๒). หน้า ๒๗-๓๒.