

ความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น ระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย

นางปนัดดา ศิลปรัตน์

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยนำไปสู่การเสนอเทคนิคการบำบัดฟื้นฟูของนักกิจกรรมบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าว อย่างไรก็ตามในปัจจุบันความสำเร็จในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการยอมรับว่าอยู่ภายใต้การทำงานแบบสหวิชาชีพโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นเป้าหมายและความต้องการของผู้ป่วย จึงควรได้รับการพิจารณาและควรมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของนักกิจกรรมบำบัด **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นของนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย และศึกษาผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายในการฝึกกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ **วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกหรือมีภาวะกลืนลำบาก และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการเข้าพักในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อฟื้นฟู 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพจากงานกิจกรรมบำบัดกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ในช่วงระยะเวลา มิถุนายน-พฤศจิกายน 2565 และนักกิจกรรมบำบัดที่ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จำนวน 2 คน ประสพการณ์ทำงานในตำแหน่ง 10 และ 12 ปี รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบประเมิน Barthel Index Thai version ในส่วนที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (feeding) สุขาวิทยาส่วนบุคคล (grooming) การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน (toilet use) การอาบน้ำ เช็ดตัว (bathing) และ การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า (dressing) การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 066/2022 **ผลการศึกษา** ผู้ป่วยจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.0) อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD=13.26 ปี) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.0) รายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 36.0) การวินิจฉัยโรค Spinal cord injury (ร้อยละ 76.0) เมื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย พบว่า ด้าน grooming มีความสอดคล้องของการตั้งเป้าหมายระดับดีมาก (Kappa=1.0, p-value<0.001) ด้าน bathing อยู่ในระดับดีมาก (Kappa=0.88, p-value<0.001) รองลงมาคือด้าน dressing อยู่ในระดับดี (Kappa=0.72, p-value<0.001) ด้าน feeding อยู่ในระดับดี (Kappa=0.65, p-value<0.001) และด้าน toilet use อยู่ในระดับปานกลาง (Kappa=0.55, p-value<0.001) ผลลัพธ์หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นแม้ว่าทุกด้านส่วนมากเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งนี้โดยผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัด แต่ยังพบส่วนหนึ่งในทุกด้านที่มีผลลัพธ์ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งนี้ของผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัด พบมากที่สุดคือด้าน toilet use พบจำนวน 7 คน (ร้อยละ 28.0) และจำนวน 3 คน (ร้อยละ 12.0) ตามลำดับ **สรุปผล** การตั้งเป้าหมายความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยบางด้านยังมีความสอดคล้องค่อนข้างน้อย และยังพบผลลัพธ์การฟื้นฟูที่ต่ำกว่าเป้าหมายทั้งนี้ของผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัด การส่งเสริมความร่วมมือในการตั้งเป้าหมาย ความท้าทายของเป้าหมายเพื่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นไปตามเป้าหมายเป็นสิ่งที่จะต้องดำเนินการพัฒนาต่อไป

Abstract: Intensive Rehabilitation Goal Setting Concordance between Occupational Therapists and Their Patients

Mrs. Panadda Silaparat*

*Department of Rehabilitation Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Goal-setting is an important key step of rehabilitation, which reflect purposeful activities by occupational therapist toward the achievement of each goal. Today, however multidisciplinary team and patient- and family-centered approach are considered for rehabilitation treatment to be successful. Goals-setting, therefore, are encouraged to be established collaboratively between the patient and occupational therapist. **Objective:** To investigated goal concordance between occupational therapists and their patients, and to assess goal achievement for goal-setting, post-intensive rehabilitation program. **Methods:** This was a cross-sectional descriptive study in stroke patients with hemiplegia or dysphagia, and a group of spinal cord injury patients, admitted to the Orthopedic Rehabilitation Ward 2, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Two occupational therapists, 1 female and 1 male, experience 10 years and 12 years respectively, created the goals retrieved for analysis. All of those patients received occupational therapy service, a part of intensive rehabilitation program in June-November 2022. The instruments used for data collection consisted of 3 parts: questionnaire were general information, therapy outcome or goal achievement part, and Barthel Index (BI) of Activities of Daily Living part includes 5 personal activities: feeding, personal hygiene (grooming), personal toileting, bathing, dressing and undressing. All study procedures were reviewed and approved by the Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board. **Results:** Out of the 25 patients, 19 were male and 6 were female. The mean of the patients' ages was 48 ± 13.26 years. Most of participants were spinal cord injuries patients (76%), graduating primary school (52%), and earned with family income below 3,000 Thai Bath a month (36%). The results of assessment goal concordance between occupational therapists and their patients showed that the greatest concordance was the grooming goal, at a very good level (Kappa=1.0, p-value<0.001); followed by dressing goal, at a good level (Kappa=0.72, p-value<0.001); feeding goal, at a good level. good (Kappa=0.65, p-value<0.001); and toilet use goal, at a moderate level (Kappa=0.55, p-value<0.001). Post intensive rehabilitation program, most of participants with goal profile, listed a goal achievement for all parts of BI, but outcome of the patients in toilet part was lower than expectation for a level in 7 and 3 goal setting by occupational therapist and patients, respectively. **Conclusions:** Although we found that occupational therapists and their patients do have some concordant goals, there were also areas of disagreement and differing expectations for improvement. Some of rehabilitation outcomes were lower than expectation for goal setting by occupational therapist and patients. The process of collaborative of occupational therapists and their patients on goal setting, goal-setting concordance, and working to achieve goal needs to be further developed.

ความสำคัญของปัญหา

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วยกระบวนการประเมินความบกพร่องด้านต่าง ๆ การตั้งเป้าหมายการรักษา หรือเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้บริการด้วยเทคนิคที่เฉพาะเจาะจงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการตั้งเป้าหมายอย่างยิ่ง โดยการตั้งเป้าหมายถูกตั้งสมมติฐานไว้ว่า จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นด้วยกลไกหลายอย่าง ซึ่งรวมถึงการฟื้นฟูที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น การเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย และการปรับตัวทางจิตวิทยา การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง เพิ่มความจำเพาะของการฝึกให้ดียิ่งขึ้น เพิ่มการสื่อสารและความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ¹ การกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพยังมีประเด็นสำคัญคือการไม่สามารถกำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย^{2,3} การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าเป้าหมายของผู้ป่วยทั้งในภาพกว้าง และเป้าหมายระยะยาวซึ่งหมายถึงความหวังหรือแรงจูงใจของผู้ป่วย อาจถูกมองจากบุคลากรด้านสุขภาพว่าเป็นความเพ้อฝัน หรือมีโอกาสเป็นจริงได้น้อย ในขณะที่ผู้ป่วยในช่วงระยะฟื้นฟูอาจมองเป้าหมายซึ่งบุคลากรด้านการแพทย์เป็นผู้กำหนดว่า ไม่ยืดหยุ่น และไม่ได้ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย^{2,4,5} แต่ในปัจจุบันความสำเร็จในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการยอมรับว่าอยู่ภายใต้การทำงานแบบสหวิชาชีพโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง^{4,6-9}

การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น ของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นการให้บริการโดย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขความผิดปกติการสื่อความหมาย เป็นต้น โดยผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อฟื้นฟู 2 เป็นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยที่นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกหรือมีภาวะกลืนลำบาก และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทที่สำคัญในการให้บริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นทั้งนี้ในกระบวนการให้บริการตามมาตรฐานกิจกรรมบำบัด ประกอบด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันด้านต่าง ๆ ด้วยแบบประเมินมาตรฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การแปรงฟัน การแต่งกาย การอาบน้ำ เป็นต้น โดยนำผลการประเมินไประบุปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเสนอเทคนิคการฝึกเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว แม้ว่าในมาตรฐานบริการทางกิจกรรมบำบัดจะยอมรับในแนวคิด “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” และมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าความสอดคล้องของเป้าประสงค์ทางกิจกรรมบำบัดระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยจะเพิ่มสมรรถนะในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันหรือผลลัพธ์ทางคลินิกต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ แต่ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาถึงความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย รวมทั้งภาพรวมของผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายในการฝึกกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยเทคนิคทางกิจกรรมบำบัด

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นของนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย
2. ศึกษาผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายในการฝึกกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวันของบุคคลอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) กิจวัตรประจำวันทั่วไป (activity of daily living หรือ ADL) หมายถึงกิจวัตรที่สามารถทำได้โดยอาศัยพื้นฐานของร่างกายในการทำให้สำเร็จ (basic activity of daily living) ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแลตนเอง (self-care) การเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน (functional mobility) การติดต่อสื่อสารประจำวัน (functional communication) การใช้อุปกรณ์พื้นฐานในชีวิตประจำวัน การแสดงออกทางเพศ และ 2) กิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์และเครื่องมือ (instrumental activity of daily living หรือ IADL) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการทักษะขั้นสูงขึ้นในการจัดการหรือแก้ปัญหา รวมทั้งทักษะทางด้านสังคมในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนมากขึ้น ประกอบด้วย การจัดการดูแลงานภายในบ้าน ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน รวมทั้งการจัดการหรือการใช้ อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนมากขึ้น¹¹ ก่อนการประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวันนักกิจกรรมบำบัดต้องประเมินปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ก่อนได้แก่กำลังกล้ามเนื้อ อากาศเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก ความสมดุลของการทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ การรับรู้ และความคิดความเข้าใจเป็นต้น

แบบประเมิน Barthel Index

แบบประเมิน Barthel Index Thai version เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มาตรฐานที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ปิยภัทร เดชธรรม และคณะ¹² ทั้งนี้ กิจกรรมที่ประเมิน 10 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 2) transfer (การเคลื่อนย้าย) 3) grooming (สุขวิทยาส่วนบุคคล) 4) toilet use (ใช้ห้องสุขาหรือกระโถน) 5) bathing (การอาบน้ำ เช็ดตัว) 6) mobility (การเดิน การเคลื่อนไหว) 7) stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 8) dressing (การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า) 9) bowels (การกลั่นอุจจาระ) 10) bladder การกลั่นปัสสาวะ การให้คะแนน 0, 5, 10, 15 คะแนนเต็ม 100 คะแนน การแปลผลคะแนน 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย 25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย 50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 75-90 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก 95-100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

การใช้แบบประเมิน Barthel Index ในส่วนของนักกิจกรรมบำบัด ประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นเพื่อดูความสอดคล้องของการตั้งเป้าหมายในแต่ละด้าน โดยนักกิจกรรมบำบัดจะประเมินและฝึกในส่วนที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 ด้าน เท่านั้น ได้แก่ feeding, grooming, toilet use, bathing และ dressing

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกหรือมีภาวะกลืนลำบาก และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการเข้าพักในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อฟื้นฟู 2 และได้รับการเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพจากงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงระยะเวลา มิถุนายน-พฤศจิกายน 2565 และนักกิจกรรมบำบัดที่ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว (จำนวน 2 คน) โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยหลักไม่มีส่วนในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกสำหรับผู้ป่วยดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

1. มีปัญหาการรับรู้ ความจำ พิจารณาจากการวินิจฉัยโรค การประเมินทางคลินิก
2. ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อฟื้นฟู 2 ระยะเวลา น้อยกว่า 2 สัปดาห์

ขนาดตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ต้องการประมาณค่าความสอดคล้องระหว่างการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นของนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการทำ pilot study ในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ใช้ความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันที่น่าสนใจมากที่สุดคือด้านการแต่งตัว พบความสอดคล้องของเป้าหมายร้อยละ 60 และกำหนดค่า $\alpha=0.05$ ความกระชับของการประมาณค่า (precision of estimation) = 0.20 คำนวณขนาดตัวอย่างสูตรการประมาณค่าสัดส่วนด้วยโปรแกรม Stata V.16 พบกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือผู้ป่วยจำนวนอย่างน้อย 24 คน ในส่วนของนักกิจกรรมบำบัดจะเชิญเป็นอาสาสมัครเฉพาะนักกิจกรรมบำบัดที่ให้บริการผู้ป่วยในซึ่งมีจำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามงานวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก
ส่วนที่ 2 แบบประเมินการตั้งเป้าหมายการกิจวัตรประจำวัน จำนวน 5 ข้อคำถาม
2. แบบรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายในการฝึกกิจวัตรประจำวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมาน พิสัยควอไทล์ ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล เปรียบเทียบความสอดคล้องของเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้นระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยตามการประเมินด้วยแบบประเมิน barthel ด้วยสถิติ weight Kappa และค่าสัดส่วนของความสอดคล้อง การแปลผล ค่า Kappa อยู่ระหว่าง 0.00-0.20 แปลผลว่ามีความสอดคล้องเล็กน้อย 0.21-0.40 แปลผลว่ามีความสอดคล้องบ้าง 0.41-0.60 แปลผลว่ามีความสอดคล้องปานกลาง 0.61-0.80 แปลผลว่ามีความสอดคล้องดี และ >0.80 แปลผลว่ามีความสอดคล้องดีมาก¹³ วิเคราะห์ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และคำถามปลายเปิด เหตุผลการตั้งเป้าหมายแต่ละข้อตามแบบประเมิน barthel ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical consideration)

ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ดังนี้คือ 1.) หลักการเคารพในบุคคล (Respect for persons) ด้วยการให้ข้อมูลของโครงการวิจัยโดยไม่มีการปิดบัง การเข้าร่วมการศึกษาของอาสาสมัครทุกคนเป็นไปด้วยความยินยอมและสมัครใจ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะถูกเก็บรักษาและเข้าถึงได้เฉพาะผู้เกี่ยวข้องในโครงการวิจัย นำเสนอข้อมูลด้วยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อจริงของอาสาสมัคร การดำเนินโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อาสาสมัครได้ลงนามแสดงความยินยอมทุกคน 2.) หลักผลประโยชน์ (Beneficence) โดยอาสาสมัครทุกคนได้รับทราบความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย 3.) หลักยุติธรรม (Justice) โดยแม้ว่าไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ อาสาสมัครทุกคนจะได้รับการให้บริการตามมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

นักกิจกรรมบำบัดผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกหรือมีภาวะกลืนลำบาก และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการเข้าพักในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อพื้นฟู 2 จำนวน 2 คน เพศชาย 1 คน อายุ 35 ปี ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่ง 12 ปี เพศหญิง 1 คน อายุ 32 ปี ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่ง 10 ปี ตามลำดับ

ผู้ป่วยจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.0) อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD=13.26 ปี) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.0) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 56.0) รายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 36.0) การวินิจฉัยโรค Spinal cord injury (ร้อยละ 76.0) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย | จำนวน (ร้อยละ) |
|---|----------------|
| เพศ | |
| ชาย | 19 (76.0) |
| หญิง | 6 (24.0) |
| สถานภาพสมรส | |
| โสด | 9 (36.0) |
| คู่ | 14 (56.0) |
| หม้ายหย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ | 2 (8.0) |
| อายุเฉลี่ย (ปี) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | 48.8 (13.26) |
| ศาสนา | |
| พุทธ | 25 (100) |
| ระดับการศึกษา | |
| ประถมศึกษา | 13 (52.0) |
| มัธยมศึกษา | 11 (44.0) |
| ปริญญาตรี | 1 (4.0) |
| อาชีพ | |
| รับจ้าง | 14 (56.0) |
| ธุรกิจส่วนตัว | 1 (4.0) |
| เกษตรกร | 5 (20.0) |
| ไม่ได้ทำงาน | 5 (20.0) |
| รายได้ครอบครัวต่อเดือน | |
| ต่ำกว่า 3,000 บาท | 9 (36.0) |
| 3,001-6,000 บาท | 3 (12.0) |
| 6,001-9,000 บาท | 2 (8.0) |
| 9,001-12,000 บาท | 3 (12.0) |
| 12,001-15,000 บาท | 3 (12.0) |
| 15,001-20,000 บาท | 2 (8.0) |
| 20,000 บาท ขึ้นไป | 3 (12.0) |

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย | จำนวน (ร้อยละ) |
|------------------------|----------------|
| การวินิจฉัยโรค | |
| Stroke | 5 (20.0) |
| Stroke with dysphagia | 1 (4.0) |
| Spinal cord injury | 19 (76.0) |
| โรคประจำตัว | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 14 (56.0) |
| DM | 4 (16.0) |
| Hypertension | 7 (28.0) |
| Dyslipidemia | 5 (20.0) |

ส่วนที่ 2 ความสอดคล้องของการตั้งเป้าหมาย และเหตุผลของการตั้งเป้าหมาย

ผลการศึกษาความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย มีรายละเอียดรายด้านดังนี้

ด้าน feeding พบว่าทั้งนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายไว้ที่ระดับสูงสุดคือ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติเมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้จำนวน 24 คน (ร้อยละ 96.0) และ 23 คน (ร้อยละ 92.0) ตามลำดับ มีความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายในระดับดี (Kappa=0.65, p-value<0.001)

เหตุผลการตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยจำนวน 4 คน ซึ่งตั้งเป้าหมายไว้ในระดับสูงสุด ให้เหตุผลว่า เชื่อมั่นว่าสามารถทำเองได้แล้ว ผู้ป่วยจำนวน 1 คน ตั้งเป้าหมายไว้ในระดับ 5 คะแนน คือ ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ ให้เหตุผลว่ามีความกังวลเกี่ยวกับสภาพร่างกาย การนั่งทรงตัว และมีแผลกดทับบริเวณก้นกบ ส่งผลต่อนั่งทรงตัวขณะรับประทานอาหาร ด้านนักกิจกรรมบำบัดตั้งเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยทุกคนไว้ในระดับสูงสุด แม้ว่าจะประเมินในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากใส่สายยางอาหาร (NG tube) ให้เหตุผลว่าจากการประเมินแรกเริ่ม พบว่าผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ แต่ยังคงกลืนน้ำและของเหลวลำบาก ดังนั้นจึงเชื่อมั่นที่จะใช้เป้าหมายระดับดังกล่าว

ด้าน grooming พบว่าทั้งนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายไว้เท่ากันที่ระดับสูงสุดคือ ทำเองได้ รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 96.0) โดยพบความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายในระดับดีมาก (Kappa=1.00, p-value<0.001)

เหตุผลการตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยจำนวน 2 คน คือหากให้ญาติเตรียมอุปกรณ์ให้และเสริมด้ามอุปกรณ์ เชื่อมั่นว่าจะสามารถตั้งเป้าหมายในระดับสูงสุด

ด้าน toilet use พบว่าทั้งนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไว้ในสูงสุด คือช่วยเหลือตัวเองได้ดี รวมการขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อยจำนวน 13 คน (ร้อยละ 52.0) และ 14 คน (ร้อยละ 56.0) ตามลำดับ นักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระดับ 5 คะแนน (ทำเองได้บ้าง) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 8.0) และ 4 คน (ร้อยละ 16.0) ตามลำดับ มีความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายในระดับปานกลาง (Kappa=0.547, p-value<0.001)

เหตุผลการตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยจำนวน 4 คน ที่ตั้งเป้าหมายสูงสุด เพราะไม่มีผู้ดูแล มีคนในครอบครัวเจ็บป่วย ต้องการทำได้เองและหากปรับสภาพบ้านแล้วจะสามารถทำกิจกรรมนี้ได้ มีผู้ป่วยจำนวน 2 คนที่ตั้งเป้าหมายในระดับทำเองได้บ้าง เนื่องจากสภาพร่างกาย และมีปัญหาในการใช้มือ ส่วนการให้เหตุผล

ของการตั้งเป้าหมายระดับช่วยตัวเองไม่ได้ ของผู้ป่วยจำนวน 3 คน และนักกิจกรรมบำบัด เพราะพยาธิสภาพของผู้ป่วยต้องสวนขั้วถ่ายอุจจาระ on foley cath และไม่สามารถนั่งได้

ด้าน bathing พบว่าทั้งนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายไว้ที่ระดับสูงสุดคือ สามารถทำเองได้ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 76.0) และ 20 คน (ร้อยละ 80.0) ตามลำดับ โดยพบความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายในระดับดีมาก (Kappa=0.88, p-value<0.001)

เหตุผลการตั้งเป้าหมายระดับสูงสุดของผู้ป่วย 3 คน ให้เหตุผลว่าจะสามารถทำเองได้เมื่อปรับสภาพบ้าน เช่น ใช้ฝักบัว หรือใช้ช้อนน้ำแบบมีด้าม และใช้วิธีการเช็ดตัวบนเตียงแทนการอาบน้ำ ผู้ป่วยที่ตั้งเป้าหมายในระดับต่ำสุดคือต้องช่วยเหลือ จำนวน 2 คน ให้เหตุผลมีความกังวลเรื่องแผลกดทับ กลัวติดเชื้อ และไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้ ส่วนการให้เหตุผลการตั้งเป้าหมายระดับสูงสุดของนักกิจกรรมบำบัดให้เหตุผลหากปรับสภาพบ้านแล้วผู้ป่วยจะสามารถทำกิจกรรมนี้ได้ รวมถึงการนั่งเก้าอี้ที่มีพนักพิง การเช็ดตัวแทนการอาบน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและผู้ป่วยที่ต้องใส่ brace ตลอดเวลา

ด้าน dressing พบว่าทั้งนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไว้ที่ระดับสูงสุด คือช่วยเหลือตนเองได้ดี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 80.0) 17 คน (ร้อยละ 68.0) ตามลำดับ ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 8.0) 3 คน (ร้อยละ 12.0) ตามลำดับ และตั้งเป้าหมายในระดับต่ำสุดคือต้องมีคนสวมใส่ให้จำนวน 2 คน (ร้อยละ 8.0) มีความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายอยู่ในระดับดี (Kappa=0.72, p-value<0.001)

เหตุผลการตั้งเป้าหมาย พบว่าที่ตั้งเป้าหมายสูงสุด 2 คน ให้เหตุผลในการแต่งกายด้วยวิธีดัดแปลงวิธีการใส่ เช่น เสื้อสวมศีรษะแทน และจำเป็นต้องทำได้เองเพราะไม่มีผู้ดูแล ส่วนการตั้งเป้าหมายของนักกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองโดยใช้เทคนิคทดแทน และการปรับสภาพแวดล้อม จำนวน 4 คน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสอดคล้องของการตั้งเป้าหมายจำแนกตามกิจวัตรประจำวันรายด้านความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย

| ผู้ป่วย | กิจวัตรประจำวัน | นักกิจกรรมบำบัด | | | ร้อยละของความสอดคล้องเป้าหมายสูงสุด | Kappa | p-value |
|------------|-----------------|-----------------|----|----|-------------------------------------|-------|---------|
| | | 0 | 5 | 10 | | | |
| Feeding | | | | | 96.0 | 0.65 | <0.001 |
| | 0 | - | - | - | | | |
| | 5 | - | 1 | 1 | | | |
| | 10 | - | 0 | 23 | | | |
| Grooming | | | | | 100.0 | 1.00 | <0.001 |
| | 0 | 1 | 0 | | | | |
| | 5 | 0 | 24 | | | | |
| Toilet use | | | | | 80.0 | 0.55 | <0.001 |
| | 0 | 4 | 1 | 1 | | | |
| | 5 | 3 | 1 | 1 | | | |
| | 10 | 0 | 3 | 11 | | | |
| Bathing | | | | | 96.0 | 0.88 | <0.001 |
| | 0 | 5 | 0 | | | | |
| | 5 | 1 | 19 | | | | |

ตารางที่ 2 ความสอดคล้องของการตั้งเป้าหมายจำแนกตามกิจวัตรประจำวันรายด้านความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย (ต่อ)

| ผู้ป่วย | กิจวัตรประจำวัน | นักกิจกรรมบำบัด | | | ร้อยละของความสอดคล้อง เป้าหมายสูงสุด | Kappa | p-value |
|----------|-----------------|-----------------|---|----|---|-------|---------|
| | | 0 | 5 | 10 | | | |
| Dressing | | | | | 92.0 | 0.72 | <0.001 |
| 0 | | 2 | 0 | 0 | | | |
| 5 | | 1 | 2 | 3 | | | |
| 10 | | 0 | 0 | 17 | | | |

ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น พบผลลัพธ์ความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้านนี้ ด้าน feeding พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ของด้านนี้ในระดับสูงสุด คือสามารถรับประทานอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติเมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 96.0) และเมื่อเทียบกับเป้าหมายของผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมาย (24 คน ร้อยละ 98.0) สูงกว่าเป้าหมาย 1 คน โดยผลลัพธ์ด้านนี้เป็นไปตามเป้าหมายของนักกิจกรรมบำบัดทุกคน

ด้าน grooming พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ของด้านนี้ในระดับสูงสุด คือสามารถทำเองได้ รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้จำนวน 23 คน (ร้อยละ 92.0) และเมื่อเทียบกับเป้าหมายทั้งของผู้ป่วย และนักกิจกรรมบำบัดพบว่าส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมาย 24 คน (ร้อยละ 98.0) ต่ำกว่าเป้าหมาย 1 คน

ด้าน toilet use พบว่าผลลัพธ์ของด้านนี้ในระดับสูงสุด 13 คน (ร้อยละ 52.0) เมื่อเทียบกับเป้าหมายทั้งของผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัด ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้จำนวน 7 คน (ร้อยละ 28.0) และจำนวน 3 คน (ร้อยละ 12.0) ตามลำดับ

ด้าน bathing พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ของด้านนี้ในระดับสูงสุด คืออาบน้ำได้เองจำนวน 20 คน (ร้อยละ 80.0) และเมื่อเทียบกับเป้าหมายทั้งของผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัดพบว่าส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมาย 19 คน (ร้อยละ 76.0) ต่ำกว่าเป้าหมายของนักกิจกรรมบำบัด 1 คน

ด้าน dressing พบว่าผู้ป่วยช่วยตัวเองได้ดี รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมจำนวน 19 คน (ร้อยละ 76.0) เมื่อเทียบกับเป้าหมายทั้งของผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัดพบว่าส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมาย แต่พบต่ำกว่าเป้าหมายของนักกิจกรรมบำบัด 3 คน (ร้อยละ 12.0)

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแรกเริ่ม การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัด จำแนกตามกิจวัตรประจำวันรายด้าน

| ผลลัพธ์การฟื้นฟู | แรกเริ่ม | | | เป้าหมาย ผู้ป่วย | | | เป้าหมาย นักกิจกรรมบำบัด | | | รวม (ร้อยละ) |
|------------------|----------|----|----|---------------------|----|----|-----------------------------|----|----|-----------------|
| | 0 | 5 | 10 | 0 | 5 | 10 | 0 | 5 | 10 | |
| | Feeding | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 (0) |
| 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 (4.0) |
| 10 | 2 | 3 | 19 | 0 | 1 | 23 | 0 | 0 | 24 | 24 (96.0) |
| Grooming | | | | | | | | | | |
| 0 | 2 | 0 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 2 (8.0) |
| 5 | 2 | 21 | | 0 | 23 | | 0 | 23 | | 23 (92.0) |

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแรกรับ การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัด จำแนกตามกิจวัตรประจำวันรายด้าน (ต่อ)

| ผลลัพธ์การฟื้นฟู | แรกรับ | | | เป้าหมาย | | | เป้าหมาย | | | รวม (ร้อยละ) |
|------------------|--------|---|----|----------|----|----|-----------------|----|----|-----------------|
| | | | | ผู้ป่วย | | | นักกิจกรรมบำบัด | | | |
| | 0 | 5 | 10 | 0 | 5 | 10 | 0 | 5 | 10 | |
| Toilet use | | | | | | | | | | |
| 0 | 6 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 (24.0) |
| 5 | 5 | 1 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 3 | 3 | 6 (24.0) |
| 10 | 6 | 3 | 4 | 1 | 2 | 10 | 1 | 2 | 10 | 13 (52.0) |
| Bathing | | | | | | | | | | |
| 0 | 5 | 0 | | 4 | 1 | | 5 | 0 | | 5 (20.0) |
| 5 | 13 | 7 | | 1 | 19 | | 1 | 19 | | 20 (80.0) |
| Dressing | | | | | | | | | | |
| 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 (12.0) |
| 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 (12.0) |
| 10 | 5 | 5 | 9 | 0 | 2 | 17 | 0 | 0 | 19 | 19 (76.0) |

สรุปผลการศึกษา

ความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย พบว่าการตั้งเป้าหมายทุกด้านมีความสอดคล้องกันตามลำดับ ดังนี้ มากที่สุดด้าน grooming และ feeding, bathing, dressing ตามลำดับ ด้านที่มีความสอดคล้องน้อยที่สุดคือ toilet use

การให้เหตุผลของการตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับสภาพร่างกาย การปรับสภาพบ้านและการมีข้อจำกัดคือไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น ส่วนเหตุผลของนักกิจกรรมบำบัดเกี่ยวข้องกับความสามารถของร่างกายและพยาธิสภาพของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามการประเมินความสามารถแรกรับและเป้าหมายระดับสูงสุดของนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย มีการบรรลุเป้าหมายทุกด้าน และพบว่าร้อยละของการบรรลุเป้าหมายในระดับสูงสุด ตามลำดับคือ feeding, grooming, bathing, dressing และ toilet use

อภิปรายผล

กิจวัตรประจำวันแต่ละด้านมีระดับการให้คะแนนต่างกัน ด้านที่มี 2 ระดับ ได้แก่ ด้าน grooming, bathing และ 3 ระดับ ได้แก่ ด้าน feeding, toilet use และ dressing ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้านที่มี 3 ระดับจะมีการให้คะแนนที่หลากหลายมากกว่าการต้องมีคนช่วยหรือทำได้เอง การตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เป็นการให้เหตุผลที่เกี่ยวกับความสามารถทางร่างกาย เช่น นั่งทรงตัวไม่ได้ การไม่มีผู้ดูแลจึงต้องทำกิจกรรมด้วยตนเองให้ได้ และกิจวัตรประจำวันบางด้านผู้ป่วยอาจตั้งเป้าหมายทำได้เมื่อปรับหรือดัดแปลงอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม โดยที่ไม่ได้ประเมินจากระดับของความสามารถที่มีอยู่ ซึ่งเป้าหมายอาจสูงกว่าระดับความสามารถจริง ในขณะที่นักกิจกรรมบำบัดตั้งเป้าหมายตามการประเมินความสามารถของผู้ป่วยที่ยังคงเหลืออยู่และประเมินปัจจัยแวดล้อมที่อาจเป็นอุปสรรคหรือส่งเสริมความสามารถ¹⁴ และในการตั้งเป้าหมายที่สูงกว่าความคาดหวัง ในการบำบัดฟื้นฟูระยะสั้นอาจไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งทำให้ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จึงควรมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัด อาจมองว่าไม่ได้มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษา Rosewilliam S, Sintler C, Pandyan ที่ระบุว่า การตั้งเป้าหมายที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางถูกนำมาใช้น้อยที่สุดในการกำหนดเป้าหมาย เนื่องจาก

อุปสรรคต่าง ๆ ของการนำแนวคิดนี้ไปใช้ ซึ่งมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย¹⁵ ก่อนการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัด อาจรวมถึงการประเมินระดับความสามารถแรกรับร่วมกัน โดยนักกิจกรรมบำบัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพ สมรรถภาพที่เหลืออยู่ เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย Spinal cord injury บาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ การตั้งเป้าหมายการทำกิจวัตรประจำวันด้าน toilet use, bathing, dressing อาจตั้งเป้าหมายได้ตามการพยากรณ์โรค คือช่วยตัวเองได้บางส่วน เป็นต้น

เมื่อจำแนกกิจวัตรประจำวันรายด้าน พบว่าคะแนนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแรกรับบางด้านอยู่ในระดับสูงสุด ผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัดมีความเห็นในการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูระดับสูงสุดเท่ากับความสามารถแรกรับ เช่น ด้าน feeding, grooming แต่อาจมีประเด็นที่ควรพิจารณา ได้แก่ ความทนทานของมือและร่างกายขณะตักอาหาร การใช้หรือใช้ไม่ได้ในมือข้างนัด อุปกรณ์ช่วยและอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ง่ายขึ้น ความปลอดภัยขณะรับประทานอาหาร การป้องกันภาวะเสี่ยงสำคัญ เป็นต้น

ด้าน toilet use มีค่าร้อยละความสอดคล้องของเป้าหมายและผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นน้อยที่สุด ซึ่งอาจมองได้ว่าด้านดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่มีความเป็นส่วนตัวสูง เข้าใจได้ยาก จึงทำให้การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยและนักกิจกรรมบำบัดมีมุมมองที่ไม่เหมือนกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้า ในผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลัง มีข้อควรพิจารณาคือ นอกเหนือจากการบำบัดฟื้นฟูด้วยวิธีการกิจกรรมบำบัดที่มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแล้ว สภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวก็ควรได้รับการฟื้นฟูควบคู่ไปด้วย เช่น การใช้กิจกรรมกีฬาเป็นเครื่องมือพัฒนากำลัง ความคล่องตัว ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอด อีกทั้งมีผลต่อจิตใจ เกิดความเพลิดเพลินและความภาคภูมิใจของตนเอง นอกจากกีฬาแล้วงานอดิเรก เช่น เย็บปักถักร้อย จักสาน วาดรูป เป็นต้น ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน และสามารถเบี่ยงเบนให้ผู้ป่วยลืมความวิตกกังวลที่มีอยู่¹⁶ และส่งผลต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาเรื่องความสอดคล้องการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยถึงแม้มีความสอดคล้องกัน แต่การเลือกแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Index Thai version มีข้อจำกัด ในส่วนคะแนน เกณฑ์ในการวัดผล ไม่ละเอียด คำถามในแบบทดสอบอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดี อย่างไรก็ตามแบบประเมินดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป อาจสร้างหรือดัดแปลงแบบประเมินกิจวัตรประจำวันและหรือใช้แบบประเมิน COPM เพื่อประเมินความคาดหวังในการทำกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ น่าจะมีความละเอียดมากกว่า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.กัญญาลักษณ์ ณ รังษี ในการให้คำปรึกษางานวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณความร่วมมือในการให้ข้อมูลแบบสอบถามจากนักกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

1. Dekker J, de Groot V, Ter Steeg AM, Vloothuis J, Holla J, Collette E, et al. Setting meaningful goals in rehabilitation: rationale and practical tool. Clin Rehabil. 2020 Jan;34(1):3–12.

2. Playford ED, Siegert R, Levack W, Freeman J. Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clin Rehabil.* 2009 Apr;23(4):334–44.
3. Plant SE, Tyson SF, Kirk S, Parsons J. What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clin Rehabil.* 2016 Sep;30(9):921–30.
4. Rosewilliam S, Sintler C, Pandyan AD, Skelton J, Roskell CA. Is the practice of goal-setting for patients in acute stroke care patient-centred and what factors influence this? A qualitative study. *Clin Rehabil.* 2016 May;30(5):508–19.
5. Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan A. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil.* 2011 Jun;25(6):501–14.
6. Bechtel C, Ness DL. If you build it, will they come? Designing truly patient-centered health care. *Health Aff Proj Hope.* 2010 May;29(5):914–20.
7. Leach E, Cornwell P, Fleming J, Haines T. Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disabil Rehabil.* 2010 Jan;32(2):159–72.
8. Bamm EL, Rosenbaum P. Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008 Aug;89(8):1618–24.
9. Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2011 Oct;85(1):46–52.
10. Saito Y, Tomori K, Nagayama H, Sawadai T, Kikuchi E. Differences in the occupational therapy goals of clients and therapists affect the outcomes of patients in subacute rehabilitation wards: a case-control study. *J Phys Ther Sci.* 2019 Jul;31(7):521–5.
11. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การประเมินทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้หย่อนสมรรถภาพทางกาย. 2nd ed. [บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติจำกัด; 2560. 288 p.
12. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร, สมลักษณ์ เพ็ญมานะกิจ, เสาวลักษณ์ จันทระเกษมจิต, อัมไพ อยู่วัลย์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร.* 2549; 16(1):1-9.
13. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics.* 1977;33(1):159–74.
14. อภินา ไชวินทะ. คู่มือการตรวจประเมินระบบประสาท-กรณีบาดเจ็บไขสันหลัง = Handbook for neurological assessment of spinal cord injury. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
15. Rosewilliam S, Sintler C, Pandyan AD, Skelton J, Roskell CA. Is the practice of goal-setting for patients in acute stroke care patient-centred and what factors influence this? A qualitative study. *Clin Rehabil.* 2016 May;30(5):508–19.