



รายงานโครงการวิจัย

ไท้เก๊กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง

Tai-chi for Chronic Stroke Patient Rehabilitation (TSPR)

อาจารย์มงคล ศรีวัฒน์

อาจารย์นายแพทย์สุธีร์ รัตนมงคลกุล

อาจารย์ ดร.พิมลพร เขาวนัไวพจน์

นางสาวจิรวรรณ ตั้งจิตเมธี

อาจารย์ ดร.ศุภลักษณ์ เข็มทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิติ ยิงยงใจสุข

เสนอ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ธันวาคม 2558



รายงานโครงการวิจัย เรื่อง

ไท้เก๊กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง Tai-chi for Chronic Stroke Patient Rehabilitation (TSPR)

โดย

อาจารย์มงคล ศรีวัฒน์	คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์นายแพทย์สุธีร์ รัตนะมงคลกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ ดร.พิมลพร เชาวนไฉพจน์	คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาวจิรวรรณ ตั้งจิตเมธี	นักวิจัยอิสระ
อาจารย์ ดร.ศุภลักษณ์ เข้มทอง	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิติ ยิงยงใจสุข	คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ภายใต้ชุดโครงการป้องกัน รักษา และการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและชุดโครงการวิจัย
เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation).

ทุนวิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพ และชีวเวชศาสตร์ ประจำปี 2556

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



บทคัดย่อ

ชื่อโครงการวิจัย : ไข้เก็กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง
คณะผู้วิจัย : นายมงคล ศรีวัฒน์ และคณะ
ระยะเวลา : กันยายน 2556 – ธันวาคม 2558
ผู้สนับสนุน : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ การฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติสุขโดยเร็วเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาโรค ซึ่งนอกจากจะได้ศักยภาพของบุคคลคืนกลับมาแล้วยังช่วยรักษาคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อีกด้วย การฝึกไข้เก็กตามรูปแบบที่นำเสนอในโครงการเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งเชื่อว่าสามารถทำให้สมองกลับมาทำงานได้อีกครั้งตามหลักการยืดหยุ่นของสมอง ซึ่งผู้วิจัยหัวหน้าโครงการเองมีประสบการณ์สอนไข้เก็กมาเป็นเวลานานและมีประสบการณ์ฝึกให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจนกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ และรายงานการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งขาดการวิจัยแบบทดลองที่เป็น randomised controlled trial เพื่อสนับสนุนผลของการฝึกไข้เก็กตามรูปแบบที่นำเสนอในโครงการต่อการบำบัดโรคหลอดเลือดสมอง คณะผู้วิจัยจึงจัดทำโครงการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบริหารลมหายใจประกอบการใช้จิตภาพในการเคลื่อนไหวร่างกายตามแบบไข้เก็กในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาต งานวิจัยครั้งนี้จะเป็นการค้นหาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่แตกต่างไปจากที่มีอยู่เดิม เป็นแนวทางบำบัดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพียงแต่มีบุคคลที่พอจะถ่ายทอดวิธีฝึกปฏิบัติที่เหมาะสม แล้วส่วนที่เหลือเป็นเรื่องของผู้ป่วยที่ทุ่มเทให้กับตนเอง

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อสร้างนวัตกรรมต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วมโดยใช้การเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไข้เก็กในชุมชนและมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ 1) เพื่อประยุกต์การเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไข้เก็กในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไข้เก็กในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์การเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไข้เก็กที่มีต่อคุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเอง และ 4) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตด้วยการเคลื่อนไหวที่ประสานกับลมหายใจแบบไข้เก็ก ในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ

การวิจัยนี้อาศัยรูปแบบการวิจัยเป็นทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบ randomised controlled clinical trial โดยประกอบด้วยระยะต่าง ๆ ดังนี้คือ ระยะที่ 1 พัฒนาลักษณะการอบรมฯ การทดสอบนำไปใช้ และคัดเลือกโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการผ่านโรงพยาบาลของรัฐ สสำรวจความสนใจของผู้บริหารโรงพยาบาล ความพร้อมของโรงพยาบาล ความเหมาะสมของบุคลากรที่ได้รับการมอบหมาย



เข้าร่วมโครงการ ระยะที่ 2 อบรมทีมผู้บำบัด TSPR (Tai-chi for Chronic Stroke Patient Rehabilitation) เก็บข้อมูล คัดเลือกผู้ป่วยๆ และการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้าโครงการ ระยะที่ 3 ระยะบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของทีม TSPR การเก็บข้อมูล และการประเมินผู้ป่วย และ ระยะที่ 4 การวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีประชากรเป้าหมายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. บุคลากรที่ให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ รวมทั้งหมด 32 คน และ 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยโรงพยาบาลของรัฐรวมทั้งสิ้น 80 คน สุ่มเข้ารับการบำบัดแบบไม่เจาะจง (Randomization)

สรุปผลการศึกษา การบำบัดผู้ป่วยไท้เก๊กด้วยผู้บำบัดจากโรงพยาบาลที่ผ่านการฝึกฝนวิชาไท้เก๊กผ่านการเยี่ยมบ้านบ้านทุก 1 สัปดาห์รวม 9 ครั้ง แล้วตามด้วยเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ รวม 5 ครั้ง และทุก 1 เดือน รวม 5 ครั้ง ไม่พบความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มย่อยพบว่า ผู้บำบัดด้วยศาสตร์ไท้เก๊กที่มีทักษะและศักยภาพสูงมีผลต่อการได้ผลลัพธ์ที่ดีในด้านความผาสุกทางสังคม (Social well-being วัดโดยเครื่องมือ FACIT) และความผาสุกทางการปฏิบัติหน้าที่การงาน (Functional well-being วัดโดยเครื่องมือ FACIT) และคุณภาพชีวิต (วัดด้วยเครื่องมือ EQ-5D) ความเข้มข้นของการฝึกและเวลาโดยผู้ป่วยเอง ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต (EQ-5D) ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการออกแบบท่าฝึกในการออกกำลังกายของตนเองส่งผลดีที่เพิ่มขึ้นในด้านของ ความผาสุกทางกายภาพ (Physical well-being วัดโดยเครื่องมือ FACIT) และความผาสุกทางการปฏิบัติหน้าที่การงาน (Functional well-being และคุณภาพชีวิต (EQ-5D)

สำหรับการพัฒนาการของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้าน การเคลื่อนไหว สภาพจิตใจ การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงการเข้าสู่สังคมที่อยู่ได้ดีขึ้น นอกจากนี้โครงการวิจัยยังได้นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์การแพทย์ไท้เก๊ก (Tai-Chi Medical Center) ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ดำเนินงานด้วย 3 แผนงานคือ 1. แผนงานบริการรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยไท้เก๊ก (Tai-Chi Services Center) ประกอบด้วยคลินิกบริการที่จัดทำขึ้นมาเพื่อเป็นที่รักษาและรับคำปรึกษาจากแผนกต่างๆ การใช้ไท้เก๊กเพื่อการรักษาในบริการตามแผนกต่างๆ ที่ บุคลากรในแผนกต่างๆ การใช้ไท้เก๊กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน/ข้าราชการ /ชมรมผู้สูงอายุ/อสม./สถานประกอบการ และการใช้ไท้เก๊กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรในโรงพยาบาล/จนท. รพ.สต. 2. แผนงานฝึกอบรมไท้เก๊ก (Tai-Chi Training Center) แผนงานนี้ใช้หลักการฝึกแบบ Team-based learning เกิดเป็น CoPs (Community of Practices) ชุมชนนักปฏิบัติ โดยกระบวนการ KM ประกอบด้วย การฝึกอบรมเพื่อการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่และบุคลากร / ประชาชนและผู้สนใจ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ แผนงานวิจัยไท้เก๊ก (Tai-Chi Research Center) เพื่อการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการรักษาด้วยไท้เก๊กในโรงพยาบาล ระดับ รพ.ทั่วไป การรับรู้ต่อการรักษาด้วยไท้เก๊กในบุคลากร ในผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปเช่นผู้สูงอายุ รวมถึงการวิจัยเพื่อการสร้างเครื่องมือเพื่อการรักษาที่เป็นนวัตกรรม

โดยสรุปแม้ว่าผลการศึกษาเพื่อวัดผลลัพธ์ในเชิงปริมาณไม่สามารถเห็นผลลัพธ์ที่เหนือกว่าการเยี่ยมบ้านตามปกติได้แต่ในการศึกษากลุ่มย่อยพบว่าการฝึกไท้เก๊กช่วยพัฒนาผู้ป่วยให้ดีขึ้นในเงื่อนไขของการมีผู้บำบัดด้วย



ศาสตร์ไ้แก็กที่มีทักษะและศัถยภาพสูง ความเข้มขั้ของการฝึถที่มากและมีเวลาฝึถที่เพียงพอ รวมถึงศัถยภาพของผู้ป่วยในการออกแบบทำฝึถในการออกกำลั้กายของตนเอง และข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยรายต่างๆ เห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้นมีคุณภาพชีวิตทั้งในด้านการเคลื่อนไหว การใช้ชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ และการเข้าสังคมเป็นต้น ซึ่งผลจากการดำเนิงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีบุคลากรที่ให้ความสนใจเป็นทีมทำให้เกิดศูนย์การแพทย์ไ้แก็กที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอรรชามีการดำเนิงานด้านการบริการรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยไ้แก็ก มีการจัดฝึถอบรมไ้แก็ก รวมถึงแผนงานการวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบการรักษาด้วยศาสตร์ไ้แก็ก



กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อให้มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ศึกษาเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีไปใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้จะสำเร็จไม่ได้ถ้าหากไม่ได้รับความร่วมมือ และความช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กลุ่มแรกที่คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง คือ ผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ ในความอดทนหะฝักฝนตนเองจนสามารถพัฒนาความสามารถในการใช้ร่างกายของตนให้กลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโครงการ

กลุ่มที่สอง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่อนุเคราะห์ส่งทีมบุคลากรเข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี และอนุเคราะห์สถานที่ในการจัดประชุม จัดกิจกรรม จัดยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน และอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มที่สาม คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทีม TSPR ทุกท่านที่ทุ่มเทตนเองให้การเรียนรู้ศาสตร์ที่ท้าทาย และพัฒนาความรู้สู่การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างได้ผล รวมทั้งทีมควบคุม ในความตั้งใจ ความเอาใจใส่ ความปรารถนาอันแรงกล้าที่จะให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตด้วยตนเองได้ จนกลายเป็นความผูกพันอันดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ดูแล อันเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มที่สี่ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้าน ทุกท่านที่ให้การยอมรับต่อการวิจัย และให้การต้อนรับอย่างอบอุ่นตลอดระยะเวลา 1 ปี ของกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การเก็บข้อมูล และการประเมินสุขภาพผู้ป่วย จนทำให้งานวิจัยแล้วเสร็จด้วยดี

กลุ่มที่ห้า คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย คณะมนุษยศาสตร์ และภาควิชาปรัชญาและศาสนา ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ งานวิจัยชิ้นนี้เสร็จสิ้นด้วยดี

กลุ่มสุดท้าย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ และนิสิตภาควิชาปรัชญาและศาสนา ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้อง อันช่วยให้การวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นไปได้อย่างครบถ้วน

มงคล ศรีวัฒน์

หัวหน้าโครงการวิจัย



คำนำ

ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังที่มีระยะเวลาของการป่วยในช่วง 2 - 10 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายของโครงการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยอมรับกับสภาพร่างกายที่ตนเป็นอยู่และหมดความหวังที่ว่าตนจะกลับมามีร่างกายที่ตนจะสามารถใช้งานได้ดั่งอย่างเช่นแต่ก่อน กระนั้นก็ตามในส่วนลึกๆของจิตใจ ก็ยังมีความปรารถนาเช่นเดิมอยู่ การได้มีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้ได้กระตุ้นความหวังของเขาให้กลับมาอีกครั้งหนึ่ง ประกอบกับจิตที่เป็นกุศล ความตั้งใจจริง และความทุ่มเทของทีมผู้บำบัดฟื้นฟูซึ่งถูกรู้จักในงานวิจัยนี้ว่า ทีม TSPR หรือทีม Tai-chi for Chronic Stroke Patient Rehabilitation ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก บุคลากรเหล่านี้ได้ทุ่มเทตนเองที่จะเรียนรู้ศาสตร์ที่ต่างไปจากความรู้ตามสายวิชาชีพเดิมอย่างสิ้นเชิง แต่ด้วยความอุตสาหะฝึกฝนตนเองตลอดช่วงการฝึกอบรม 4 เดือน และเรียนรู้จากการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยตนเองอีก 9 เดือน ได้กลายเป็นผู้มีทักษะในการบำบัดฟื้นฟูด้วยศาสตร์ที่เกื้อหนุนสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยจนยินยอมฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นอย่างดี

งานวิจัยนี้ได้สร้างการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอยู่ 2 ประการ คือ ประการแรก การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย แลประการที่สองความสำนึกในการบำบัดฟื้นฟูของทีม TSPR ที่ตระหนักได้ว่า ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ในทางสุขภาพ การฟื้นฟูหรือแม้กระทั่งการรักษาต้องไม่ใช่การพึ่งพิงอย่างถูกกระทำ แต่ต้องเริ่มต้นจากตนเองของผู้ป่วย อาศัยคำแนะนำในการฝึกฝนตนเองที่ดีแทนการจ่ายยา ท่วงทำนองของการ แนะนำฝึกฝน-รักษา ได้ขยายตัวเข้าสู่ระบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งนี้เป็นผลสำคัญอีกประการหนึ่งที่งานวิจัยนี้ได้ค้นพบและกระตุ้นให้ก่อตัวขึ้น

ทีมวิจัยขอขอบคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้าน ผู้บริหารโรงพยาบาล และทีมบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้



สารบัญ

บทที่	หน้า
1. หลักการและเหตุผล	9
2. การทบทวนวรรณกรรม	15
1. แนวคิดเพื่อการบำบัดโรคด้วยไต้เก๊ก	15
2. แนวคิดเรื่อง “ความยืดหยุ่นของสมอง”	20
3. องค์ประกอบที่สำคัญของเกิดโครงสร้างใหม่ของสมอง	20
4. งานวิจัยการใช้ไต้เก๊กเพื่อการบำบัดโรคเรื้อรัง	22
5. มโนทัศน์สำคัญของการจัดทำหลักสูตรการอบรม “ไต้เก๊กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”	22
3. วิธีการวิจัย	25
1. รูปแบบในการวิจัย	25
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
3. การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	25
4. เครื่องมือในการวิจัย	26
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล	28
6. ขั้นตอนการวิจัย	30
4. ผลการศึกษา	38
1. ผลการศึกษาประสิทธิผลของการเคลื่อนไหวผสาน ลมหายใจแบบไต้เก๊กในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	39
2. ผลการศึกษาผลของการประยุกต์การเคลื่อนไหว ผสานลมหายใจแบบไต้เก๊กที่มีต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและการเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเอง	60
3. ผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ ด้วยการเคลื่อนไหวที่ประสานกับลมหายใจแบบ ไต้เก๊กในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ	77
5. การอภิปรายและสรุปผลการศึกษา	91
6. การทบทวนวรรณกรรมที่เป็นโครงการวิจัย	95
7. โครงการวิจัยที่ได้รับผลแล้ว	99
8. เอกสารอ้างอิง	101



สารบัญแผนภาพและตาราง

แผนภาพแสดงขั้นตอนการเก็บข้อมูล	34
ขั้นตอนการดำเนินงาน	36
แผนภาพลำดับการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงการเก็บข้อมูลเดือนที่ 12	40
ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบลักษณะประชากรกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง	41
ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบลักษณะประชากรกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (ต่อ)	41
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การประเมินด้วย FACIT Questionnaire	43
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้ร่างกายด้วย SNMRC และ Fugl-Meyrer Test และคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ EQ-5D	48
ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ subgroup analysis ตามปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยตามผลลัพธ์ของ FACIT SNMRC Fugl-Meyrer Test และ EQ-5D	51
ตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ subgroup analysis	59
กระบวนการการดูแลบำบัดและผลการบำบัดในผู้ป่วยจำนวน 14 ราย	62
แผนผังการขยายผลเข้าสู่ระบบการแพทย์ผสมผสานของโรงพยาบาลเจ้าพระยา	79
รูปการเรียนรู้การขยายผลไทเก๊กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของทีม TSPR โรงพยาบาลเจ้าพระยา	80
การทบทวนวรรณกรรมที่เป็นโครงการวิจัย	95
โครงการวิจัยที่ได้ผลลัพธ์แล้ว	99



บทที่ 1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease; CVD หรือ Stroke) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่สองที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรโลก (1) และมีแนวโน้มเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากก่อให้เกิดความพิการทุพพลภาพทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก และอาจมีความรุนแรงถึงขั้นสูญเสียชีวิต จากรายงานอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2535–2545 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 รองมาจากโรคหัวใจ มะเร็งและอุบัติเหตุ (2, 3) โรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นโรคที่ลดทอนคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากที่สุด และนำพาความทุกข์มายังผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด และก่อให้เกิดภาพที่น่าสลดหดหู่ให้แก่ผู้ที่ได้รับรู้ ความเป็นไป ความทุกข์เข็ญ ของผู้ป่วยเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นผู้ยากไร้ในสังคม สังคมรับรู้ทั้งความกตัญญู ความผูกพันอันลึกซึ้ง และความเห็นแก่ตัวที่สามารถทอดทิ้งผู้อันเคยเป็นที่รัก และเคยมีพระคุณ แต่การมีคุณธรรม ศีลธรรมของบุคคลบางครั้งก็ขึ้นอยู่กับความสามารถทนแรงบีบคั้นต่าง ๆ จนยากที่จะตัดสินประณามไปอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างชอบด้วยเหตุผลได้ไม่ หรือแม้ในกลุ่มคนอันมีฐานะก็ ต้องสูญเสียทรัพย์สินเงินทองและความเศร้าสลดใจไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด และไม่สามารถคืนสภาพของชีวิตให้กลับมาเป็นปกติได้ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำลายค่าทางคุณธรรม จริยธรรมของบุคคลและสังคมอย่าง อุกฤษฏ์ จนเราไม่สามารถเพิกเฉยได้ ซึ่งนอกเหนือไปจากความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจนับพันล้านบาทต่อปี

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมามีก็พิจารณาองค์ประกอบทางกายภาพเป็นสำคัญ ผู้ป่วยก็ถูกพิจารณาไม่ต่างไปจาก “ก้อนวัตถุ” ภายใต้ปฏิบัติการทางเทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายให้กลับมาทำงานได้ตามปกติ การขาดมิติของความสัมพันธ์เชิงมนุษย์เป็นปัญหารากฐานของระบบการแพทย์ของสังคมปัจจุบัน การบำบัดฟื้นฟูภายหลังแม้จะมีมิติความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากขึ้น แต่คุณค่าความสัมพันธ์เชิงมนุษย์ก็ยังไม่ได้ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีการตั้งองค์ประกอบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟู ยังทำได้ไม่เต็มที่ ผู้บำบัดยังคงเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ให้การบำบัดด้วยความปรารถนาดี ผู้ป่วยยังคงเป็นผู้รับการบำบัดและรอคอยการมาเยี่ยมของผู้เชี่ยวชาญ และเมื่อผู้เชี่ยวชาญกลับไปผู้ป่วยก็กลับไปมีความทุกข์กับสภาพที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ต้องมีชีวิตอยู่กับความเมตตาของผู้อื่น และจมอยู่กับความซึมเศร้าที่รู้สึกว่าเป็นภาระของคนอื่น ไม่เห็นคุณค่าของตนเองอีกต่อไป การกลับมาเป็นที่ตั้งของตนเองได้จึงเป็นเรื่องสำคัญ และเป็นจุดเริ่มต้นของการบำบัดฟื้นฟู ให้เกิดเป็นกระบวนการวิธีของการฝึกฝนตนเองให้จิตกลับมาทำหน้าที่ของตนและให้กายกลับมาทำหน้าที่ของตนซึ่งคือ การฟื้นคืนสภาพให้จิตและกายกลับมาสู่ความสมดุลซึ่งเป็นธรรมชาติเดิมแท้ของตนอีกครั้ง

ในภาวะของการเจ็บป่วย จิตของผู้ป่วยตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของกายอย่างดั้นไม่หลุด ขาดอิสระ หมดความหวัง ไร้พลัง และจมอยู่ในกองทุกข์ จิตในสภาพนี้เป็นจิตในสภาวะเดียวกับกาย กล่าวคือ เมื่อมีสิ่งมากระทบกับกาย ก็มีผลสะท้อนต่อจิตใจทันที จิตใจไม่สามารถอิสระ ไม่สามารถกลับมาเป็นผู้ไตร่ตรอง ตั้งมั่น วางเฉย



และเป็นผู้บังคับบัญชาได้อีก เมื่อจิตของผู้ป่วยถูกฝึกฝนให้เห็นกายละเอียดขึ้น เห็นลมหายใจละเอียดขึ้น เห็นพลังชีวิต(ชี)ของตนละเอียดขึ้น ลมหายใจที่ลึกเนียนและเนื่องกับการเคลื่อนร่างกายตามทักษะของไท่เก๊กจะกระตุ้นพลังชีวิตให้เกิดและพอกพูนขึ้น จิตที่วางอยู่บนฐานของพลังชีวิตที่พอกพูนขึ้นจะมีพลังกำลัง ที่กล้าแข็งขึ้นจนกลับพลังด้านลบที่เหงาเศร้าซึมหมดหวังและไร้ซึ่งชีวิต

จิตที่มีพลังนี้สามารถสร้าง “จิตภาพ” ของกายซึ่งหมายถึง ภาพที่ประมวลขึ้นจากประสาทรับรู้ที่เดิมที่เคยมีอยู่ เป็น “กายของจิต” ณ ตำแหน่งที่กายเนื้อดำรงอยู่ หากแต่ “กายของจิต” ซึ่งเรียกว่า “จิตภาพ” นี้มีสภาวะของความเป็นจิตและสามารถเคลื่อนไหวได้ตามที่จิตตั้งความประสงค์ไว้ จิตภาพที่สร้างขึ้นนี้สามารถส่งอิทธิพลถึงกายเนื้อโดยเฉพาะในส่วนของการควบคุมระบบการไหลเวียนของพลังงาน เมื่อผ่านการฝึกฝนระยะหนึ่ง ผู้ป่วยสามารถใช้ร่างกายส่วนนี้ ผสานกับกายของจิตกระตุ้นการโคจรของพลังงานและระบบเลือดลมในร่างกาย มีผลทำให้ร่างกายส่วนนี้ ซึ่งเดิมที่รับรู้สึกและเคลื่อนไหวไม่ได้สะดวกอันเนื่องจากเนื้อสมองที่สัมพันธ์กับร่างกายส่วนนี้เสียหายจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ กลับมีพลังงานและเลือดลมโคจรไปหล่อเลี้ยงจนเริ่มมีไออุ่นมาครองและผิวหนังเริ่มเปลี่ยนจากสีซีดเขียว มาเป็นสีชมพูของเลือดฝาดเหมือนกับเมื่อครั้งที่ยังเป็นร่างกายปกติ

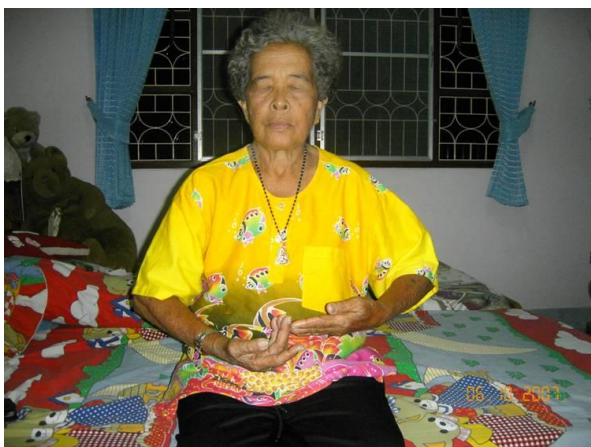
“จิตภาพ” ของกายที่จิตสร้างขึ้นจากข้อมูลทางผัสสะที่จิตเคยรับรู้ในสมัยก่อนจนเป็นภาพเคลื่อนไหวของร่างกายเสมือนจริงจนสามารถกระตุ้นระบบพลังงานและเลือดลมในร่างกาย เป็นกระแสทางผัสสะใหม่ที่สร้างสภาพแวดล้อมใหม่ให้กับสมอง เซลล์สมองซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองต่อประสบการณ์ใหม่ ๆ จะสร้างการเชื่อมต่อเป็นโครงสร้างการทำงานใหม่เพื่อทำหน้าที่รับรู้และควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายที่กำลังถูกกระตุ้นไว้ด้วยจิตภาพของกายในส่วนนั้น ๆ เมื่อจิตกลับมาทำหน้าที่ของตน ก็สามารถกลับมาเปลี่ยนแปลงและกลับมากำหนดการทำงานของกายตามสภาพเดิมที่ตนเป็นอยู่ ภาวะความสมดุลของกายและจิตซึ่งเป็นพลังสองด้านของหยินและหยางอันเป็นพลังพื้นฐานของไท่เก๊กก็ดำเนินต่อไปอีกครั้งในรอบใหม่ การมีประสบการณ์ได้เองของผู้ป่วยในฐานะผู้บำบัดตนเองทำให้การเปลี่ยนแปลงที่ยากลำบากที่ยากจะเกิดขึ้นกลับเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในฐานะเพียงผู้รับ รอคอยความช่วยเหลือ ความเมตตา ปราบณาติ และความสิ้นไร้คุณค่าจากสายตาผู้อื่น การพ้นจากสภาวะของการแปลกแยก (alienation) กับตนเอง กลับมาสู่ความเป็นไท่อีกครั้ง เป็นพื้นฐานของความมูมานะ และการบำบัดฟื้นฟูตนเองอย่างยั่งยืน

โดยวิถีทาง (เต๋า) ของไท่เก๊กได้คืนความเป็นมนุษย์และความเป็นผู้มีสภาวะที่ดีกลับสู่ผู้ป่วยอีกครั้ง อุปกรรมหรือวิถีทางในการฝึกเพื่อฟื้นคืนสภาพที่ดีที่สุด คือ การคืนความเป็นปกติของร่างกายให้กลับขึ้นมาใหม่ ความเป็นปกติของร่างกายนั้นขึ้นอยู่กับ “พลังชีวิต” หรือ “ชี” ไท่เก๊กอาศัยจิตนำการเคลื่อนไหว ซึ่งโดยวิธีนี้จะทำให้ จิตสร้างแผนภาพร่างกายทุกส่วนขึ้นในจิต จากศิระษะจรดนิ้วเท้า นิ้วมือ กระแสผัสสะตามส่วนต่าง ๆ ของกายจะรายงานมายังจิตจนสามารถรับรู้สัมผัสในทุกส่วนของกาย ณ ตำแหน่งที่เกิดจุดสัมผัส การเคลื่อนไหวของไท่เก๊กจึงเกิดการประสานระหว่าง มือ เท้า เอว อย่างต่อเนื่องและสมดุล ด้วยจิตที่นิ่งและร่างกายที่ผ่อนคลาย ประสาทสัมผัสก็จะคมชัดและฉับไว ประสาทสัมผัสของร่างกายในจิตจะถูกระตุ้นให้เกิดการรับรู้อยู่เสมออย่างคมชัดและฉับไว แม้ว่าในส่วนในร่างกายจริงจะขาดความสามารถนี้ไปแล้ว แต่สัญญาในผัสสะนั้นจิตยังคงระลึก



ได้อยู่เสมอและสร้างให้เกิดกระแสรู้สึกนั้นได้ในทุกขณะ ด้วยการเคลื่อนไหวในลักษณะนี้จะช่วยกระตุ้นให้สมองปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานได้ง่ายขึ้น เมื่อการเคลื่อนไหวรวมเข้ากับการหายใจทั้งเข้าและออก จนการเคลื่อนไหวเนื่องอยู่กับลมหายใจ จนเกิด “ลมหายใจละเอียด” ที่สามารถโคจรไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตามภาพการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้น เมื่อถึงขณะนั้น “ซี่” หรือพลังชีวิตก็จะโคจรไปตามเส้นชีพจรสำคัญที่ใช้ในการเคลื่อนไหว จากการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง จิตที่สงบนิ่งสามารถเปลี่ยน “ซี่” เป็น “เซิน” หรือพลังจิตประสาธ ซึ่งมีความบริสุทธิ์กว่า ซี่ ซึ่งสามารถโคจรเข้าไปยังระบบประสาทของร่างกาย อันเป็นผลในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายได้ดีขึ้น

เมื่อปี พ.ศ. 2550-2551 ผู้วิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิสตาร์-สฤชดีวงศ์ เพื่อจัดทำโครงการสร้างเสริมประสบการณ์ในความสัมพันธ์เชิงมนุษย์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับคนไข้-ชุมชน โดยวิถีธรรมแห่งสุขภาวะ : ไข้เก็ก โดยจัดอบรมให้กับแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ 27 แห่ง ผู้เข้าร่วมอบรมได้นำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามแผนกต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เป็นโรคอัมพฤกษ์อยู่ 3 คน ในจำนวนนั้นมีคุณยายท่านหนึ่งอายุ 74 ปี ป่วยเป็นอัมพฤกษ์มา 8 ปี แขนขวาไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกและไม่สามารถสั่งบังคับให้เคลื่อนไหวได้ หลังจากได้รับคำแนะนำจากพยาบาลให้ฝึกปรับลมหายใจด้วยท่ายกมือขึ้นหายใจเข้า-กดมือลงหายใจออก ในขณะที่การฝึก คุณยายได้ใช้ใจสร้างภาพของมือขวาเคลื่อนไหวขึ้น-ลง ควบคู่ไปกับมือซ้าย ให้รู้สึกเหมือนกับว่ามือทั้งสองข้างเคลื่อนไหวขึ้น-ลง ไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งเป็นวิธีการฝึกที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล เมื่อผ่านการฝึกไปเดือนครึ่งนี้มือฝั่งขวาเริ่มรับรู้รู้สึกได้ ทดสอบโดยการยื่นไฟไหม้ไปตวันหลังแล้วให้คนจับที่ละนิ้ว คุณยายสามารถบอกได้ว่า นิ้วไหนกำลังถูกจับอยู่ ซึ่งสมัยก่อนคุณหมอที่โรงพยาบาลก็ทำการทดสอบด้วยวิธีนี้ แต่สมัยนั้นคุณยายไม่สามารถบอกได้ว่าถูกจับที่นิ้วไหน รู้สึกได้แต่เพียงว่ามีแรงกดหน่วง ๆ ที่ไหน เมื่อคุณยายเห็นความก้าวหน้าของตนเองก็ขยันฝึกมากขึ้นจนผ่านไปอีกเดือนครึ่ง คุณยายสามารถขยับนิ้วมือขวามากดชนกันได้ และเมื่อผ่านไปหนึ่งปีก็สามารถเคลื่อนไหวมือขวาได้ตามปรกติจนสามารถใช้มือขวาปิดทองพระได้





รูปที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอัมพฤกษ์ด้านขวาขยับแขนขวาไม่ได้ หลังจากฝึกไท้เก๊ก 3 เดือน

ในการอบรมแพทย์และพยาบาล เมื่อวันที่ 7-9 กุมภาพันธ์ 2556 ตามโครงการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพฤกษ์อัมพาตแบบมีส่วนร่วมด้วยการเคลื่อนไหว ผสานลมหายใจแบบไท้เก๊ก นายแพทย์ท่านหนึ่งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งป่วยเป็นอัมพฤกษ์มา 7 ปี ได้สมัครเข้าร่วมโครงการ และทำการฝึกตามหลักสูตร เมื่อรับแรงกด ณ จุดท่อน้อย ตรงจุดต้นเทียนซึ่งเป็น จุดศูนย์รวมพลังงานของร่างกาย เมื่อรับแรงกดระยะหนึ่งจนสามารถเบ่งลมหายใจลงสู่ท่อน้อยได้ เมื่อให้ทดลอง เดินใหม่ปรากฏว่า สามารถดึงเข้า โดยเดินยกเข้าแทนการยกสะโพกและเดินลากขาตามที่เคยเป็นมา พลังที่อัด สะสมไว้ที่ต้นเทียนเมื่อมีมากพอจะสามารถไหลผ่านข้อต่อข้อสะโพกซึ่งมีจุดชีพจรสำคัญเรียกว่า คว้า พลังที่ไหลผ่าน คว้า จะไหลลงสู่ขาและทำให้ขาแข็งแรง ตามปรกติผู้ป่วยที่สามารถใช้ขาได้ จะมีความสามารถใช้เข้าอยู่บ้าง แล้วแต่ความแข็งแรงไม่มากพอและขาดการฝึกฝนการใช้เข้า เมื่อก้าวเดินจึงใช้พลังของสะโพกและเดินยกสะโพก เพื่อลากขาอยู่เป็นประจำ เมื่อฝึกฝนตนเองเพียงเล็กน้อยก็สามารถกลับมาใช้เข้าและก้าวเดินได้ดีขึ้น และเมื่อมา เข้าร่วมโครงการอีกครั้งเมื่อวันที่ 24-26 มีนาคม 2556 ปรากฏว่า คุณหมอสามารถเดินได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องใช้ไม้เท้า และไม่ต้องมีคนพยุง อีกทั้งคุณหมอให้สัมภาษณ์ว่า สามารถพูดได้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยพูดเป็นประโยคได้มากขึ้น และออกเสียงชัดเจน



รูปที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอัมพฤกษ์ด้านขวาขยับแขนและขาขวาได้ลำบาก หลังจากฝึกไท้เก๊ก 1 เดือน



การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยให้แก๊กจึงเป็นแนวทางที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เพียงแต่มีบุคลากรที่พอจะถ่ายทอดวิธีฝึกปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกับความทุ่มเทของผู้ป่วย ดังคำพูดของคุณยายท่านที่กล่าวไว้ข้างต้นนี้ว่า “ถ้ารู้แบบนี้ทำมานานแล้ว” ซึ่งเป็นการคืนคุณค่าของชีวิตกลับมาให้กับผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง ปัจจุบันคุณยายช่วยงานเป็นจิตอาสาในการให้กำลังใจกับผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตที่โรงพยาบาลเดิมนางบวช การบำบัดฟื้นฟูด้วยให้แก๊ก ผู้ป่วยสามารถนำไปฝึกได้ด้วยตนเองในทุกที่ ไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์ใด ๆ ลดภาระในด้านค่าใช้จ่ายทั้งของตนเองและของรัฐ ลดการพึ่งพาผู้อื่น ผลของการฝึกฝนได้จะเกิดเป็นทักษะของตนซึ่งเป็นความสามารถยั่งยืนที่เพิ่มมากขึ้นทุกวัน และสามารถขยายผลไปยังผู้ป่วยอื่นในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียง และเป็นตัวอย่างอันดีที่ก่อให้เกิดกำลังใจแก่ผู้ป่วยอื่น และป้องกันการกลับมาเป็นใหม่ ส่วนตัวแบบที่ได้จากการศึกษาก็สามารถนำไปใช้ได้โดยทั่วไปสามารถสร้างครูผู้ถ่ายทอดเข้าไปในทุกจุดของสังคม

การศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ในอดีตแบบ systematic review เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบให้แก๊กในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่าให้แก๊กช่วยทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีและลดความดันโลหิตในผู้ป่วยได้โดยทบทวนในงานวิจัยทั้งสิ้น 29 การศึกษามี 9 การศึกษาที่เป็นการศึกษาแบบทดลอง RCT มี 14 การศึกษาเป็น non-RCT และ 6 การศึกษาเป็นแบบไม่ได้ทดลอง พบว่าไม่พบผลข้างเคียงจากการศึกษาทั้งหมดนี้ การศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบนี้สรุปว่าการรำให้แก๊กเป็นประโยชน์ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันในผู้ป่วยหลอดเลือดและสมองและต้องการการศึกษาเพิ่มเติม (4)

การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในระยะแรกๆ ภายหลังการป่วยใหม่ๆ ซึ่งผู้ป่วยอาจมีส่วนที่สามารถฟื้นฟูสภาพเองได้ในการศึกษานี้จึงทดลองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นระยะเรื้อรัง โดยการฝึกรวมผู้ดูแลแล้วให้ผู้ดูแลใช้ศาสตร์ของให้แก๊กในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบปกติที่เคยทำมา



วัตถุประสงค์ของโครงการ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมไท้เก๊กเพื่อการบำบัดผู้ป่วยต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประยุกต์การเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไท้เก๊กในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไท้เก๊กในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์การเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไท้เก๊กที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเอง
4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ด้วยการเคลื่อนไหวที่ประสานกับลมหายใจแบบไท้เก๊กในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ



บทที่ 2. การทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดเพื่อการบำบัดโรคด้วยไท้เก๊ก

ไท้เก๊ก หากจะอธิบายความตามภาษาที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน อาจจะคำแทนไท้เก๊กได้ด้วยคำว่า วิถีธรรมแห่งสุขภาพะ ทั้งนี้เพราะว่า ไต้เก๊กเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายตามหลักคำอธิบายของลัทธิเต๋า เพื่อให้แก่นักพรตและผู้ปฏิบัติตามสามารถบรรลุถึงการมีชีวิตที่ยืนนานและบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดในลัทธิของตน ดังที่ปรากฏในบทหนึ่งของ หนังสือ Taijiquan Theory ของ Dr.Yangjing-ming The Root of Taijiquan ความว่า ไต้จี้ฉวนคือ ศิลปะการต่อสู้รูปแบบภายใน ที่ถูกคิดค้นขึ้นในอารามของลัทธิเต๋าแห่งภูเขาอู่ต้ง มณฑลหูเป่ย์ การคิดค้นไต้จี้ฉวนนั้นอยู่บนพื้นฐานของแนวความคิดทางปรัชญาของ ไต้จี้ และ หยิน หยาง ศาสตร์ไต้จี้ฉวน เชื้อถึงการกลับคืนสู่รากเหง้าต้นกำเนิดของชีวิต จากความเชื่อดังกล่าว เราสามารถฝึกฝนร่างกายอย่างถูกต้อง รักษาสุขภาพ และความแข็งแรงของเราทั้ง กายเนื้อ และ กายจิต และ ได้รับชีวิตที่ยืนยาว จากการที่ผู้ถือลัทธิเต๋าล้วนแต่เป็นนักพรตเป้าหมายสุดท้ายของพวกเขาในการพัฒนาทางจิตวิญญาณคือการหลอมรวมเข้ากับจิตวิญญาณของธรรมชาติ (เทียน เจริญ ฮื่อ อี้ 天人合一) หรือก็คือ สภาวะหู่จี้

คำอธิบายดังกล่าวได้ให้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ไต้เก๊ก ในหลากหลายมิติ มีทั้ง การรักษาสุขภาพ การมีชีวิตที่ยืนยาว การพัฒนากายเนื้อและกายจิตซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ จิต เข้ามามีบทบาทต่อร่างกายและสร้าง “กาย” ที่มีสภาวะของจิตขึ้นมา ซึ่งเป็นอุบายที่ด้านหนึ่ง จิตใช้เป็นเครื่องมือในการรักษาร่างกายให้กลับมาสมดุล ปรับปรุงสภาวะบาดเจ็บเสียหายที่กายมีอยู่ให้กลับมาใช้งานได้ดังเดิมเพื่อให้ได้มาซึ่งชีวิตที่ยืนยาว ในอีกด้านหนึ่งก็เป็นอุบายเพื่อพัฒนาจิตให้มีกำลังเข้มแข็งขึ้น มีความละเอียดขึ้น สามารถแยกตนเองจากกายและอยู่เหนืออิทธิพลของกาย ทั้งความเจ็บปวด ความหิวโหย ความหงุดหงิดรำคาญ หรืออาจเรียกโดยรวมว่า ความโลภ ความโกรธ ความหลง และความมานะถือตน เมื่อจิตอิสระจากกายอย่างถึงที่สุดจิตจึงสามารถหลอมรวมเข้ากับจุดมุ่งหมายสูงสุดของเต๋า คือ ภาวะ หู่จี้ หรือกลับสู่ความเป็นเต๋าคั้งครั้งหนึ่ง

การฝึกฝนไท้เก๊ก ผู้ฝึกฝนมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจกับปรัชญาของไท้เก๊ก และความเข้าใจในเรื่อง หยิน หยาง หากปราศจากความเข้าใจเหล่านี้แล้ว การฝึกฝนไท้เก๊กจะไม่ได้มีอะไรมากไปกว่าการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ฝึกฝนไท้เก๊กสูญเสียโอกาสที่จะได้รับประโยชน์จากแก่นแท้ของไท้เก๊กไปอย่างน่าเสียดาย ต้าหลิว(ต้าหลิว : ไต้เก๊กและการฝึกสมาธิ. กรุงเทพฯ: จตุรัส ,2533, หน้า 15) ได้อธิบายเรื่องรูปแบบภายในและภายนอกเอาไว้โดยเชื่อมโยงกับการกำเนิดของไท้เก๊ก ดังนี้ “...ปรมาจารย์ลัทธิเต๋ายุ้งใหญ่ วางซานฟง ซึ่งมีความรอบรู้ในศาสตร์โบราณทุกแขนง รวมทั้ง อี้จิง ลัทธิขงจื้อ ศาสนาพุทธ และ ลัทธิเต๋า ได้สร้างระบบการออกกำลังกาย ที่รู้จักกันในนามไท้เก๊ก หลังจากที่ได้ฝึกสมาธิมาเป็นเวลานาน จุดมุ่งหมายของปรมาจารย์นี้คล้ายคลึงกับของปรมาจารย์ตั๊กม้อ คือ เพื่อพัฒนารูปแบบหลักการออกกำลังกายที่ทำให้ การฝึกสมาธิเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ซึ่งก็จะเสริมสร้างพลานามัยด้วยวิธีออกกำลังกายที่คิดค้นขึ้นมา”

มีแนวคิดบางอย่างที่เป็นสิ่งที่สำคัญมากในศิลปะการต่อสู้จีน แต่กลับถูกกล่าวถึงไว้น้อยมาก นั่นคือ เรื่องของ จิน (勁) ที่มาจากการรวมคำศัพท์สองคำ คือ ลี力 คือ ความแข็งแรงที่เกิดจากกล้ามเนื้อ และ ชี 氣

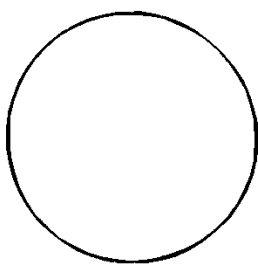


หมายถึงจากใช้จิตที่จดจ่อ นำพาชีไปเป็นพลังเพื่อขับเคลื่อนกล้ามเนื้อ เพื่อที่จะสามารถสำแดงพลังได้อย่างเต็มที่ การฝึกฝน จิน นี้เองที่ทำให้ศิลปะการต่อสู้ของเอเชีย แตกต่างจากศิลปะการต่อสู้ของตะวันตก ไม่ว่าจะมวยสากล หรือ มวยปล้ำต่างมองการต่อสู้เป็นเพียงเรื่องของการใช้พลังกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียว (Dr.Yang,jing-ming. Taijiquan Theory of Dr.Yang,jing-ming The Root of Taijiquan p.255 : Jin Chinese martial power. A combination of “Li”(muscular power) and “Qi”)

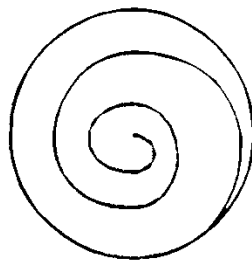
ในหนังสือเล่มเดียวกัน หน้าที่ 2 Dr.Yang,jing-ming อธิบายความหมายของ Taiji โดยอ้างอิงจากาศติความของ Zhou Wen Wang ผู้ปกครององค์แรกของราชวงศ์ Zhou ความว่า “เพราะการมีอยู่ของ Taiji การเปลี่ยนแปลงจึงบังเกิดขึ้นในจักรวาล Taiji เป็นพลังที่ไม่ปรากฏรูป (invisible force) ซึ่งทำให้ Wuji (ไม่มีความตรงกันข้าม(No Extremity)) แบ่งเป็น ความเป็นขั้วสองขั้ว(ซึ่งคือ Yin และ Yang) และ Taiji ยังเป็นตัวที่ทำให้ ความเป็นขั้วทั้งสองกลับคืนสู่สถานะความเป็น Wuji ตามเดิม” และในหน้าเดียวกันได้เปรียบเทียบกับคำอธิบายนี้กับคำสอนของ Lao Zi ความว่า “สืบเนื่องจากการมีอยู่ของ เต๋า สิ่งแรกได้ถูกสร้างขึ้น...สิ่งแรกได้สร้างสิ่งที่สอง และสาม และดำเนินต่อไปจนเกิดมีขึ้นนับล้านๆ สิ่ง” และสรุปในตอนท้ายว่า “จากความสองส่วนที่ปรากฏนี้ เราสามารถกล่าวได้ว่า Taiji เป็นสิ่งเดียวกับ เต๋า และนี่คือเหตุผลของคำกล่าวที่ว่า ‘Taiji คืออะไร มันคือ เต๋า’ ”

นอกเหนือจากนั้น ในหน้าที่ 3 Dr.Yang,jing-ming ได้กล่าวอีกว่า “สรรพสิ่งนับล้านๆได้ถูกจำแนกให้เกิดความแตกต่างกันออกไปจากหยินและหยางด้วยปฏิสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบต่อกัน และการแปรเปลี่ยนสู่กันและกัน ตัวอย่างเช่น ดินปฏิสัมพันธ์กับน้ำและแสงแดดก่อให้เกิดพืชที่มีความเจริญเติบโต สัตว์ต่างๆ เรียนรู้ความต้องการที่จะเบียดเบียนสิ่งมีชีวิตอื่นๆ เพื่อที่จะมีชีวิตรอด และ สุดท้าย สัตว์เหล่านั้นก็จะตายและแปรสภาพเป็นดิน ทั้งหมดคือวงจรที่หมุนเป็นวัฏจักรทางธรรมชาติ อันสืบเนื่องมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบต่อกัน และการแปรเปลี่ยนสู่กันและกันของหยินและหยาง

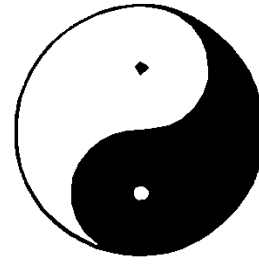
หากเรากลับมาทำความเข้าใจสถานะของ Wuji อีกครั้ง เพื่อที่จะทำให้เกิดความเข้าใจใน Taiji ซึ่งในหน้าเดียวกัน Dr.Yang,jing-ming ได้อธิบายเพิ่มเติมไว้ว่า “Wuji คือสถานะของความไม่มีอะไรอยู่ในนั้น (emptiness) หรือกล่าวอย่างง่ายๆ คือขอบเขตที่มีเนื้อเพียงเนื้อเดียวที่ดำรงอยู่ในจักรวาล (รูปที่1) มันปราศจากการจำแนก แยกแยะและการแบ่งแยกของความแตกต่างอย่างสิ้นเชิง” แต่ต่อมาภายหลังสถานะของ Wuji นี้แตกต่างออกไป คือ มีการกำเนิดเกิดขึ้น Dr.Yang,jing-ming ได้อ้างความรู้ในหนังสือ Yi Jing (หนังสือว่าด้วยการเปลี่ยนแปลง) โดยกล่าวว่า “เนื่องด้วยปฏิบัติการหมุนกลับ(pivotal action)ของTaiji (ภาพที่ 2) ขั้วทั้งสอง(Ling Yi) ซึ่งก็คือ Yin และ Yang ถูกจำแนกให้เกิดขึ้น (ภาพที่ 3)”



รูปที่ 1 สภาวะหวู่จี



รูปที่ 2 สภาวะไท้จี



รูปที่ 3 สภาวะหยินหยาง

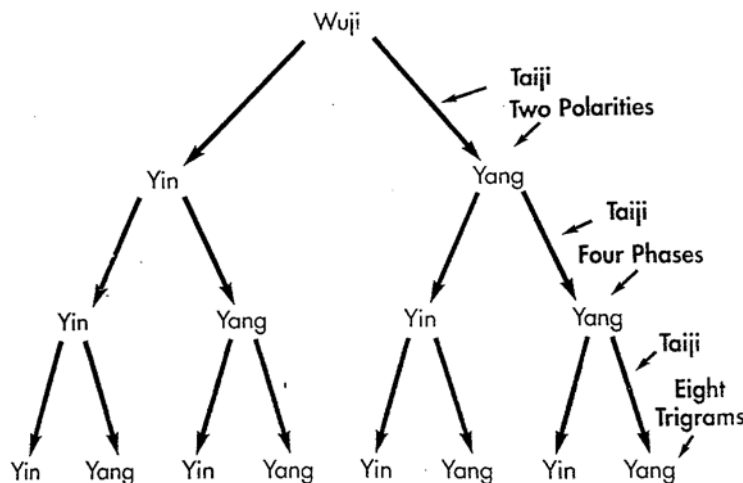


(Dr.Yang,jing-ming. Taijiquan Theory of Dr.Yang,jing-ming The Root of Taijiquan P.3)

จากความเข้าใจข้างต้นนี้ทำให้เกิดความเข้าใจขึ้นมาได้อย่างชัดเจนว่า ในความคิดของตำราโบราณ อย่าง Dao De Jing และ Yi Jing อธิบายถึงคุณลักษณะของ Taiji ว่า คือ ศักยภาพของการจำแนก และได้ความเข้าใจอีกว่า เมื่อความแตกต่างเกิดขึ้นอย่างชัดเจน ความแตกต่างนี้จึงก่อเป็น “พลังของการเปลี่ยนแปลง” การเปลี่ยนแปลงที่มีทั้งการเกิดขึ้นใหม่ และการรวมกลับไปสู่สภาวะเดิมแท้ของมัน

ความสัมพันธ์ระหว่าง Wuji ,Taiji และ Yin-Yang ได้รับการอธิบาย โดย Wang Zong Yue ปรมาจารย์ให้จีฉวน ที่มีชื่อหนึ่งในรัชสมัยของ Qing Qian Long ค.ศ. 1736-1796 ซึ่ง Dr.Yang,jing-ming ยกคำสอนของท่านมาอธิบายไว้ใน หน้าที่ 7 ของหนังสือเล่มเดียวกัน ดังนี้ “Taiji สามารถแปลได้ว่า ‘ความเป็นที่สุดที่ยิ่งใหญ่’ (Grand Ultimate) หรือ ‘ขีดสุดที่ยิ่งใหญ่’ (Grand Extremity) และ Wuji หมายถึง ‘ความไร้ซึ่งความเป็นที่สุดที่ยิ่งใหญ่’ (Without Ultimate) ‘ความไร้ซึ่งขีดจำกัด’ (Without limit) หรือ ‘ไร้ซึ่งขีดสุด’(No Extremity) และ Wuji ยังสามารถหมายถึง ‘ไม่มีคู่ตรงข้าม’ (No Opposiione) ซึ่งหมายถึง Wuji เป็นแบบเดียวกัน และไม่ถูกทำให้แตกต่างกัน ... ตัวอย่างเช่น ณ จุดเริ่มต้นของจักรวาลยังไม่มีทำให้เกิดความแตกต่างเกิดขึ้นจากกัน สภาพเช่นนี้ถูกเรียกว่า Wuji และแล้วมันเริ่มจำแนกตนเองออกเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามที่เอื้ออาศัยต่อกัน ที่เรียกว่า Yin และ Yan และจากปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันทุกสิ่งทุกอย่างก็ถูกสร้างขึ้นและพัฒนาต่อไป”

ในหน้าที่ 8 Dr.Yang,jing-ming ได้อธิบายความคิดของ Wang Zong Yue ต่อไปว่า “เป็นที่ชัดเจนว่า Taiji ไม่ใช่ทั้ง Wuji และ Yin-Yang แต่อยู่ท่ามกลางระหว่างนั้น มันเป็นพลังหมุนกลับ(pivorol Force) หรือพลังงานที่ทำให้สถานะของWuji แบ่งแยกตัวเองไปสู่ YinและYang...และเป็นสาเหตุเช่นกันทำให้ Yin-Yang รวมกันเข้าสู่สถานะของ Wuji...หน้าที่การทำงาน พลังงาน หรือพลังที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาตินี้เรียกว่า ‘Taiji’ ‘Dao’ หรือ’Li’ ซึ่งเป็นวิถีแห่งธรรมชาติ หรือกฎของธรรมชาติ



(Dr.Yang,jing-ming. Taijiquan Theory of Dr.Yang,jing-ming The Root of TaijiquanP.9)

กล่าวได้ว่า ไทจี มีคุณสมบัติของพลังที่แยกสิ่งออกจากสิ่ง เช่น การแยกหยินหยางออกจากหวู่จี หรือการแยก หยินให้เป็นหยิน หยางให้เป็นหยาง และพลังของการจำแนกนี้ปรากฏอยู่ทั่วไปของการเกิดขึ้นของสรรพสิ่ง ในตำราการแพทย์จีนอธิบายการเกิดขึ้นของโรคไว้ว่า เนื่องจากพลังหยินและหยางผสมปนเปกันจนแยกไม่ออก



พลังหยินในร่างกายไม่สามารถแสดงตนออกมาได้ อวัยวะภายในที่เป็นหยิน เช่น ไต ตับ หัวใจ ปอด ม้าม อวัยวะ กลางทั้งหมดไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากพลังหยินพร่อง เช่นเดียวกันกับพลังหยาง อวัยวะด้าน ทั้งหมด เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากพลังหยางพร่อง การ แยกหยินและหยางออกจากกันให้ชัดเจนจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาโรคตามแพทย์แผนจีน

จากประสบการณ์การสอนให้แกของผู้วิจัยมาตลอด 30 ปี และการจัดอบรมให้กับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สนใจ เรื่อง การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตแบบมีส่วนร่วมด้วยการเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไท้เก๊ก ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา พบว่า ไ้เก๊ก ได้รับการ ยอมรับว่าเป็นหนทางหนึ่งในการรักษาสุขภาพ เนื่องจากในไท้เก๊กมีลักษณะของการจำแนกหยินและหยาง อย่างชัดเจน อย่างเช่น ซ้าย-ขวา บน-ล่าง มือซ้าย-เท้าขวา มือขวา-เท้าซ้าย ใน-นอก เคลื่อนเข้า-ขยายออก รุก- รับ แนวขวาง-แนวตั้ง วงเข้าใน-วงนอกนอก พลังกล้ามเนื้อ -พลังภายใน จิต-กาย ว่าง-เต็ม เป็นต้น ในขณะที่ฝึก ปฏิบัติไท้เก๊ก จิตของผู้ฝึกฝนจะได้รับประสบการณ์โดยตรงกับสภาวะของสิ่งสองสิ่งที่ยกจากกัน เช่น มือซ้าย แยกจากมือขวา นอกจากการแยกส่วนแล้วจิตยังรับรู้ความสมดุลที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลง เช่น การเพิ่มทวีขึ้นของพลังที่มือขวา กับการถดถอยลงของพลังที่มือซ้าย ความสัมพันธ์เชิงปฏิภาคนี้ได้สร้างความ สมดุลขึ้นอย่างหนึ่งเป็นความสมดุลของสิ่งตรงกันข้ามที่เื้อออาศัยกันอยู่ เป็นความสมดุลที่เรียกว่า เต๋า กล่าวคือ หากจิตของผู้กระทำ กระทำอะไรลงไปทีมากเกินจำเป็นภาวะสมดุลนั้นก็เสียหาย จิตของผู้กระทำจึงได้รับการ ฝึกฝนให้กระทำโดยไม่กระทำ ให้พลังโดยธรรมชาติของสิ่งดำเนินไปตามองค์ประกอบของความสัมพันธ์ จิตของ ผู้กระทำทำหน้าที่เพียงจำแนกสิ่งต่าง ๆ ให้ปรากฏออกมาอย่างชัดเจน เช่น จิตสามารถเห็นมือซ้าย ขวาที่สัมพันธ์ กัน เห็นสัมพันธ์กับเท้าที่กำลังเคลื่อนไหว เห็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง มือขวากับเท้าซ้าย มือซ้ายกับเท้า ขวา เห็นแรงกดที่เพิ่มขึ้นบนร่างกายส่วนหนึ่งและแรงกดที่ลดลงในร่างกายอีกส่วนหนึ่ง เห็นร่างกายส่วนที่ลุกไป ข้างหน้าและร่างกายส่วนอื่นที่ทำหน้าที่รับเพื่อพยุงการลุกให้มั่นคง

จิตที่ตามรับรู้สภาพการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างปฏิภาคต่อกันในทุก ๆ ส่วน จิตในสภาวะนี้ จึงเป็นจิตที่สงบนิ่งมีภาวะแห่งสติอย่างสมบูรณ์ และมีอำนาจจำแนกแยกแยะอย่างสมบูรณ์ในขอบเขตที่ กว้างขวางขึ้น ซึ่งเป็นไปตามระยะเวลาของการฝึกฝน จิตของผู้ฝึกจึงสามารถเริ่มเห็นภายในทุกส่วนอย่างทั้งหมด ในขณะที่เดียวกัน สามารถเห็นลมหายใจที่เคลื่อนไหวเข้าออกตลอดทั่วทั้งร่างกาย สามารถเห็นกระแสพลังงาน(ชี่)ที่ เคลื่อนไหวไปตามร่างกายส่วนที่ส่งพลังไปถึง จนสามารถเห็นภาวะ “ว่าง” และภาวะ “เต็ม” ในทุกขณะอย่าง แปรเปลี่ยนกันไปมา จากภาวะนี้ จิตจึงสามารถเข้าใจถึง ภาวะหยิน และหยางอย่างแท้จริง จึงสามารถ รวมเข้าสู่ความเป็นเต๋า และ กลับไปสู่ความไม่มีการแบ่งแยกอีกครั้ง

จิตของผู้ฝึกที่สามารถจำแนกจิตกับกายออกจากกัน จะสามารถสร้าง กายของจิต ซึ่งเรียก ว่า “จิตภาพ” ขึ้นมาได้ จิตภาพนั้นแตกต่างจาก มโนภาพ ซึ่งเป็นภาพที่เกิดขึ้นในห้วงจิต และในการสร้างมโนภาพ จิต จำเป็นต้องใช้กิจกรรมทางจิตสูงกว่าจิตภาพ จิตภาพ เป็นภาพของร่างกายที่จิตเพียงเปิดรับกระแสรู้สึกทางกายที่ รายงานมาสู่จิต แล้วจิตประกอบกระแสรู้สึกเหล่านั้นเข้ามาเป็นภาพของกาย เช่น ภาพของนิ้วก้อยมือซ้าย และ



เป็นภาพที่เกิดขึ้น ณ ตำแหน่งที่นิ้วก้อยมือซ้ายดำรงอยู่ การที่จิตฝึกเห็นร่างกายอยู่เป็นประจำ จิตสามารถเห็นภาพของร่างกายทุกส่วน ณ ตำแหน่งของร่างกายนั้น

การที่จิตสามารถเห็นภาพของร่างกายนี้อยู่เป็นประจำ ประสาทสัมผัสของร่างกายในส่วนนั้น ๆ จะฉับไวและคมชัดขึ้น นอกจากนั้นจิตยังสามารถกระตุ้นกระแสรู้สึกที่ผิวกาย ณ ส่วนนั้น ๆ ได้ เช่น สร้างความรู้สึกจากปลายนิ้วก้อยมือซ้ายมาถึงโคนนิ้ว เป็นผัสสะที่เหมือนกับการใช้กายสัมผัส กล่าวคือ ใช้นิ้วมือของมืออีกข้างหนึ่งมาลูบจากปลายนิ้วถึงโคนนิ้ว เพียงแต่กระแสสัมผัสที่เกิดขึ้นจากจิตภาพนี้เป็นการกระตุ้นผัสสะโดยใช้จิตสัมผัส

จิตภาพนอกจากจะใช้กระตุ้นกระแสความรู้สึกที่เกิดขึ้นในกายแล้ว ยังสามารถกระตุ้นระบบพลังงานในร่างกายได้อีกด้วย กล่าวคือ ในการฝึกฝนซึ่ง รูปแบบหนึ่งที่ยอมรับใช้คือ การวางฝ่ามือทั้งสองข้างอยู่กลางลำตัว หันฝ่ามือเข้าหากัน แล้วเคลื่อนฝ่ามือออกจากกัน แล้วกดฝ่ามือเข้าหากัน การเคลื่อนไหวฝ่ามือในลักษณะนี้ เมื่อรวมกับการหายใจ เช่น เคลื่อนมือออก ลมหายใจถูกสูดเข้า และเมื่อเคลื่อนมือเข้าหากัน ลมหายใจถูกขับออก โดยการเคลื่อนไหวในลักษณะนี้จะเกิดความรู้สึกถึงพลังหยุ่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างฝ่ามือทั้งสอง พลังหยุ่น ๆ นี้เกิดขึ้นจากแรงดันของพลังซี่ของมือแต่ละข้าง

เมื่อเราวางมือข้างใดข้างหนึ่งลง เช่น มือซ้ายวางคว่ำลงบนตัก และยังคงเคลื่อนมือขวาไปมาอยู่เช่นเดิม พลังหยุ่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างฝ่ามือทั้งสองจะหายไป แต่เมื่อเราสร้างจิตภาพของมือซ้ายขึ้นมาให้วางอยู่ ณ ตำแหน่งเดิมที่มือซ้ายวางอยู่ และทำอาการเคลื่อนไหวไปมาเข้าคู่กับมือขวาอย่างที่มีมือซ้ายทางร่างกายเคยทำ สิ่งที่เกิดขึ้นตามมา คือ พลังหยุ่น ๆ ระหว่างมือขวาร่างกายกับมือซ้ายจิตภาพ และพลังหยุ่น ๆ นี้กลับมีความเข้มข้นมากกว่าที่เคยเกิดขึ้นกับมือซ้ายร่างกาย ทั้งนี้เพราะ พลัง ที่เกิดขึ้นจากองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน คือ 1. การเคลื่อนไหวร่างกายที่เนื่องช้า 2. ลมหายใจแบบเนื่องกับการเคลื่อนไหว และ 3. จิตที่สงบ การสร้างจิตภาพขึ้นมาได้ ต้องอาศัยจิตใจที่สงบกว่าจิตที่เคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้น ด้วยจิตที่เข้มกว่าจึงสามารถสร้างพลังที่เข้มกว่าขึ้นมาได้

ในการฝึกบ่มเพาะ ซึ่ง นั้นสำหรับให้แก่มีกการฝึกลมหายใจอยู่แบบหนึ่งเรียกว่า **การหายใจแบบปฏิกภาค** ซึ่งเป็นการฝึกกดลมหายใจลงสู่ท้องน้อย ซึ่งทำให้เกิดถือว่าเป็นจุดศูนย์รวมของพลังงานชีวิตในร่างกายมนุษย์ ซึ่งมีชื่อเรียกว่า ตันเถียน การจมนลมหายใจลงสู่ท้องน้อยนอกจากเป็นการบ่มเพาะซึ่งแล้ว ยังช่วยทำให้โครงสร้างร่างกายส่วนล่างมีความเข้มแข็ง มันคงขึ้นด้วย กล่าวคือ พลังซี่ที่ท้องน้อยสามารถเคลื่อนลงสู่ฝ่าเท้าไปยังจุด หย่งเฉวียน ซึ่งเป็นจุดชีพจรสำคัญใจกลางฝ่าเท้า เท่ากับเป็นการเชื่อมโยงระบบพลังงานของร่างกายส่วนล่างเข้าด้วยกัน

การเคลื่อนไหว ซึ่ง จากตันเถียนลงสู่หย่งเฉวียนนั้นจำเป็นต้องเปิดจุดชีพจรที่สำคัญอีกจุดหนึ่ง คือ “คว่า” ซึ่งเป็นจุดชีพจรที่บริเวณข้อต่อข้อสะโพกในส่วนที่เชื่อมต่อกับกระดูกขาตอนบน เมื่อจุดชีพจรนี้เปิด พลังซี่ที่สะสม ณ ตันเถียนจะโคจรลงมาตามกระดูกขาตอนลงสู่ หย่งฉวน ผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงเมื่อได้รับการกระตุ้น ณ จุดพลังงานเหล่านี้ กำลังขาก็จะมันคงขึ้น สามารถก้าวขา ยกเข่า ก้าวเท้าเดินได้ดีขึ้น

จุดชีพจรที่สำคัญอีกจุดหนึ่ง คือ จุดมิ่งเหมิน เป็นจุดตามแนวกระดูกสันหลังในตำแหน่งที่ตรงข้ามกับสะดือ การกระตุ้นจุดมิ่งเหมินทำได้ 2 แบบ คือ 1. ดึงจุดมิ่งเหมินไปด้านหน้า (เคลื่อนไปทางสะดือ) กับ 2. พองจุดมิ่งเหมินไปด้านหลัง พร้อมกับม้วนปลายกระดูกก้นกบขึ้นเล็กน้อย เพื่อยกจุดตันเถียนให้สูงขึ้น วิธีการอย่างที่สอง



จะทำได้ยาก เหมาะสำหรับผู้ต้องการฝึกเป็นพิเศษ แต่สำหรับผู้ป่วยแล้วให้ทำโดยวิธีที่ 1. จะง่ายกว่า เมื่อทดลองทำแล้วจะได้ผลในทันที ว่าฝ่าเท้ามีน้ำหนักกดมากขึ้น การยืน การทรงตัวทำได้ดีขึ้น

ไ้เท้า เป็นศาสตร์โบราณที่มีอายุมาเกือบพันปี ที่มีชื่อได้รับการยอมรับมาทั้งในด้านการรักษาชีวิตให้ยืนยาว และการยกระดับจิตใจเข้าสู่สิ่งสมบูรณ์ การนำไ้เท้ามาใช้บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยในยุคสมัยที่การรักษาพยาบาลเป็นเรื่องของโลกทางวัตถุที่ไม่สามารถบำบัดรักษาได้ครบทุกองค์ประกอบจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจและให้การสนับสนุนไ้เท้าให้ความสนใจกับระบบพลังงานของชีวิต เมื่อระบบพลังงานถูกระงับและทรมานอย่างเต็มที่ด้วยความวิริยะอุตสาหะผลสำเร็จก็ย่อมปรากฏให้เห็น

2. แนวคิดเรื่อง “ความยืดหยุ่นของสมอง”

การวิจัยทางวิทยาศาสตร์จำนวนมากที่เกี่ยวกับสมองได้แสดงให้เห็นว่า สมองของเราปรับเปลี่ยนการทำงานได้ตลอดชีวิต ขึ้นอยู่กับว่าเราจะใช้มันอย่างไร ความสามารถนี้เรียกว่า “ความยืดหยุ่นของสมอง” เซลล์สมองสามารถเชื่อมโยงสร้างเครือข่ายการทำงานกันใหม่เพื่อตอบสนองต่อประสบการณ์ที่เราสร้างขึ้นมา เมื่อเซลล์สมองบางส่วนได้รับความเสียหายหรือถูกทำลาย เซลล์สมองส่วนที่เหลือยังมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหน้าที่การทำงานของมันเพื่อเข้ามาทำหน้าที่แทน หรือการสร้างเซลล์สมองใหม่ขึ้นมาซึ่งมีงานศึกษาอยู่หลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่าสมองยังมีการสร้างเซลล์สมองใหม่ขึ้นมาแม้ในกลุ่มผู้สูงอายุ (วิดิทัศน์สารคดีเกี่ยวกับสมอง เรื่อง The Brain Fitness Program ตอนสมอง ไ้แซนบ แผนที่สมอง ความยาว 46.37 นาที ออกอากาศในเคเบิลทีวีช่อง true explore 3)

ในรายการสารคดีได้กล่าวถึงกรณีตัวอย่างของนักศึกษาแพทย์ในมหาวิทยาลัยแมกซิกโกซิตี ซึ่งมีคุณพ่อป่วยด้วยเส้นโลหิตในสมองแตก ในการบำบัดนั้นท่านหัดเดินด้วยโมเดลการฝึกเดินแบบเด็ก ด้วยความที่ท่านไม่ชอบฟังพาดูใคร ตอนแรกท่านต้องใช้ศอกเพราะว่ายืดแขนตรงๆไม่ได้ หลังจากนั้นสักพักหนึ่งท่านก็คลานด้วยมือและเท้า ต่อมาท่านก็ไปถึงจุดที่คลานขึ้นบันไดได้ สิ่งต่างๆ กลับมาทีละน้อย ยิ่งทำมากก็ยิ่งกลับมา และหายดี โดยการบำบัดของบุตรชาย จนได้กลับไปทำงานในตำแหน่งศาสตราจารย์ที่ซิดดีคอลลิจออฟนิวยอร์ก และมีชีวิตที่มีสีสัน เมื่อเสียชีวิตไป บุตรชายซึ่งเป็นนักประสาทวิทยาศาสตร์ขอให้มีการชันสูตรศพ ในห้องแล็บปรากฏผลว่า ส่วนของสมองที่ถูกทำลาย และได้รับความเสียหายจากเส้นเลือดในสมองแตกที่ยังหลงเหลืออยู่ สมองส่วนของการเคลื่อนไหวได้รับความเสียหายรุนแรง ถึง 97% สิ่งที่เกิดขึ้นกับสมองของบิดาที่ทำให้เขากลับมาใช้ชีวิตได้ใหม่เป็นการจัดระบบใหม่ของสมองเพื่อให้สมองส่วนที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวตั้งแต่แรกมารับหน้าที่ไป ที่เป็นเช่นนี้เพราะสมองมีความยืดหยุ่น การเปลี่ยนแปลงในสมองของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ทักษะใหม่ เป็นการขัดเกลาทักษะที่ย่อยหย่อนลง ซึ่งต้องทำด้วยความตั้งใจและใส่ใจอย่างเต็มพลัง กระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวา และเอาจริงเอาจัง จึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก

3. องค์ประกอบที่สำคัญของเกิดโครงสร้างใหม่ของสมอง

การฝึกฝนของร่างกายและจิตใจจะส่งผลต่อการทำงานของสมอง สารคดีข้างต้นได้สรุปองค์ประกอบสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดพัฒนาการในผู้ป่วย 7 ประการ ดังต่อไปนี้ (วิดิทัศน์สารคดีเกี่ยวกับสมอง เรื่อง The Brain



Fitness Program ตอนสมอง ไช้แนบ แผนที่สอง ความยาว 46.37 นาที ออกอากาศในเคเบิลทีวีช่อง true explore 3) คือ

1. องค์ประกอบทางจิตใจ องค์ประกอบนี้เป็นตัวทำให้เกิดการยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ เปิดใจให้กับตนเองสร้างสิ่งใหม่ และสร้างความวิริยะกระทำสิ่งนั้นให้ปรากฏ

2. การใส่ใจเป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญในสิ่งที่เราเรียนรู้ โดยหลักแล้วการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจากที่เราใส่ใจ ถ้าเราใช้สมาธิ มุ่งมั่น ใส่ใจ ถ้าเราตั้งใจจริงๆแล้วมันจะเข้าไปสร้างความเปลี่ยนแปลงในสมองที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง ความยืดหยุ่นสมองนั้นส่งเสริมได้โดยสภาวะทางพฤติกรรม ถ้าเราเกิดความตื่นตัวเตรียมพร้อมสำหรับการปฏิบัติการ สมองจะปล่อยสารสื่อประสาทประเภทที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงในสมอง

3. ความเปลี่ยนแปลงเสริมการเชื่อมโยงเซลล์ประสาทที่ใช้งานในเวลาเดียวกัน การสร้างโมเดลที่จะนำมาซึ่งการทำงานได้อย่างสมบูรณ์แบบ เช่นถ้าเรามีโมเดลของภาพการเคลื่อนไหวของมือหรือนิ้วมือ เราคำนึงถึงคุณค่าและความพยายามเคลื่อนไหวหรือนิ้วมือตามที่เรานึกภาพไว้ เมื่อลองทำบ่อยๆ แล้วพบว่ามีการพัฒนาการขึ้น สมองจะจำได้ว่าทำแล้วดีขึ้นก็จะเก็บบันทึกการเชื่อมโยงการทำงานของเซลล์ประสาทกล้ามเนื้อเนื้อทุกส่วนที่ทำหน้าที่ร่วมกันและนำมาซึ่งความสำเร็จในการเคลื่อนไหวอวัยวะนั้นๆ คือมือหรือนิ้วมือ แล้วทำให้การเชื่อมโยงนั้นแข็งแกร่งขึ้น

4. โครงสร้างและการทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เราทำอยู่ตลอดเวลา การทำซ้ำแล้วซ้ำเล่า โดยทำเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เราจะได้ความเปลี่ยนแปลงในสมองที่สำคัญและมีความยั่งยืนขึ้นด้วย ดังกรณีที่ว่าอย่างข้างต้นที่เพลดพยายามฝึกเดินแบบเด็ก จนกระทั่งทำได้คล่องตัวมากขึ้นและเดินได้ในที่สุด

5. ความยืดหยุ่นสมองเป็นถนนที่รื้อถึงได้สองทาง เราสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงของสมองได้ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ คือถ้าเรามีแรงจูงใจในเชิงบวกเราจะสร้างนิสัยความเคยชินในเชิงบวกได้ เช่นหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแรงจูงใจที่จะกลับมาใช้ร่างกายให้เป็นปกติ ก็จะมี ความพยายามฝึกฝนจนมีพัฒนาการที่ดี แต่หากท้อแท้หมดกำลังใจ หรือไม่มีแรงกระตุ้นที่ดีก็อาจทำให้ไม่ตั้งใจ ใส่ใจที่จะฝึก เกิดเป็นความเฉื่อยเนือยที่ถอยลง ซึ่งจะยิ่งทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอแรงยิ่งขึ้น

6. ความทรงจำมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ สมองตั้งโมเดลทางการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา นอกจากนั้นมันยังจดจำความคืบหน้าในการพัฒนาทักษะหรือความสามารถของเราเป็นระยะอีกด้วย และมันก็ทำการเปรียบเทียบกับโมเดลที่ตั้งเอาไว้ในความทรงจำอยู่เสมอ เมื่อเห็นความก้าวหน้าจากการฝึกปฏิบัติ สมองจะจดจำเปรียบเทียบกับภาพโมเดลที่สร้างขึ้นและจะพยายามพัฒนาทักษะจนเซลล์ประสาทกล้ามเนื้อเนื้อต่างๆ ทำงานได้ใกล้เคียงกับโมเดลนั้น

7. การเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกออกแบบมาให้เหมาะสมกับการกระตุ้นให้เกิดโครงสร้างการทำงานใหม่ของเซลล์สมอง

ไท้เก๊กเป็นรูปแบบการเคลื่อนไหวที่อาศัยจินตนาการเคลื่อนไหวโดยไม่ถูกผูกมัดอยู่กับความบกพร่องของกาย จิตที่ประสานอยู่กับลมหายใจที่ละเอียดจะกระตุ้นให้สมองสร้างการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างละเอียดแม้ใน



ส่วนของร่างกายที่รับรู้และสั่งงานไม่ได้ ความจงใจที่ชัดเจนนี้จะกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานใหม่ของเซลล์สมองที่ยังคงเหลืออยู่ให้มาทำหน้าที่แทนเซลล์สมองที่เสียหายไป

งานวิจัยนี้ถูกรองรับจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์มา 8 ปี หลังจากการฝึกฝนตามที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลที่เพิ่งได้รับการถ่ายทอดวิธีการปรับลมหายใจแบบไท่เก๊ก และได้นำมาแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกเป็นเวลา 3 เดือน ร่างกายซิกขาที่ไม่สามารถรับรู้ได้สามารถกลับมาเคลื่อนไหวได้ และหลังจากผ่านการฝึกฝน 1 ปี สามารถกลับมาใช้ร่างกายได้เหมือนคนปกติ

4. งานวิจัยการใช้ไท่เก๊กเพื่อการบำบัดโรคเรื้อรัง

การศึกษาแบบ systematic review เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบไท่เก๊กในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่าช่วยทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีและลดความดันโลหิตในผู้ป่วยได้โดยทบทวนในงานวิจัยทั้งสิ้น 29 การศึกษามี 9 การศึกษาที่เป็นการศึกษาแบบทดลอง RCT 14 เป็น non-RCT และ 6 การศึกษาเป็นแบบไม่ได้ทดลองไม่พบผลข้างเคียงจากการศึกษาทั้งหมดนี้ การศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบนี้สรุปว่าการรำไท่เก๊กเป็นประโยชน์ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันในผู้ป่วยหลอดเลือดและสมองและต้องการการศึกษาเพิ่มเติม (4)

การศึกษาแบบทดลองมีกลุ่มควบคุมและทำแบบสุ่ม (RCT) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและไขมันผิดปกติและวิตกกังวลพบว่าภายหลัง 12 สัปดาห์ผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่ลดลง ไขมันคลอเลสเตอรอลลดลงอาการวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5)

5. มโนทัศน์สำคัญของการจัดทำหลักสูตรการอบรม “ไท่เก๊กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

1. การจัดระเบียบร่างกายเพื่อสร้างพื้นฐานการเคลื่อนไหวแบบไท่เก๊ก

ระยะเวลาในการฝึก 20 ชั่วโมง

เป็นการจัดระเบียบการใช้ร่างกายเสียใหม่ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างจุดข้อต่อสำคัญต่าง ๆ ในร่างกาย อันได้แก่ ข้อเท้า ข้อเข่า ข้อต่อกระดูกสะโพก จุดเอวด้านข้างลำตัวทั้งสองฝั่ง ข้อไหล่ จุดด้านข้างลำคอใต้ขากรรไกร ข้อศอก และข้อมือ รวมทั้งสิ้นข้างละ 8 จุด รวม 16 จุด เป็นจุดตามแนวด้านข้างลำตัวตลอดแนวทั้งฝั่งซ้ายและขวา การเชื่อมโยงจุดสำคัญเหล่านี้ขณะเคลื่อนไหวทำให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. รักษาสมดุลร่างกายได้อย่างมั่นคง
2. ขยายขอบเขตการรับรู้ครอบคลุมทั่วทั้งตัว
3. จิตสามารถรับรู้และคลายการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อขณะเคลื่อนไหว
4. กระตุ้นการไหลเวียนของพลังงาน (ชี) ในร่างกายได้อย่างดี

จิตที่สามารถเห็นจุดทั้ง 16 จุด และสามารถเชื่อมโยงการเคลื่อนไหวของจุดต่าง ๆ เข้าด้วยกันจนทรงร่างกายได้อย่างสมดุลจะเป็นจิตที่มีความสงบนิ่ง เฉียบคม และมีพลัง และเป็นพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาทักษะการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยไท่เก๊ก ผู้ฝึกฝนในหัวข้อนี้อาจเริ่มมีทักษะในการจำแนก จิต กับกาย ออกจากกัน และสามารถรับรู้สิ่งที่ละเอียดกว่ากายได้ ซึ่งคือ ลมหายใจ



ท่าที่ใช้ในการฝึก

1. ท่ายืน (จันจงง)
2. ท่าเดิน
3. ท่ารำ 4 ทิศ

2. มโนทัศน์เรื่องการบริหารลมหายใจ

ระยะเวลาในการฝึก 20 ชั่วโมง

เป็นการติดตามรับรู้สภาพของลมหายใจซึ่งจำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ลมหายใจปกติ ธรรมดา ซึ่งจะมีความสั้น-ยาว หยวบ-ละเอียด ลมหายใจเหล่านี้โดยส่วนใหญ่แล้วไม่มีพลัง ควบคุมทิศทาง ปริมาณ แรงอัด ไม่ค่อยได้ มักเป็นไปเองตามสภาพร่างกายที่เอื้ออำนวย

2. ลมหายใจที่เนื่องอยู่กับการเคลื่อนไหว เป็นลมหายใจที่เนียนละเอียด ลึกยาว ไม่มีการขาดห้วง เป็นลมหายใจที่มีพลัง สามารถขับเคลื่อนการเคลื่อนไหวของร่างกายได้อย่างสงบนิ่ง ผ่อนคลาย และมั่นคง ความลึกของลมหายใจนี้สามารถเคลื่อนลงมาได้ถึงท้องน้อย การหายใจได้ในระดับนี้ก็สามารถกระตุ้นการไหลเวียนของระบบพลังงานได้เป็นอย่างดี จะสังเกตได้จากการเกิดไออุ่นครอบคลุมไปได้ทั้งตัว

3. ลมหายใจที่ผสมเข้ากับพลังชีวิต (ชี) เมื่อฝึกถึงขั้นที่ 2 จิตจะละเอียดพอที่จะสัมผัสถึงไออุ่นที่โคจรอยู่ในร่างกาย โดยเฉพาะเส้นลมปราณสำคัญที่อยู่ในท่าฝึก คือ เส้นแกนกลางลำตัว จะโคจรอยู่ในลำตัวจากท้องน้อยถึงกึ่งกลางอก ซึ่งเป็นการโคจรอันเนื่องมาจากท่าที่ใช้ฝึกในหลักสูตร เดิมที่ไออุ่นนี้จะเคลื่อนตามมือที่ยกขึ้นและกดลง (ตามท่าฝึก) ซึ่งมีลมหายใจเข้า-ออก เนื่องอยู่กับการเคลื่อนไหวนั้น เมื่อจิตคุ้นเคยกับการเคลื่อนไหวของไออุ่นตามมือและลมหายใจแล้ว จิตจะมีความสามารถอีกอย่างหนึ่งคือ รวมลมหายใจกับไออุ่นนั้นเข้าด้วยกัน กล่าวคือ เมื่อวางมือหนึ่งอยู่เฉย ๆ เมื่อจิตกำหนดให้ลมหายใจไหลเข้าสู่ร่างกายจะสามารถดึงไออุ่นนั้นขึ้นมาจากท้องน้อย และเมื่อหยุดลมหายใจและกำหนดลมไว้ที่กึ่งกลางอก แล้วระบายลมหายใจออก ไออุ่นที่เคลื่อนมาถึงกึ่งกลางอกจะถูกกักไว้ตรงจุดนั้นและถูกดันลงกลับมายังท้องน้อยตามเดิม ความสามารถนี้เป็นการรวมลมหายใจเข้ากับพลังชีวิตในร่างกาย โดยเทคนิคการหายใจที่เรียกว่า หายใจแบบปฏิกภาค พลังของลมหายใจในขั้นนี้จะมี ความละเอียดลึกซึ้งมาก จิตจะสามารถโคจรลมหายใจและพลังชีวิตไปได้ทุกจุดในร่างกาย และสามารถทะลุทะลวงจุดติดขัดต่าง ๆ ให้เปิดโล่งได้

ท่าที่ใช้ในการฝึก คือ ท่าปรับลมหายใจ มี 4 ท่า

3. มโนทัศน์สำคัญในการฝึก จิตภาพกับการเคลื่อนไหวร่างกาย

ระยะเวลาในการฝึก 40 ชั่วโมง

เป็นการฝึกฝนให้เห็นความสามารถของจิตที่เข้ามากระตุ้นการทำงานของร่างกายโดยใช้มโนทัศน์ที่สำคัญเรื่องหนึ่ง คือ จิตภาพ ซึ่งเป็นภาพของร่างกายที่จิตประกอบขึ้นมาจากข้อมูลทางผัสสะที่ประสาทสัมผัสรายงานมายังสมองและรับรู้ได้โดยจิต ภาพนี้จะปรากฏต่อจิต ณ ตำแหน่งที่ร่างกายนั้น ๆ ดำรงอยู่ มิใช่ภาพที่เกิดขึ้นในห้วงจิต เช่น มโนภาพ หรือจินตภาพ อีกทั้งจิตที่อยู่ในภวณี้มีการกระทำที่น้อยกว่า จึงสามารถครองภวณที่นิ่ง และเป็นผู้รับรู้ หรือ “เห็น” (โดยจิต ไม่ใช่โดยตา) สิ่งที่เกิดขึ้นกับกายได้อย่างสมบูรณ์ อีกทั้งเมื่อฝึกฝน



ไปได้ระยะหนึ่ง(ตามหลักสูตร) จิตจะสามารถกระตุ้นกระแสรู้สึกที่ปลายประสาทสัมผัส ณ จุดที่จิตต้องการได้ เช่น ที่ปลายนิ้ว และไล่กระแสรู้สึกมาตามนิ้วจนถึงโคนนิ้ว ฯลฯ ได้ตามต้องการ ทักษะนี้สามารถกระตุ้นให้ประสาทสัมผัส ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีความคมชัด แลฉับไวขึ้นได้ อีกทั้งยังสามารถกระตุ้นกระแสรู้สึกในส่วนของร่างกายที่เนื้อสมองที่รับผิดชอบส่วนนั้นเสียหายไปแล้ว ทักษะนี้เมื่อผสมเข้ากับพื้นฐานการเคลื่อนไหวแบบไท้เก๊ก และการบริหารลมหายใจจนสามารถโคจรพลังชีวิต หรือ ชี่ ได้ ความสามารถในการบำบัดฟื้นฟูก็จะมีมากขึ้น

หัวข้อที่ใช้ในการอบรม คือ องค์ประกอบของจิตในการกระตุ้นการทำงานของประสาทสัมผัส กายเคลื่อน จิตนิ่ง-จิตเคลื่อนกายนิ่ง การเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องกับลมหายใจ การรวมจิตภาพกับแผนที่ร่างกายในสมอง การเคลื่อนไหวแบบจินตนำกายกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานของสมอง

ท่าที่ใช้ในการอบรม คือ ไ้เก๊ก 14 ท่า

4. มโนทัศน์เรื่อง การฟังก

ระยะเวลาในการฝึก 6 ชั่วโมง

การใช้ร่างกายแบบไท้เก๊กมีสัมผัสที่อ่อนนุ่ม และส่งแรงซึมลึกเข้าไปในสิ่งที่สัมผัส เป็นการเชื่อมโยงระบบพลังงานระหว่างกัน การบำบัดผู้ป่วยโดยมีทักษะการใช้ร่างกายแบบไท้เก๊กจึงไม่ก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บ เสียหายต่อโครงสร้างร่างกายและอวัยวะภายในทักษะการเชื่อมโยงนี้เรียกว่า การฟังก ซึ่งเป็นทักษะสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ฝึกไท้เก๊ก

ท่าที่ใช้ในการฝึก คือ ท่าผลักมือ

5. หัวข้อเสริมอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ที่รอบด้าน จึงมีหัวข้ออบรมเสริมดังนี้

1. ทฤษฎีสมองยึดหยุ่น
2. ทฤษฎีและแนวคิดพื้นฐานของไท้เก๊ก
3. การเหยียดกายคลายเส้น
4. การบริหารข้อต่อ



บทที่ 3 วิธีการวิจัย

1. รูปแบบในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษารูปแบบการใช้องค์ความรู้ของไ้แก็กที่ใช้จิตนำการเคลื่อนไหวร่างกายโดยประสานเข้ากับลมหายใจอย่างแนบเนื่องโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และศึกษาผลของการใช้ไ้แก็กในรูปแบบที่กำหนดให้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อพัฒนาการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสังเกตว่า ทีม TSPR นำความรู้และประยุกต์ทักษะที่ได้รับการถ่ายทอดมาไปสู่การบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างไร และสังเกตว่า โดยผ่านกระบวนการนี้ผู้ป่วย สามารถรู้ฟื้นความตระหนักในคุณค่าของตนเองกลับคืนมาได้หรือไม่ สังคมโดยรอบมีส่วนเอื้อให้เกิดผลเหล่านี้ได้อย่างไร

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลพัฒนานิคม โรงพยาบาลเดิมนางบวช โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช โรงพยาบาลท่าหลวง โรงพยาบาลบางปะกง โรงพยาบาลปากพลี และโรงพยาบาลบ้านนา

Inclusion criteria

1. ที่มีอายุระหว่าง 45-80 ปี
2. เจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง 2-10 ปี
3. สามารถทำตามคำสั่งได้

Exclusion criteria

1. ผู้ป่วยที่แขนหรือขาขาด
2. ผู้ที่มีภาวะที่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

3. การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรศึกษา (Study Population) ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพฤกษ์ครึ่งซีกที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยโรงพยาบาลของรัฐ ที่มีอาการอัมพฤกษ์ครึ่งซีกที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยโรงพยาบาล การคำนวณขนาดตัวอย่างทำโดยกำหนดให้ $\alpha = 0.05$, $\text{power} = 90\%$, Modified Barthel Index* แตกต่างกันที่ 30 และ 40 คะแนนด้วยค่า S.D. = 12. ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 31 ราย เพิ่ม 20% ได้เป็น 37.8 ปรับเป็น 40 รายต่อกลุ่ม รวมเป็นทั้งสิ้น 80 ราย จึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 8 โรงพยาบาล แห่งละประมาณ 10 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่มแบบ block ขนาด 4 คน (block of 4 randomization) คือ กลุ่มไ้แก็ก (T) 40 คน และกลุ่มควบคุม (C) 40 คน

(*อ้างอิง Lziling Lin and Tiebin Yan, 2011. Long-term effectiveness of neuromuscular electrical stimulation for promoting motor recovery of the upper extremity after stroke Inclusion criteria. J Rehabil Med 43: 506–510)



กระบวนการ block of 4 randomization ทำโดย

- 1.) ทำรหัสผู้ป่วยจำนวน 4 คนที่มี กลุ่มไ้้้้ (T) 2คน และกลุ่มควบคุม (C) 2 คนซึ่งจะมี block ที่มีลักษณะเป็น combination เป็น 6 แบบคือ TTCC, TCTC, TCCT, CCTT, CTCT, CTTC
- 2.) สุ่มเลือกให้แต่ละโรงพยาบาลได้รับรหัสจำนวน 2 block (8 คน) และอีก 2 คนที่มีทั้ง T และ C
- 3.) รหัสจะถูกบรรจุใส่ซองสีน้ำตาลทึบไม่สามารถส่องเห็นจากไฟได้แล้วเรียงตามลำดับหมายเลข ตั้งแต่ 1 ถึง 10 ส่งให้แต่ละโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
- 4.) กระบวนการทั้งหมดนี้ทำโดยผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งไม่รู้เห็นกับกระบวนการให้การรักษา การวัดและประเมินผล

ผู้ป่วยทุกคนได้รับการแจ้งจากทางโรงพยาบาลถึงความสนใจเข้าร่วมโครงการและต้องให้ความยินยอม (informed consent) ในการเข้าร่วมการทดลองโดยความสมัครใจ โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

4. เครื่องมือในการวิจัย

1. ผู้ดูแลบำบัด

เป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกโรงพยาบาลด้วยวิธีการแบบอาสาสมัคร (Voluntary Selection) โดยประชาสัมพันธ์โครงการไปยังโรงพยาบาลของรัฐ สำนวจความสนใจของผู้บริหารโรงพยาบาล ความพร้อมของโรงพยาบาล ความเหมาะสมของบุคลากรที่ได้รับการมอบหมายเข้าร่วมโครงการ และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้มีจำนวน 7 โรงพยาบาล จากนั้นใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 8 ทีมๆละ 4 คน (กลุ่มทดลองทีมละ 3 คน รวม 24 คน เรียกว่า ทีม TSPR (TSPR : Tai-chi for Stroke Patient Rehabilitation) และกลุ่มควบคุมทีมละ 1 คน รวม 8 คน รวมบุคลากรทางสุขภาพเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 32 คน ประกอบด้วย ตำแหน่งพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข โดยได้รับองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญด้านไ้้้้ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ที่เหมาะสมในประยุคต์กับการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองด้วยไ้้้้ และแนวคิดที่สามารถนำมาปรับใช้ได้จริง

ส่วนกลุ่มควบคุมจะทำการเยี่ยมบ้านโดยผู้บำบัดที่แยกทีมจากกันไม่เป็นผู้บำบัดคนเดียวกันเพื่อป้องกัน contamination โดยจะเป็นทีมเยี่ยมบ้านที่อยู่ในระบบการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษายู่แล้ว ซึ่งอาจเป็นพยาบาลเยี่ยมบ้าน นักกายภาพบำบัดก็ได้

2. อุปกรณ์ประเมิน

- อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต นาฬิกาจับเวลา



- อุปกรณ์ประเมินดัชนีมวลกาย และรอบเอว ได้แก่เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สายวัด
 - อุปกรณ์ประเมินสมรรถภาพร่างกาย (Physical fitness test) ได้แก่ สายวัด ตลับเมตร นาฬิกาจับเวลา เครื่องวัดแรงบีบมือ เครื่องวัดกำลังกล้ามเนื้อ แก้อึดแข็งแรง เตียงนอน เพื่อประเมิน
3. แบบบันทึกสมรรถภาพร่างกาย
- ประกอบด้วยประกอบด้วยการประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว การทรงตัว แรงบีบมือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและขา ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การทดสอบด้วยการก้าวอยู่กับที่ ความอ่อนตัว และลุกเดินจากเก้าอี้ไป กลับ 8 พุด
4. แบบประเมินผลลัพธ์
- แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC Functional Assessment) เป็นการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ประเมิน ผู้ดูแล และผู้ป่วย เพื่อประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบด้วย 10 หมวด 35 กิจกรรมย่อย มีเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 เป็นแบบประเมินที่สามารถวัดได้หลายกิจกรรมในทุกกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย โดยไม่ต้องปฏิบัติให้ดูจริง ใช้ได้จริงทางคลินิก ใช้เวลาไม่นาน และไม่ต้องใช้เครื่องมือ และมีเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจน
 - แบบประเมินความผาสุก (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual well-being scale; FACIT-Sp) ประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม 6 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ 6 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม 7 ข้อ และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ 12 ข้อ (meaning/piece 8 ข้อ และ faith 4 ข้อ) พัฒนาโดย the FACIT Measurement System and FACIT.org (www.facit.org).
 - แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ5D-3) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินภาวะทางสุขภาพจำนวน 5 ข้อ หรือ 5 มิติซึ่งเป็นคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตที่คนทั่วไปให้คุณค่าสูง ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง) อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (pain/discomfort) และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression) พัฒนาโดย EuroQol Group (<http://www.euroqol.org>)
 - Fugl-Meyer เป็นการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ sensory, motor, balance, range of motion, joint pain ประกอบด้วยการประเมินร่างกายส่วนบน 9 ข้อ และร่างกายส่วนล่าง 6 ข้อ พัฒนาโดย Fugl-Meyer AR และคณะ (Fugl-Meyer AR, Jaasko L, Leyman I, et al.



The post-stroke hemiplegic patient, I: a method for evaluation of physical performance. Scand J Rehabil Med. 1975;7: 13-31.)

5. การบันทึกเชิงคุณภาพ

- แบบประเมินความพึงพอใจต่อการฝึกไท้เก๊ก
- แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ทีม TSPR หลังจากนำความรู้เรื่องนี้ไปปฏิบัติ และการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงประสบการณ์ที่ตนได้รับในแต่ละช่วงของการบำบัดฟื้นฟูด้วยการฝึกปรับลมหายใจแบบไท้เก๊ก
- แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างทีม TSPR และระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ญาติ และผู้แทนชุมชน

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

แหล่งข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิ

- การประเมินผู้ป่วย
- สัมภาษณ์ผู้ผ่านการอบรมเพื่อหาข้อสรุปความคิดเห็น
- สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูด้วยการฝึกปรับลมหายใจแบบไท้เก๊ก
- สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกปรับลมหายใจแบบไท้เก๊ก
- การสังเกต (Observation) พฤติกรรมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้เข้ารับการอบรมและผู้ป่วย

2. ข้อมูลทุติยภูมิ

- เอกสารบทความจากผู้เชี่ยวชาญ
- เอกสารทางวิชาการด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านสมองยืดหยุ่น (Plastic city) และด้านการปรับลมหายใจแบบไท้เก๊ก
- เอกสารการอบรม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิเคราะห์ สังเคราะห์เนื้อหาในรูปเอกสาร เอกสารที่นำมาวิเคราะห์ เช่น หนังสือ เอกสาร คำบรรยายเกี่ยวกับการฝึกปรับลมหายใจแบบไท้เก๊กในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายงานการดำเนินงาน แบบสำรวจกิจกรรม แบบประเมินสมรรถภาพร่างกาย เอกสารความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการ
2. วิเคราะห์เนื้อหาการอบรมที่บันทึกโดยแถบบันทึกเสียงวีดิทัศน์ คำบรรยายของวิทยากร การบรรยายตอบโต้ระหว่างวิทยากรกับผู้เข้ารับการอบรม
3. การใช้แบบประเมินและแบบสอบถามผู้ป่วยเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ
4. ประชุมทีมงานวิจัยเพื่อศึกษา และกำหนดประเด็น และทำรายงานผลการวิจัย



5. การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยใช้วิธีสอบถามเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจศึกษา โดยการแสวงหาผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งจะเป็นผู้ที่จะสามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ได้ ในที่นี้ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ ผู้รับการอบรม ผู้รับการบำบัดฟื้นฟู เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูตลอดโครงการ ที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการบำบัดฟื้นฟู
6. การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) โดยผู้วิจัยเข้าไปร่วมกิจกรรมกับกลุ่มผู้ถูกวิจัย มีการร่วมกระทำกิจกรรมร่วมกันและพยายามทำให้คนในกลุ่มนั้นยอมรับว่าผู้วิจัยมีสถานะบทบาทเช่นเดียวกับตน ซึ่งมีกระบวนการสามขั้น คือ การสังเกต การซักถาม และการจดบันทึก นอกจากการเฝ้าดูแล้ว นักวิจัยจะซักถามบางสิ่งบางอย่างที่อาจไม่เข้าใจได้จากการสังเกต ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง การเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคนี้จำเป็นต้องใช้ศึกษากระบวนการจัดการอบรมของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อดูกระบวนการเรียนรู้ของผู้รับการอบรม ลักษณะความเข้าใจของผู้รับการอบรมต่อวัตถุประสงค์ของกิจกรรม สิ่งที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกระทำนั้นทำอย่างไร คิดอะไร การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ และการปรับตนเองเข้ากับความรู้ต้นแบบของการอบรม สิ่งเหล่านี้จะชี้ให้เห็น หน้าที่ สถานภาพ บทบาท และความสัมพันธ์ของผู้รับการอบรมต่อโครงการ และแนวโน้มความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย
7. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant Observation) โดยผู้วิจัยจะสังเกตอยู่ภายนอก โดยไม่เข้าร่วมในกิจกรรมที่ทำอยู่ การเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคนี้จะใช้สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟู เพื่อให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ทำการบำบัดในการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปบำบัดผู้ป่วย เทคนิคและ กระบวนการถ่ายทอด ตลอดจนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการของกิจกรรมดังกล่าว
8. การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มสนทนา จะได้ข้อมูลที่มีความสอดคล้องกับการสัมภาษณ์รายบุคคล เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลหลังการดำเนินการบำบัดรักษา ซึ่งผู้วิจัยจะเชิญผู้เข้ารับการอบรมเข้าประชุมร่วมกับทีมนักวิจัยเพื่อศึกษาแนวทางในการปฏิบัติที่เกิดขึ้นและแนวทางในการพัฒนาให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อไป
9. การบันทึกภาคสนาม (Field note) จากการสังเกตขอมติทีม TSPR ระหว่างการบำบัดฟื้นฟู กิจกรรมการฝึกอบรม และการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการบรรยายเนื้อหาข้อความ ซึ่งพิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่ใส่อคติหรือความรู้สึกของตัวเองเข้าไปผูกพัน ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงปัญหาของการวิจัยว่าครอบคลุมประเภทของคำหรือข้อความอะไรบ้าง ผู้วิจัยจะต้องกำหนดว่า วิธีการเจนนับที่จะใช้ด้วยวิธีใดเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกัน



6. ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1. พัฒนาหลักสูตร “ไต่เก๊กกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”

1. ศึกษางานวิจัย บทความวิชาการ เอกสารการอบรม หนังสือ และสารคดีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 โครงสร้างและกลไกการทำงานของสมอง
- 1.2 การปรับตัวหรือการเปลี่ยนแปลงของสมองหลังได้รับบาดเจ็บ
- 1.3 การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่ในปัจจุบัน
- 1.4 วิธีการเคลื่อนไหวและการหายใจตามแบบของไต่เก๊ก
- 1.5 การปรับลมหายใจตามแบบของไต่เก๊กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. พัฒนาด้านแบบการอบรม จัดทำหลักสูตรการอบรม ไต่เก๊กกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ชั่วโมง อบรม จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน 2 คืน เนื้อหาประกอบด้วย

- 2.1 ทฤษฎีและแนวคิดพื้นฐานของไต่เก๊ก
- 2.2 การเหยียดกายคลายเส้น
- 2.3 การบริหารข้อต่อ
- 2.4 การบริหารลมหายใจด้วยการหายใจแบบปฏิภาค(ลมหายใจเป็นยา)
- 2.5 องค์ประกอบของจิตในการกระตุ้นการทำงานของประสาทสัมผัส กายเคลื่อนไหว-จิตเคลื่อนไหว-จิตเคลื่อนไหว
- 2.6 การเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องกับลมหายใจ
- 2.7 การรวมจิตภาพกับแผนผังร่างกายในสมอง
- 2.8 การเคลื่อนไหวแบบจิตนำกายกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานของสมอง
- 2.9 พื้นฐานการเคลื่อนไหวแบบไต่เก๊ก ไต่เก๊ก 14 ท่า

3. ทดลองนำเนื้อหาการอบรมไปใช้ จัดอบรมให้กับนิสิตและอาจารย์จำนวน 8 คน เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ๆ ละ 5 ชั่วโมง ประเมินพัฒนาการของผู้เรียนตามคุณลักษณะของไต่เก๊กที่มีอยู่ในเนื้อหาทั้ง 9 ข้อ แล้วนำมาปรับปรุงหลักสูตรดังนี้

- 3.1 ระบบพลังงานของไต่เก๊ก “ชี”
- 3.2 รูปแบบการใช้แรง 5 แบบ คือ การฟังแรง การซึมแรง การขับแรง การจมแรง การยืมแรง
- 3.3 การใช้จุดชีพจร 10 จุด เพื่อรักษาสมดุลร่างกาย คือ ต้นเถียน 1 จุด (จุดกึ่งกลางท้องน้อย) หย่งเฉวียน 2 จุด (จุดกลางฝ่าเท้า) เหล่ากง 2 จุด (จุดกลางฝ่ามือ) มิ่งเหมิน 1 จุด (จุดตรงข้ามสะดือ บริเวณหลังกระดูกสันหลัง) จุดกลางหลัง 1 จุด ไป่หุ้ย 1 จุด (จุดกระหม่อม) จุดกลางอก 1 จุด จุดผีเย็บ 1 จุด (จุดกึ่งกลางระหว่างช่องทวารหนัก-ทวารเบา)

4. คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกโรงพยาบาลด้วยวิธีการแบบอาสาสมัคร (Voluntary Selection) อาสาสมัคร จำนวน 8 แห่ง โดยประชาสัมพันธ์โครงการไปยังโรงพยาบาลของรัฐ สืบหาความสนใจของผู้บริหารโรงพยาบาล ความพร้อมของโรงพยาบาล ความเหมาะสมของบุคลากรที่ได้รับการมอบหมายเข้าร่วมโครงการ และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกมีทั้งหมด 7 โรงพยาบาล และ



คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงแห่งละ 4 คน (กลุ่มทดลองทีมละ 3 คน รวม 24 คน เรียกว่า ทีม TSPR (TSPR : Tai-chi for Stroke Patient Rehabilitation) และกลุ่มควบคุมทีมละ 3 คน รวม 24 คน รวมผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 48 คน ดังนี้

1. โรงพยาบาลพัฒนานิคคม	6	คน
2. โรงพยาบาลเดิมนางบวช	6	คน
3. โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ชุดที่ 1	6	คน
4. โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ชุดที่ 2	6	คน
5. โรงพยาบาลท่าหลวง	6	คน
6. โรงพยาบาลบางปะกง	6	คน
7. โรงพยาบาลปากพลี	6	คน
8. โรงพยาบาลบ้านนา	6	คน

ระยะที่ 2.อบรมทีม TSPR เก็บข้อมูล คัดเลือกผู้ป่วยฯ และการประเมินผู้ป่วย

1. การจัดอบรมทีม TSPR จัดอบรม เดือนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน 2 คืน จำนวน 4 ครั้ง โดยจัดทุกวัน พฤหัสบดี ศุกร์ และเสาร์ ของสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ตามหลักสูตรที่กำหนดไว้

- ครั้งที่ 1 เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ทฤษฎีและแนวคิดพื้นฐานของไท้เก๊ก การเหยียดกายคลายเส้น การบริหารข้อต่อ พื้นฐานการเคลื่อนไหวแบบไท้เก๊ก และเรียนรู้ระบบพลังงานของไท้เก๊ก “ชี”
- ครั้งที่ 2 เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย การบริหารลมหายใจด้วยการหายใจแบบปฏิกภาค(ลมหายใจเป็นยา) องค์ประกอบของจิตในการกระตุ้นการทำงานของประสาทสัมผัส เรียนรู้ระบบพลังงานจากจุดข้อต่อสำคัญ 16 จุด บนร่างกาย ฝึกฝนรูปแบบการใช้แรง 5 แบบ คือ การฟิงแรง การซึ่มแรง การซับแรง การจมแรง การยืมแรง
- ครั้งที่ 3 เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย การบริหารข้อต่อ และการคลายการยึดตัวของกล้ามเนื้อ ไ้เก๊ก 14 ท่า เรียนรู้การใช้จุดชีพจร 10 จุด เพื่อรักษาสมดุลร่างกาย
- ครั้งที่ 4 เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย การใช้จิตภาพ แขนที่ร่างกาย กับการรักษาสมดุลของผู้ป่วย การเคลื่อนไหวแบบจิตนำกายกับการสภาวะแวดล้อมใหม่ให้สมอง การรวมจิตภาพกับแขนที่ร่างกาย ในสมอง การเคลื่อนไหวแบบจิตนำกายกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานของสมอง และฝึกการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย

2. การประเมินทีม TSPR

ในกระบวนการอบรมทีม TSPR นักวิจัยจะเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการอบรมด้วยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การจัดสนทนากลุ่ม การบันทึกภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวของทีม TSPR แต่ละบุคคล



3. การคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นักวิจัยร่วมกับทีม TSPR คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าร่วมการวิจัยโดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง จากแต่ละโรงพยาบาล จำนวนโรงพยาบาลละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน โดยมีเงื่อนไขตาม Inclusion criteria และ Exclusion criteria และแบ่งผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาลเป็นกลุ่มทดลอง (TSPR) และกลุ่มควบคุม (Control) โดยการสุ่มอย่างง่าย (การจับฉลาก) จำนวนกลุ่มละ 40 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน

ระยะที่ 3 ระยะบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของทีม TSPR การเก็บข้อมูล และการประเมินผู้ป่วย

1. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน

ทีม TSPR จะเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เพื่อแนะนำวิธีการบำบัดฟื้นฟูด้วยตัวเองให้แก่ผู้ป่วย ลงบันทึกประสบการณ์การบำบัดฟื้นฟูด้วยตนเองลงในแบบบันทึก “หายป่วยได้ด้วยตนเอง” โดยกำหนดให้บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นเวลา 9 เดือน โดยแบ่งเป็น

1. เดือนเมษายนถึงพฤษภาคมเยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์รวม 9 ครั้ง
2. เดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม เยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ รวม 5 ครั้ง
3. เดือนสิงหาคมถึงธันวาคมเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน รวม 5 ครั้ง

2. การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของทีม TSPR

ในช่วงการบำบัดฟื้นฟูจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันของทีม TSPR เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย เริ่มต้นครั้งแรกในปลายเดือนที่ 2 ของการบำบัดฟื้นฟู เดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง

จัดการสนทนากลุ่มให้กับทีม TSPR โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 2 โรงพยาบาล จัดเดือนเว้นเดือน ตามระยะ เดือนที่ 1,3,5,7,9 รวม 20 ครั้ง

3. การเก็บข้อมูล

3.1 สังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

นักวิจัยเก็บข้อมูลรูปแบบการประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัดฟื้นฟูและผลที่เกิดขึ้นกับ โดยเข้าไปสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึก กับทีม TSPR ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ญาติ และคนในชุมชน บันทึกภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวของการให้คำแนะนำและการบำบัดฟื้นฟูด้วยตนเองทุกรายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 80 รายทุกๆ 2 เดือน คือเดือนที่ 1, 3, 5, 7 และ 9 รวมทั้งสิ้น 400 ครั้ง

3.2 การสนทนากลุ่ม

จัดการสนทนากลุ่มให้กับทีม TSPR โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 2 โรงพยาบาล จัดเดือนเว้นเดือน ตามระยะ เดือนที่ 1,3,5,7,9 รวม 20 ครั้ง

จัดการสนทนากลุ่มให้กับผู้ป่วยฯ ญาติผู้ป่วย และตัวแทนของชุมชน โดยแบ่งเป็น 1 กลุ่ม จำนวน 8 ทีม-โรงพยาบาล จัดตามระยะในเดือนที่ 2 และ 6 รวม 16 ครั้ง



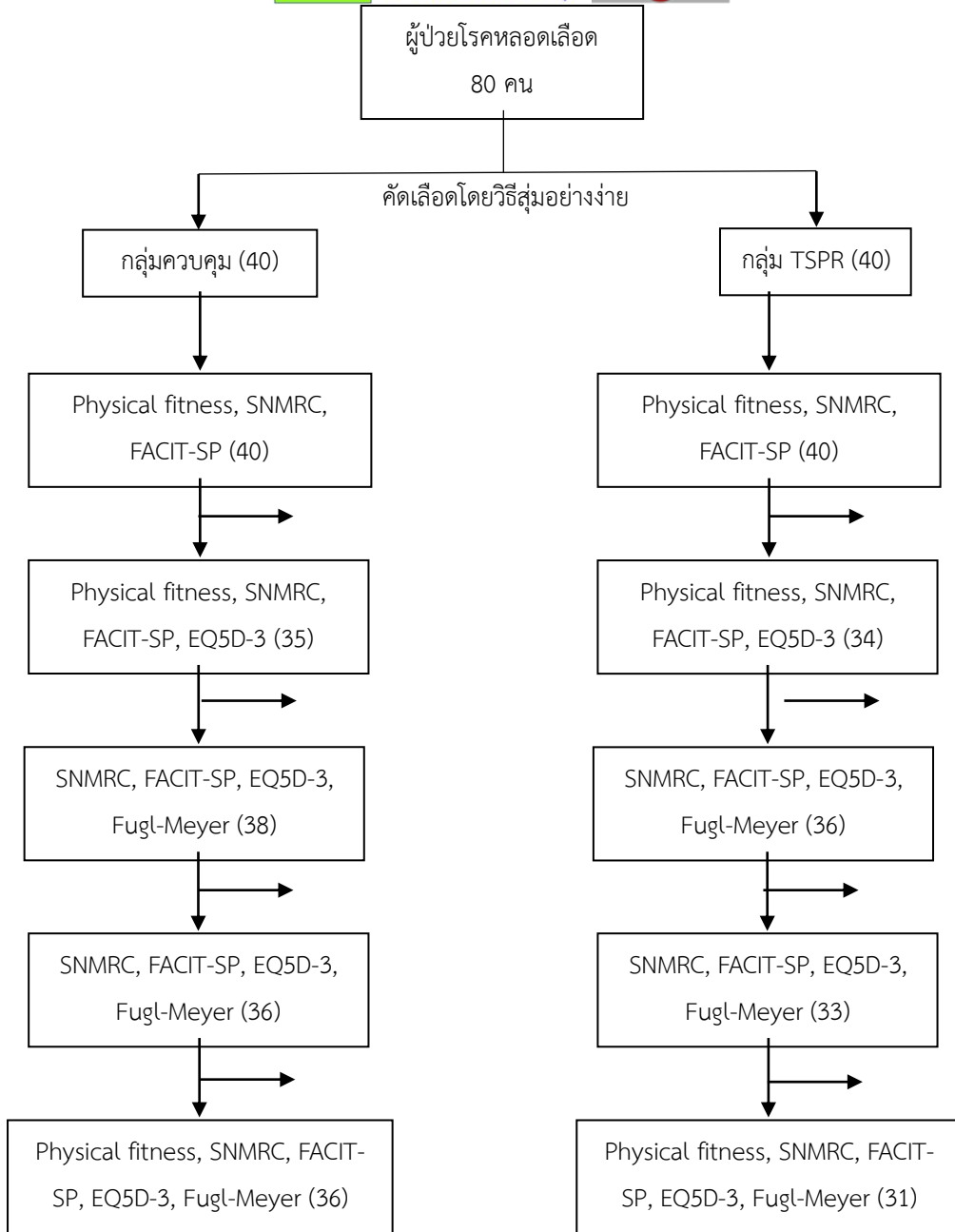
จัดการสนทนากลุ่มให้กับกลุ่มควบคุม ญาติผู้ป่วย และตัวแทนของชุมชน โดยแบ่งเป็น 1 กลุ่ม จำนวน 8 ทีม-โรงพยาบาล จัดตามระยะในเดือนที่ 2 และ 6 รวม 16 ครั้ง

3.3 การประเมินผู้ป่วย จัดให้มีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะระหว่างการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง ประกอบด้วย

- การประเมินครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มการบำบัดฟื้นฟู (เดือนที่ 0)
- การประเมินครั้งที่ 2 ระหว่างให้การบำบัดฟื้นฟูเดือนที่ 3
- การประเมินครั้งที่ 3 ระหว่างให้การบำบัดฟื้นฟูเดือนที่ 6
- การประเมินครั้งที่ 4 สิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟู (เดือนที่ 9)
- การประเมินครั้งที่ 5 หลังการบำบัดฟื้นฟู 3 เดือน (เดือนที่ 12)

การประเมิน

- **Physical fitness test**เดือนที่ 0, 3 และ 12 เป็นการประเมินสภาพร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว การทรงตัว แรงบีบมือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและขา ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การทดสอบด้วยการก้าวอยู่กับที่ ความอ่อนตัว และลุกเดินจากเก้าอี้ไป กลับ 8 ฟุต
- **SNMRC-functional assessment**เดือนที่ 0, 3, 6, 9 และ 12 เป็นการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ประเมิน ผู้ดูแล และผู้ป่วย เพื่อประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบด้วย 10 หมวด 35 กิจกรรมย่อย
- **FACIT-SP (Spiritual well-being scale)**เดือนที่ 0, 3, 6, 9 และ 12 เพื่อประเมินความผาสุกของชีวิตประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม 6 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ 6 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม 7 ข้อ และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ 12 ข้อ (meaning/piece 8 ข้อ และ faith 4 ข้อ)
- 6. **EQ5D-3** (แบบประเมินคุณภาพชีวิต) เดือนที่ 3, 6, 9 และ 12 ประกอบด้วยเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินภาวะทางสุขภาพจำนวน 5 ข้อ หรือ 5 มิติซึ่งเป็นคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตที่คนทั่วไปให้คุณค่าสูง ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง) อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (pain/discomfort) และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression)
- **Fugl-Meyer Assessment**เดือนที่ 6, 9 และ 12 เป็นการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ sensory, motor, balance, range of motion, joint pain ประกอบด้วย การประเมินร่างกายส่วนบน 9 ข้อ และร่างกายส่วนล่าง 6 ข้อ



แผนภาพแสดงขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 4 การวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 วิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไท่เก๊กในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

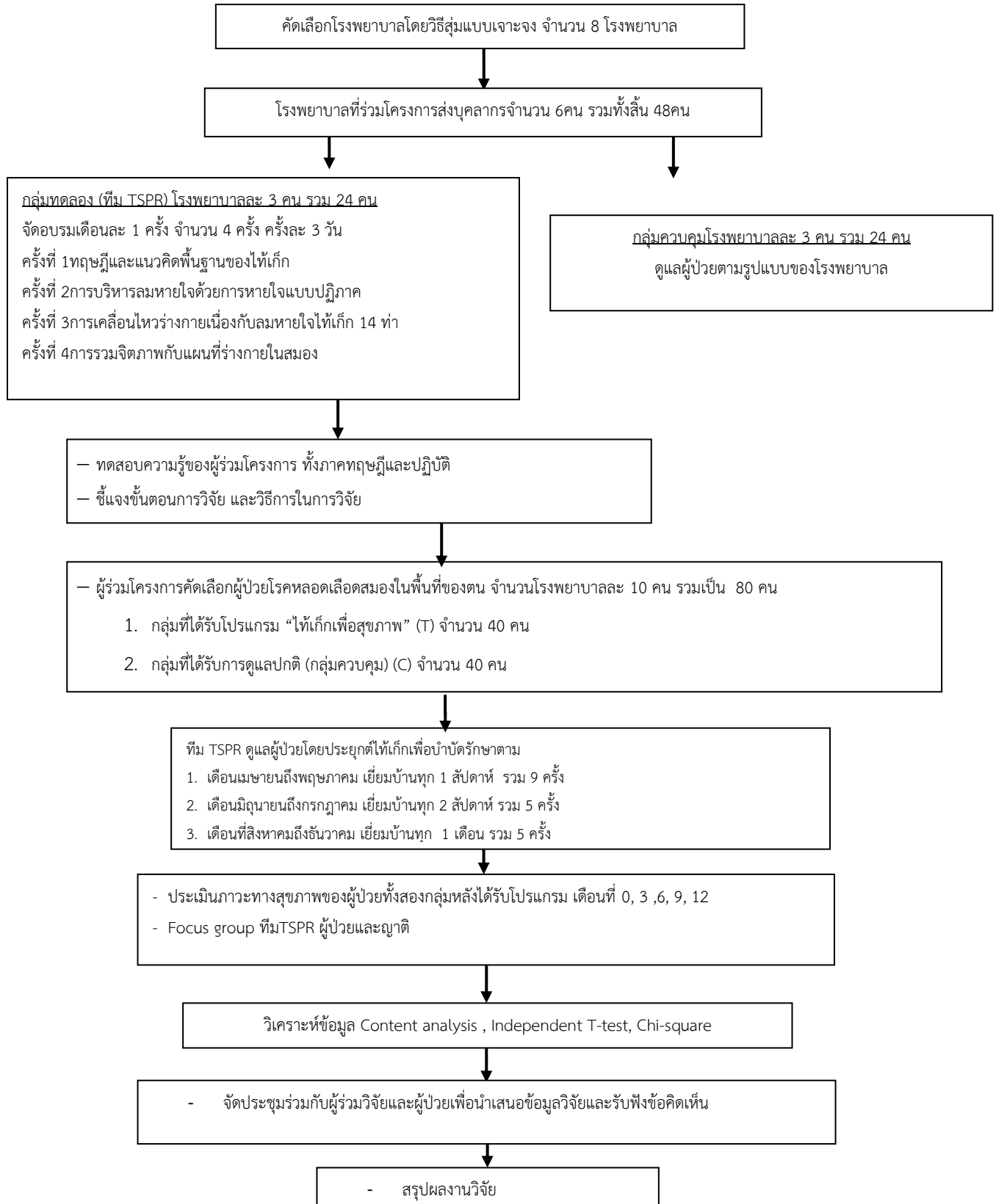


1.2 Content analysis วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์ (Interview) และการจัดสนทนากลุ่ม (Focused Group)

- 1.3 สถิติ T-test และ ANOVA เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูของทั้งสองกลุ่ม
2. จัดประชุมร่วมในการนำเสนอข้อวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันระหว่างทีม TSPR แต่ละทีม และทีมผู้วิจัย
3. จัดประชุมถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ให้เกิดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิ
4. จัดประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยต่อสาธารณะ



ขั้นตอนการดำเนินงาน





สถานที่ทำการวิจัย ทดลอง หรือเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยจำนวน 7 แห่ง และบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลข้างต้น ในจำนวนโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งนี้จะประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลเดิมนางบวช จ.สุพรรณบุรี
2. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จ.สุพรรณบุรี
3. โรงพยาบาลปากพลี จ.นครนายก
4. โรงพยาบาลบ้านนา จ.นครนายก
5. โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี
6. โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี
7. โรงพยาบาลบางปะกง จ. ฉะเชิงเทรา



บทที่ 4 ผลการศึกษา

การรายงานผลการศึกษาประกอบด้วยผลการศึกษา 4 ตอนเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 4 ข้อคือ

ตอนที่ 1. ผลการศึกษาประสิทธิผลของการเคลื่อนไหวผสานลมหายใจแบบไท่เก๊กในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2. ผลการศึกษาผลของการประยุกต์การเคลื่อนไหวผสานลมหายใจแบบไท่เก๊กที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเอง

ตอนที่ 3. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ด้วยการเคลื่อนไหวที่ประสานกับลมหายใจแบบไท่เก๊กในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ

ตอนที่ 4. ผลการประยุกต์การเคลื่อนไหวผสานลมหายใจแบบไท่เก๊กในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาส่วนนี้เป็นการจัดทำขึ้นก่อนการเริ่มต้นการฝึกผู้บำบัดได้นำเสนอไว้แล้วในบทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อ “มนต์ศักดิ์สิทธิ์ของการจัดทำหลักสูตรการอบรม “ไท่เก๊กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”



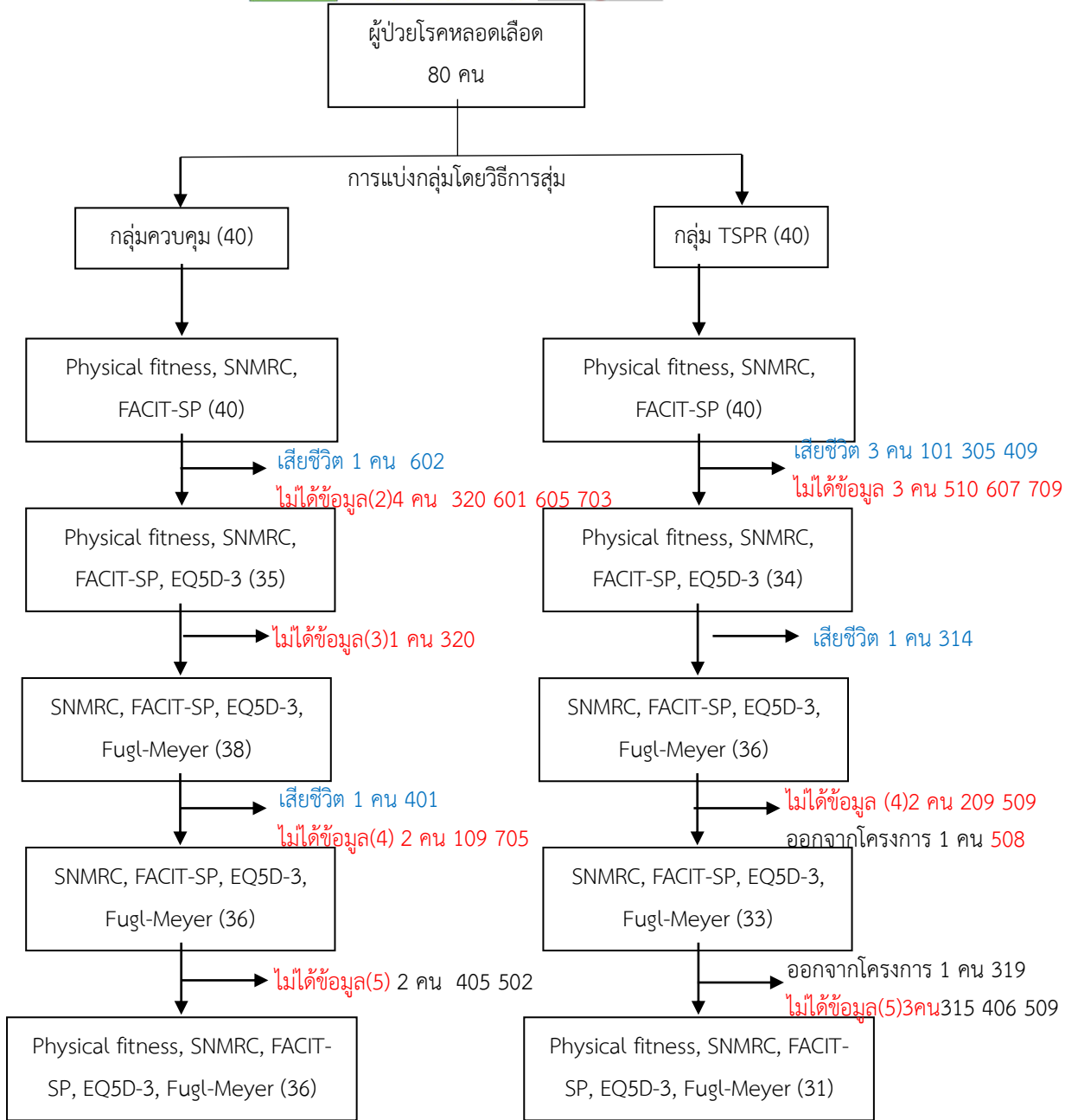
ตอนที่ 1.

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการเคลื่อนไหวพसानลมหายใจแบบไท่เก๊กในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

จากแผนภูมิลำดับการเก็บข้อมูลในการทดลองพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเสียชีวิตทั้งสองกลุ่มจากโรคที่ป่วยโดยมีกลุ่มควบคุมเสียชีวิตจำนวน 2 รายและกลุ่มไท่เก๊กจำนวน 4 ราย นอกจากนี้กลุ่มไท่เก๊กขอออกจากโครงการจำนวน 2 ราย

การศึกษาทดลองนี้ทำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 รายโดยเป็นกลุ่มทดลอง 40 รายกลุ่มควบคุม 40 รายโดยเก็บข้อมูลใน 7 โรงพยาบาล ตารางที่ 1.1 และ 1.2 เปรียบเทียบลักษณะประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีลักษณะที่ต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติเกินความสูงที่พบว่า ส่วนสูงเฉลี่ยในกลุ่มไท่เก๊ก (Mean 159.5; S.D. 6.9) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean 163.8; S.D. 7.7) เล็กน้อยแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) ลักษณะประชากรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62.6 ปี และ 63.3 ปี และดัชนีมวลกายอยู่ที่ 23.6 และ 24.2 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีเพศชายคิดเป็น 77.5% และ 85.0% คิดเป็นผู้สูงอายุ 52.5% และ 65.0% ตามลำดับ การอ่อนแรงด้านขาคิดเป็น 52.5% และ 35.0% ตามลำดับ



แผนภาพลำดับการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงการเก็บข้อมูลเดือนที่ 12



ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบลักษณะประชากรกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

Variables	Categories	Control Group		Tai-Chi Group		P-value
		Number	%	Number	%	
Hospital	Pattananikom	5	12.5%	5	12.5%	1.00
	Dermbang					
	Nangbuach	5	12.5%	5	12.5%	
	Chaopraya					
	Yomrach	10	25.0%	10	25.0%	
	Tha Luang	5	12.5%	5	12.5%	
	Bang Prakong	5	12.5%	5	12.5%	
	Pak Pli	5	12.5%	5	12.5%	
Banna	5	12.5%	5	12.5%		
Sex	Male	31	77.5%	34	85.0%	0.39
	Female	9	22.5%	6	15.0%	
Age group	<60	19	47.5%	14	35.0%	0.25
	60 or more	21	52.5%	26	65.0%	
Weakness	Right	21	52.5%	14	35.0%	0.12
	Left	19	47.5%	26	65.0%	

ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบลักษณะประชากรกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (ต่อ)

Variables	Number	Control Group		Tai-Chi Group		P-value
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	
Age (yrs)	40	62.6	9.9	63.3	9.5	0.75
Heart Rate (bpm)	40	78.7	13.8	79.2	13.7	0.86
Systolic Blood Pressure (mmHg)	40	138.3	18.9	134.3	18.9	0.35



Diastolic Blood Pressure (mmHg)	40	80.9	11.3	81.5	13.8	0.83
Respiratory Rate (bpm)	40	20.2	3.5	20.3	3.4	0.90
Weight(kg)	34	61.4	9.4	63.3	12.3	0.48
Height(cm)	33	159.5	6.9	163.8	7.7	0.02
Body Mas Index (kg/sqm)	32	24.2	3.8	23.6	4.5	0.54

โครงการให้แก๊งเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังมีวัตถุประสงค์ศึกษาประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวผสานลมหายใจแบบให้แก๊งในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาผลของการประยุกต์การเคลื่อนไหวผสานลมหายใจแบบให้แก๊งที่มีต่อคุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเองพบว่า การศึกษาโดยใช้เครื่องมือวัดประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวการใช้งานในชีวิตประจำวันโดยการวัด FACIT-Sp โดยมีการวัด 6 มิติคือความผาสูกทางกาย (Physical well-being) ความผาสูกทางสังคม (Social well-being) ความผาสูกทางอารมณ์ (Emotional well-being) ความผาสูกทางการทำหน้าที่(Functional well-being) การให้ความหมายของชีวิต(Meaning) ความสงบ(Peace) และความเชื่อทางจิตวิญญาณ (Faith)

จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อมูลที่เริ่มต้นของการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างของผลลัพธ์กเว้นมิติเรื่องของการให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติโดยพบว่าค่าคะแนนการให้ความหมายและคุณค่าในชีวิตของกลุ่มควบคุม (Mean 9.87; S.D. 3.37) สูงกว่ากลุ่มทดลอง (Mean 8.03; S.D. 2.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) และเมื่อเวลาผ่านไปเดือนที่ 3, 6, 9, และ 12 ไม่พบความแตกต่างทั้ง 7 มิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีแนวโน้มที่มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมก็ตาม ดูกราฟที่ 1A ถึง กราฟ 1G

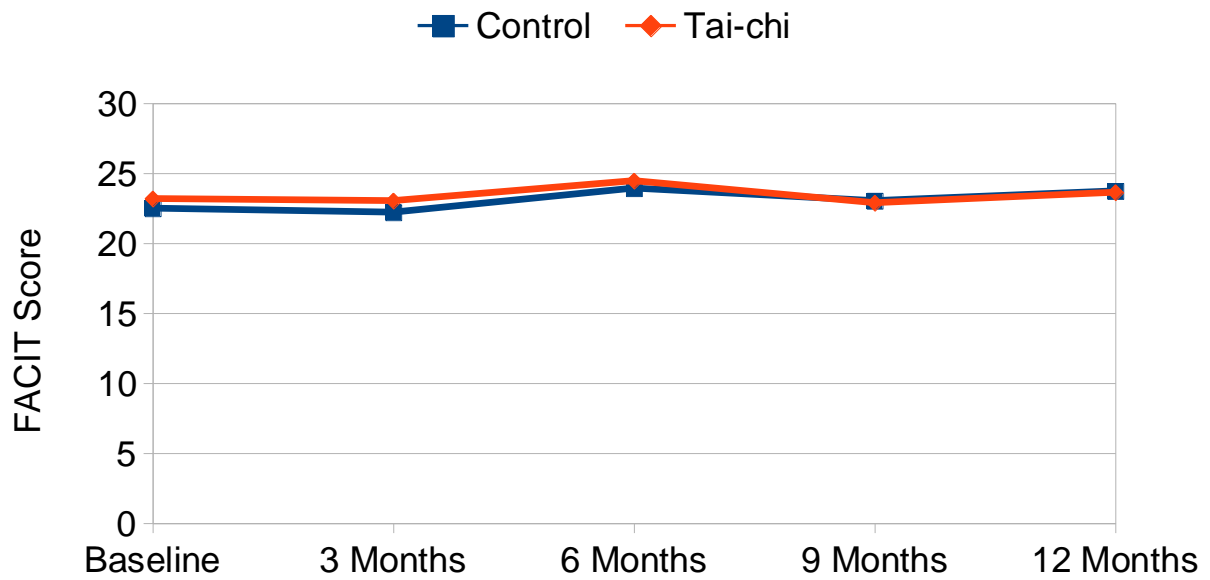


ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การประเมินด้วย FACIT questionnaire

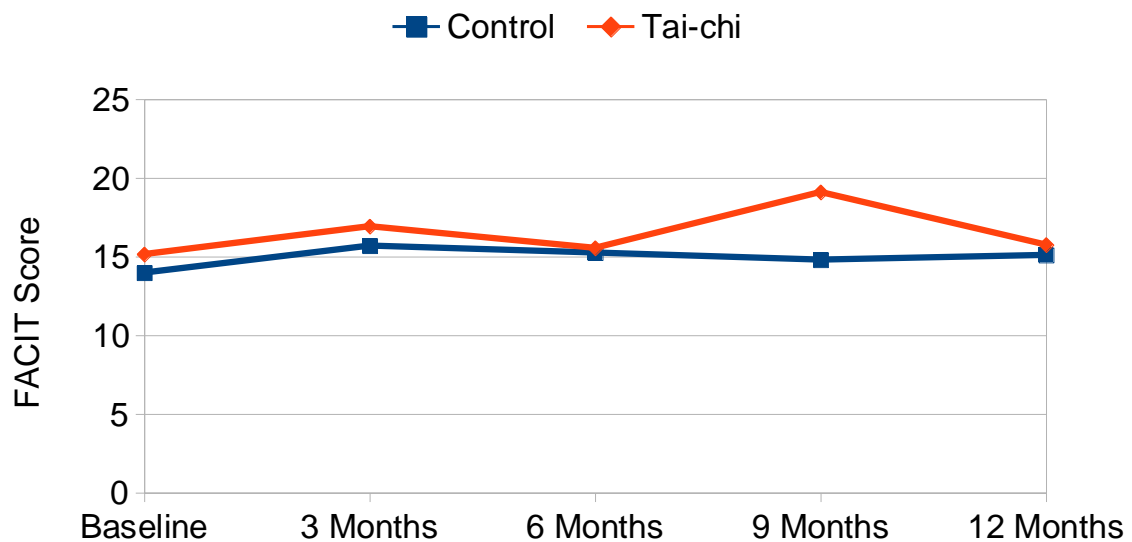
FACIT outcomes	Groups	No.	Baseline		3 Months		6 Months		9 Months		12 Months	
			Means (S.D.)	P-value	Means (S.D.)	P-value	Means (S.D.)	P-value	Means (S.D.)	P-value	Means (S.D.)	P-value
Physical well-being	Control	39	22.49 (4.07)	0.44	22.21 (4.59)	0.4	23.93 (3.52)	0.54	23.03 (3.93)	0.87	23.73 (4.34)	0.91
	Tai-chi	40	23.18 (3.89)		23.03 (4.1)		24.45 (4.13)		22.88 (4.46)		23.63 (3.89)	
Social well-being	Control	39	13.97 (7.21)	0.43	15.69 (7.28)	0.41	15.25 (5.42)	0.8	14.8 (6.28)	0.14	15.1 (6.84)	0.64
	Tai-chi	40	15.15 (5.99)		16.93 (5.92)		15.55 (5.22)		19.1 (17.03)		15.75 (5.44)	
Emotional well-being	Control	39	18.82 (5.04)	0.62	18.92 (5.2)	0.37	19.53 (4.48)	0.5	18.75 (5.4)	0.35	19.65 (3.67)	0.83
	Tai-chi	40	18.3 (4.11)		19.83 (3.51)		20.15 (3.82)		19.75 (3.93)		19.83 (3.81)	
Functional well-being	Control	39	17.87 (5.68)	0.24	18.31 (5.42)	1.00	17.88 (4.49)	0.6	17.88 (6)	0.56	19.73 (5.98)	0.09
	Tai-chi	40	16.28 (6.28)		18.3 (5.73)		18.53 (6.27)		17.1 (5.79)		17.4 (6.13)	
Meaning	Control	39	9.87 (3.37)	0.01	10 (2.98)	0.97	9.5 (3.19)	0.18	9.63 (2.57)	0.82	9.78 (2.69)	0.33
	Tai-chi	40	8.03 (2.96)		10.03 (2.97)		10.5 (3.43)		9.78 (3.22)		9.15 (3.04)	
Peace	Control	39	10.87 (3.35)	0.09	11 (3.01)	0.73	10.88 (2.46)	0.77	11.13 (3.17)	0.83	10.35 (3.12)	0.69
	Tai-chi	40	9.5 (3.69)		10.75 (3.37)		11.08 (3.44)		10.98 (3.21)		10.63 (3.07)	
Faith	Control	39	11.05 (3.77)	0.21	10.46 (3.84)	0.99	10.03 (3.87)	0.5	10.45 (5.02)	0.87	10.43 (4.38)	0.67
	Tai-chi	40	9.93 (4.15)		10.48 (4.43)		10.63 (4.09)		10.28 (4.49)		10 (4.47)	



A. Physical Well-Being

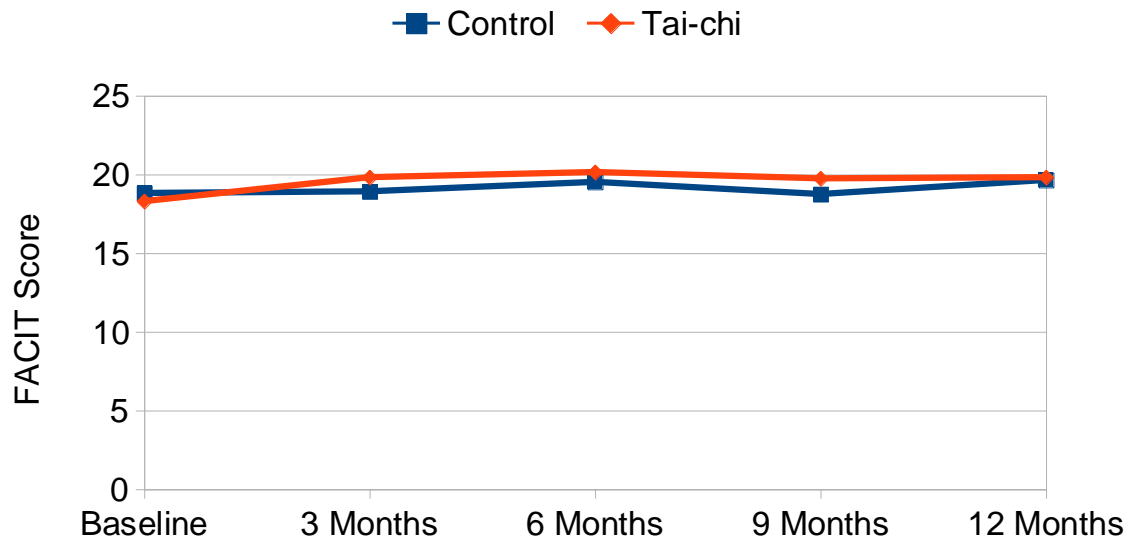


B. Social Well-Being

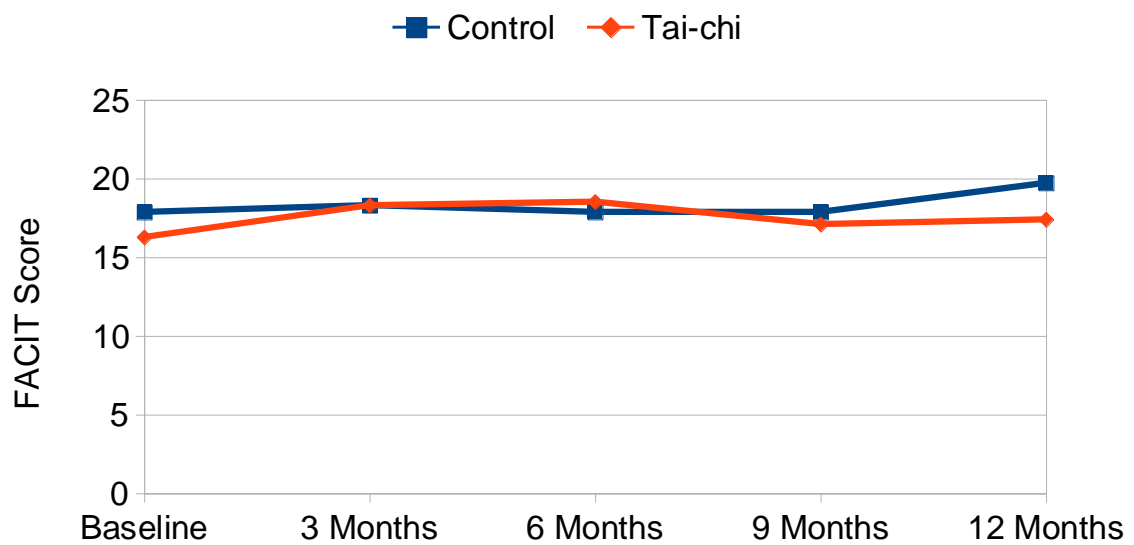




C. Emotional Well-Being

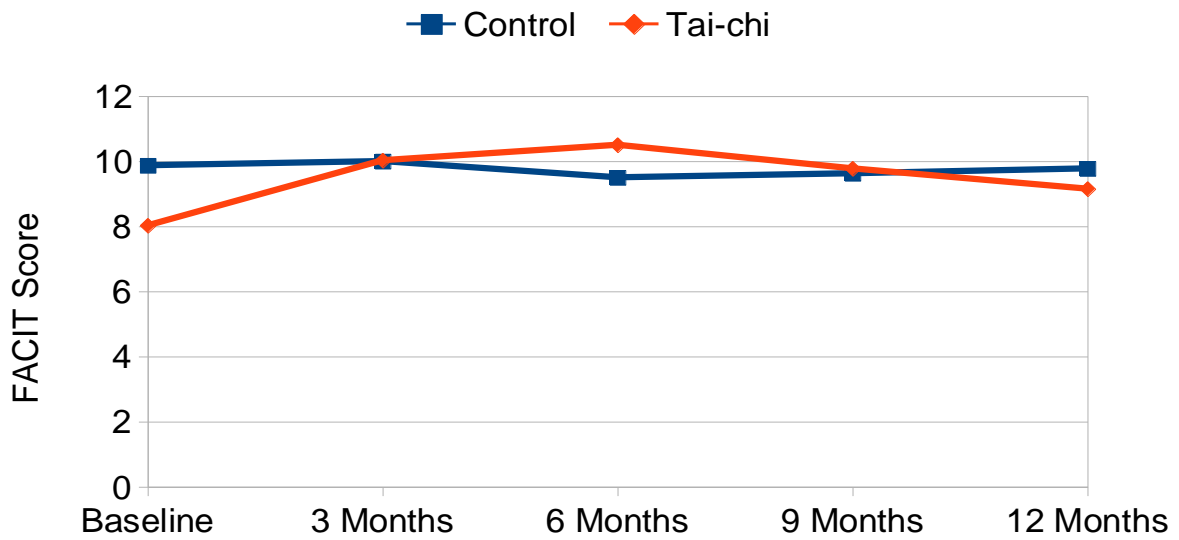


D. Functional Well-Being

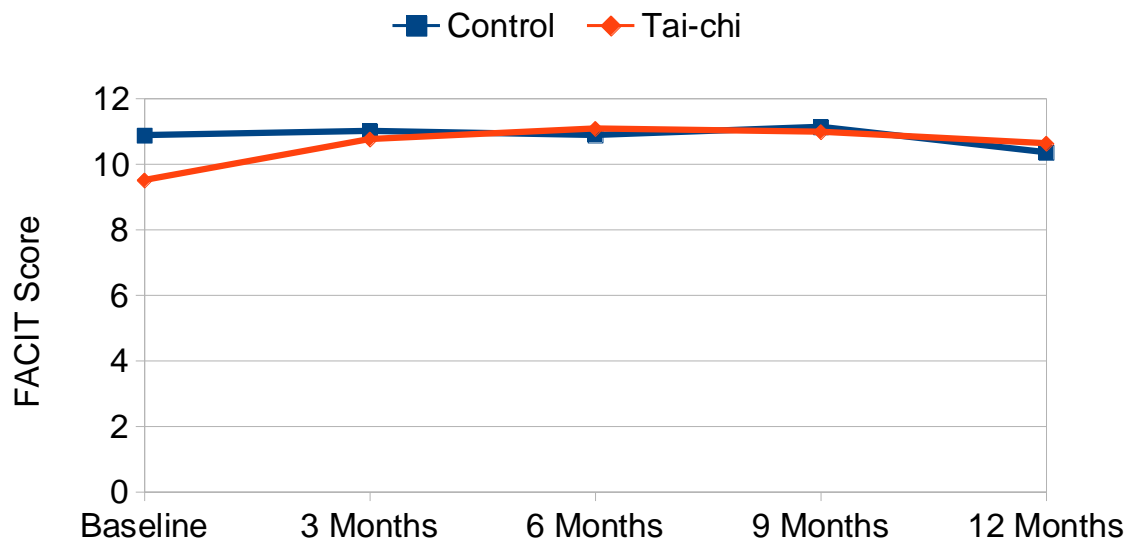


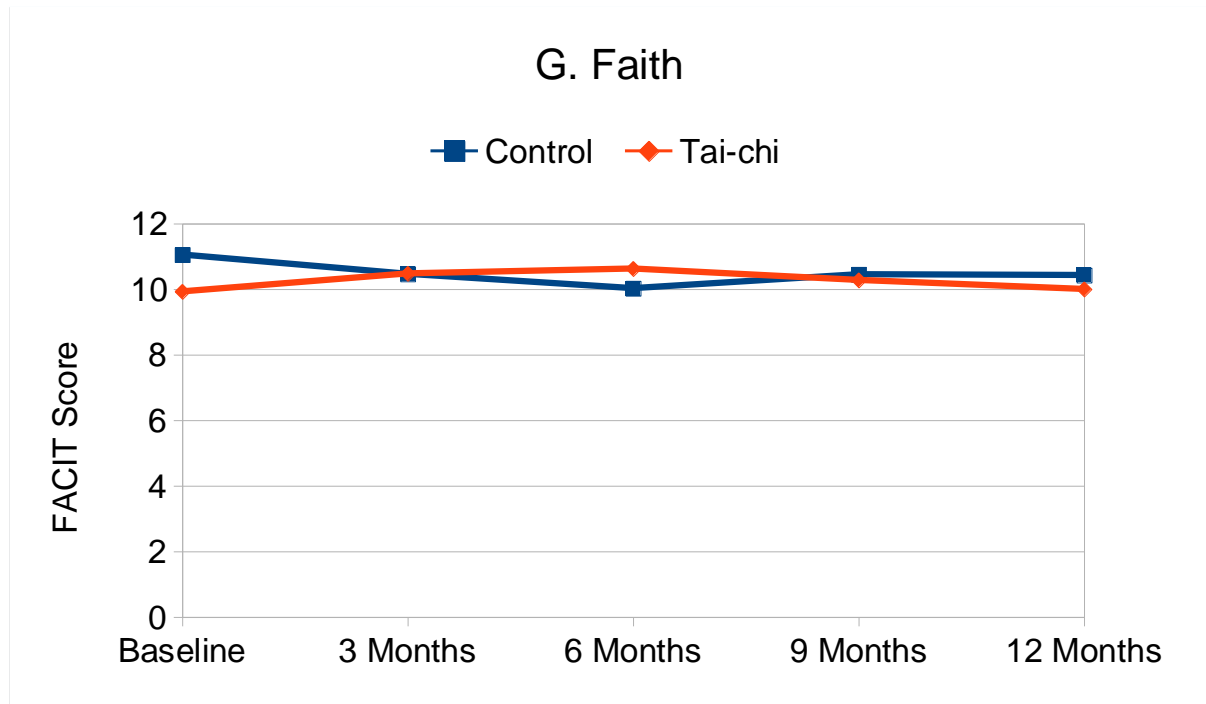


E. Meaning



F. Peace





เมื่อศึกษาผลของการฝึกไท้เก๊กในด้านคุณภาพชีวิตด้วยการวัดค่า EQ-5D จากตารางที่ 3 พบว่าในเดือนที่ 6 กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยค่า EQ-5D ในกลุ่มทดลอง (mean 7.37; S.D. 1.98) มีค่าสูงกว่า กลุ่มควบคุม (mean 6.57 ; S.D.1.71) แต่ก็ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p= 0.06$ และเมื่อคิดตามต่อไปไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนอีก ส่วนการวัดผลลัพธ์การใช้ร่างกายด้วย SNMRC และ Fugl-Meyer Test ทั้งแขนและขาก็ไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

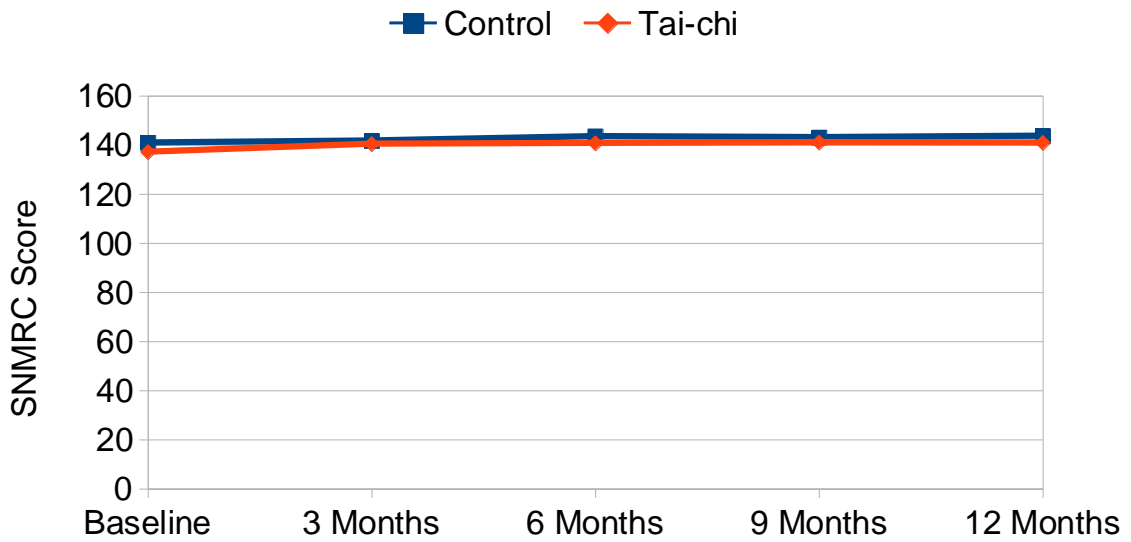


ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้ร่างกายด้วย SNMRC และ Fugl-Meyrer Test และคุณภาพชีวิตด้วย เครื่องมือ EQ-5D

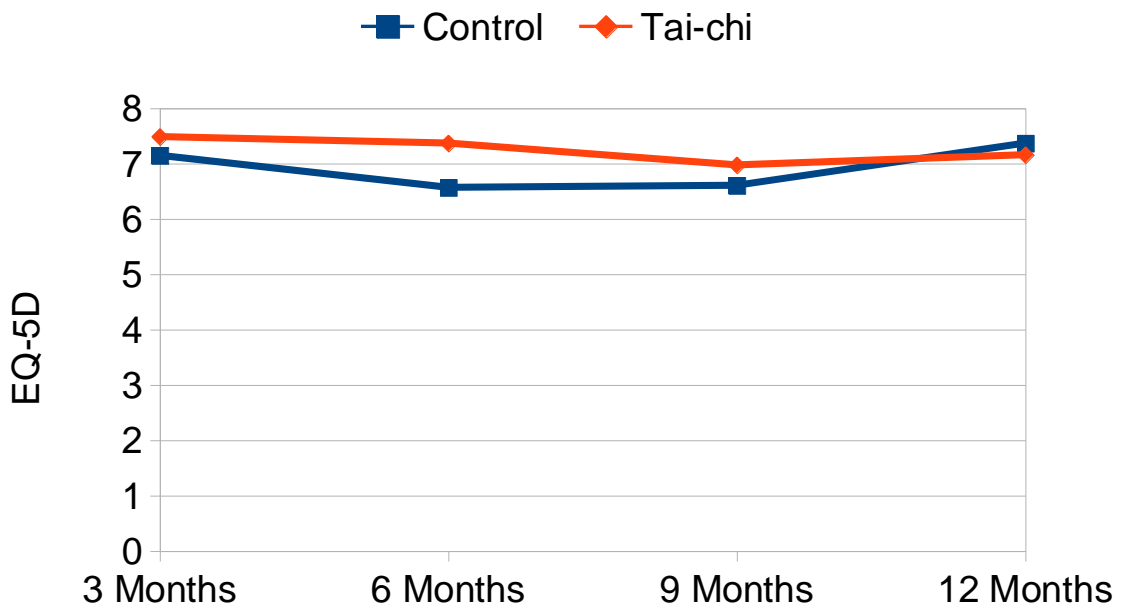
Outcomes	Groups	Number	Baseline		3 Months		6 Months		9 Months		12 Months	
			Means (S.D.)	P-value	Means (S.D.)	P-value	Means (S.D.)	P-value	Means (S.D.)	P-value	Means (S.D.)	P-value
SNMRC	Control	40	140.9 (25.05)	0.54	141.7 (23.18)	0.81	143.48 (23.64)	0.61	143.08 (23.36)	0.71	143.63 (23.78)	0.62
	Tai-Chii	40	137.13 (28.98)		140.4 (24.88)		140.73 (24.55)		141.05 (24.82)		140.9 (24.68)	
EQ-5D	Control	37			7.15 (1.6)	0.37	6.57 (1.71)	0.06	6.61 (1.99)	0.39	7.37 (1.68)	0.6
	Tai-Chii	38			7.49 (1.54)		7.37 (1.98)		6.97 (1.75)		7.16 (1.81)	
Fugl-Meyer Test Lower Extrimetries	Control	37					18.57 (7.8)	0.77	19.21 (7.54)	0.77	19.58 (7.74)	0.7
	Tai-Chii	35					19.09 (7.19)		18.66 (8.81)		18.83 (8.85)	
Fugl-Meyer Test Upper Extrimetries	Control	35					33.31 (22.7)	0.47	34.68 (23.94)	0.45	35.45 (24.23)	0.61
	Tai-Chii	36					29.72 (18.87)		30.78 (19.85)		32.78 (19.99)	



SNMRC Functional Assessment

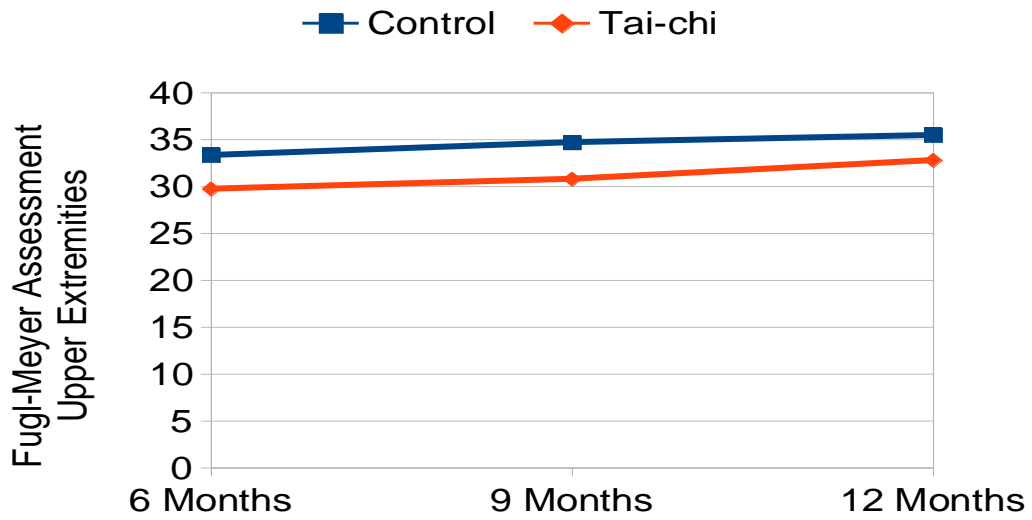


EQ-5D

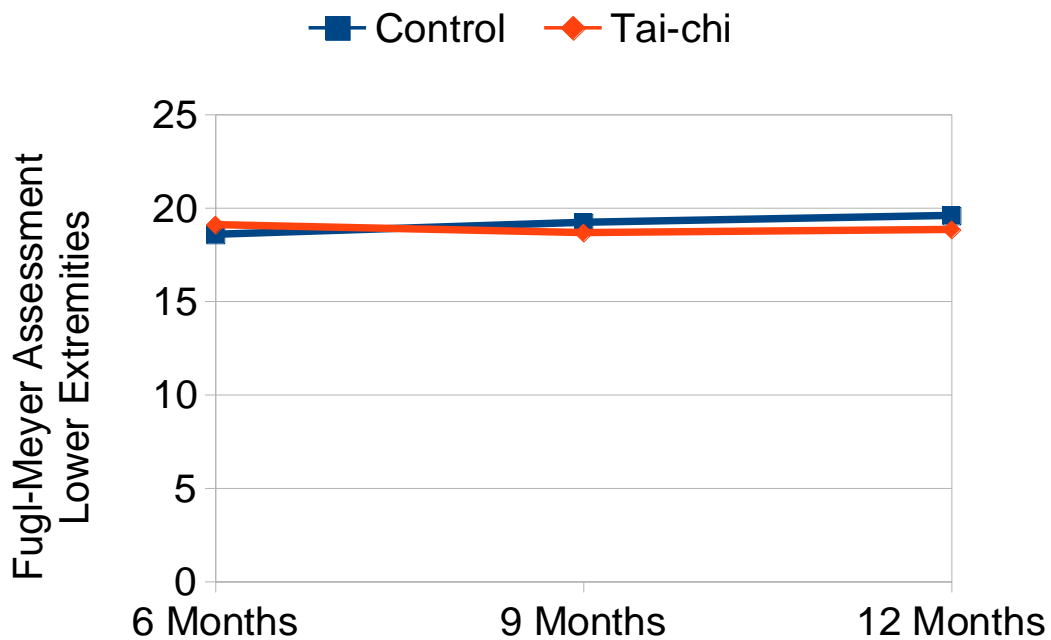




Fugl-Meyer Assessment Upper Extremities



Fugl-Meyer Assessment Lower Extremities





ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ subgroup analysis ตามปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยตามผลลัพธ์ของ FACIT SNMRC Fugl-Meyrer Test และ EQ-5D

ผลลัพธ์		ทั้งหมด	ศักยภาพของผู้ดูแล	ความขยันฝึกฝนในท่าที่แนะนำ	ออกกำลังกายในท่าของตัวเอง	ความช่วยเหลือของญาติในการออกกำลังกาย	ความเอาใจใส่ของญาติในชีวิตประจำวัน	ความศรัทธาในการมีชีวิตต่อไป	ความปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น	พัฒนาการของผู้ป่วย
Physical well-being										
0 month	Control	22.49 (4.07)	22.49 (4.07)	22.49 (4.07)	22.49 (4.07)	22.49 (4.07)	22.49 (4.07)	22.49 (4.07)	22.49 (4.07)	22.49 (4.07)
	Tai-Chi	23.18 (3.89)	22.7 (4.39)	24.24 (3.99)	24.36 (3.93)	23.46 (3.64)	23.32 (4.21)	23.32 (3.87)	23.25 (3.79)	23.58 (4.31)
3 months	Control	22.21 (4.59)	22.21 (4.59)	22.21 (4.59)	22.21 (4.59)	22.21 (4.59)	22.21 (4.59)	22.21 (4.59)	22.21 (4.59)	22.21 (4.59)
	Tai-Chi	23.03 (4.1)	23.05 (4.41)	23.8 (4)	23.73 (4.13)	23.46 (3.89)	23.2 (4.49)	23.43 (3.78)	23.25 (3.73)	23.38 (4.21)
6 months	Control	23.93 (3.52)	23.93 (3.52)	23.93 (3.52)	23.93 (3.52)*	23.93 (3.52)	23.93 (3.52)	23.93 (3.52)	23.93 (3.52)	23.93 (3.52)
	Tai-Chi	24.45 (4.13)	25.8 (3.94)	25.44 (3.8)	25.82 (3.65)*	23.54 (4.61)	24.32 (4.54)	24.76 (4.07)	24.58 (4.09)	25.23 (4.23)
9 months	Control	23.03 (3.93)	23.03 (3.93)	23.03 (3.93)	23.03 (3.93)	23.03 (3.93)	23.03 (3.93)	23.03 (3.93)	23.03 (3.93)	23.03 (3.93)
	Tai-Chi	22.88 (4.46)	22.65 (5.71)	23.84 (3.37)	23.82 (3.5)	23.69 (3.04)	22.84 (5.29)	23 (4.53)	23.53 (3.24)	22.73 (5.25)
12 months	Control	23.73 (4.34)	23.73 (4.34)	23.73 (4.34)	23.73 (4.34)	23.73 (4.34)	23.73 (4.34)	23.73 (4.34)	23.73 (4.34)	23.73 (4.34)
	Tai-Chi	23.63 (3.89)	24.65 (3.88)	24.28 (3.86)	24.45 (3.89)	22.85 (3.93)	23.76 (3.96)	23.89 (3.68)	23.58 (3.83)	24.08 (3.94)
Social well-being										
0 month	Control	13.97 (7.21)	13.97 (7.21)	13.97 (7.21)	13.97 (7.21)	13.97 (7.21)	13.97 (7.21)*	13.97 (7.21)	13.97 (7.21)	13.97 (7.21)
	Tai-Chi	15.15 (5.99)	16.3 (6)	16 (5.63)	16.5 (5.98)	17.23 (6.07)	17.92 (4.84)*	15.46 (6.09)	15.61 (6.11)	15.81 (6.36)
3 months	Control	15.69 (7.28)	15.69 (7.28)*	15.69 (7.28)	15.69 (7.28)	15.69 (7.28)	15.69 (7.28)*	15.69 (7.28)	15.69 (7.28)	15.69 (7.28)



ผลลัพธ์		ทั้งหมด	ศักยภาพ ของผู้ดูแล	ความ ยั่งยืน ฝึกฝนใน ท่าที่ แนะนำ	ออกกำลัง ภายในท่า ของ ตนเอง	ความ ช่วยเหลือ ของญาติ ในการ ออกกำลัง กาย	ความเอา ใจใส่ของ ญาติใน ชีวิตประ จําวัน	ความ ศรัทธาใน การมีชีวิต ต่อไป	ความ ปรารถนา ที่จะมี สุขภาพที่ ดีขึ้น	พัฒนา กา รของ ผู้ป่วย
	Tai-Chi	16.93 (5.92)	18.9 (2.83)*	17.24 (5.37)	18.14 (5.03)	19.77 (3.56)	19.24 (3.17)*	17.14 (5.97)	17 (6)	17.54 (5.49)
6 months	Control	15.25 (5.42)	15.25 (5.42)	15.25 (5.42)	15.25 (5.42)	15.25 (5.42)	15.25 (5.42)	15.25 (5.42)	15.25 (5.42)	15.25 (5.42)
	Tai-Chi	15.55 (5.22)	17.2 (3.49)	16.16 (5.22)	17 (4.72)	17.46 (6.15)	16.96 (5.18)	15.97 (5.12)	16.03 (5.17)	15.81 (5.23)
9 months	Control	14.8 (6.28)	14.8 (6.28)*	14.8 (6.28)	14.8 (6.28)*	14.8 (6.28)	14.8 (6.28)	14.8 (6.28)	14.8 (6.28)	14.8 (6.28)
	Tai-Chi	19.1 (17.03)	17.8 (3.64)*	16.8 (4.75)	17.91 (4.33)*	18.15 (5.18)	17.4 (4.32)	19.59 (17.6)	19.72 (17.83)	16.88 (4.84)
12 months	Control	15.1 (6.84)	15.1 (6.84)	15.1 (6.84)	15.1 (6.84)	15.1 (6.84)	15.1 (6.84)	15.1 (6.84)	15.1 (6.84)	15.1 (6.84)
	Tai-Chi	15.75 (5.44)	16.9 (3.91)	16.08 (5.24)	17.05 (5)	18.54 (5.77)	17.72 (4.7)	16.14 (5.45)	16.11 (5.55)	16.5 (5.05)
Emotional well-being										
0 month	Control	18.82 (5.04)	18.82 (5.04)	18.82 (5.04)	18.82 (5.04)	18.82 (5.04)	18.82 (5.04)	18.82 (5.04)	18.82 (5.04)	18.82 (5.04)
	Tai-Chi	18.3 (4.11)	17.45 (4.17)	18.04 (3.9)	18.59 (3.62)	18.54 (4.14)	18.92 (4.34)	18.24 (4.11)	18.56 (3.93)	17.92 (4.18)
3 months	Control	18.92 (5.2)	18.92 (5.2)	18.92 (5.2)	18.92 (5.2)	18.92 (5.2)	18.92 (5.2)	18.92 (5.2)	18.92 (5.2)	18.92 (5.2)
	Tai-Chi	19.83 (3.51)	20.75 (2.47)	20.36 (2.78)	20.36 (3.49)	20.69 (2.95)	20.4 (3.35)	20.3 (3.06)	20.28 (3.12)	20.54 (2.82)
6 months	Control	19.53 (4.48)	19.53 (4.48)	19.53 (4.48)	19.53 (4.48)	19.53 (4.48)	19.53 (4.48)	19.53 (4.48)	19.53 (4.48)	19.53 (4.48)
	Tai-Chi	20.15 (3.82)	21 (2.73)	20.12 (4.25)	20.59 (4.1)	20.38 (4.84)	20.72 (4.06)	20.43 (3.77)	20.36 (3.8)	20.27 (4.17)
9 months	Control	18.75 (5.4)	18.75 (5.4)	18.75 (5.4)	18.75 (5.4)	18.75 (5.4)*	18.75 (5.4)	18.75 (5.4)	18.75 (5.4)	18.75 (5.4)
	Tai-Chi	19.75 (3.93)	20 (4.28)	20.6 (3.3)	20.32 (3.98)	21.23 (2.55)*	20.72 (3.42)	20.05 (3.9)	20.42 (3.52)	20.08 (3.91)



ผลลัพธ์		ทั้งหมด	ศักยภาพของผู้ดูแล	ความชยันฝึกฝนในท่าที่แนะนำ	ออกกำลังกายในท่าของตนเอง	ความช่วยเหลือของญาติในการออกกำลังกาย	ความเอาใจใส่ของญาติในชีวิตประจำวัน	ความศรัทธาในการมีชีวิตต่อไป	ความปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น	พัฒนาการของผู้ป่วย
12 months	Control	19.65 (3.67)	19.65 (3.67)	19.65 (3.67)	19.65 (3.67)	19.65 (3.67)	19.65 (3.67)	19.65 (3.67)	19.65 (3.67)	19.65 (3.67)
	Tai-Chi	19.83 (3.81)	20.55 (2.5)	20.44 (2.84)	20.5 (2.84)	21.08 (3.07)	20.8 (2.61)	20.38 (2.89)	19.97 (3.87)	20.46 (2.79)
Functional well-being										
0 month	Control	17.87 (5.68)	17.87 (5.68)	17.87 (5.68)	17.87 (5.68)	17.87 (5.68)	17.87 (5.68)	17.87 (5.68)	17.87 (5.68)	17.87 (5.68)
	Tai-Chi	16.28 (6.28)	15.65 (6.43)	16.76 (6.07)	17.05 (5.52)	17.85 (6.15)	16.84 (6.46)	16.62 (6.18)	16.64 (5.69)	16.54 (6.31)
3 months	Control	18.31 (5.42)	18.31 (5.42)	18.31 (5.42)	18.31 (5.42)	18.31 (5.42)	18.31 (5.42)	18.31 (5.42)	18.31 (5.42)	18.31 (5.42)
	Tai-Chi	18.3 (5.73)	19.15 (5.66)	18.6 (5.24)	19.95 (4.39)	19.69 (6.16)	18.68 (5.76)	19.03 (5.12)	18.97 (5.15)	18.54 (5.59)
6 months	Control	17.88 (4.49)	17.88 (4.49)*	17.88 (4.49)	17.88 (4.49)	17.88 (4.49)	17.88 (4.49)	17.88 (4.49)	17.88 (4.49)	17.88 (4.49)
	Tai-Chi	18.53 (6.27)	21 (5.45)*	19.48 (6.14)	20.14 (6.22)	19.46 (7.39)	19.48 (6.25)	19.24 (5.82)	18.81 (5.76)	20.04 (6.28)
9 months	Control	17.88 (6)	17.88 (6)	17.88 (6)	17.88 (6)	17.88 (6)	17.88 (6)	17.88 (6)	17.88 (6)	17.88 (6)
	Tai-Chi	17.1 (5.79)	18.9 (5.77)	18.64 (5.31)	19.95 (4.24)	17.77 (6.69)	17.04 (5.91)	17.7 (5.42)	17.78 (5.44)	19 (5.59)
12 months	Control	19.73 (5.98)	19.73 (5.98)	19.73 (5.98)	19.73 (5.98)	19.73 (5.98)	19.73 (5.98)	19.73 (5.98)	19.73 (5.98)	19.73 (5.98)
	Tai-Chi	17.4 (6.13)	19.65 (5.7)	19.28 (5.24)	20.59 (4.29)	19.38 (5.5)	18.48 (5.16)	18.22 (5.57)	17.78 (5.78)	19.46 (5.35)
Meaning										
0 month	Control	9.87 (3.37)*	9.87 (3.37)	9.87 (3.37)*	9.87 (3.37)	9.87 (3.37)	9.87 (3.37)*	9.87 (3.37)*	9.87 (3.37)*	9.87 (3.37)*
	Tai-Chi	8.03 (2.96)*	8.25 (3.54)	8.08 (3.34)*	8.45 (3.54)	8 (2.86)	8.04 (3.36)*	8.05 (3.07)*	8.14 (3.07)*	7.85 (3.2)*
3 months	Control	10	10	10	10	10	10	10	10	10



ผลลัพธ์		ทั้งหมด	ศักยภาพของผู้ดูแล	ความยั่งยืน ฝึกฝนใน ทำที่ แนะนำ	ออกกำลัง ภายในทำ ของ ตนเอง	ความ ช่วยเหลือ ของญาติ ในการ ออกกำลัง กาย	ความเอา ใจใส่ของ ญาติใน ชีวิตประ จําวัน	ความ ศรัทธาใน การมีชีวิต ต่อไป	ความ ปรารถนา ที่จะมี สุขภาพที่ ดีขึ้น	พัฒนา การ ของ ผู้ป่วย
		(2.98)	(2.98)	(2.98)	(2.98)	(2.98)	(2.98)	(2.98)	(2.98)	(2.98)
	Tai-Chi	10.03 (2.97)	10.65 (2.7)	10.08 (3.25)	10.36 (3.61)	10 (3.19)	9.68 (2.97)	10.24 (2.92)	10.14 (2.93)	10.15 (3.21)
6 months	Control	9.5 (3.19)	9.5 (3.19)	9.5 (3.19)	9.5 (3.19)	9.5 (3.19)	9.5 (3.19)	9.5 (3.19)	9.5 (3.19)	9.5 (3.19)
	Tai-Chi	10.5 (3.43)	10.6 (3.03)	10.32 (3.41)	10.59 (3.7)	11.54 (3.64)	10.8 (3.95)	10.73 (3.25)	10.81 (3.32)	10.35 (3.31)
9 months	Control	9.63 (2.57)	9.63 (2.57)	9.63 (2.57)	9.63 (2.57)	9.63 (2.57)	9.63 (2.57)	9.63 (2.57)	9.63 (2.57)	9.63 (2.57)
	Tai-Chi	9.78 (3.22)	10.3 (3.11)	9.4 (3.38)	10.23 (3.25)	9.69 (2.87)	9.72 (3.31)	9.95 (3.26)	9.78 (3.21)	10.15 (3.23)
12 months	Control	9.78 (2.69)	9.78 (2.69)	9.78 (2.69)	9.78 (2.69)	9.78 (2.69)	9.78 (2.69)	9.78 (2.69)	9.78 (2.69)	9.78 (2.69)
	Tai-Chi	9.15 (3.04)	9.45 (2.63)	9.08 (2.78)	9.64 (2.75)	9.77 (2.55)	9.6 (3.1)	9.32 (3.06)	9.33 (3.11)	9.42 (2.9)
Peace										
0 month	Control	10.87 (3.35)	10.87 (3.35)*	10.87 (3.35)	10.87 (3.35)	10.87 (3.35)	10.87 (3.35)	10.87 (3.35)	10.87 (3.35)	10.87 (3.35)
	Tai-Chi	9.5 (3.69)	8.65 (3.38)*	9.64 (3.12)	9.55 (3.11)	11.08 (3.17)	10 (3.15)	9.68 (3.51)	9.81 (3.4)	9.23 (3.47)
3 months	Control	11 (3.01)	11 (3.01)	11 (3.01)	11 (3.01)	11 (3.01)	11 (3.01)	11 (3.01)	11 (3.01)	11 (3.01)
	Tai-Chi	10.75 (3.37)	10.85 (3.1)	10.44 (3.04)	10.55 (3.2)	12.08 (3.15)	11.08 (3.23)	11.03 (2.91)	11.08 (3.01)	10.62 (2.97)
6 months	Control	10.88 (2.46)	10.88 (2.46)	10.88 (2.46)	10.88 (2.46)	10.88 (2.46)	10.88 (2.46)	10.88 (2.46)	10.88 (2.46)	10.88 (2.46)
	Tai-Chi	11.08 (3.44)	11.4 (2.35)	11.12 (3.13)	11 (3.09)	11.54 (3.43)	11.56 (3.44)	11.54 (2.96)	11.42 (2.99)	11.08 (2.98)
9 months	Control	11.13 (3.17)	11.13 (3.17)	11.13 (3.17)	11.13 (3.17)	11.13 (3.17)	11.13 (3.17)	11.13 (3.17)	11.13 (3.17)	11.13 (3.17)
	Tai-Chi	10.98	12.05	11.76	12.27	11.38	11.16	11.27	11.36	11.65



ผลลัพธ์		ทั้งหมด	ศักยภาพของผู้ดูแล	ความขยันฝึกฝนในท่าที่แนะนำ	ออกกำลังกายในท่าของตัวเอง	ความช่วยเหลือของญาติในการออกกำลังกาย	ความเอาใจใส่ของญาติในชีวิตประจำวัน	ความศรัทธาในการมีชีวิตต่อไป	ความปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น	พัฒนาการของผู้ป่วย
		(3.21)	(2.87)	(2.89)	(2.83)	(3.01)	(3.13)	(2.67)	(2.76)	(2.91)
12 months	Control	10.35 (3.12)	10.35 (3.12)	10.35 (3.12)	10.35 (3.12)	10.35 (3.12)	10.35 (3.12)	10.35 (3.12)	10.35 (3.12)	10.35 (3.12)
	Tai-Chi	10.63 (3.07)	11.25 (2.43)	11.52 (2.58)	11.82 (2.67)	12 (3)	10.8 (2.72)	11 (2.62)	11 (2.66)	11.38 (2.73)
Faith										
0 month	Control	11.05 (3.77)	11.05 (3.77)	11.05 (3.77)	11.05 (3.77)	11.05 (3.77)	11.05 (3.77)	11.05 (3.77)	11.05 (3.77)	11.05 (3.77)
	Tai-Chi	9.93 (4.15)	9.85 (4.12)	10.48 (4.02)	10.68 (4.36)	12.31 (3.47)	11.24 (3.94)	10.24 (3.96)	10.47 (3.82)	10.35 (4.44)
3 months	Control	10.46 (3.84)	10.46 (3.84)	10.46 (3.84)	10.46 (3.84)	10.46 (3.84)	10.46 (3.84)	10.46 (3.84)	10.46 (3.84)	10.46 (3.84)
	Tai-Chi	10.48 (4.43)	11.3 (3.81)	10.44 (4.24)	10.73 (4.6)	11.54 (4.2)	10.76 (4.51)	10.84 (3.9)	11.03 (4.03)	10.96 (4.38)
6 months	Control	10.03 (3.87)	10.03 (3.87)	10.03 (3.87)	10.03 (3.87)	10.03 (3.87)	10.03 (3.87)	10.03 (3.87)	10.03 (3.87)	10.03 (3.87)
	Tai-Chi	10.63 (4.09)	10.7 (3.92)	10.44 (4.19)	10.86 (4.32)	11.38 (4.25)	10.96 (4.37)	10.95 (3.83)	10.81 (3.82)	10.88 (4.13)
9 months	Control	10.45 (5.02)	10.45 (5.02)	10.45 (5.02)	10.45 (5.02)	10.45 (5.02)	10.45 (5.02)	10.45 (5.02)	10.45 (5.02)	10.45 (5.02)
	Tai-Chi	10.28 (4.49)	11.15 (4.22)	10.88 (4.22)	11.41 (4.08)	10.54 (4.48)	10.24 (4.56)	10.54 (4.14)	10.72 (4.29)	11.12 (4.19)
12 months	Control	10.43 (4.38)	10.43 (4.38)	10.43 (4.38)	10.43 (4.38)	10.43 (4.38)	10.43 (4.38)	10.43 (4.38)	10.43 (4.38)	10.43 (4.38)
	Tai-Chi	10 (4.47)	11.1 (3.58)	10.96 (3.77)	11.23 (4.07)	11.38 (3.91)	10.2 (4.35)	10.57 (3.96)	10.44 (4.01)	10.81 (3.89)
SNMRC										
0 month	Control	140.9 (25.05)	140.9 (25.05)	140.9 (25.05)	140.9 (25.05)	140.9 (25.05)	140.9 (25.05)	140.9 (25.05)	140.9 (25.05)	140.9 (25.05)
	Tai-Chi	137.13 (28.98)	142 (28.48)	143.88 (27.44)	146.23 (27.32)	137.62 (31.59)	131.8 (30.74)	138.49 (29.32)	137.03 (29.77)	142.04 (30.91)



ผลลัพธ์		ทั้งหมด	ศักยภาพของผู้ดูแล	ความชยันฝึกฝนในท่าที่แนะนำ	ออกกำลังกายในท่าของตนเอง	ความช่วยเหลือของญาติในการออกกำลังกาย	ความเอาใจใส่ของญาติในชีวิิตประจำวัน	ความศรัทธาในการมีชีวิตต่อไป	ความปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น	พัฒนาการของผู้ป่วย
3 months	Control	141.7 (23.18)	141.7 (23.18)	141.7 (23.18)	141.7 (23.18)	141.7 (23.18)	141.7 (23.18)	141.7 (23.18)	141.7 (23.18)	141.7 (23.18)
	Tai-Chi	140.4 (24.88)	143.45 (27.66)	143.2 (26.35)	146.45 (25.27)	138.54 (27)	136.32 (26.83)	142.43 (24.57)	140.47 (25.48)	143.54 (27.33)
6 months	Control	143.48 (23.64)	143.48 (23.64)	143.48 (23.64)	143.48 (23.64)	143.48 (23.64)	143.48 (23.64)	143.48 (23.64)	143.48 (23.64)	143.48 (23.64)
	Tai-Chi	140.73 (24.55)	144 (26.92)	144.16 (26.15)	147.05 (24.51)	140.08 (26.58)	136.84 (26.42)	142.78 (24.18)	140.83 (25.12)	144.04 (26.81)
9 months	Control	143.08 (23.36)	143.08 (23.36)	143.08 (23.36)	143.08 (23.36)	143.08 (23.36)	143.08 (23.36)	143.08 (23.36)	143.08 (23.36)	143.08 (23.36)
	Tai-Chi	141.05 (24.82)	144.65 (27.33)	144.6 (26.42)	147.59 (24.81)	140.31 (26.66)	137 (26.52)	143.14 (24.44)	141.19 (25.41)	144.54 (27.13)
12 months	Control	143.63 (23.78)	143.63 (23.78)	143.63 (23.78)	143.63 (23.78)	143.63 (23.78)	143.63 (23.78)	143.63 (23.78)	143.63 (23.78)	143.63 (23.78)
	Tai-Chi	140.9 (24.68)	144.35 (27.11)	144.28 (26.19)	147.32 (24.62)	139.62 (25.99)	136.72 (26.21)	142.97 (24.3)	141.03 (25.26)	144.31 (26.95)
EQ-5D										
3 months	Control	7.15 (1.6)	7.15 (1.6)	7.15 (1.6)	7.15 (1.6)	7.15 (1.6)	7.15 (1.6)	7.15 (1.6)	7.15 (1.6)	7.15 (1.6)
	Tai-Chi	7.49 (1.54)	7.47 (1.71)	7.65 (1.58)	7.65 (1.6)	8 (1.73)	7.36 (1.62)	7.52 (1.58)	7.41 (1.54)	7.54 (1.47)
6 months	Control	6.57 (1.71)	6.57 (1.71)*	6.57 (1.71)*	6.57 (1.71)*	6.57 (1.71)	6.57 (1.71)	6.57 (1.71)*	6.57 (1.71)	6.57 (1.71)*
	Tai-Chi	7.37 (1.98)	7.95 (1.54)*	8.17 (1.43)*	8.1 (1.51)*	7.38 (1.8)	7.25 (1.78)	7.5 (1.93)*	7.43 (1.99)	7.92 (1.78)*
9 months	Control	6.61 (1.99)	6.61 (1.99)*	6.61 (1.99)*	6.61 (1.99)	6.61 (1.99)	6.61 (1.99)	6.61 (1.99)	6.61 (1.99)	6.61 (1.99)
	Tai-Chi	6.97 (1.75)	7.47 (1.02)*	7.54 (1.18)*	7.38 (1.5)	6.69 (1.55)	6.75 (1.36)	7.06 (1.76)	6.86 (1.7)	7.4 (1.61)
12 months	Control	7.37 (1.68)	7.37 (1.68)	7.37 (1.68)	7.37 (1.68)	7.37 (1.68)	7.37 (1.68)	7.37 (1.68)	7.37 (1.68)	7.37 (1.68)



ผลลัพธ์		ทั้งหมด	ศักยภาพของผู้ดูแล	ความชยันฝึกฝนในท่าที่แนะนำ	ออกกำลังกายในท่าของตนเอง	ความช่วยเหลือของญาติในการออกกำลังกาย	ความเอาใจใส่ของญาติในชีวิตประจำวัน	ความศรัทธาในการมีชีวิตต่อไป	ความปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น	พัฒนาการของผู้ป่วย
	Tai-Chi	7.16 (1.81)	7.37 (1.07)	7.67 (1.37)	7.67 (1.35)	7.15 (1.99)	7.08 (1.69)	7.14 (1.82)	7.17 (1.82)	7.48 (1.69)
Fugl-Meyer Test Lower Extrimetries										
6 months	Control	18.57 (7.8)	18.57 (7.8)	18.57 (7.8)	18.57 (7.8)	18.57 (7.8)	18.57 (7.8)	18.57 (7.8)	18.57 (7.8)	18.57 (7.8)
	Tai-Chi	19.09 (7.19)	21 (6.04)	20.91 (5.66)	20.85 (5.84)	20.75 (5.89)	19.39 (7.2)	19.7 (6.94)	19.28 (7.27)	21.17 (6.29)
9 months	Control	19.21 (7.54)	19.21 (7.54)	19.21 (7.54)	19.21 (7.54)	19.21 (7.54)	19.21 (7.54)	19.21 (7.54)	19.21 (7.54)	19.21 (7.54)
	Tai-Chi	18.66 (8.81)	20.44 (7.63)	21.27 (6.73)	21 (7.42)	21.58 (7.63)	18.83 (8.86)	19.36 (8.57)	19.25 (8.87)	20.87 (7.65)
12 months	Control	19.58 (7.74)	19.58 (7.74)	19.58 (7.74)	19.58 (7.74)	19.58 (7.74)	19.58 (7.74)	19.58 (7.74)	19.58 (7.74)	19.58 (7.74)
	Tai-Chi	18.83 (8.85)	21.56 (6.77)	21.86 (6.39)	21.5 (7.47)	21.5 (8.42)	19.39 (8.86)	19.58 (8.54)	19.22 (9.02)	21.35 (7.33)
Fugl-Meyer Test Upper Extrimetries										
6 months	Control	33.31 (22.7)	33.31 (22.7)	33.31 (22.7)	33.31 (22.7)	33.31 (22.7)	33.31 (22.7)	33.31 (22.7)	33.31 (22.7)	33.31 (22.7)
	Tai-Chi	29.72 (18.87)	32.11 (18.55)	31.74 (17.82)	32.1 (18.59)	25.83 (16.2)	28.43 (18.51)	30.94 (18.7)	30.06 (18.87)	34.33 (18.75)
9 months	Control	34.68 (23.94)	34.68 (23.94)	34.68 (23.94)	34.68 (23.94)	34.68 (23.94)	34.68 (23.94)	34.68 (23.94)	34.68 (23.94)	34.68 (23.94)
	Tai-Chi	30.78 (19.85)	33.5 (19.25)	33.26 (17.8)	33.1 (18.75)	28.17 (16.56)	30 (18.91)	32.29 (19.37)	31.18 (19.58)	35.83 (19.4)
12 months	Control	35.45 (24.23)	35.45 (24.23)	35.45 (24.23)	35.45 (24.23)	35.45 (24.23)	35.45 (24.23)	35.45 (24.23)	35.45 (24.23)	35.45 (24.23)
	Tai-Chi	32.78 (19.99)	36.11 (19.77)	34.91 (17.55)	35.14 (18.57)	28.83 (16.35)	31.65 (19.38)	34.35 (19.44)	32.79 (19.47)	37.79 (19.92)

จากผลการศึกษาพบว่าแม้ว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะได้ค่าผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมแต่ความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงได้วิเคราะห์แบบ subgroup analysis เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจมี



ผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษาโดยการจัดกลุ่มผู้ดูแลว่ามีศักยภาพการฝึกให้ฝึกแบบเด่นชัดกับแบบธรรมดาและ
จำแนกผู้ป่วยกลุ่มทดลองตามคุณลักษณะ 8 ประการ ตามตารางที่ 4 และ 5 คือ 1. ศักยภาพของผู้ดูแล 2. ความ
ขยันฝึกฝนในท่าที่แนะนำ 3. ออกกำลังกายในท่าของตนเอง 4. ความช่วยเหลือของญาติในการออกกำลังกาย 5.
ความเอาใจใส่ของญาติในชีวิตประจำวัน 6. ความศรัทธาในการมีชีวิตต่อไป 7. ความปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดี
ขึ้น 8. พัฒนาการของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองจะมีผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติตามลักษณะการจัดกลุ่มย่อยดังนี้คือ การแบ่งตามศักยภาพของผู้ดูแลผลลัพธ์ที่ดีพบได้ในเรื่อง Social well-
being Functional well-being และ EQ-5D การแบ่งตามออกกำลังกายในท่าของตนเองจะพบผลลัพธ์ที่ดีกว่า
ในกลุ่มทดลองคือ Physical well-being Social well-being และEQ-5D การแบ่งตามความช่วยเหลือของญาติ
ในการออกกำลังกายจะพบผลลัพธ์ Emotional well-being ที่ดีกว่าในกลุ่มทดลอง การแบ่งตามความเอาใจใส่
ของญาติในชีวิตประจำวันจะพบ Social well-being มีค่าคะแนนสูงในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การ
แบ่งตามความศรัทธาในการมีชีวิตต่อไป 2. ความขยันฝึกฝนในท่าที่แนะนำ การแบ่งตามพัฒนาการของผู้ป่วย
EQ-5D พบว่ากลุ่มทดลองมี EQ-5D ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการแบ่งตามความปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้นไม่
พบว่าทำให้เห็นผลลัพธ์ที่แตกต่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และพบว่าไม่ว่าจะจำแนกตามปัจจัยใดๆ ก็ตามก็
ไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนสำหรับผลลัพธ์ของ Fugl-Meyrer Test เลย



ตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ subgroup analysis แสดงค่า Mean(S.D) ของผลลัพธ์ของ FACIT SNMRC Fugl-Meyrer Test และ EQ-5D ที่ให้ค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตาม

	ศักยภาพของผู้ดูแล	ความขยันฝึกฝนในท่าที่แนะนำ	ออกกำลังกายในท่าของตนเอง	ความช่วยเหลือของญาติในการออกกำลังกาย	ความเอาใจใส่ของญาติในชีวิตประจำวัน	ความศรัทธาในการมีชีวิตต่อไป	ความปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น	พัฒนาการของผู้ป่วย
Physical well-being Control vs. Tai-Chi			6 MONTHS 23.93 (3.52) 25.82 (3.65)					
Social well-being Control vs. Tai-Chi	3 MONTHS 15.69 (7.28) 18.9 (2.83) 9 MONTHS 14.8 (6.28) 17.8 (3.64)		9 MONTHS 14.8 (6.28) 17.91 (4.33)		0 MONTHS 13.97 (7.21) 17.92 (4.84) 3 MONTHS 15.69 (7.28) 19.24 (3.17)			
Emotional well-being Control vs. Tai-Chi				9 MONTHS 18.75 (5.4) 21.23 (2.55)				
Functional well-being Control vs. Tai-Chi	6 MONTHS 17.88 (4.49) 21 (5.45)							
EQ-5D Control vs. Tai-Chi	6 MONTHS 6.57 (1.71) 7.95 (1.54) 9 MONTHS 6.61 (1.99) 7.47 (1.02)	6 MONTHS 6.57 (1.71) 8.17 (1.43) 9 MONTHS 6.61 (1.99) 7.54 (1.18)	6 MONTHS 6.57 (1.71) 8.1 (1.51)			6 MONTHS 6.57 (1.71) 7.5 (1.93)		6 MONTHS 6.57 (1.71) 7.92 (1.78)



ตอนที่ 2.

ผลการศึกษาผลของการประยุกต์การเคลื่อนไหวผสมลมหายใจแบบไท่เก๊กที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเอง

ผู้บำบัดได้รายงานพัฒนาการของผู้ป่วยภายหลังการฝึกว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น ในด้านคุณภาพชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นประกอบด้วยด้านการเคลื่อนไหว สภาพจิตใจ การใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้น ตามการบรรยายของผู้บำบัดในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มฝึกไท่เก๊กตั้งข้อมูลต่อไปนี้ทั้งในข้อความที่บรรยายและตารางแสดงการฝึกในท่าต่างๆ

“การเคลื่อนไหวสามารถเดินได้ไกลขึ้นโดยใช้ไม้สามขาพยุงตัวเดิน การเคลื่อนไหวคล่องตัว สภาพกล้ามเนื้อแขนขามีกำลังมากขึ้น นั่งรับประทานอาหารลดอาหารรสจัด ลดหวาน มัน เค็ม ดื่มน้ำมากขึ้น สภาพจิตใจร่าเริงขึ้นเวลาได้พูดคุย มีกำลังใจขึ้นบ้าง การหลงลดน้อยลง มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ระบบขับถ่ายดีขึ้น Palliative Performance scale version2 = 70% จากการเยี่ยมในโครงการครั้งนี้ระยะเวลาในการเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและเป็นการกระตุ้นในการทำกิจกรรมทำบริหารต่างๆให้สม่ำเสมอและเป็นการบังคับไปในคราวเดียวกันให้เกิดการกฎ ข้อบังคับให้ร่วมกิจกรรมโดยเจ้าที่มีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติที่จะร่วมกันให้ส่งผลดีกับตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากญาติ” จากผู้บำบัดผู้ป่วยชาย อายุ 55 ปี

“การพัฒนาการได้บ้าง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยขอพักบ่อยๆ ต้องคอยกระตุ้น ให้กำลังใจมาก สามารถเดินโดยใช้ Walker โดยไม่ต้องพยุงและมีความมั่นใจมากขึ้น กล้ามเนื้อแขนขามีกำลังมากขึ้น Palliative Performance scale version2 = 60% ข้อวิเคราะห์ของผู้บำบัด จากการเยี่ยมในโครงการครั้งนี้ระยะเวลาในการเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและเป็นการกระตุ้นในการทำกิจกรรมทำบริหารต่างๆให้สม่ำเสมอและเป็นการบังคับไปในคราวเดียวกันให้เกิดการกฎ ข้อบังคับให้ร่วมกิจกรรมโดยเจ้าที่มีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติที่จะร่วมกันให้ส่งผลดีกับตัวผู้ป่วย” จากผู้บำบัดผู้ป่วยหญิง อายุ 56 ปี

“การเคลื่อนไหวได้คล่องตัวขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น ทำอาหารง่ายๆ รับประทานอาหารเอง แต่แนะนำให้ระมัดระวัง ยึดเหยียดแขนขาต้องสากว่าเดิม กล้ามเนื้อแขนขามีกำลังมากขึ้น Palliative Performance scale version2 = 90% ข้อวิเคราะห์ของผู้บำบัด จากการเยี่ยมในโครงการครั้งนี้ระยะเวลาในการเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและเป็นการกระตุ้นในการทำกิจกรรมทำบริหารต่างๆให้สม่ำเสมอและเป็นการบังคับไปในคราวเดียวกันให้เกิดการกฎ ข้อบังคับให้ร่วมกิจกรรมโดยเจ้าที่มีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติที่จะร่วมกันให้ส่งผลดีกับตัวผู้ป่วย” จากผู้บำบัดผู้ป่วยชาย อายุ 60 ปี



“การเคลื่อนไหว สามารถเดินได้ดีขึ้นไม่ต้องใช้พยางค์ตลอดเวลาปล่อยไม่ได้บางครั้งคราว การปฏิบัติกิจกรรม ทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น ยกตัวอย่าง ไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ก็ประกอบและปรุงอาหารได้เอง การดูแลตนเอง ดูแลตนเองได้ดีขึ้นเตรียมเครื่องนุ่งห่มได้เองทำความสะอาดร่างกาย สามารถสื่อสารได้ชัดเจน ออกเสียงพยัญชนะเพิ่มชัดเจนมีสุขภาพจิตดี_Palliative Performance scale version2 =70%_ ข้อวิเคราะห์ของผู้บำบัด เกิดการกระตุ้นและเพิ่มทำบริหารร่างกายเจ้าหน้าที่ได้เข้าไปร่วมกันแบ่งปันร่วมแชร์ความรู้สึกได้ผ่อนคลายให้หายกังวลเป็นที่พึงได้ในระดับหนึ่ง” จากผู้บำบัดผู้ป่วยหญิง อายุ 47 ปี

“การเคลื่อนไหวลุกนั่งได้เอง นั่งรับประทานอาหารได้เอง นั่งได้นานขึ้น ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ตาลาย การร่งวงซึมไม่ค่อยเป็น มีคนพุงสามารถนั่งรถเข็นได้ Palliative Performance scale version2 = 40% ข้อวิเคราะห์ของผู้บำบัด จากการเยี่ยมในโครงการครั้งนี้ระยะเวลาในการเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและเป็น การกระตุ้นในการทำกิจกรรมทำบริหารต่างๆให้สม่ำเสมอและเป็นการบังคับไปในคราวเดียวกันให้เกิดการผูกข้อบังคับให้ร่วมกิจกรรมโดยเจ้าที่มีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติที่จะร่วมกันให้ส่งผลดีกับตัวผู้ป่วย” จากผู้บำบัดผู้ป่วยชาย อายุ 59 ปี



กระบวนการการดูแลบำบัดและผลการบำบัดในผู้ป่วยจำนวน 14 ราย

ที่	ผู้ป่วย	การดูแลบำบัด	ผลการบำบัด
1	เพศชาย อายุ 70ปี (ชื่อ ก.ว.) แขนขาซ้ายอ่อนแรง แรงแรง กล้ามเนื้อระดับ 1 มีความคาดหวังว่าสามารถเดินได้ ช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถไปไหนมาไหนกับครอบครัวได้	การฝึกกลมหายใจ การสร้างจินตภาพ การเปิดชีพจร การยืดเหยียดข้อต่อต่างๆ การใช้แรง	ผู้ป่วยสามารถไปไหนมาไหนกับครอบครัวได้ระยะหนึ่ง มีปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมาก และมีโรคประจำตัว คือถุงลมโป่งพอง จะมีอาการเหนื่อยหอบง่าย และญาติจะเน้นการบำบัดแต่พอประมาณเท่านั้น และผู้ป่วยจะมีลูกจ้างเป็นผู้ดูแลปัญหาในการบำบัดด้วยเป็นผู้ป่วยสูงอายุ และมีลูกจ้างเป็นผู้ดูแลจึงไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมด้วยตนเองเท่าที่ควร จึงเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการค่อนข้างช้า ผู้ป่วยมีปัญหาด้านระบบการหายใจ ญาติจะมีความกังวลเมื่อทำการบำบัดให้
2	เพศชาย อายุ 60ปี (ชื่อ ก.พ.) แขนขาซ้ายอ่อนแรง แรงแรง กล้ามเนื้อระดับ 2 มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ มีความคาดหวังที่จะเดินได้ และช่วยเหลือตัวเองได้	มีการฝึกการเหยียดนิ้ว ข้อมือ ข้อศอก เปิดข้อไหล่ ขา เข่า ข้อเท้า ถ่ายน้ำมัน การส่งพลัง จินตภาพ ฝึกกลมหายใจ	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ด้านจิตใจในเรื่องคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ช่วงแรกให้ลูกจ้างดูแล มีความท้อแท้ ต่อมาระยะหลังมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น เห็นความสำคัญในการช่วยเหลือตัวเองมากกว่าเดิม ส่วนด้านร่างกายดีขึ้นระยะหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงและไขมัน จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาที่รับประทาน มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร



3	<p><u>เพศชาย (ชื่อ ข.ก.)</u> ผู้ป่วยมีความจำ สมาธิสั้น อารมณ์ ซึ่หงุดหงิด การทรง ตัวไม่ดี เดินตัวแข็งกร็งเดิน ชอยเท้าถี่ๆ ต้านแรงได้น้อย</p>	<p>มีการฝึกลมหายใจ การสร้างจินตภาพ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การฝึกเดินโดยยกข้อสะโพก ยกเข่า ถ่ายน้ำหนัก</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถก้าวขาโดยยกข้อสะโพกได้ ยืนทรงตัวได้นาน มากขึ้น มีสมาธิมากขึ้นสีหน้าสดชื่นขึ้น ด้านสภาวะจิตใจรู้สึก มีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ก้าวเดินยกขาได้สูงขึ้น เมื่อมีการบำบัดและเยี่ยมบ้านอย่าง ต่อเนื่อง เมื่อระยะเวลาห่างขึ้น ผู้ป่วยจะกลับเป็นเหมือนเดิม และต้องทบทวนทำเดิมด้วยผู้ป่วยมีปัญหาสมาธิสั้น ความจำ สั้น จึงต้องมีการทบทวนด้วยภาพ และผู้ฝึกต้องมีความอดทน ใจเย็นในการดูแลฝึกผู้ป่วย</p>
4	<p><u>เพศชาย (ชื่อ ส.ก.)</u> ผู้ป่วยแขนขาขวาอ่อนแรง กำลัง กล้ามเนื้อแขนระดับ 1 ขา ระดับ 4</p>	<p>การปรับลมหายใจให้สัมพันธ์ กับการเคลื่อนไหว การยืดเหยียด กล้ามเนื้อ และข้อต่อต่างๆ หมุนข้อมือ ศอก ไหล่ การเปิดชีพ จร ไหล่ ข้อสะโพก การยกข้อสะโพก การคลายไหล่ การถ่าย น้ำหนัก การฝึกยืน การใช้แรง</p>	<p>ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น สภาวะจิตใจดีขึ้น รู้สึกความ มีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น สี หน้าสดชื่นพูดคุยได้มากขึ้น ซึ่งถ้าได้รับการฝึกฝนอย่าง ต่อเนื่องคาดว่าจะสามารถยืนและเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยได้</p>
5	<p><u>เพศหญิง (ชื่อ พ.ท.)</u> ผู้ป่วยมีแขนขาขวาอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ที่ระดับ 3 มี ไหล่ขวาตก เท้าขวามี foot drop</p>	<p>มีการปรับลมหายใจ ร่วมกับสมาธิ ให้สมดุลกับการเคลื่อนไหว การยืดเหยียดข้อต่อต่างๆ การแยกแยะระบบประสาท การพับ นิ้วมือ เปิดชีพจรที่ไหล่และข้อสะโพก มีการถ่ายน้ำหนักของขา การทรงตัว ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ</p>	<p>ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น สภาวะจิตใจดีขึ้น รู้สึกถึง คุณค่าในตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นพูดคุยได้มากขึ้น สามารถขยับนิ้วมือได้แขนขามีกำลังมากขึ้น ถ้าได้รับการ ฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง จะมีความก้าวหน้ามากขึ้น</p>
6	<p><u>เพศชายอายุ 45 ปี (ชื่อ ก.น.)</u> ผู้ป่วยมีอาการข้างซ้ายมา 2 ปีจากเส้นเลือดอุดตัน แขน-</p>	<p>ปรับท่าพื้นฐาน ท่านั่งหลังตรง แยกเท้าหนึ่งช่วงไหล่ หายใจฝ่า มือ การฝึกลดไหล่โดยหายใจเข้ายกไหล่ หายใจออกลดไหล่ลง การฝึก Body scan รับรู้และรักษาสมดุลร่างกาย การใช้ไม้เท้า</p>	<p>กระดกข้อมือขึ้นลงซ้ายขวาได้ดี แขนและไหล่ ใช้แรง/ยกไหล่ น้อยลง แรงแคคอกดี กำหนดจุดใช้งานดึงศอกหลังได้แม่นยำ คม ศอกได้ดีเมื่ออยู่ใต้ไหล่ และในรัศมีใกล้ลำตัว เหยียดแขนได้</p>



<p>ขารับรู้สึกได้ แต่อ่อนแรงกำลังกล้ามเนื้อระดับ 1-2 สิ่งใช้งานไม่ได้ตั้งใจใช้ไม้เท้าช่วยเดิน และมีอาการปลายเท้าหงิกเกร็งเวลาออกแรง</p>	<p>ช่วยเดิน แค่นพยุงให้มั่นคง ไม่ใช่ค้ำยัน <u>ปรับลมหายใจ</u> ฝึกหายใจยาว ตามลมหายใจเข้า-ออก เคลื่อนฝ่ามือขึ้น-ลง จินตภาพจากลมหายใจกลายเป็นความอุ่นที่เคลื่อนขึ้น-ลงอยู่ภายใน ทดสอบได้ที่ฝ่ามืออุ่นและแดง ฝึกหายใจปฏิกิริยาเพื่อรับรู้การเคลื่อนไหวของพลังภายในร่างกาย(ซี่) จากต้นเทียนที่สามารถส่งผ่านไปยังส่วนต่างๆของร่างกายที่ต้องการส่งแรงไปให้ถึง <u>การจินตภาพ/จิต</u> ฝึกจินตนาการเชื่อมโยงสมองกับแขนขา ซ้ายกับขวา การแข็งเกร็งและผ่อนคลาย ฝึกจิตกำหนดการเคลื่อนไหว ด้วยการเอาใจไปวางไว้ที่จุดใช้งาน รับรู้การเคลื่อนไหวกลุ่มหายใจ นิ้วมือ(กำ-แบ) เริ่มทำในข้างที่ปกติก่อน ซ้อมือโดยการตัด หมุน พลิกหงาย ซ้อมอกด้วยการบิดและคลาย ดึงศอก <u>ยึดเหยียดคลายส่วนที่แข็งเกร็ง</u> ดังนี้ นิ้วมือโดยการนวด กำ/คลายปลายนิ้ว คลายข้อไหล่ด้วยการเชื่อมแรงกับผู้ป่วย พาเคลื่อนไหวในท่าต่างๆ ให้ผู้ป่วยต้านไว้น้อยๆ เปิดจุดชีพจรโดยหลักของการฟังแรง ส่งแรง ซึ่มแรง ก้มตัว ยึดเหยียดเส้นหลัง <u>ฟื้นฟูกำลัง</u> นิ้วมือโดยการกำ/คลายปลายนิ้ว เหยียดนิ้วดิงยาง ดึงปลายเท้าแล้วถีบออก ซ้อมือโดยการพลิกหงาย ปาดฝ่ามือวงกลม ซึ่มแรง นึกแรงท้องถิ่น ดิงยางจางด้านหลังไปหน้า ซ้อมอกด้วยการดึงศอกไปหลัง ชกออกด้านหน้า ดิงยางจากหน้าไปหลัง ฝึกทำอึดด้วยศอก งอเข้า ยกขา กระดกเท้าถีบ</p>	<p>ดีกว่าก่อนฝึกเท้าตัว(เกรด 2) <u>ขาและเท้า</u> กระดกปลายเท้าได้ เล็กน้อยนิ้วหัวแม่เท้าครูดพื้นน้อยลงเวลาเดิน งอเข้า ยกเท้าก้าวเดินได้จนคุ้นชิน วางเท้ามั่นคง เดินได้ตรงทางขึ้น อยู่ในบริเวณบ้านไม่ต้องใช้ไม้เท้า ลูกยืน+ลงนั่งโดยใช้มือยันเหนือเข่ายึ่มแรง จากฝ่าเท้าได้อย่างคล่องตัว/สมดุล <u>จิตใจอารมณ์และสังคม</u> มีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ เพื่อนฝูง/ญาติพี่น้องให้การช่วยเหลือดี มีเป้าหมายพึ่งพาตนเองได้ในอนาคต</p>
---	---	---



		<p>ออก ฝึกใช้ชีหรือพลังจากท้องน้อยส่งมาที่สะโพก สะโพกส่งพลังต่อให้ไปรวมกันอยู่ที่หัวเข่า เพื่อให้หัวเข่ามีพลัง ไม่บิดไปบิดมา จากนั้นฝึกส่งพลังไปที่ฝ่าเท้าด้วยการถีบออกไปถีบยาง เกาะรวย่อตัวลงนั่งบนฝ่าเท้า-ดันตัวลุกยืน ฝึกส่งแรงให้ถึงปลายนิ้ว</p>	
7	<p>เพศหญิง อายุ 55 ปี (ชื่อ ส.ณ.) มืออาการข้างขวามากกว่า 10 ปี มีปัญหาไหล่หลุด [inferior subluxation] ความตึงตัว และการทำงานของกล้ามเนื้อในกลุ่ม rotator cuff และกล้ามเนื้อ bicep brachii ในส่วนของ long head ที่ลดลงไป ความมั่นคงของข้อไหล่ ลดลง กระดูกต้นแขนมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนออกจากเบ้ารับในทิศทางลงล่าง แขน-ศอก-มือ-นิ้วมือ หดเกร็ง บังคับใช้งานไม่ได้ตั้งใจ</p>	<p><u>ปรับท่าทางก่อนฝึก</u> ใช้ผ้ายึดพัน figure of eight (∞) พุง กล้ามเนื้อรอบหัวไหล่ ประยุกต์ใช้ลูกบอลแทรกในรักแร้ ลดการหนีบแขนแนบลำตัวเปิดรักแร้ <u>ปรับลมหายใจ</u> ฝึกหายใจยาวตามลมหายใจเข้า-ออก เคลื่อนฝ่ามือขึ้น-ลง จินตภาพถึงความอ่อนที่เคลื่อนขึ้น-ลงอยู่ภายใน ทดสอบได้ที่ฝ่ามืออ่อนและแดง ฝึกหายใจปฏิกภาคเป็นกุศโลบายให้ฝึกรับรู้การเคลื่อนไหวของพลังภายในร่างกาย(ชี) จากต้นเถียนที่สามารถส่งผ่านไปยังส่วนต่างๆของร่างกายที่ต้องการส่งแรงไปให้ถึง <u>ฝึกจินตนาการ</u> เชื่อมโยงสมองกับแขนขา ซ้ายกับขวา การแข็งเกร็งและผ่อนคลาย [Body Scan] <u>ฝึกบริหารด้วยตนเอง</u> นิ้วมือ(กำ-แบ) ข้อมือ(กระดก หมุน ดัดคลาย) แขน ยืดเหยียดโดยการเกาะพนักเก้าอี้ โหนเชือก ไหล่(ผ่อน/ลดไหล่ คลายไหล่อัดด้วยศอก) <u>ยืดเหยียดคลายส่วนที่แข็งเกร็ง</u> ดังนี้ นิ้วมือโดยการนวด กำ/คลายปลายนิ้ว ข้อมือโดยการดัด หมุน พลิกหงาย ข้อศอกด้วยการบิดและคลาย ดึงศอก คลายข้อไหล่ด้วยการเชื่อมแรง</p>	<p>- <u>มือและนิ้วมือ</u> แบมือได้ นิ้วไม่จับ ฝ่ามือมุงหลังคาน้อยลง ข้อมือไม่เกร็งงอ พลิกคว่ำ-หงายข้อมือได้ดีกว่าเดิมมากกว่าเท่าตัว <u>แขนและไหล่</u> กล้ามเนื้อรอบหัวไหล่ แข็งแรงและหนาขึ้น คล้ำไม่พบช่องว่างใต้ปลายกระดูกหัวไหล่ ทำให้ไหล่มั่นคง มีแรง ไม่เจ็บปวดเมื่อยกแขน/กางแขน แขนนุ่ม ไม่แข็งเกร็ง เหยียดคลาย ใช้ศอก ลดไหล่ในการเหยียด-งอแขนได้ดี เหยียดแขนได้เกือบตรง <u>ขาและเท้า</u> งอเข่า ยกเท้า ก้าวเดินได้ดีขึ้น ถีบจักรยานได้ไกลขึ้นกว่าเดิม <u>จิตใจอารมณ์และสังคม</u> มีความหวัง กำลังใจ มองเห็นโอกาสในการฟื้นฟู ครอบครัวไม่ต่อต้าน ฟังคำพูดที่เราใช้บ่อยๆขณะฝึกได้เข้าใจและทำ ได้ถูกต้อง พูดตอบโต้ได้เร็วขึ้นไม่กังวลเรื่องถูกผิด ไม่พูดบ่นว่าตนเอง “หมองเนีย” ที่แปลว่า “นึกไม่ออก” มั่นใจ กล้าพูด กล้าทัก กล้าแสดงความคิดเห็นหรือบอกเล่า ออกมามากขึ้น ไม่เอาแต่รอรับฟัง หรือรอให้สั่งอย่าง</p>



<p>ปัญหาการสื่อสาร [Verbal Aphasia or Efferent Motor Aphasia] พูดสั้นแค่ 1 คำ และมีแต่คำสำคัญของ ประโยค(Telegraphic), นึก คิดหาคำพูดหรือคำศัพท์ต่างๆ ไม่ออก(Word finding difficulty)</p>	<p>กับผู้ป่วย พาเคลื่อนไหวในท่าต่างๆ ให้ผู้ป่วยต้านไว้หน่อยๆ เปิด จุดชีพจร บิดข้อมือ เปิดข้อไหล่</p> <p><u>ส่งเสริมการพูด สื่อสาร</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นความตื่นตัว (Level of Alertness) ที่ลดลงด้วยการแตะสัมผัส พูดบอกผู้ป่วยซ้ำ ๆ 2. ลดการรบกวนแวงกาย (Distractibility)โดยให้นับครึ่งฝึก 3. การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นไม่แน่นอน (Variability of respond) โดย –เตรียมตัว/รอให้พร้อม 4. ปฏิเสธการพยักหน้า/สายศีรษะ/ใช้มือประกอบท่าทางแทนการพูด <ul style="list-style-type: none"> - มองหน้า สบตา รอคำตอบว่า “ใช่/ไม่” 5. ลดความวิตกกังวล <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนกับเขาเป็นเด็ก - สังเกตวิธีการสื่อความหมายของผู้ป่วยอย่างละเอียด - ให้ความสำคัญผู้ป่วยโดยเน้นถึงความก้าวหน้าของทักษะต่างๆ ไม่ให้ความหวังในสิ่งยังไม่ทราบผลจะเป็นอย่างไร - เลือกเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจมาพูดคุยกับผู้ป่วย - แสดงท่าทางสนใจฟังเรื่องที่เขาพูด รอให้ผู้พูดใหญ่จบ 	<p>เดียว เรียนรู้การฝึกในรูปแบบที่หลากหลายและ คล่องแคล่วขึ้น เช่น ฟังแล้วลงมือฝึก ถ้าไม่เข้าใจคำสั่ง ก็ หันมามองแล้วทำตาม</p>
--	--	---



		<p>อนไม่ช่วยพูดหรือชิงพูดก่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีพูดไม่ชัด ไซคำผิด แกไขเปนบางครั้ง ไม่ตักคอแกไขทุกครั้ง บางครั้งตองพยายามเดา - เข้าใจ ไม่แสดงความรำคาญ หงุดหงิด 	
8	<p>เพศชาย อายุ 50 ปี (ชื่อ ม.ป.)</p> <p>มือการข้างขวา แขน-ศอก-มือ-นิ้วมือ ข้างขวาหดเกร็ง บังคับใช้งานไม่ได้ตั้งใจ 2. ลงน้ำหนักเท้าข้างปกติมากกว่า ไม่งอเข้าขวาเวลาเดิน ปัญหาการสื่อสาร เวลาพูดจะพูดคล้ายติดอ่าง ซ้ำๆประโยคเดิม ไม่ชัดเป็นบางคำ พูดแบบซ้ำๆ เป็นคำสั้นๆ</p>	<p>ทำ body scan ก่อนการฝึกทุกครั้ง การฝึกหายใจปฎิภาค แล้วส่งลมหายใจไปให้ถึงปลายอวัยวะที่เจ็บป่วย การใช้จินตนาการในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย การเสริมแรงระหว่าง การฝึกแต่ละท่า เชื้อมัน ในการฝึกฝนที่ทำอย่างต่อเนื่องและเห็นความก้าวหน้าของการฝึกแต่ละครั้ง ทุกครั้งที่ฝึกมีความตั้งใจในการทำแต่ละครั้ง เหตุแห่งไทเก๊ก ลมหายใจ จิตนำกาย และชี</p>	<p><u>มือและนิ้วมือ</u></p> <p>นิ้วมือเริ่มเหยียดได้มากขึ้นแม้จะยังไม่ตรงทุกนิ้ว แต่ถ้าถูกกระตุ้นหรือตั้งใจจะทำจะกลับมาจับเหมือนเดิม <u>แขน</u></p> <p>แขนขวาท่อนล่างสามารถปล่อยวางลงข้างลำตัวได้เป็นพักๆ เวลาฝึกสามารถส่งลมหายใจไปได้ถึงข้อมือ <u>ขาและเท้า</u></p> <p>รู้สึกมีกำลังที่เท้าและฝ่าเท้ามากขึ้น เวลาเดินสามารถกำหนดทิศทางได้ดีขึ้น รู้สึกคล่องตัวเวลาเดินมากกว่าแต่ก่อน ยกเข้าได้มากขึ้นกว่าเดิม <u>การพูด</u> กล่าวพูด กล่าวสื่อสาร มากขึ้น แม้จะยังเป็นคำไม่ชัดและซ้ำๆอยู่ <u>จิตใจอารมณ์และสังคม</u> มีกำลังใจในการฝึกมากขึ้น มีท้อบ้างเป็นบางช่วงที่เห็นมือไม่เหยียดตรง จิตสั่งกายได้เร็วขึ้น</p>
9	<p>เพศหญิง อายุ 74 ปี (ชื่อ ล.อ.)</p> <p>มือการ ด้านขวา</p> <p>1.แขน-ศอก-มือ-นิ้วมือข้าง</p>	<p>การใช้จินตนาการ ในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย การหายใจปฎิภาค ส่งลมหายใจให้ถึงอวัยวะส่วนปลาย การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน เช่น ฝ่าขวาม้า กะลามะพร้าว มาช่วยคลายกล้ามเนื้อฝ่าเท้า เชื้อมัน และศรัทธาในการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง</p>	<p><u>มือ นิ้วมือและข้อมือ</u> นิ้วมือเหยียดตรงได้จนเกือบเป็นปกติ เหลือเพียงนิ้วชี้ที่ยังเหยียดไม่สุด มือซ้ายเริ่มมีแรงมากขึ้น สามารถใช้มือซ้ายร่วมทำงานได้ เช่น รับประทานอาหาร รดน้ำต้นไม้ ถางหญ้า ข้อมือสามารถกระดกขึ้นลงได้มากขึ้น ส่ง</p>



<p>ซ้าย หดเกร็ง (เกรด 3-4)ด้าน แรงได้เล็กน้อย นิ้วมือจับเข้า หาตัว ข้อมือเหยียดตรงไม่ได้ แขนไม่เหยียดตรงอไว้ระดับ เอว 2.ลงน้ำหนักเท้าข้างปกติ มากกว่า ไม่งอเข้าขวาเวลา เดิน เดินลากเท้ากับพื้น กล้ามเนื้อขาบริเวณข้อเท้า ด้านหลังแข็งตึงบริเวณเอ็น ร้อยหวาย</p>	<p>ของตนเองและเห็นความก้าวหน้าในการฝึก เหตุแห่งไทเก๊ก ลม หายใจ จิตนำกายและชี กำลังใจจากคนในบ้านและเพื่อนบ้าน</p>	<p>แรงได้ถึงฝ่ามือ แขน สามารถปล่อยแขนลงเหยียดตรงข้าง ลำตัวได้มากขึ้น <u>ขาและเท้า</u> ยังมีขาฝ่าเท้าอยู่ รู้สึกหนาและ หนักอยู่แต่รับรู้เวลาเดินได้มากขึ้น เหมือนเดินคล่องกว่าเดิม ยกฝ่าเท้าได้พื้นพื้นแต่ไม่ยกเข้ามามากนัก กำหนดทิศทาง เดินได้มากขึ้น กล้ามเนื้อขาด้านหลังและเอ็นร้อยหวายนิ่มขึ้น สามารถกระดกฝ่าเท้าขึ้น-ลงได้องศาที่มากขึ้น</p>
<p>10 เพศชาย (ชื่อ ค.ป.) ผู้ป่วยมีอาการ แขนขาแถบ ซ้ายอ่อนแรง แต่สามารถ ลูก เดินช่วยเหลือตนเองได้ดี ขับ รถยนต์ได้ ไปไหนมาไหนเอง ได้</p>	<p>ฝึกปรับเปลี่ยนเท้าให้ตรง ฝึกลมหายใจปฏิกภาค ฝึกยืนถ่าย น้ำหนักลงฝ่าเท้า ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทำยกระถางรูป ทำ ด้านหลัง ฝึกการใช้ข้อต่อของ นิ้วมือ ข้อมือ สอก ไหล่ (กำ หมัด ชก ยกศอกไป ด้านหลัง พลิกฝ่ามือ โดยใช้ปลายนิ้วกลาง เป็นแกนกลาง กำคลายนิ้วมือ ทำเต่า ยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลัง โดยให้เกาะขอบโต๊ะ ใช้น้ำหนักไปด้านหลังพับข้อสะโพกลงหลัง ตรง มือยืนมาด้านหน้า เกาะขอบโต๊ะไว้ ใช้มือสองข้างประกบ กันเหยียดตรง ย่อขาลงให้ได้มากที่สุด ลงไปอยู่ในท่านั่ง แล้วลุก ขึ้น(ทำยปีน) ใช้มือข้างที่อ่อนแรงดันกำแพง แล้วหายใจ ดึง</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถว่ายน้ำได้ การทรงตัวในการเดินดีขึ้น สามารถ หายใจปฏิกภาค ลดอาการเกร็งของไหล่ได้ หยุดยาคลาย กล้ามเนื้อได้ มีความเชื่อมั่นในการเข้าสังคมทำกิจกรรมกับ เพื่อนๆมากขึ้น แขนซ้ายมีกำลังมากขึ้น 40 อาการเกร็งที่ ไหล่ซ้ายลดลง</p>



		<p>พลัง จากฝ่าเท้า ถึงฝ่ามือข้างที่ต้นกำเนิด ฟีกจินตภาพ โดยนั่งหลับตานึกถึงแกนกลางของร่างกาย จากฝ่าเท้า ถึงกลางกระหม่อมเป็นเส้นตรงเดียวกัน แล้วหายใจแบบปฏิภาค เพื่อให้หลังตรง เพราะเวลา นำวิถีโอบ ลมหายใจเป็นยาไปให้เป็นคู่มือในการฝึก จัดหาอุปกรณ์ ลูกกอล์ฟ ไปให้เหยียบและคลึงฝ่าเท้า</p>	
11	<p>เพศชาย อายุ 71 ปี (ชื่อ ส.อ.) มืออาการด้านซ้าย เดินได้เอง สามารถขับรถ มอเตอร์ไซด์ได้เอง ช่วยเหลือ ตนเองได้ดี การรับประทาน อาหารปกติ การกลืนปกติ พูด ไม่ชัด เหมือนมีเสียงแน่นอยู่ใน จมูก ขาที่เข่าขวา เดินได้ ในระยะสั้นๆ ขาขววมด กล้ามเนื้อลำตัวตึง</p>	<p>ฝึกทำปรับลมหายใจพร้อมกับย่อตัวลง หายใจปฏิภาค (หายใจเข้ายืดตัวพร้อมกับยกมือขึ้น ท้องแฟบ ดึงแรงจากฝ่าเท้าขึ้นมาที่ฝ่ามือ หายใจออก กดฝ่ามือลง พร้อมกับย่อตัวลง พองท้องออก) เพื่อฝึกให้ขามีกำลังฝึกถีบเท้า (หายใจเข้า ดึงเข้าขึ้นรวมพลังไว้ที่ท้องน้อย หายใจออกถีบฝ่าเท้าออก ฝ่าเท้าตั้งขึ้นพร้อมกับ ผลักมือออก ส่งแรงจากมือไปที่ฝ่าเท้า) ผู้ป่วยรู้สึกขามีกำลังมากขึ้น แต่ยังรู้สึกก้อบแก๊บในเข่าเล็กน้อย สามารถ ส่งแรงไปฝ่าเท้าได้ดี ขามีกำลัง</p> <p>พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถเหยียดนิ้วมือออกให้สุดได้ มีข้อนิ้วติดแข็งทำได้ เหยียดนิ้วมือได้ แต่กางนิ้วมือได้ไม่เต็มที่ ปิดดัด แขน นิ้วมือ ประสานกับการสงชี้นำแนะนำให้ผู้ป่วย เบ่งแรงมาที่ฝ่ามือ กางนิ้วมือออกให้สุด หายใจออกผ่อนคลายนิ้วมือแนะนำให้ช่วยกรอกน้ำ โดย ใช้ที่ปั้มน้ำแบบมือบีบ เพื่อกระตุ้นให้มีการบริหาร ออกแรงและบริหารข้อนิ้วต่างๆ</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ ตนเองได้มากขึ้น ช่วยภรรยาทำงานบ้าน เช่นรดน้ำต้นไม้ กวาดบ้าน กรองน้ำใส่ขวด วันละ 2 ขวด ขวดละ 20 ลิตร เดินดีขึ้น ปวดเข่าน้อยลง บุคลิกในการเดินดีขึ้น (ตัวไม่แข็งเป็นท่อน ตัวโคลงน้อยลง) งอเข้าได้มากขึ้นเวลาเดิน ไปเที่ยวต่างจังหวัดมาแล้ว 1 ครั้ง กล้ามเนื้อลำตัว แขนขาไม่แข็งตึง</p> <p>ควบคุมการใช้มือซ้ายได้ดีขึ้น ดูจากทำปรับลมหายใจสามารถยกมือซ้าย ได้พร้อม เสมอกัน และขณะพลิกฝ่ามือสามารถทำได้ พร้อมและสัมพันธ์กันมากขึ้น สามารถ แบนิ้วและกางนิ้วเหยียดออกได้สุด</p>



		<p>ฝึกการทรงตัว ถ่ายน้ำหนัก ลงฝ่าเท้า ซ้าย ขวา เพื่อให้ฝ่าเท้ามีแรง ขามีแรง ต่อจากการฝึกแบบเดิมที่ยังทำไม่ได้ โดยผู้บำบัดสอนวิธีการถ่ายน้ำหนักที่ถูกต้องและใช้มือดันสะโพกของผู้ป่วยไว้ เพื่อเพิ่มแรงต้าน ให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้แรงที่ฝ่าเท้าเพิ่มขึ้น งอเข่าได้มากขึ้นขณะเดิน หลังฝึก 1 เดือน นอกจากนี้เสริมด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทำน่องกับพื้น พบขาที่ละข้าง โน้มตัวไปด้านขาที่เหยียด เพื่อคลายกล้ามเนื้อหลังและขาที่ตึงนอนหงายตั้งเข่า ใช้ขาอีกข้างหนึ่ง เกี้ยวไว้ บิดเอวให้เข่าติดพื้นให้มากที่สุด ลำตัวไม่บิดตาม เพื่อยืดกล้ามเนื้อหลังด้านข้างจนถึงสะโพก ส่งซีโนท่านอนหงาย ผู้บำบัด ดึงขาและแขนพร้อมกับบิด เพื่อคลายกล้ามเนื้อและเปิดจุดซีพจร ที่ละข้าง แก้อใจ เรื่องสมาธิสั้นโดย ไซ่ท่าปรับลมหายใจ คือยกมือขึ้นหายใจเข้า พลิกมือกดมือลงหายใจออก</p>	
12	<p>เพศชาย อายุ 64 ปี (ชื่อ ณ.ช.) กำลังกล้ามเนื้อแขนซ้ายระดับ 1 และขาซ้ายระดับ 3 เดินได้เองไม่ถนัด ไซ่ไม้ค้ำยัน เดินในระยะเวลาสั้นๆ ตาข้างซ้ายมองเห็นลางๆ</p>	<p>ฝึกท่าคลายนิ้ว ไหล่ผ่อนคลาย คลายศอก ฝึกท่าปรับลมหายใจ และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และเนื่องจากผู้ป่วยปวดขาข้างซ้ายที่ใส่เหล็กจึงใช้วิธีบิดและดึงเพื่อปรับปลายเท้าหลังจากตั้งอาการปวดต้นขา อาการปวดลดลงปลายเท้าจะค่อยๆวางได้ดีขึ้นและเมื่อประเมินร่างกายแล้วพบว่า แขนขาและลำตัวตั้งไปทั้งตัว จึงต้องปรับร่างกายทั้งหมด และใช้เก้าอี้วางแขนขณะนั่ง (หลังปรับแขนแล้ว) และต่อมาผู้ป่วยใช้แขนวางที่โต๊ะอาหารแทน</p>	<p>อาการปวดต้นขาซ้ายที่ใส่เหล็กลดลง นิ้วเท้าเหยียดตรงได้ และ กระดกปลายนิ้วเท้าได้ เดินได้คล่องขึ้นและไกลขึ้น แต่หลังจากน้ำตาลในเลือดต่ำและล้มลงแขนซ้ายหัก 1 ครั้งและล้มลงบนที่นอนอีก 1 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการเดินอีก การฝึกเดินลงน้ำหนักน้อยลง ใช้ศอกได้มีมีแรงมากขึ้น สามารถขยับนิ้วได้ดีขึ้น เปิดขวดน้ำโดยใช้มืออีกข้างหนึ่งได้ ใจเย็นขึ้น “เพื่อนๆบอกว่าใจเย็นขึ้น” บุคลิกดีขึ้น</p>



		<p>การฝึกแขนโดยกำหนดจุดใช้แรงที่ศอกและใช้นิ้วมือที่ปรับแล้ว หยิบจับสิ่งของต่างๆ เช่น ใช้นิ้วมือจับขอบหลังเก้าอี้ ดึงและดัน เก้าอี้โดยใช้ศอกไม่ใช่ไหล่ดึงเก้าอี้เข้าหาใจเข้า ดันเก้าอี้ออกไป หาใจออก การกำและการคลายนิ้วที่ละนิ้ว การหยิบลูกปัด การจับโทรศัพท์มือถือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการตึง หลังโดยการก้มลงและใช้มือลากจากหัวเข่าไปแตะพื้นหาใจ ออกค่อยๆยืดตัวขึ้นหาใจเข้า ทำยืดเหยียดแขนโดยใช้มือข้าง ขวาดึงมือข้างซ้ายขึ้นไปทางศีรษะหาใจเข้า ลดมือลงหาใจ ออก ใช้นิ้วมือขวาดึงมือซ้ายในท่าบิดปลายมือซ้ายแล้วดึงมือไป ข้างหน้าหาใจเข้าวางมือลงหาใจออก ทำสลับกัน และฝึก แขนซ้ายและขวา การฝึกการหาใจปฏิกิริยา การยื่นย่อถ่าง น้ำหนักซ้ายและขวาในท่ามือแบบท่างอเข่าอย่างก้าว</p>	<p>หน้าตาไม่บิดเบี้ยวสามารถนั่งตัวตรงได้โดยไหล่ไม่ตก(ไหล่ 2 ข้างเสมอกัน) พุดชัดขึ้น อวัยวะเพศดีขึ้น</p>
13	<p>เพศหญิง อายุ 56 ปี (ชื่อ ว. ม.) กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขน และขาข้างขวา grade 2 เดิน ได้เองแต่ต้องใช้ไม้ค้ำยัน เดิน ได้ที่ละนิด เดินช้ามาก ทำ ขาวางราบกับพื้นไม่ได้ พุดคุยรู้เรื่อง แต่ความจำไม่ดี หน้าไม่สดชื่น คิ้วขมวดตลอด</p>	<p>ปรับโครงสร้างร่างกาย และ ลดอาการบวม โดยการสงฆ์ พร้อมกับดึงและบิด สอนยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หลายๆทำ เพื่อยืดกล้ามเนื้อไหล่ หลัง สะโพก และขา การ ปรับลมหาใจ และการสร้างลมหาใจให้มีพลัง พร้อมกับ การ สร้างจินตภาพ ท่าที่ใช้ฝึก เช่น การฝึกการกำคลายนิ้วมือ พร้อมกับการสร้างจินตภาพ ให้นึกว่ามีมือที่กำ คลายไม่ได้ ขยับ ได้เหมือนมือปกติ การฝึกท่าปรับลมหาใจ 2 ท่า คือ ยกมือ ขึ้น หาใจเข้า กดมือลง หาใจออก และท่า กางมือออกหาใจ</p>	<p><u>การเดิน</u> ดีขึ้น เหนื่อยน้อยลง เดินได้ไกลขึ้น ไหวขึ้น เดิมเคย เดินจากหน้าบ้านไปหลังบ้าน รอบเดียวก็เหนื่อยแล้ว ปัจจุบัน เดิน ตอนเช้า 10 รอบ กลางวัน 10 รอบ เย็น 10 รอบ ก็ไม่ เหนื่อย เมื่อก่อนเวลาเดินต้องลากเท้าไป ผ่าเท้าตะแคงไม่แตะ พื้น เดี่ยวนี้ ผ่าเท้าวางราบกับพื้นได้ เริ่มถ่าน้ำหนัก ลง น้ำหนักได้ ในขาข้างที่อ่อนแรง ยกเท้าพ้นจากพื้นได้เล็กน้อย ไม่ต้องลากเท้าไป ขามีแรงมากขึ้น งอเข้าได้เล็กน้อย เมื่อก่อน ไม่สามารถงอเข้าได้ และขามีแรงน้อยมาก (ข้างที่อ่อนแรง ดี</p>



		<p>เข้า หุบมือเข้ามาหากันหายใจออก พร้อมกับการสร้างจินตภาพ มีวีดีโอ เรื่องลมหายใจเป็นยา ไปให้ผู้ป่วยให้ดูประกอบการฝึก ฝึกหายใจปฎิภาค ในท่านอน ท่ายืน และนำไปใช้ร่วมกับท่าฝึก ต่างๆ การบริหารร่างกาย และการกำหนดจุดใช้แรง ฝึกการใช้ศอกไม่ใช่ไหล่ โดยใช้แขนวางบนหมอนเคลื่อนมือไปข้างหน้า ถอยหลัง และพลิกฝ่ามือ ผู้ป่วยทำได้ดีมีสมาธิและนิ่ง ให้ฝึกโซก หมัดไปด้านหน้า โดย กำหนดใจไว้ที่ศอก ขณะดึงศอกไป ด้านหลัง หายใจเข้า และเมื่อ หายใจออกให้ชกหมัดไปด้านหน้า ให้สุด ส่งแรงจากศอกไปที่หมัด ผู้ป่วย ทำได้ เริ่มให้ศอกเป็น คลายการใช้แรงที่ไหล่ได้ แต่ยังคงมีการเกร็งไหล่อยู่บ้าง เพิ่ม การฝึกกำลังขาในท่านอนงอเข่า แล้วถีบเท้าออก ฝึกถีบยางใน รถยนต์ พร้อมกับหายใจปฎิภาค และกำหนดจุดใช้ แรงที่เข่า ฝึกเดินโดยการกำหนดเข้าเท้า ให้ผู้ป่วย พยายามงอเข่าเวลา เดิน และวางปลายเท้าให้ตรง ลงน้ำหนักให้เต็มฝ่าเท้าแล้วจึง ก้าวเดินต่อไป ในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยขยันฝึกเดินมาก แต่ งอเข่า ได้น้อยมาก เวลาเดินจะยกสะโพกตลอด</p>	<p>ขึ้นมากในเดือนที่6) <u>การนั่ง</u> เมื่อก่อนนั่งได้ไม่นาน ได้สักพักก็จะนอนเพราะเมื่อย เดียวนี้นั่งได้นาน ไม่ปวดหลัง ตัวตรงขึ้น เดิมเวลานั่งลงต้องมี คนประคอง เดียวนี้ นั่งลง และลุกขึ้นได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย ความคล่องตัวดีขึ้น แต่ยั่งนั่ง ตัวตรงขึ้น กับพื้นไม่ได้ <u>การนอน</u> เมื่อก่อน นอนข้างล่าง หลังจากเข้าโครงการได้สอง สัปดาห์ สามารถขึ้นบันได้ ไปนอนบนห้องนอนชั้นบนได้ ไม่ ต้องนอนคนเดียวข้างล่าง (ส่งชื่อ นวด ปรับโครงสร้างร่างกาย โดยเฉพาะเท้า สอนการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ) เมื่อก่อนนอนไม่ ค่อยหลับ ต้องกินยานอนหลับ เดียวนี้หลับสบายไม่ต้องกินยา นอนหลับ โดยจะฝึกหายใจปฎิภาค และกำนิ้วคลายนิ้วจน หลับไป ทุกคืน <u>อาบน้ำ</u> อาบเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยเดิมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 1 เดือนที่ผ่านมา สามารถใส่เสื้อผ้าได้เอง แต่ต้องเป็นเสื้อคอ กว้าง นั่งบนโตะสา <u>ปลั่งกล้ามเนื้อ</u> สามารถเหยียบเท้าแนบกับพื้นได้ ลงน้ำหนักที่ เท้าทั้งสองข้างได้ แต่เท้าขวายังลงน้ำหนักได้ ไม่เต็มที่ สามารถ ขยับแขนได้โดยใช้ไหล่เล็กน้อยงอและคลายมือขวาได้ คล่อง ข้อมือกระดูกหมุนได้มากขึ้น สามารถใช้มือข้างขวา จับขวดน้ำและใช้มือซ้ายเปิดขวดน้ำส้มที่ยังไม่ได้คลายเกลียว</p>
--	--	---	---



			ได้ ด้วยมือข้างที่ดี คล่องขึ้น รับประทานอาหารไม่หกเลอะเทอะ <u>ความจำดีขึ้น</u> สีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยเก่งขึ้น ยิ้มง่ายขึ้น ลูกสาวบอกว่าอารมณ์เย็นขึ้น ไม่ค่อยหงุดหงิด <u>ความยืดหยุ่นตัวดีขึ้น</u> ไม่เป็นแท่งๆเหมือนก่อน นั่งตัวตรงมากขึ้น
14	เพศชาย อายุ 72 ปี (ชื่อ ป.พ.) อาการ แขนข้างซ้ายอ่อนแรง ระดับ 2 ขาข้างซ้ายอ่อนแรง ระดับ 1 พอเดินได้โดยใช้ไม้เท้าแต่ไม่ค่อยจะเดิน เวลาเดินข้อเท้าติดตะแคงเท้าซ้ายเวลาเดิน เท้าซ้ายยกได้น้อย ไม่ย่อเข่า เวลาเดิน เวลาเดินข้อเท้าจะพลิกบ่อยๆ ทำให้เขาไม่อยากเดินเพราะกลัวล้ม มือซ้ายอ่อนแรง แรงแบบมือจะมีเล็กน้อยนิ้วมือเกร็งขยับได้เล็กน้อย ข้อมือตลก กระดูก	ฝึกส่งชี พร้อมกับดิ่งและบิด เพื่อ แก้อาการไหล่ซ้ายติด และกล้ามเนื้อไหล่แข็งตึง อาการปวดแก้อาการข้อมือตลก แก้อาการข้อเท้า ขา และสะโพกที่ตึง และบดเข่า สอนยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ท่าที่ใช้ฝึกคือ ทำนั่งบนเก้าอี้ โนมัตว ไปด้านหน้าหลังตรง พับสะโพกลง เพื่อยืดกล้ามเนื้อหลัง ทำนั่งเอาขาขึ้นมาวางพาดบนขาอีกข้างเป็นเลขสี่ แล้วโน้มตัว ไปด้านหน้า หลังตรง พับสะโพกลง เพื่อยืดกล้ามเนื้อสะโพก กล้ามเนื้อต้นขา และหลัง ทำยืดกล้ามเนื้อแขน ไหล่ และสะบัก ทำนอนราบกับพื้นพลิกขาไปทางซ้ายและขวาประกอบกับลมหายใจโดยนอนยืดร่างกายส่วนบนไว้และพลิกโดยกำหนดการขยับที่เข่าก่อนแล้วค่อยๆพลิกสะโพกและบิดเอวโดยคงไหล่ไว้ เพื่อเป็นการเหยียดคลายกล้ามเนื้อด้านข้างลำตัวทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยทำได้ไม่ค่อยดีเนื่องจากขาซ้ายไม่มีแรงอาจารย์จึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยยกขาซ้ายขัดกับขาขวาสลับกับขาขวาสลับกับ	ขาซ้ายยกได้มากขึ้นจาก Grade 1 เป็น Grade 4 เวลาเดินลงน้ำหนักที่ฝ่าเท้าได้ งอเข่าได้ เดินไวขึ้น อาการเหนื่อยง่ายลดลงช่วยเหลือตัวเองได้ นั่งได้นานขึ้น ลูกเดินได้ในระยะทางที่มากขึ้นโดยไม่เหนื่อยสามารถเดินได้เองโดยใช้ไม้เท้า ไปรับประทานอาหารเองในครัวได้ ไปเที่ยวต่างจังหวัดมาหลายจังหวัด ลูกเดินไปใส่บาตรตอนเช้าทุกวัน อาการข้อเท้าติดต้องเดินตะแคงเท้าข้อเท้าไม่ติดแล้วแต่มีปัญหาควบคุมเท้าได้ไม่ตีเวลาเดินข้อเท้าจะพลิกตอนแรกจะพลิกมากและค่อยๆลดลง (ผู้ป่วยสามารถสร้างนวัตกรรมรองเท้าโดยใช้สายยางยิงนมาติดที่รองเท้ารัดเท้าไว้กันข้อเท้าพลิก)สามารถเดินไปรับประทานอาหารในครัวได้เองโดยใช้ไม้เท้า เวลากลางคืนอยากเข้าห้องน้ำสามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้องเรียกคนอื่น ไปเที่ยวต่างจังหวัดมาแล้วหลายจังหวัด ไปทำธุระกรรรมต่างๆที่สถานราชการ และเดินไป



<p>ข้อมือไม่ได้ ทำให้การใช้มือ ออกแรงไม่ได้ ปลายมือ เหยียดตรง กำมือไม่ได้ใส่ ฝือกอ่อนอยู่อ่อนเปลี้ยไม่มี แรง</p>	<p>ขาซ้ายและพลิกกลับไปกลับมาผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น การปรับลมหายใจ และการสร้างลมหายใจให้มีพลัง พร้อมกับการ สร้างจินตภาพ การฝึกท่าปรับลมหายใจ 2 ท่า คือ ยกมือ ขึ้น หายใจเข้า กดมือลง หายใจออก และท่า กางมือออกหายใจ เข้า หุบมือเข้ามาหากันหายใจออก พร้อมกับการสร้างจินตภาพ ผู้ป่วย ทำได้น้อย ทำเร็ว หายใจตื่น แต่ลมหายใจสัมพันธ์กับมือ ที่เคลื่อนไหว เบื่อง่ายทำได้ไม่นาน แต่ฝ่ามืออุ่นหลังฝึก การบริหารร่างกาย และการกำหนดจุดใช้แรง ร่วมกับการฝึกลม หายใจ ในสัปดาห์แรกเน้นการฝึกง่ายๆ ที่ผู้ป่วยเคยฝึกมาก่อน แต่ใส่ลม หายใจเข้าไปร่วมด้วย เช่นการฝึกใช้มือประสานกัน หายใจเข้า ยกมือขึ้นให้ชิดหูมากที่สุด หายใจออก เอามือลง ในครั้งแรก ผู้ป่วยยังทำได้ไม่ถึงหู ศอกกางออก หลังจาก ส่งชี ดิง ปิด ปรับ แขนให้ ผู้ป่วยยกได้ เกือบชิดหู ศอกงอเล็กน้อย เป็นท่าที่ลู่ ชอบฝึกทุกวัน ไปพบหมอที่ ร.พ. ศิริราช คุณหมอชมว่าหายใจดี ขึ้น การเคลื่อนไหวโดยใช้ศอกโดยนำแขนวางบนโต๊ะใช้ผ้ารองและ ให้เคลื่อนไหวโดยการดึงศอกในท่าต้นไปข้างหน้าหายใจเข้าดึง ศอกกลับหายใจออกทำได้ไม่ค่อยดีเนื่องจากมีปัญหาข้อมือตกร ทำให้เวลาดึงกลับทำได้ดีแต่เวลาดันไปข้างหน้าจะสะดุดปลาย</p>	<p>ใส่บาตรทุกเช้า ไปทำกิจกรรมทาง ศาสนา เช่น ทอดผ้าป่า ได้ ข้อมือที่ตกร(90 องศา) ปลายนิ้วเหยียดตรงกำมือไม่ได้ต้องใส่ ฝือกอ่อนตลอดหลังฝึกและแก้ไข สามารถกระดกข้อมือได้ใน ระดับเสมอกับแขนใช้มือหยิบของได้ดีขึ้นโดยใช้มือซ้ายที่อ่อน แรงจับขวดให้แน่นและใช้มือขวาเปิดขวดน้ำเองได้ไม่ต้อง พึ่งพาผู้อื่น เดิมยากดื่มน้ำต้องรอลูกชายมาทำให้ ตอน กลางคืนไม่ต้องเรียกภรรยามาดูเพราะปวดปัสสาวะ สามารถใช้กระบอกฉีเองได้ ภรรยาบอกว่า เข้านอนหลับ สบายขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งครอบครัว พูดชัดขึ้น “ผมสังเกตว่าพ่อผมพูดชัดขึ้น” เป็นคำพูดของลูก ชายที่บอกกับพวกเรา ไหล่ 2 ข้างเสมอกัน อารมณ์ดีขึ้น</p>
--	---	---



		<p>นิ้วของตัวเองต้องใช้มือของผู้บำบัดช่วยประคองมือในทำนี้ และแนะนำการกำหนดจุดใช้แรงที่ฝ่ามือโดยการพลิกฝ่ามือซึ่งผู้ป่วยพอทำได้ และให้ฝึกชอกหมดไปด้านหน้า โดย กำหนดใจไว้ที่ศอก ขณะดึงศอกไปด้านหลัง หายใจเข้า และเมื่อ หายใจออกให้ชกหมดไปด้านหน้าให้สุด ส่งแรงจากศอกไปที่หมัด ผู้ป่วยทำได้ เริ่มให้ศอกเป็น คลายการใช้แรงที่ไหล่ได้ แต่ยังคงมีการเกร็งไหล่อยู่มาก .</p> <p>ฝึกลงน้ำหนักที่ฝ่าเท้า ฝึกกำลังขา และฝึกการใช้เข่า โดย ฝึกย่อตัวลง (หายใจเข้าย่อตัวลง ให้น้ำหนักลงฝ่าเท้าทั้งสองข้าง หายใจออกยืดตัวขึ้น สังเกตว่า ผู้ป่วยตัวต้องไม่เอียง และมีแรงกดลงบนฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ในช่วงแรก ผู้ป่วยกลัวล้ม จะไม่กล้าลงน้ำหนักข้างที่อ่อนแรง ตัวจะเอียง ฝ่าเท้าไม่มีแรงกดลงในข้างที่อ่อนแรง ฝึกไป 2 สัปดาห์จึงกล้าลงน้ำหนักมากขึ้น</p> <p>เหนื่อยง่าย สมาธิสั้น ต้องให้กำลังใจ และใช้การนับช่วย เช่น ครั้งนี้ ขอ 5 ครั้ง นะ ช่วยผู้ป่วยนับ เพื่อเสริมแรง</p> <p>ฝึกทำนอน เพราะทำนอนจะทำให้เกร็งน้อยกว่า ออกแรงน้อยกว่า ผู้ป่วยฝึกได้นานขึ้น โดยให้คนไข้ตั้งเข่าแล้วก็ถีบออกมา เป็นการฝึกใช้เข่า ร่วมกับการหายใจปฎิภาค ตอนแรกๆคนไข้จะเข่าล้ม แต่พอหลังจากฝึกคุณลุงจะตั้งเข่าได้เองแล้วก็ถีบออกมาได้ ลุงมีแรงถีบเยอะขึ้น ในการทดสอบแรงถีบผู้บำบัดจะใช้มือ</p>	
--	--	--	--



	<p>ตัน และเพิ่มแรงต้านการถีบของลู้งให้มากขึ้นเรื่อยๆ การฝึก หายใจปฏิกภาคในท่านอน ลุงทำได้ดี หายใจ ได้ลึกถึงท้องน้อย มี กำลังของท้องน้อย ท้องจะร้อนขณะฝึก อีกแบบคือ ให้ฝึกยกสะโพกขึ้น ลง เพื่อฝึก ให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง ฝึกเดินโดยการกำหนดเข้าเท้า ให้ผู้ป่วย พยายามงอเข้าเวลา เดิน และวางปลายเท้าให้ตรง ลงน้ำหนักให้เต็มฝ่าเท้าแล้วจึง ก้าวเดินต่อไป ในเดือน ที่ 4 ลุงเดินได้เก่งขึ้น วางเท้าราบกับพื้น ได้ ลงน้ำหนักที่เท้าได้ งอเข้าเวลาเดินได้ แต่ต้องระวังข้อเท้า พลิก ในบางครั้ง การเดินยังต้องใช้ไม้ค้ำยันอยู่ ใช้รถเข็นน้อยลง เดินไปปรับประทานอาหารในครัวตัวเอง</p>	
--	---	--



ตอนที่ 3.

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ด้วยการเคลื่อนไหวที่ประสานกับลมหายใจแบบไท้เก๊ก ในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ

1. การจัดตั้งศูนย์การแพทย์ไท้เก๊ก (Tai-Chi Medical Center) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

จากการดำเนินโครงการวิจัยนี้ทำให้โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราชจัดตั้งหน่วยที่มีหน้าที่บำบัดผู้ป่วยด้วยศาสตร์ไท้เก๊กโดยเรียกว่า ศูนย์การแพทย์ไท้เก๊ก (Tai-Chi Medical Center) ซึ่งประกอบด้วย 3 แผนงานที่ดำเนินงานไปพร้อมกันแบบเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน โดยแผนงานบริการรักษาจะเป็นหลักของพันธกิจ ซึ่งต้องอาศัยการฝึกอบรมให้เกิดทักษะในบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ขณะเดียวกันก็มีการพัฒนางานบริการและการฝึกอบรมด้วยการวิจัยแบบ R2R รายละเอียดของแผนงานมี ดังนี้

1.1 แผนการทำงาน

ก. แผนงานบริการรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยไท้เก๊ก (Tai-Chi Services Center)

แผนการรักษาจะเป็นแผนงานหลักโดยมีวัตถุประสงค์สองประการ คือ การบริการรักษา และการบริการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. Tai-Chi Clinic เป็นคลินิกบริการที่จัดทำขึ้นมาเพื่อเป็นที่รักษาและรับคำปรึกษาจากแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลซึ่งจะมีการตกลงกับแพทย์แผนกต่าง ๆ ก่อนว่าในเบื้องต้นจะรับจากแผนกใดบ้าง จะพัฒนาระบบการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย มีการจัดบุคลากรประจำคลินิกเพื่อให้ทราบเรื่องราวและประสานงาน และบุคลากรที่เวียนมาทำงาน

2. การใช้ไท้เก๊กเพื่อการรักษาในบริการตามแผนกต่างๆ ที่ บุคลากรในแผนกต่างๆ สามารถปรับไท้เก๊กมาใช้ในบริการดูแลรักษาของตนเองได้ เช่นในหอผู้ป่วย ไม่ต้องส่งมาที่คลินิกไท้เก๊ก

3. การใช้ไท้เก๊กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน/ข้าราชการ /ชมรมผู้สูงอายุ/อสม./สถานประกอบการ

4. การใช้ไท้เก๊กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรในโรงพยาบาล/จนท. รพ.สต.

ข. แผนงานฝึกอบรมไท้เก๊ก (Tai-Chi Training Center)

แผนงานนี้ใช้หลักการฝึกแบบ Team-based learning เกิดเป็น CoPs (Community of Practices) ชุมชนนักปฏิบัติ โดยกระบวนการ KM ประกอบด้วย

1. การฝึกอบรมเพื่อรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ในโครงการ TSPR ของ รพ.เจ้าพระยาอภัยมหาราช โดยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากประสบการณ์การรักษาโดยใช้กระบวนการ KM และมีอาจารย์มงคลเข้าไปให้



คำแนะนำเป็นครั้งคราวในลักษณะการฝึกทักษะขั้นสูงและการศึกษาเคสผู้ป่วย รวมถึงการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. การฝึกอบรมเพื่อการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่จากหน่วยต่างใน รพ. ที่สนใจผ่านการคัดสรรและสอบถามความมุ่งมั่นเพื่อมาช่วยในการบริการรักษาในคลินิก อาจทำเป็นรุ่น ๆ ใช้การสร้างทีมที่มีมิตรภาพ ร่วมกันนำการฝึกและให้มีการสัมผัสกับผู้ป่วยร่วมระหว่างการฝึกเพื่อให้เห็นเป้าหมายปลายทาง และมี จนท.ในโครงการ TSPR เป็นพี่เลี้ยง โดยหลักสูตรทำเป็นแบบเดือนละครั้ง และมีการฝึกร่วมกันระหว่างหลักสูตร มีการกระตุ้นการเรียนรู้และการถอดบทเรียนเป็นระยะๆ

3. การฝึกอบรมเพื่อการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่จากหน่วยต่างใน รพ. เพื่อกลับไปให้บริการคนไข้ในหน่วยของตนเอง

4. การฝึกให้แก่บุคลากร /ประชาชนและผู้สนใจ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ค. แผนงานวิจัยไท้เก๊ก (Tai-Chi Research Center)

การวิจัยควรเป็นลักษณะ R2R โดยมุ่งหวังที่จะพัฒนาระบบการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพ และการวิจัยเพื่อการสร้างการฝึกฝนอบรมที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบการวิจัยอาจเป็น

1. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการรักษาด้วยไท้เก๊กในโรงพยาบาล ระดับ รพ.ทั่วไป

2. การวิจัยเชิงสำรวจ เช่นการรับรู้ต่อการรักษาด้วยไท้เก๊กในบุคลากร ในผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป เช่นผู้สูงอายุ

3. การวิจัยแบบลงทะเลียนผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาด้วยไท้เก๊กทั้งหมดไม่ว่าผลลัพธ์จะออกมาอย่างไร แล้ววัดผลลัพธ์การรักษา

4. การวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลการรักษาไท้เก๊กในโรคต่าง ๆ เช่นโรคทางภูมิคุ้มกัน โรคทางปอด โรคทางกล้ามเนื้อข้อและกระดูก โรคทางระบบประสาท โรคทางจิตประสาท โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต

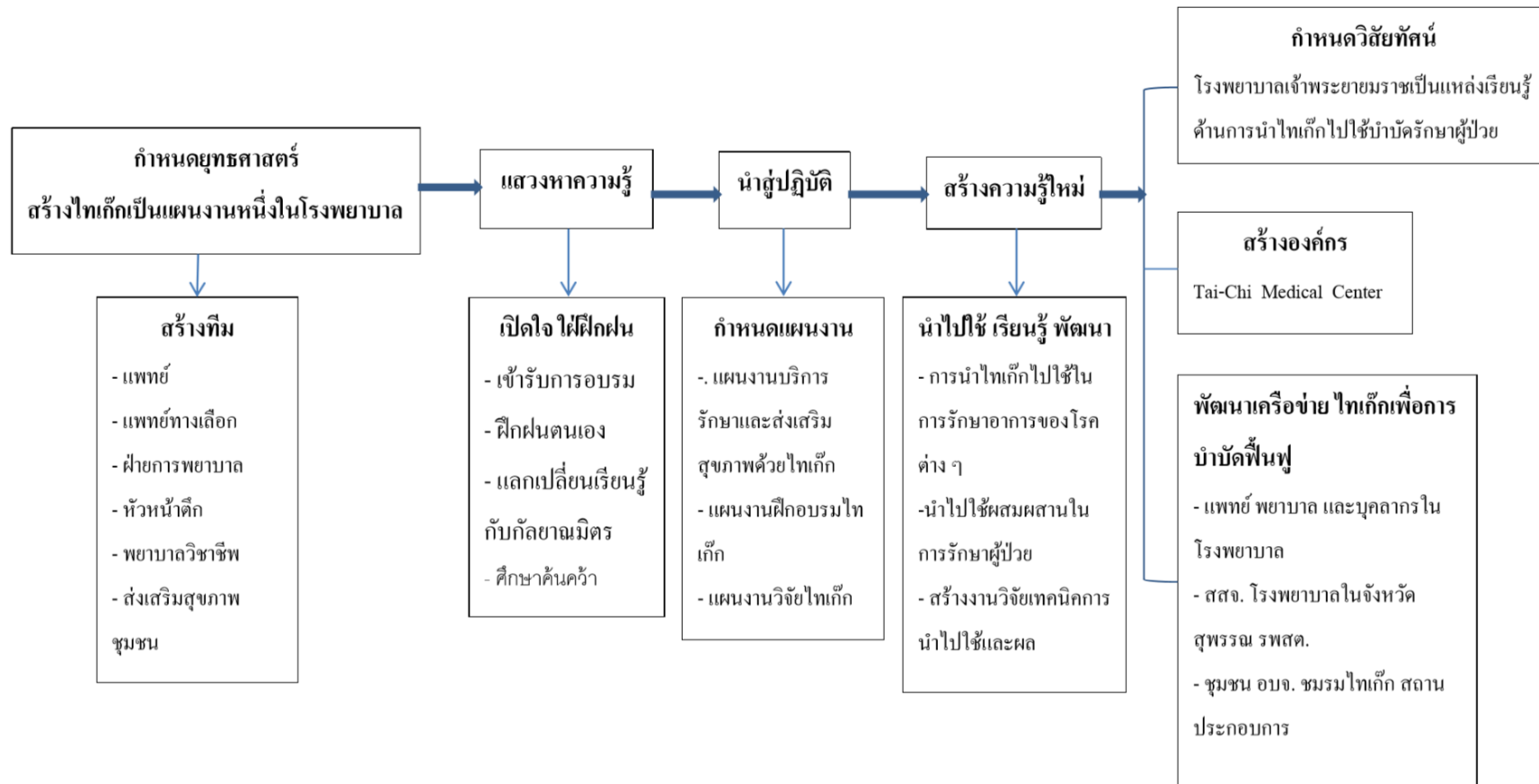
5. การวิจัยเพื่อการสร้างเครื่องมือเพื่อการรักษาที่เป็นนวัตกรรม

1.2 เป้าหมายการดำเนินงาน

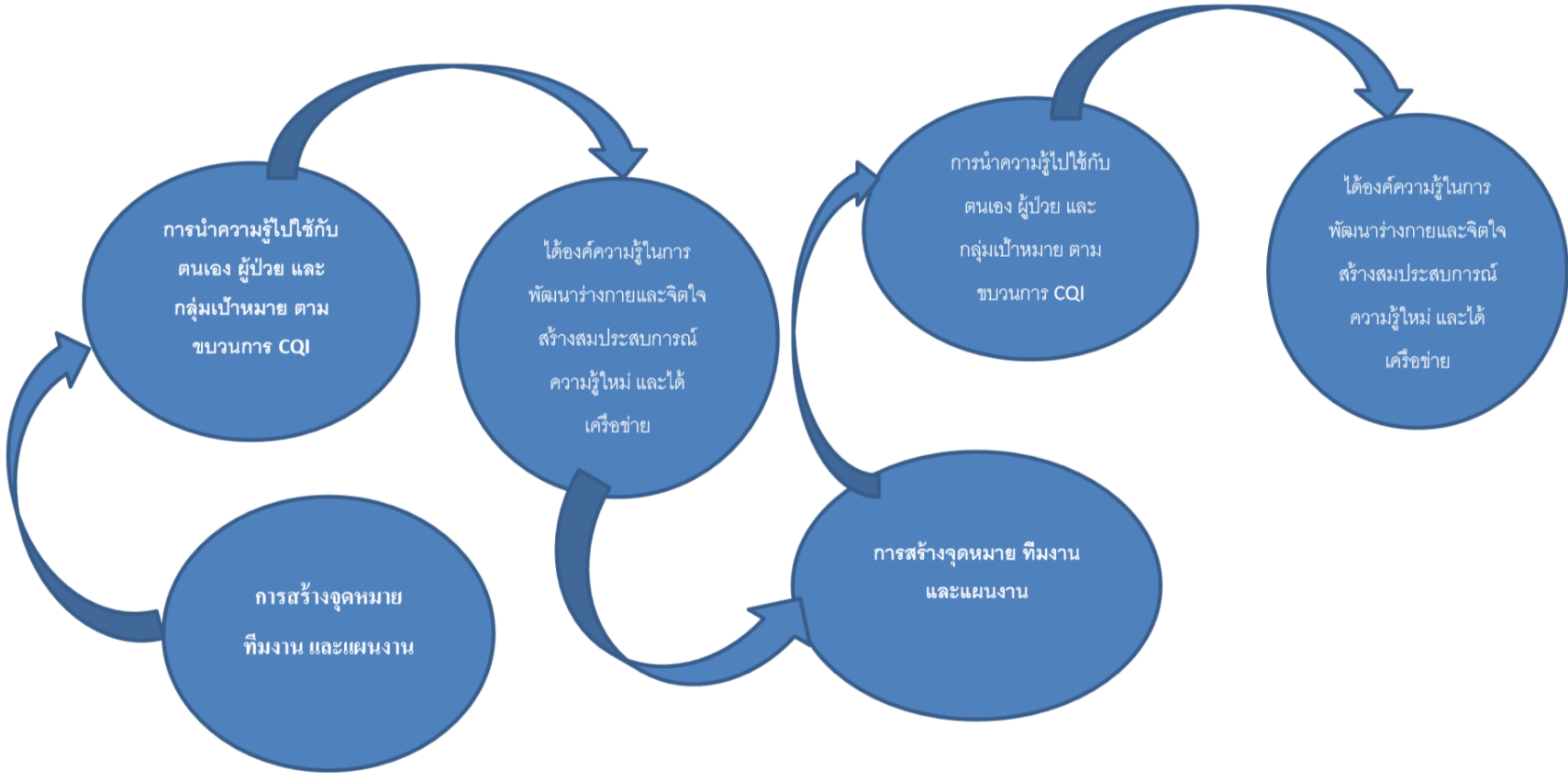
ทีมงานตั้งเป้าการทำงานระยะใกล้นี้ ว่า จะเป็นสถาบันศูนย์ไท้เก๊กสุขภาพ หรือ ศูนย์การแพทย์ไท้เก๊กของโรงพยาบาล

“ยมราชนี้ค่อนข้างโชคดี เพราะเรามีทีมที่เข้มแข็งมันเลยไปใช้ได้เยอะ เราฝึกมาหกคนและหกคนนี้โชคดีมีคุณหมอมานิ่งท่าน และเราก็มีพี่พยาบาลด้วย มีแพทย์ทางเลือก คือมันหลากหลายเลยกลายเป็นความโชคดีของเรา เรามีคุณหมอมานิ่ง และคุณหมอก็ไปชวนหมอกันต่อมันเลยทำให้ไปการรักษาของเราเข้าสู่กว้าง”

แผนผังการขยายผลเข้าสู่ระบบการแพทย์ผสมผสานของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร



คู่มือการเรียนรู้การขยายผลให้เกิดเพื่อการบำบัดฟื้นฟูเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ของทีม TSPR โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช



“ได้นำไปใช้ ได้นำไปเรียนรู้ต่อ ได้เป็นประโยชน์กับงานแล้วก็ได้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง”





2. ความเป็นมาของการพัฒนาระบบบริการ

การเรียนรู้วิชาไท้เก๊กในโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้มีการดำเนินการมาตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2550-2551 โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ผ่านมูลนิธิสตรี-สฤชต์วงศ์ (มสส.) ให้จัดทำโครงการสร้างเสริมประสบการณ์ไท้เก๊ก ให้กับโรงพยาบาลจำนวน 32 แห่ง ในเขตภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยการอบรมไท้เก๊กเป็นเวลา 4 เดือน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน 2 คืน และติดตามผลการทำกิจกรรมภายในโรงพยาบาลและชุม 8 เดือน โครงการกิจกรรมคล้ายกับโครงการ ไต้เก๊กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง ในปัจจุบัน

โครงการในช่วงนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างเสริมความสัมพันธ์เชิงมนุษย์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และชุมชน กิจกรรมที่เกิดขึ้นจึงเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพโดยมีความรู้ไท้เก๊กเป็นแกนกลาง เมื่อสิ้นอายุโครงการ การขยายผลเข้าสู่ระบบให้บริการสุขภาพๆได้เกิดขึ้น แม้จะมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง เช่น ที่โรงพยาบาลเดิมบางนางบวชมีการตั้งชมรมไท้เก๊กขึ้นในโรงพยาบาลและมีการจัดสอนไท้เก๊กให้กับญาติ และผู้ป่วย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่ในโครงการลดพุง ลดโรค ลดอ้วน โรงพยาบาลวัดโบสถ์ได้ขยายผลลงสู่ชุมชนนำชาวบ้านและผู้สูงอายุรำไท้เก๊กโชว์ในงานระดับจังหวัด ทำงานวิจัยโดยใช้ไท้เก๊กในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีผลงานวิจัยที่ได้รับรางวัลจากสภาการพยาบาล โรงพยาบาลบางปะกงนำไท้เก๊กไปใช้ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง โดยนำมาปรับลดหายใจเพื่อเพิ่มค่าออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยให้สูงขึ้น และยังคงใช้อยู่ในปัจจุบัน ส่วนโรงพยาบาลอื่นๆ จะอยู่ในระดับการฝึกฝนตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพแต่ก็ทำกันเฉพาะกลุ่มไม่ขยายออกไปภายนอก

การนำไท้เก๊กเข้าสู่โรงพยาบาลในรูปของการส่งเสริมสุขภาพมีข้อจำกัดอย่างมาก เนื่องจากไท้เก๊กมีความยากในการฝึกฝน และเป็นประสบการณ์เฉพาะตนไม่ใช่กระแสสังคม ความยั่งยืนของกิจกรรมจึงไม่สามารถเกิดได้ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ที่มีกิจกรรมมากมาย แต่พอเกิดได้ในชุมชนทั้งในรูปของกลุ่มสังคมและกลุ่มรักสุขภาพ

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การปรับเปลี่ยนไท้เก๊กจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมาเป็น การบำบัดฟื้นฟู อย่างเช่นที่เกิดขึ้นกับโครงการ ไต้เก๊กเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรื้อรัง เป็นสิ่งที่น่าสนใจ เนื่องจาก ไต้เก๊กมีองค์ความรู้มากมายในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย อีกทั้งเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกายบนมนต์ศรัทธาของ การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตนเองหลังจากการได้รับการแนะนำจากทีม TSPR จากการศึกษาผลการดำเนินการของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในโครงการฯ ได้พบปัจจัยแห่งความสำเร็จหลายประการต่อการขยายผลการนำไท้เก๊กเข้าสู่ระบบให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ดังนี้คือ ประการที่ 1 การเปลี่ยนจากการส่งเสริมสุขภาพ มาสู่ การบำบัดฟื้นฟู



การส่งเสริมสุขภาพในรูปของการออกกำลังกายเป็นจริตของแต่ละคนการเรียนรู้ที่เก็จนเกิดความชอบนั้นเกิดขึ้นได้เป็นคน ๆ แต่ไม่ใช่ทุกคน และไม่ใช่คนส่วนมาก และในคนที่มีความชอบการพัฒนาตนเองจากการส่งเสริมสุขภาพสู่การบำบัดฟื้นฟู ก็ต้องใช้ระยะเวลาจึงสามารถประยุกต์นำไปใช้ได้ แต่การสอนการบำบัดฟื้นฟูด้วยให้เก็จนตรง ๆ จะมีผลต่อการสร้างทักษะการบำบัดฟื้นฟูและสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ เช่น ทีม TSPR ของโรงพยาบาลเด็บบางนางบวช และบางส่วนของทีม TSPR ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ที่เคยได้รับการอบรมมาก่อนเมื่อ ปี 2550-2551 ซึ่งถึงแม้จะผ่านมา 6 ปี ทักษะการบำบัดฟื้นฟูก็ไม่ได้ได้รับการพัฒนา แต่เมื่อเข้าโครงการ ให้เก็จนเพื่อการบำบัดฟื้นฟู ก็สามารถนำประสบการณ์ให้เก็จนที่ผ่านนามาสร้างทักษะการบำบัดฟื้นฟูได้อย่างยอดเยี่ยม ส่วนทีม TSPR อื่น ๆ ของโครงการ เมื่อได้ฝึกฝน เรียนรู้วิธีการบำบัดฟื้นฟูด้วยให้เก็จน ก็สร้างทักษะของตนเองทั้งในด้านการ บำบัดฟื้นฟูด้วยลมหายใจ ด้วยพลัง ชี ด้วยการจัดระเบียบการเคลื่อนไหวและโครงสร้างร่างกาย จนสามารถนำทักษะการบำบัดฟื้นฟูนี้ไปใช้กับผู้ป่วยทั้งในโครงการ และผู้ป่วยนอกโครงการที่ตนดูแล ทั้งที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช โรงพยาบาลปากพลี โรงพยาบาลพัฒนานิคม โรงพยาบาลท่าหลวง การเปลี่ยนให้เก็จนจากส่งเสริมสุขภาพมาเป็นการบำบัดฟื้นฟู ทำให้การบำบัดฟื้นฟูแบบให้เก็จนขยายตัวเข้าไปในโรงพยาบาลแต่เป็นกรณีเฉพาะของคนไข้ที่ทีม TSPR ดูแล ส่วนการขยายเข้าระบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลยังต้องอาศัยปัจจัยอื่น ที่สำคัญ คือ ปัจจัยในลำดับต่อไป

ประการที่ 2 การมีแพทย์เข้าร่วมโครงการ

การที่แพทย์นำให้เก็จนไปใช้ร่วมในการรักษาคนไข้ในแผนกของตนแล้วพบว่า คนไข้ในกลุ่มที่ใช้ให้เก็จนมีอาการดีขึ้นกว่าคนไข้ที่ได้รับการรักษาปกติ จึงสร้างข้อกำหนดให้คนไข้ในขณะที่ยังได้รับการรักษาทำการฝึกให้เก็จนไปก่อน เช่น การปรับลมหายใจ การแกว่งแขนแบบให้เก็จน ผลที่ได้ คือ การอักเสบของข้อลดลง การฟื้นตัวหลังจากการรักษาดีขึ้นกว่าปกติ คนไข้มีสีหน้าสดชื่น คนไข้มีการแนะนำกันและกันระหว่างคนไข้เก่ากับคนไข้ใหม่ มีการนำไปฝึกที่บ้าน มีการยืนแกว่งแขนอยู่หน้าร้านขณะที่ยังไม่มีลูกค้า

การฟื้นตัวของคนไข้ อาการเจ็บปวดลดน้อยลง การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และการแนะนำต่อ ๆ กัน เมื่อผลดีที่เกิดกับคนไข้มีมากขึ้น ให้เก็จนก็ได้รับการสนใจและมีการส่งต่อคนไข้จากแผนกอื่นเข้ามารักษาเมื่อผู้ป่วยกลับไปแผนกเดิมอาการดีขึ้นอย่างมากจนเกินคาด การร่วมมือ การขยายเครือข่ายก็กว้างขวางขึ้น ขณะเดียวกันการทำกิจกรรมในวงกว้าง เช่น สอนปรับลมหายใจให้กับผู้ป่วยใน OPD ขณะรอการรักษา การฝึกแกว่งแขนตามระเบียบ การฝึกท่า 4 ทิศ ในพื้นที่สนามระหว่างอาคาร ฯลฯ ก็ทำให้ให้เก็จนเป็นที่สนใจ และที่สำคัญ คือ อาการป่วยของคนไข้ดีขึ้น ได้รับการรักษาตามวิธีการรักษาแบบปรกติได้ง่ายขึ้น

มีคำถามจากแพทย์ท่านอื่น ว่า ทำไมเอาเวลาทำงานมารำให้เก็จน แต่เมื่อแพทย์ท่านนั้นได้ลองส่งคนไข้ของตนมารับการรักษาด้วยวิธีการของแผนก และกลับไปด้วยอาการดีขึ้นทั้งอาการภายนอกและการตรวจวัดค่าด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ คำถามดังกล่าวก็ลดลง

การที่มีแพทย์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีม TSPR มีผลอย่างมากต่อการขยายผล ทั้งด้วยการนำให้เก็จนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษาผู้ป่วยในแผนก และด้วยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันในกลุ่ม



แพทย์ จนกลายเป็นเครือข่ายของกลุ่มผู้สนใจและพัฒนาเป็นกลุ่มเรียนรู้ทำให้แพทย์บางคนถึงแม้ไม่ได้เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ต้นก็มาเรียนรู้ไ้เกิดในสถานการณ์ขยายผลซึ่งยังเปิดสอนให้กับผู้สนใจทั้งการสอนท่ารำ และการบำบัดฟื้นฟู จนสามารถนำไปแก้ไข้เข้าไปร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษาผู้ป่วยในแผนกของตน เช่นกัน

การขยายผลในทีมอื่น เช่น ทีมโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช แม้มีทีมงานที่เข้มแข็ง มีทักษะในการร่ำ ำไ้แก้ไข้ได้ดี ทักษะในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่สูง แต่การที่ไม่ใช่แพทย์และไม่มีคนไข้ในอยู่ในความรับผิดชอบของตนโดยตรง จึงไม่สามารถขยายผลการบำบัดรักษาด้วยไ้แก้ไข้เข้าไปในคนไข้ภายในโรงพยาบาลได้ แต่ขยายงานเข้าไปในชุมชน และการบำบัดรักษาให้กับบุคลากรของโรงพยาบาลที่มีอาการเจ็บป่วย จนมีการร้องขอให้เปิดคลินิก Tai-Chi ขึ้นในโรงพยาบาล

ในโครงการสร้างเสริมประสบการณ์ปี 2550-2551 แม้จะมีแพทย์เข้าร่วมโครงการทั้งที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล และแพทย์ของโรงพยาบาล แต่การจำกัดลักษณะของโครงการด้วยการส่งเสริมสุขภาพจึงทำให้การขยายผลสู่การบำบัดรักษาไม่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ มีเพียงโรงพยาบาลบางปะกงที่ขยายผลไปยังแผนกผู้ป่วยโรคอุจลุมโป่งพอง ที่บังเอิญพบประสบการณ์ตรงในการใช้วิธีการปรับลมหายใจฝึกให้กับผู้ป่วยจนมีอาการดีขึ้น แต่ก็ไม่ได้ขยายผลต่อไปยังแผนกอื่น ๆ

ประการที่ 3 ทีมงาน

ไ้แก้ไข้เพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง ได้ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลให้ส่งบุคลากรจำนวน 3 คน เข้าร่วมโครงการเพื่อเป็นทีม TSPR ในการทำกิจกรรมของโครงการ ซึ่งเป็นการวางเงื่อนไขที่ดีสำหรับการเกิดขึ้นของทีมงานในภายหลัง และการก่อกิจกรรมตลอด 1 ปีเศษ นับตั้งแต่ฝึกอบรมจนถึงการบำบัดฟื้นฟูได้สร้างลักษณะของความเป็นทีมขึ้นทั้งการช่วยเหลือกันในการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การแบ่งงานกันทำขณะเยี่ยมบ้าน และการจัดกิจกรรมขยายผลหลังจากสิ้นสุดโครงการการมีองค์ประกอบที่หลากหลาย เช่น แพทย์ พยาบาลชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพ การที่มีสมาชิกมาจากฝ่ายบริหาร หัวหน้าตึก หัวหน้าแผนก และงานชุมชน ทำให้เกิดพลังในการสร้างงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในที่นี้จะขอยกตัวอย่างการขยายผลโครงการเข้าสู่ระบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลจากการทำงานของทีม TSPR โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

กรณีศึกษาการขยายผลโครงการเข้าสู่ระบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลจากการทำงานของทีม TSPR โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

มีการวางแผนโดยจุดเริ่มต้นของการทำงานของทีมโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชเริ่มขึ้นเมื่อผู้รับเรื่องของทีมได้รับจดหมายเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยจาก มศว และเริ่มกำหนดยุทธศาสตร์ของทีมว่า การเข้าร่วมครั้งนี้จะเป็นจะไม่เพียงทำงานวิจัยแต่จะทำให้ไ้แก้ไข้เป็นกิจกรรมของโรงพยาบาลที่เกิดประโยชน์และคงอยู่ตลอดไป ดังนั้นจึงเริ่มสร้างทีมโดยดึงบุคคลที่มีกำลังจากส่วนงานต่าง ๆ ซึ่งทำให้ได้ บุคคลจากแพทย์ จากฝ่ายการพยาบาล จากหัวหน้าอร์ด หัวหน้าส่วนงานเวชศาสตร์ชุมชน หัวหน้างานแพทย์ทางเลือก พยาบาลชำนาญการ และพยาบาลวิชาชีพ มาร่วมเป็นทีม



มีการสร้างทีมงานที่มีองค์ประกอบที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและมีความเชี่ยวชาญที่หลากหลายและเชื่อมโยงกับการทำงานประจำของทีมงานที่มาร่วมงานกันโดยไม่ได้แยกออกมาจากงานประจำ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ได้อธิบายลักษณะการทำงานของทีมงานของตนและสมาชิกแต่ละคนไว้ ดังนี้

“กลุ่มเรามีอะไรนะ.. ตัวเปิด ตัวตบ ตัวตั้ง ตัวตี ตัวเซท ก็เลยสนุกสนานกันแบบนี้แหละค่ะ

“...อย่างพี่เพ็ญ... เค้าทำงานบริหาร ไม่ได้อยู่ในส่วนที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ก็นำไปใช้กับตัวเองกับคนรอบข้าง หรือไปช่วยรักษาผู้ป่วยบางราย จุดเด่นของพี่เพ็ญ คือ เรื่อง ชี

ส่วนคุณฝน...เอาไปใช้ในงานได้เลย เค้าทำกายรยศาสตร์ อบรมโรงงาน มีไปอบรมโรงงานเดือนละครั้ง ก็คือ กระจายสู่ชุมชน

ส่วนพี่จิน...เค้าดูแลผู้ป่วย end of life หรือ Palliative care (การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระต่ายของชีวิต) ก็จะนำไปใช้สอนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งในหอผู้ป่วย และในผู้ป่วยนอก แล้วก็ไปนำไปสอนในทีม Palliative care

ส่วนพี่จอน ก็สอนใน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่ค่อนข้างหนัก บางรายใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ได้เรียนรู้และให้การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ส่วนของหมอกับคุณตุ๋... คือใช้ให้เก็บคอบุ้ไปกับคลินิกฝังเข็มและการดูแลผู้ป่วยOPD(แผนกผู้ป่วยนอก) ก็คือ หมายถึงว่าสอนให้คนไข้ไปฝึกเองด้วย แล้วก็ดูแลตัวเองให้เป็น แล้วก็ลดยาที่ใช้ อันนี้ก็เป็นแนวคิดที่เราพยายามจะผลักดันให้ เพราะตอนนี้พวกคุณหมอ พยาบาลที่มาร่วมด้วยก็มีแนวคิดเช่นนี้เหมือนกัน ฉะนั้นตอนนี้ก็จะเริ่มแพร่กระจายไปนะค่ะ”

ทีมงานนี้มีหลักคิดในการทำงานว่าสามารถนำความรู้ให้เกิดประโยชน์ทั้งส่วนตนเองและผู้อื่น

หลักคิดในการทำงานซึ่งทีมสรุปได้มาจากการเข้าร่วมโครงการตลอด 2 ปี คือ

“ความคิดที่เราได้มาก็ คือ ได้นำไปใช้ ได้นำไปเรียนรู้ต่อ ได้เป็นประโยชน์กับงานแล้วก็ได้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง “

นอกจากนี้ทีมงานยังสามารถพัฒนาความรู้ที่ได้จากการอบรมไปสู่ การนำไปใช้ การประยุกต์ใช้ และการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย และความรู้ที่ได้รับมานี้ได้กลายเป็นทักษะประจำตัวที่สามารถพัฒนาขึ้นได้อีก โดยการนำไปเรียนรู้ต่อ หมายถึง ความรู้ในการบำบัดฟื้นฟูของไท้เก๊กไม่ได้จำกัดอยู่ที่อาการของโรคชนิดใดชนิดหนึ่ง เมื่อนำไปใช้กับการบำบัดรักษาโรคอื่น ๆ ก็มีรายละเอียดที่กว้างขวางและลึกซึ้งที่สามารถเรียนรู้ได้มากขึ้นไปอีก ส่วนการเป็นประโยชน์กับงาน หมายถึง ความรู้ในการบำบัดฟื้นฟูด้วยไท้เก๊ก นอกจากจะนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโครงการยังสามารถนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยในแผนกของตนควบคู่ไปกับวิธีการรักษาของแพทย์สมัยใหม่ และยังให้ความสามารถในการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น และได้ประโยชน์ต่อตนเอง หมายถึง ไ้เก๊กได้พัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้มีความสุข เบิกบาน มีความสดชื่น มีพลังกำลัง มีความหยุ่นตัว และสร้างสมดุลให้ทั้งร่างกายและชีวิต และสิ่งนี้มีผลต่อบุคคลรอบข้างที่สามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในบุคลาการของทีมได้ ทำให้มีคนสนใจร่วมกลุ่มเป็นทีมที่ขยายกว้างออกไป



ทีมงานยังได้มีการนำไ้แก๊กเข้าสู่การบำบัดรักษาในแผนกแล้วสร้างความเชื่อถือให้เกิดขึ้นกับแพทย์และบุคลากรจากแผนกต่าง ๆ โดยคุณกรพินท์ ปานวิเชียร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กล่าวถึงการนำไ้แก๊กเข้าสู่ระบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ว่า

“เรามีแผนงานบริการรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยไ้แก๊ก แผนการรักษาจะมีสองบริการหลัก คือ บริการรักษา และบริการสร้างเสริมสุขภาพ บริการรักษา ด้วยไ้แก๊กอย่างเดียว เรามีอยู่ตลอดแต่ยังไม่ได้ตั้งเป็นศูนย์ไ้แก๊กบำบัด อย่างชัดเจน แต่ก็อย่างที่ในทีมคุยก็คือ เอามาแทรกซึมในแต่ละจุด หน่วยบริการ... หรือจะออกไปตามแต่ละที่ ที่ตัวเองจะมีความสามารถในการเข้าไป ก็จะมีแบบฟอร์มอยู่ว่าที่แต่ละท่านได้ไปใช้ไ้แก๊กที่หน่วยงานไหนบ้างแล้วก็ส่งเข้ามา ก็เก็บข้อมูลอยู่ จะส่งเป็นตัวชีวิต ก็จะมีเก็บเป็นรายเดือน แล้วก็ขอความกรุณานำฝนไปใช้การฝึกกลมหายใจ ไปใช้ในชุมชน ไปใช้ในโรงงานอะไรอย่างนี้ พี่จิ้นเอาไปใช้ที่ตึกคนไข้ พี่จ้อนพี่เพ็ญก็มีการเก็บเหมือนกัน

(ตอนนี้เปิด)เป็นคลินิกบริการที่จัดขึ้นมาเพื่อเป็นการรักษาและให้คำปรึกษา(ผู้ป่วย)จากแผนกต่างๆ ...แล้วก็วางหมากขึ้นต่อไป หมอที่ Consult (ปรึกษา)มาจะต้องมีความรู้ตรงนี้ด้วย หมออรัญญา คนหนึ่งที่ Consult คนไข้โรคหัวใจมา คุณหมอหลายท่าน ตอนแรกเค้าก็งงๆ แต่สุดท้ายเค้าก็โอเค ส่งคุณพ่อแล้วก็น้องชายมารักษากับเรา เค้าจะเขียนเลยคะ Consult ไ้แก๊ก ไ้ช้ ฝึกอบรมอะไรอย่างนี้แหละคะ ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ที่นอนในโรงพยาบาล หรือไม่นอนในโรงพยาบาล ก็จะต้องมีคำสั่งแพทย์มาเป็นลายลักษณ์อักษร ถามว่าเพื่ออะไร ไม่ใช่เพื่อผลงานเรา แต่เพื่อคุณหมอนอนที่มามีติดต่อกับเรานะคะ คือ มันต้องเป็นทางการนิดนึง...ก็ในรพ.จะมีการตกลงกันว่าแพทย์แผนกต่างๆก่อนว่า เค้าจะรับแหล่งใดบ้าง ตอนนี้เราก็กังไม่ได้เริ่มซีรี่ส์นี้ แบบเป็นข้อตกลงชัดเจนแต่ว่า ก็จะเป็นที่รู้จัก ในหมอนที่เค้ารับได้เค้าก็จะเชื่อในทางนี้ จะบอกว่าที่ยมราชนี้ คนไข้100 คนจะถูกส่งมาที่คลินิก 80-90 คน มาร่วมฟัง แต่ว่าเราจะแอดออนพวกนี้เข้าไปแล้วคนไข้เค้าจะไปบอกต่อกันว่าเราทำแบบนี้

...แล้วก็มีการจัดบุคลากรประจำคลินิกเพื่อให้ได้ร่วมงานประสานงาน ตอนนี้ตัวเองก็เป็นคนทำหน้าที่ไปก่อน แล้วก็ค่อยๆไปกระจายนะคะ”

คุณหมอวิไลพร สกุลพิพัฒน์ศิลป์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษได้กล่าวเสริมในรายละเอียดเรื่องนี้ ว่า

“ขณะนี้เรากำลังจะผลักดัน ด้านการรักษา คือ ให้คนไข้ไปฝึกด้วยตัวเองด้วย ระบายไปด้วย ดูแลร่างกายไปด้วยแล้วก็ลดยาที่ใช้ปัจจุบันลง แล้วก็ดูแลตัวเองให้เป็น อันนี้ก็เป็แนวคิดที่เราพยายามจะผลักดันให้ เพราะตอนนี้พวกคุณหมอ พยาบาลที่มาร่วมด้วยก็มีแนวคิดเช่นนี้เหมือนกัน

ทีม TSPR ถ้าหากเป็นทางน่องกายภาพเค้าก็จะเน้นผู้ป่วย CVA แต่สำหรับคลินิกฝังเข็มของหมอนำไปใช้ในผู้ป่วย non CVA ไปด้วย และก็จะมีคนไข้มากมายหลากหลาย ปวดหัว ปวดหลัง ปวดข้อ อะไรทั้งหลาย แล้วก็อื่นๆ เช่น พวก ชาปลายประสาท นอนไม่หลับ แขนขาอ่อนแรง อะไรพวกนี้ คือตอนนี้(หมอ)ที่โรงพยาบาลเค้าก็มีขึ้นขออยู่นะ Consult มา เช่นหมอเฉพาะทางโรคหัวใจ โรคระบบประสาท ก็ส่งมา นะคะ”

คุณหมอวิไลพร กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้ไ้แก๊กที่นำมาสอนและใช้บำบัดรักษาคนไข้ ดังนี้



“อย่างที่บอก เราจะสอนคุณไปกับ การเรียนรู้ ได้ เรียนรู้จากผู้ป่วยแล้วก็นำไปใช้ต่อ ก็มีการฝึกหายใจ มีการเหยียดกล้ามเนื้ออย่างที่เรียนไป แต่ว่าของเราได้เปรียบตรงที่มีการใช้สิ่งที่เรียน นำไป exercise เส้น ลมปราณ เราจะรู้เรื่องเส้นลมปราณ นอกจากนี้ยังนำไปประยุกต์ใช้กับเรื่องแกว่งแขน ตัวอย่างผู้ป่วยที่สอนใน ส่วนของเรื่องการฝึกหายใจและซี่ ในผู้ป่วย บาดเจ็บที่กระดูกคอ (c spine injury) ที่มีแขนขาอ่อนแรง ขยับ มือ กำมือได้เพียงเล็กน้อย ให้มาเริ่มฝึกขยับมือ เคลื่อนไหวมือที่อ่อนแรงโดยประกอบกับการหายใจ แล้ว ปรากฏว่า สามารถมีแรงที่จะกำมือได้เพิ่มมากขึ้นได้อย่างรวดเร็วมาก ส่วนในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบที่ทำให้ขยับมือ ร่วมกับการฝึกหายใจ ปรากฏว่าทำให้ไหล่คลาย ซิวิ่ง คนไข้บางคนเก่งมากขยับชนิดเดียวรู้หมดเลยคะ และ อาการปวดข้อลดลงหรือหายไปได้ อันนี้ก็ไปสอนตามหลักการนี้แหละคะ... ในส่วนของการ ประยุกต์ใช้ให้เกิดใน การสอน แกว่งแขนแบบไท่เก๊ก คือ (กำหนดจิตไว้ที่) เหล่ากง หย่งเฉวียน แล้วให้ตัวว่าง แต่คุณหมอรัญญา (ที่มาร่วมกันทำงานนี้) นี้เก่งเรื่องจิตมากเลย เคื่อบอกว่า เอาจิตไว้ที่มืออย่างเดียวเลยไม่ต้องสอนอะไรมาเลย จิตอยู่ที่มือกับเท้าจบเลย ”

คุณหมอวิไลพร ได้กล่าวถึงผลของการนำไปใช้กับคนไข้ ดังนี้

“ถามว่า ต้องเอาคนไข้มาฝึกไท่เก๊กทำรำไหม ฝึกได้ก็ดี ฝึกไม่ได้ก็เอาหลักการไปใช้นะคะ หลักการที่ อาจารย์ให้ไว้ คือ จิตนิ่งกายเคลื่อนไหวใช่ไหมคะ แล้วก็เรื่องของ การหายใจ การเหยียดกล้ามเนื้อ แล้วการผ่อนคลาย เป็นสิ่งที่สำคัญนะคะให้ฝึกหายใจ..(อย่างคนไข้)ในห้องคะ เชื้อไหมคะแค่ฝึกหายใจอย่างเดียวนี้แหละคะ นั่ง นิ่ง ฝึกโครงสร้างให้สมดุล อันนี้(เดิมที)ก็ไม่ว่าง ไปให้คนไข้ทำถึงรู้ว่า คนไข้สามารถหายปวดได้ เป็นความรู้ที่ได้ จากผู้ป่วย...ปัจจุบันที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯในคลินิกโรคข้อก็เลยมีการฝึกรำไท่เก๊กแบบสั้นง่าย นั่งทำก็ ได้ ยืนอยู่กับที่ทำได้ โดยมีจิตอาสาที่เข้าร่วมโครงการฝึกไท่เก๊กในกลุ่ม NCD ที่จัดทำร่วมกับเทศบาลมาช่วย ฝึกสอนให้ ซึ่งโครงการก็มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยเขาพึ่งพาตัวเองได้ สร้างผู้นำ เพราะเราจะไปนำเขาตลอดเวลา ไม่ได้ แล้วก็เป็นการให้ชุมชนฝึกฝนฟื้นฟูศักยภาพทางด้านร่างกายของตนเองนะคะ”

“ได้นำไท่เก๊กไปประยุกต์ใช้ใน คลินิกที่ดูแลอยู่ Asthma (โรคหอบหืด) COPD โรค(ปอดอุดกั้น เรื้อรัง) โรคแพ้ภูมิตนเอง มีตัวอย่างผู้ป่วย ที่น่าสนใจ เช่นคนไข้ Scleroderma โรคหนังแข็ง มือเย็นมาก เย็น เหมือนน้ำแข็งเลยคะ แล้วก็หนังแข็งๆ ฝึกหายใจสักเดือนนี้ มืออุ่น แต่ต้องบอกเค้าให้ทำบ่อยๆ แล้วก็หนังที่ แข็งก็ นิ่มขึ้นด้วยอย่างนี้คะ”

“ทำไปก็เรียนรู้ไปจากคนไข้ไป ได้ตัวอย่างมากทำต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ก็ที่ตอนนี้ที่ประทับใจมากก็คือ เจอคนไข้ stroke คนไข้ stroke ในโครงการของหมอมจะมีอยู่สองคนแล้วสองคนเนี่ยจะเป็นพวกแข็งแรงแล้ว ก็คิดว่า ไม่หาย ผลการรักษาก็จะไม่ค่อยดี แต่พอดีไปเจอคนไข้ นอกโครงการ ให้เค้าขยับนิ้ว กางนิ้ว กางมือแต่ว่ามีมือ ไม่กาง (พอฝึกให้เขา)สองอาทิตย์ก็ขยับได้ 5 นิ้วแล้วคะคือมีการฝึกเป็นสเต็ป ตอนแรกฝึกหายใจก่อนต่อมา ก็ฝึกจิต ตอนนี้ก็ฝึกจิตเป็นสเต็ปละ คือฝึกให้กำ มือสองมือพร้อมกัน แล้วก็เหยียดมือพร้อมกันไปสัก3-4ที แต่ ถึงแม้ว่ามือข้างหนึ่งจะไม่กำ ก็ให้คิดว่า มือข้างนั้นกำพร้อมกันไปด้วย อันนี้จะง่าย กำไม่ได้ ก็ให้เค้าคิดไปว่ากำ ได้ และให้เค้าเลี้ยงซี่ไปที่ฝ่ามือ สักสองสัปดาห์มือจะกำได้ 5 นิ้ว ...ตอนนี้เอาไปสอนโรคข้อแล้วคะ ขยับไป



เรื่อยๆ แต่ที่สอนคนไข้ต้องกล้ามือนี้อะไรเลย ไม่เกร็ง ถ้าเกร็งยังฝึกไม่ได้ ต้องคลายก่อน ทำแล้วมันสนุกเค้าก็เลยจะทำไปเรื่อยๆ

เวลาไปสอนคนไข้ เสด็จการสอนเราต้องไปดีใจตัวเอง คือ การที่คนไข้เค้าขยับมือไม่ได้ แล้วให้คนไข้คิดว่ามือเค้าขยับได้ คือ ทุกครั้งที่บอกให้ขยับมือ จิตต้องนิ่งก่อน เราถึงจะรู้สึกว่ามีมือขยับได้ แต่สังเกตสิว่าขณะที่เราบอกว่ามีมือเราขยับได้ ลมหายใจเราไปแล้ว มันคือการส่ง ชี ของคนไข้แบบไม่รู้ตัว เราไม่ได้บอกเค้าว่านี่คือ ชี นะ แต่ลมหายใจมันส่งไปแล้วมันก็เลยทำให้ขยับได้ แค่ว่าเราลองทำดู มือมันก็ร้อนแล้ว”

คุณหมอวิไลพร สรุปรประสบการณ์ของตนเองในเรื่องนี้ว่า

“ก็อย่างที่บอก ที่เราคิดว่า เราทำได้ถึงขนาดนี้ เราเรียนแล้วใช้ เรียนแล้วใช้ แล้วก็ไปเรียนรู้ต่อ เรียนรู้แล้วก็อย่างที่บอก ว่าเรียนรู้จากคนไข้แหละ ว่าคนไข้ที่ทำทำนี่อะไรดี

สรุปแล้วคนไข้หมอ คิดว่าทำได้ 80 เปอร์เซ็นต์ของคนไข้ สอนเกือบทุกคนเลย ตอนหลังเรา ก็เอาคนที่ดูว่าน่าจะสอนคนอื่นได้เริ่มให้ช่วย หลังๆก็ให้ผู้ป่วยสอนกันเองแล้ว

มีเป้าหมายที่คิดว่า ค่อนข้างชัดเจน คือ คนไข้เค้าทำแล้วต้องได้ผลไว คือ ต้องหาเทคนิคที่ได้ผลไวก่อน ให้เค้าเห็นก่อน เช่น ฝึกหายใจ หรือแกว่งแขนเนี่ยไม่ได้บอกว่าจะอะไรเลย บอกแกว่งแขนให้ดูสิ เอามือวางไว้ที่ไหนเค้าก็เข้าใจและ หาเทคนิคที่ง่ายที่สุดให้คนไข้ทำ และใช้เวลาสั้นที่สุด อย่างฝึกหายใจสักพักก็ถามว่ามีร้อนรึป่าว ซึ่งแน่นอนมันให้ผลเช่นนั้น อย่างนี้แหละคะ... ทีมดี ทีมดีมากเลยคะ ช่วยกันสม่ำเสมอ แล้วก็เราต่างพึ่งพาตนเองเพราะว่ามันอยู่ในงานอยู่แล้ว”

มีการสร้างแนวร่วมและการถ่ายทอดความรู้เข้าสู่ระบบโดยการสร้างการยอมรับให้เกิดขึ้นในหมู่แพทย์และพยาบาลทำให้เกิดแนวร่วมได้อย่างดี สิ่งที่เป็นประการถัดมา คือ การถ่ายทอดความรู้เข้าสู่ระบบ คุณณตยา ขุนทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ให้ทัศนะในเรื่องนี้ว่า

“ให้เข้าระบบ.. ตอนนี้อย่าคิดว่า เราต้องถ่ายทอด ถ่ายทอดนะให้ตัวเราถ่ายทอด อย่างสร้างคนที่เป็นแบบเรา เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ...ต้องมีทีม... ต้องผลิตคนแบบเราขึ้นมาเรื่อยๆ แล้วมันก็จะหมัก เหมือนพยาบาล... เราต้องมีพยาบาลรักษาโรคเรื้อรังอย่างนี้ขึ้นมาเรื่อยๆ ให้มีมากขึ้นก็เพื่อจะไปช่วยคนไข้ได้มากขึ้น อันนี้คือความคิด..คือว่าเราก็พยายามโปรโมท ให้กับพี่ๆหัวหน้าพยาบาลว่า แบบที่ มันเป็นเรื่องที่ดีนะ ถ้าน้องไม่ทำ แล้วคนใกล้ชิดที่สนิทเรา เราจะถ่ายทอดให้ใคร ซึ่งเขาก็รับทราบ เขาก็อยากเป็นเหมือนเรา แต่ที่เค้าไม่ได้ก็...หนึ่งเขายังไม่ได้ฝึก เขายังไม่ได้ เราก็จะบอก ...เราควรจะปรับหลักสูตรและก็คิดว่า หลักสูตรที่สามารถทำได้ อยากให้เข้ามาอยู่ คือมันจะยั่งยืนขึ้น จะเกิดความยั่งยืน...มันจะได้คนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดีกว่าเป็นคนเดียวแล้วเก่งคนเดียว...ถ้าอยู่ในระบบ คนอื่นก็บอกว่าทำคลินิกดีกว่า ใครสนใจก็มา ใครไม่สนใจก็.. ขอเรียกเราทำการช่วยสอนดีกว่า และเราเผยแพร่กันดีกว่า แล้วตอนนี้ก็มีชมรม...เขาก็ยอมรับในสิ่งที่พวกเราไปทำนะ เขารู้สึกว่าเขาดีขึ้น ทุกครั้งที่เขามาคุยกับพวกเรานะ เขาเรียกว่าคุย (หัวเราะ)”

คุณกรพินท์ ปานวิเชียร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กล่าวถึงกิจกรรมที่แก๊งที่จัดขึ้นในโรงพยาบาล ว่า

“ในเรื่องการวางแผนจัดอบรม เราอยากให้ได้ผลที่จะเกิดขึ้นอย่างเต็มที่ เราก็ต้องไปหาว่าวิธีดำเนินการสร้างงานในรพ. จะทำได้ยังไง ก็เลยต้องดึงคุณหมอเข้ามา หรือว่าหัวหน้าทีมใหญ่ๆที่เค้ามีปัญหา



หัวหน้าตึก หัวหน้าหน่วยงาน ก็จะได้เห็นได้จากการอบรมครั้งที่แล้วว่า มีคุณหมอ และผู้ที่รับผิดชอบแต่ละงาน เข้ามาร่วมกับเรา”

“การใช้ไท่เก๊กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรในรพ. เราจัดทีม ตอนนี้อยู่ที่เห็นอยู่แล้วว่ามีวันจันทร์และวันพุธ ก็มีทั้งคนข้างนอกที่มาฝึกกับเจ้าหน้าที่ที่มาฝึกกับเราทุกวัน แต่ไม่ถึง10คนก็ไม่ใช่ใครนะ ค่อยสองหน่วยฝึกอบรมไท่เก๊กทรนนิ่งเซนเตอร์ อาจารย์บอกว่าควรใช้การฝึกแบบ..learning Organization ก็มีการฝึกอบรมเพื่อการรักษาให้กับพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ ข้อสามการฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่หน่วยงานนอก เครือข่าย ก็มีติดต่อเข้ามาแล้ว ที่เค้ามอบบรมให้เรา เราก็หวังผลอีกนะ เราก็ไปดึงเจ้าหน้าที่ สสจ. เข้ามา เราก็มีการติดต่อไว้แล้ว แล้วก็เดี๋ยวจะมีการอบรมตามสถานีนามัยต่างๆ แล้วพวกเรานี้แหละก็จะไปเป็นจิตอาสาที่ เค้ามามีกรอบแรก เราก็คงเอาเค้านี้แหละไปต่อยอดอีกทีหนึ่ง อันนี้ก็วางแผนไว้แบบนี้ละ”

การสร้างกิจกรรมลงสู่ชุมชน โดยกิจกรรมไท่เก๊กในโรงพยาบาลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การลงสู่ชุมชน คุณหมอวิไลพร ได้กล่าวถึงกิจกรรมด้านนี้ ว่า

“นอกจากนี้เราก็อื่นๆอีกเกี่ยวกับ สังคม ชุมชน ก็เคยไปสอนผู้สูงอายุ ตอนนั้นไปสอนครั้งแรกก็ไป สอนสักสองสามครั้งนะ ถึงจะมีโครงการที่อาจารย์มาสอนให้ ก็สอนสองวัน สามครั้ง เว้นเดือนหนึ่ง ก็ฟังได้รับ ใบประกาศกันเมื่อวาน ก็ที่ชื่นชอบมากก็คือ พยายามจะเอาจิตอาสาจากผู้ที่เคยเรียนเนี่ยละ เอามาช่วย เพราะ ตอนนี้อยู่ หมอมีผู้ช่วยหนึ่งคนละ(เป็นคุณครูที่เกษียณอายุราชการแล้ว) จะบอกว่าสอนเป็นท่าไป เมื่อวานก็ บอกไปแล้ว ใช้ท่ากระเรียนขาว คนไข้ที่เป็นโรคปวดข้อก็หายปวดข้อมือได้ หายปวดไหล่เป็นบางคน ก็คือต้อง ฝึกไท่เก๊กไว้ช่วยนะ”

ฝึกไท่เก๊ก คนที่เค้ามามีโครงการของเทศบาลที่บอกว่า มาสักประมาณ50-60คนได้ ก็จะมีมาฝึกตอนเย็นเริ่มฝึก ตอนเย็นสักห้าหกสองครั้ง ก็มีพี่จ๊อนเป็นแกนหลัก แล้วก็คนอื่นก็มาเสริมให้ วันหนึ่งก็ประมาณ7คน10คน เดียวก็คิดว่าน่าจะมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แล้วก็พยายามเอาพวกนี้มาช่วยโรงพยาบาล อันนี้เป็นกลยุทธ์ที่ซ่อนไว้”

คุณกรพินท์ ได้เสริมถึงกลยุทธ์การดำเนินงานตามแผนงานในด้านนี้ ว่า

“ส่วนในงานส่งเสริมสร้างเสริมระบบสุขภาพ เราก็มักจะใช้ การสอนเป็นรายกลุ่ม งานไหนเค้ามามีการ ประชุมผู้สูงอายุเราก็ไป ให้เค้าได้รู้จักว่าไท่เก๊กมันคืออะไรก่อน ไม่ได้คาดหวังว่าเค้าจะต้องฝึกเป็นท่าเป็น แต่ว่า ให้เค้ามีคำนี้ติดหูก่อน ไม่ใช่แค่การออกกำลังกาย เมื่อกี้ที่บอกว่าที่เราไป นำเสนอเรื่องที่จะทำเพื่องบประมาณ มาสามครั้งเนี่ย เพื่อของงบประมาณ เค้าเข้าใจว่าเป็นการร่ำออกกำลังกาย แบบที่สวนลม แต่ตอนนี้เค้ารับรู้แล้ว แล้วเค้าก็ชื่นชมและอยากให้เราทำโครงการต่อ คือให้เค้าได้มาเห็น ต้องมีการวางแผน ถ้ามว่าทำไม่ถึงเอา เจ้าหน้าที่คนนี้มา ก็เพราะเค้าเป็นผู้ผลักดัน Project ให้เรา”

คุณน้ำฝน เจียมบุญศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ได้นำไท่เก๊กสู่ชุมชนโดยทำกิจกรรมในสถานประกอบการ และทางสถานประกอบการได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างเกินคาด ได้กล่าว ว่า

“งานของฝนส่วนมากจะใช้ในเรื่องของการดูแลผู้ประกอบอาชีพ ที่มีปัญหาด้านการยศาสตร์ เพื่อ ป้องกันหรือแก้ไข การป่วย ด้วยโรคกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อ ที่เกิดจากการทำงานหรือเกี่ยวเนื่องจากการ ทำงาน เช่นปวดหลังจากการยืนยืนนานๆ การยกของหนักๆ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คอ กล้ามเนื้อระหว่าง



งาน บ่าไหล่ จากการใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ อาการปวดแขน ข้อมือ นิ้วล็อก จากการใช้งานของแขน ด้วยท่าการทำงานที่ผิด หรือการทำท่าซ้ำๆกัน เราจะนำไปแก้กักไปใช้ แก้ไขปัญหาเหล่านี้เช่นการยืดเหยียด ระหว่างงาน การใช้แรงจากฝ่าเท้าในการยกของ การเดินรถ เป็นต้น

ท่าที่เราชอบนำไปใช้คือ ท่าเชิฐิมชา ในสถานประกอบการหลายๆแห่ง แต่จะมีสถานประกอบการหนึ่ง ผู้บริหารเจ้าของบริษัทมาเรียนเอง และนำไปใช้สอนกับพนักงานของเข้าด้วยตนเอง เวลาผ่านไป ประมาณ 6 เดือน เราได้เข้าไปเยี่ยมโรงงานนี้ เจ้าของบริษัทและผู้จัดการฝ่ายบุคคลเล่าให้ฟังว่า เข้าได้เอาท่าเชิฐิมชาที่เรา แนะนำ มาเป็นมาตรฐานในการเลื่อนขั้นเงินเดือนของพนักงาน ถ้าจะได้เงินเดือนเพิ่ม 10 เปอเซ็นต์ต้องทำท่าเชิฐิมชาให้ได้ มีการทดสอบโดย ใช้ถ้วยมามาวาง อยู่บนมือ ฝ่ามือต้องหงายรับฟ้าไว้ตลอดขณะที่ปฏิบัติท่าท่าเชิฐิมชานี้ ถ้วยมาม่าห้ามตกจากมือ จึงจะผ่านการสอบ นอกจากนี้จะทำท่าเชิฐิมชาพร้อมกับท่าอื่นอีก 2 ท่า (ลักษณะคล้ายท่าเต่า) ทุกวันตอนเช้า มีพนักงานเค้าคนหนึ่งมาเล่าประสบการณ์ให้ฟังว่า ตอนแรกเขาปวด หลังแต่พอทำท่านี้อาการปวดลดลง และลูกสาวเขาก็ต้องฝึกด้วย เพราะกลัวพ่อทำไม่ได้ เดี่ยวพ่อไม่ได้เลื่อน เงินเดือนจึงมาฝึกกันทั้งครอบครัว ลูกสาวมีโรคประจำตัวคือเป็นภูมิแพ้การฝึกท่าเชิฐิมชา ทำให้อาการภูมิแพ้ ลดลง ไม่ค่อยเป็นหวัด แล้ว ผู้จัดการฝ่ายบุคคลมาเล่าให้ฟังว่าเมื่อก่อนพนักงานมาขอยาแก้ปวดบ่อยมาก ตอนนี้น้อยลง แล้วก็อัตราการลาป่วยที่เกิดจากการปวดหลังลดลง ร้อยละ 10 การส่งไปทดสอบฝีมือแรงงาน เดิม ส่งไป 10 จะผ่านแค่ 3 คน หลังจากการฝึก ส่งไปทดสอบฝีมือแรงงาน จาก 10 คน ผ่าน 7 คนซึ่งดีกว่าเดิมมาก เจ้าของบริษัทบอกว่าสิ่งที่ต้องการคือ ต้องการฝึกจิต ให้มีสติ เพื่อ เอามาใช้กับการทำงาน ทำให้พนักงานของ เขารู้จักฟังมากขึ้น มีสมาธิในการทำงานมากขึ้น มีวินัยในการทำงานมากขึ้น ควบคุมพนักงานได้ง่ายขึ้น พนักงานอีกคน ที่มาเล่าให้ฟังอยู่แผนกสโตร์ เขาเล่าว่าเมื่อก่อนนี้ พนักงานมารอหน้าแผนกแล้วก็ชอบคุยกัน เสียงดัง โวยวายว่าไม่ได้ของ ตามออเดอร์ที่สั่ง เขาก็จะหงุดหงิด แต่เดี๋ยวนี้เขาบอกว่า อยู่เฉยๆฝึกลมหายใจ ก่อน ถ้ายังไม่สงบเขาจะไม่แจกของให้

อีกประการหนึ่งที่สำคัญต่อการนำไปใช้คือการสร้างทีมงาน ให้เข้มแข็ง เวลาที่เราไป เรียนท่าแก้กักมากี่จะมี หลายท่า เวลาทุกครั้งที่เราได้ท่าอะไรใหม่ๆมา เราก็ต้องไปสอนให้กับเพื่อนร่วมงานเราเรียนรู้ด้วย เราก็ต้อง เรา ก็สอนเพื่อนร่วมงานเราก่อน แล้วเพื่อนร่วมงานก็จะช่วยเราสอนในสถานประกอบการได้ ที่นี้มันก็เกิดการ ต่อเนื่องโดยเฉพาะท่าที่เราใช้เป็นประจำ โดยเฉพาะท่าพสุธาหัตถ์ยืน เราก็ต้องให้เกาะขอบเก้าอี้ เราจะใช้ท่านี้ ประจำในทุกที่ ปรากฏว่าตอนหลังเพื่อนของเราสอนเค้าหมดเลย เวลาเข้าโรงงานไหนแล้วมีคนปวดหลัง เวลา มีตรวจสุขภาพ เขาจะแนะนำเรียบริ้อยท่าทำนี้สิ ทำนี้ เราไม่ต้องสอนอะไรเลย เราแค่ชี้ค ความถูกต้องอยู่ ทั่วๆ ส่วนมากทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่น่องบนเก้าอี้เพื่อนจะทำได้ทุกคน เวลาฝึกกับพนักงานจึงมีทั้งคนสาธิต และคนเดินจะเดินดูความถูกต้องของท่า นอกจากนี้ก็จะมีการใช้ท่าแก้กักมาประยุกต์ในการยกของที่ถูกต้อง คือ การใช้แรงจากฝ่าเท้าให้เป็น การยืนนานๆเราให้เค้ายืนผ่อนเขาแล้วก็ถ่ายน้ำหนัก อันนี้ใช้ประจำ”

มีการสร้างงานวิจัยทีมงานมีความเห็นตรงกันว่า

“ต้องมีการพัฒนางานบริการด้านสุขภาพและงานฝึกอบรมด้วยการวิจัย โดยมีแผนงานบริการรักษา และส่งเสริมสุขภาพด้วยท่าแก้กัก แผนการรักษามีสองบริการหลัก คือบริการรักษา และบริการสร้างเสริม



สุขภาพ บริการรักษาเพียวๆด้วยไท่เก๊ก เรามีอยู่ตลอดแต่ไม่ได้ตั้งศูนย์กลางในการทำงานให้ชัดเจน แต่ก็อย่าง
ในที่มคยก็คือ เอามาแทรกซึ่มในแต่ละจุด หน่วย บริการ หรือจะออกไปตามแต่ละที่ ที่ตัวเองจะมีความสามารถ
ในการเข้าไป ก็จะมีแบบฟอร์มอยู่ว่าพีแต่ละท่านได้ไปใช้ไท่เก๊กที่หน่วยงานไหนบ้าง แล้วก็ส่งเข้ามา ข้อมูลที่
เก็บได้ จะส่งเป็นตัวชี้วัด โดยจัดเก็บเป็นรายเดือน
ทีมกำลังเริ่มวางแผนการวิจัยกันมีการเก็บข้อมูล และก็พยายามจะเรียนรู้เรื่องงานวิจัยซึ่งขณะนี้ทางรพ.เริ่มมี
หมอที่จบวิจัยมา ซึ่งส่วนนี้จะเป็นส่วนที่มาช่วยงานวิจัยกัน”



บทที่ 5 การอภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การศึกษาประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไท้เก๊กในชุมชนที่มีต่อสมรรถภาพร่างกาย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วมโดยใช้การเคลื่อนไหวผสมผสานลมหายใจแบบไท้เก๊กในชุมชนที่มีต่อสมรรถภาพร่างกาย คุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเองจากการศึกษา โดยการวัดสมรรถภาพร่างกายโดยเครื่องมือ Fugl-Meyer Assessment เดือนที่ 6, 9 และ 12 เป็นการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ sensory, motor, balance, range of motion, joint pain ประกอบด้วยการประเมินร่างกายส่วนบน 9 ข้อ และร่างกายส่วนล่าง 6 ข้อ และเครื่องมือ SNMRC-functional assessment ในเดือนที่ 0, 3, 6, 9 และ 12 การวัดคุณภาพชีวิตใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ5D-3 ในเดือนที่ 3, 6, 9 และ 12 ประกอบด้วยเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการประเมินภาวะทางสุขภาพจำนวน 5 ข้อ หรือ 5 มิติซึ่งเป็นคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตที่คนทั่วไปให้คุณค่าสูง ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง) อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (pain/discomfort) และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression) และการประเมินคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเองโดยเครื่องมือ FACIT-SP (Spiritual well-being scale) ในเดือนที่ 0, 3, 6, 9 และ 12 เพื่อประเมินความผาสุกของชีวิตประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม 6 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ 6 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม 7 ข้อ และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ 12 ข้อ ประกอบด้วย การคุณค่าและความหมายของชีวิต (meaning) 4 ข้อ ความสงบของจิตใจ (peace) 8 ข้อ และความเชื่อสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ (faith) 4 ข้อ

จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์ใดๆ เลยทั้งด้านสมรรถภาพร่างกาย คุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเอง แต่ผลการศึกษาพบว่าความผาสุกทางสังคม (social well-being) และคุณภาพชีวิตของกลุ่มไท้เก๊กมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมเพียงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการวิเคราะห์เพื่อศึกษาเจาะลึกถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการไม่พบความแตกต่างระหว่างเมื่อได้วิเคราะห์โดยคัดเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่มีศักยภาพสูงพบว่าความผาสุกทางร่างกายความผาสุกทางสังคมและคุณภาพชีวิตในกลุ่มไท้เก๊กสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอีกปัจจัยหนึ่งคือการออกกำลังกายในท่าของตนเองของผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม



จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยที่ยังไม่ได้วิเคราะห์แบบกลุ่มย่อยไม่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดจากผู้ฝึกที่ได้ฝึกให้แก่มากแล้วได้รับผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุมดังที่ตั้งสมมุติฐานไว้ ซึ่งอาจอธิบายได้ดังนี้คือ

1. ผู้บำบัดด้วยศาสตร์ไทเก๊ก

การศึกษานี้ผู้บำบัดเป็นเจ้าของหน้าที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในหน่วยอื่น ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา ซึ่งไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญทางด้านไทเก๊กดังที่ทำการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งในการศึกษานี้เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อยก็พบผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจากว่าผู้ฝึกแล้วมีทักษะและศักยภาพสูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมแล้วมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรผลลัพธ์ ความผาสุกทางสังคม (Social well-being) ในเดือนที่ 9 และความผาสุกทางการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน (Functional well-being) ในเดือนที่ 6 และคุณภาพชีวิต (EQ-5D) ในเดือนที่ 6 เช่นกัน ซึ่งการใช้บุคลากรที่อยู่ในพื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วยในสถานบริการนั้นๆ เป็นเป้าหมายของการศึกษานี้อยู่แล้วแม้ว่าบางการศึกษาจะใช้ผู้เชี่ยวชาญไทเก๊กจากภายนอกก็ตามซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าวิธีการนี้ไม่สามารถนำไปสู่การพัฒนาเชิงระบบต่อไปได้ จึงเป็นข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไปให้มีการฝึกฝนผู้บำบัดให้มีทักษะและศักยภาพที่เพียงพออาจทำได้โดยการคัดเลือกผู้บำบัดที่มีความตั้งใจฝึกฝน ระบบการฝึกที่เข้มข้นชัดเจน รวมถึงการประเมินทักษะและศักยภาพการบำบัดผู้ป่วยจริง

2. ความเข้มข้นของการฝึกและเวลา

จากศึกษานี้การเยี่ยมและฝึกผู้ป่วยที่บ้านทำเพียง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 9 ครั้ง ตามด้วย 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์จำนวน 5 ครั้งและ 1 ครั้งต่อ 4 สัปดาห์จำนวน 5 ครั้งซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม (18) การทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่าต้องอย่างน้อยสัปดาห์ละสองครั้งจึงเป็นไปได้ว่าขนาดความเข้มข้นของการฝึกฝนยังไม่เพียงพอที่จะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ในเวลาที่มุ่งต้นโดยเฉพาะช่วง 4-12 สัปดาห์แรกที่ต้องการการฝึกฝนที่เข้มข้นซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้ก็พบว่าผู้ป่วยที่ถูกระบุว่ามีความขยันในการฝึกฝนด้วยตนเองพบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 จึงเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ที่ขนาดความเข้มข้นของการฝึกอาจไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของผลลัพธ์

3. สภาวะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีการทำงานของสมองได้ไม่สมบูรณ์จากพยาธิสภาพทำให้สูญเสียการรับรู้และการเรียนรู้ด้วยตัวโรคเองและภาวะแทรกซ้อนเช่นอาการหลงลืม(dementia) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะสับสน (delirium) แต่การฝึกให้แก่มากจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเพื่อการเรียนรู้ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำหายนความสามารถของผู้ฝึกในการจัดการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งอาจมีภาวะเหล่านี้เจอบนในระดับที่แตกต่างกันออกไป จากการศึกษาเมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มก็พบว่าผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการออกแบบท่าฝึกในการออกกำลังกายของตนเองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในด้านของ ความผาสุกทาง



กายภาพ (Physical well-being) ในเดือนที่ 6 และความสุขทางการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน (Functional well-being) ในเดือนที่ 9 และคุณภาพชีวิต (EQ-5D) ในเดือนที่ 6 เช่นกัน จึงเป็นข้อเสนอแนะจากโครงการวิจัยนี้หากมีการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการรับรู้และเรียนรู้ในระดับที่เพียงพอต่อการฝึกฝนและมีความยินดีในการฝึกไท้เก๊ก

การศึกษาเชิงคุณภาพด้านคุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าตนเองและการพัฒนาระบบบริการ

สำหรับการพัฒนาการของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านการเคลื่อนไหว สภาพจิตใจ การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงการเข้าสู่สังคมที่อยู่ได้ดีขึ้น อย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งพบว่าปัจจัยแวดล้อมผู้ป่วยก็มีส่วนสำคัญในการบำบัดฟื้นฟู เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ความมุ่งหมายในชีวิต เป็นต้น ซึ่งการวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นส่วนสำคัญในการออกแบบการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการฝึกที่เหมาะสมต่อไป

โครงการวิจัยยังได้นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์การแพทย์ไท้เก๊ก (Tai-Chi Medical Center) ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีการดำเนินงานด้วย 3 แผนงานคือ 1. แผนงานบริการรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยไท้เก๊ก (Tai-Chi Services Center) ประกอบด้วยคลินิกบริการที่จัดทำขึ้นมาเพื่อเป็นที่รักษาและรับคำปรึกษาจากแผนกต่างๆ การใช้ไท้เก๊กเพื่อการรักษาในบริการตามแผนกต่างๆ ที่ บุคลากรในแผนกต่างๆ การใช้ไท้เก๊กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน/ข้าราชการ /ชมรมผู้สูงอายุ/อสม./สถานประกอบการ และ การใช้ไท้เก๊กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรในโรงพยาบาล/จหน. รพ.สต. 2. แผนงานฝึกอบรมไท้เก๊ก (Tai-Chi Training Center) แผนงานนี้ใช้หลักการฝึกแบบ Team-based learning เกิดเป็น CoPs (Community of Practices) ชุมชนนักปฏิบัติ โดยกระบวนการ KM ประกอบด้วย การฝึกอบรมเพื่อการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่และบุคลากร /ประชาชนและผู้สนใจ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ แผนงานวิจัยไท้เก๊ก (Tai-Chi Research Center) เพื่อการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการรักษาด้วยไท้เก๊กในโรงพยาบาล ระดับ รพ.ทั่วไป การรับรู้ต่อการรักษาด้วยไท้เก๊กในบุคลากร ในผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปเช่นผู้สูงอายุ รวมถึงการวิจัยเพื่อการสร้างเครื่องมือเพื่อการรักษาที่เป็นนวัตกรรม

สรุปผลการศึกษา

1. การบำบัดผู้ป่วยไท้เก๊กด้วยผู้บำบัดจากโรงพยาบาลที่ผ่านการฝึกฝนวิชาไท้เก๊กผ่านการเยี่ยมบ้านบ้านทุก 1 สัปดาห์รวม 9 ครั้ง แล้วตามด้วยเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ รวม 5 ครั้ง และทุก 1 เดือน รวม 5 ครั้ง ไม่พบความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม



2. ผู้บำบัดด้วยศาสตร์ไท่เก๊กที่มีทักษะและศักยภาพสูงมีผลต่อการได้ผลลัพธ์ที่ดีในด้านความผาสุทางสังคม (Social well-being) และความผาสุทาง การปฏิบัติหน้าที่การงาน (Functional well-being) และคุณภาพชีวิต (EQ-5D)
3. ความเข้มข้นของการฝึกและเวลาโดยผู้ป่วยเองส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต (EQ-5D)
4. ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการออกแบบท่าฝึกในการออกกำลังกายของตนเองส่งผลที่ดีขึ้นในด้านของความผาสุทางกายภาพ (Physical well-being) และความผาสุทาง การปฏิบัติหน้าที่การงาน (Functional well-being) และคุณภาพชีวิต (EQ-5D)
5. การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยรายต่างๆ เห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้นมีคุณภาพชีวิตทั้งในด้านการเคลื่อนไหว การใช้ชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ และการเข้าสังคมเป็นต้น
6. ผลจากการดำเนินงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีบุคลากรที่ให้ความสนใจเป็นทีม มีแพทย์เข้าร่วมโครงการ ทำให้เกิดศูนย์การแพทย์ไท่เก๊กที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชมีการดำเนินงานด้านการบริการรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยไท่เก๊ก มีการจัดฝึกอบรมไท่เก๊ก รวมถึงแผนงานการวิจัยเพื่อการพัฒนา ระบบการรักษาด้วยศาสตร์ไท่เก๊ก



การทบทวนวรรณกรรมที่เป็นโครงการวิจัย

ประเทศ รายงานวิจัย	ลักษณะผู้ป่วย	การฝึกให้แกก	ระยะเวลา	การวัดผลลัพธ์
Study Protocal 1 by Yong Zhang (8)	<ul style="list-style-type: none">● Year 2014● Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine.● Sample size 25 patients in each group● Randomization● Inclusion criteria, stroke confirmed by computed tomography or magnetic resonance imaging● Aged 40-75 years old● First episode of stroke or a history of stroke, but no serious deformity, and a modified Rankin Scale grade ≤ 2	<ol style="list-style-type: none">1. Focused on lower-extremity hemiplegia2. Run by a qualified Tai Chi instructor with an experienced therapist.3. Six Tai Chi movements listed in order of difficulty.4. Emphasis on the accuracy and quality of performing every single movement.5. Each movement will be integrated therapeutically by performing symmetrical and coordinated movements such as trunk rotation and weight-bearing, controlled and coordinated displacement of the body's center of mass,	<ul style="list-style-type: none">● Five times per week (from Monday to Friday) for 4 weeks● Each session will include a warm-up for 10 minutes, specified Tai Chi exercises performed for 40 minutes and cooling down for 10 minutes.● The Tai Chi rehabilitation program will be applied 20 to 30 minutes after the patients finish the conventional rehabilitation programs.● An experienced Tai Chi instructor who has been qualified and engaged in the	<ol style="list-style-type: none">1. Fugl-Meyer Assessment,2. Barthel Index and3. Berg Balance Scale4. Stroke-Specific Quality of Life Scale5. Data collection after the intervention (4 weeks) and at the end of follow-up (3 months).6. Adverse events will be reported.



ประเทศ รายงานวิจัย	ลักษณะผู้ป่วย	การฝึกให้แก้ก	ระยะเวลา	การวัดผลลัพธ์
	<ul style="list-style-type: none"> Between 2 and 20 weeks after the onset of the current stroke Unilateral lower-extremity hemiplegia and able to walk ≥ 6 meters 	<p>and rebuilding of the affected ankle and knee joints.</p>	<p>teaching of Tai Chi courses for 10 years will lead the Tai Chi rehabilitation program.</p>	
<p>Study Protocol 2 by Jing Tao (9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> an initial letter mailed out if interested in taking part. Outpatients with balance dysfunction after stroke will be recruited. Inclusion criteria:- clinical diagnosis of stroke confirmed by CT or MRI; clinically first ever stroke > 3 months; aged 45 to 75 years; manifestation of balance dysfunction; 	<ul style="list-style-type: none"> The training scheme originated from the 24 forms simplified Tai Chi exercise. Five qualified coaches who have engaged in the physical education over 5 years will teach the participants of correct Tai Chi Yunshou postures. The Tai Chi Yunshou exercises will be applied to the participants in the 	<ul style="list-style-type: none"> The participants in the intervention group will accept a 12-week Tai Chi Yunshou exercises training with a frequency of 5 days per week and 60 minutes one day. All participants will enter 12-week unsupervised follow-up period right after the end of intervention. Telephone follow-up will be 	<ul style="list-style-type: none"> All outcomes will be measured at baseline and 4, 8 and 12 weeks, with following-up of 6 and 12-weeks. Balance function will be assessed with BBS. Fugl-Meyer motor function assessment Activities of daily living (ADL) Modified Barthel Index (MBI). SF-36 Beck Depression Inventory



ประเทศ รายงานวิจัย	ลักษณะผู้ป่วย	การฝึกให้แก	ระยะเวลา	การวัดผลลัพธ์
	<p>ability to walk at least 6 meters with or without aids</p>	<p>intervention group.</p> <ul style="list-style-type: none"> While participants allocated in the control group will receive balance rehabilitation training. The balance rehabilitation training will be applied to the participants in the control group Therapists are responsible for the implementation of a 60-minute practice session five times a week for 12 weeks. 	<p>performed once a week and home visits once a month.</p>	<p>(BDI).</p> <ul style="list-style-type: none"> Modified Falls Efficacy Scale. Single leg stance test Timed-Up-and-Go Test. Lumbar proprioception function and lower-limb proprioception function Step test for cardiopulmonary function Gait Analysis Process Safety assessments Economic evaluation:- The direct costs and indirect costs.
<p>Study Protocol 3 by Michel Tousignant (10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Stroke patients aged 45 years or older returned home without requiring intensive rehabilitation. Inclusion criteria: a Rankin 	<ul style="list-style-type: none"> A personalized exercise program based on Tai Chi was developed consisting of movements based on a combination of alignments 	<ul style="list-style-type: none"> Optimal treatment frequency for patients in the subacute and chronic phases following a stroke is twice a week, as suggested by a systematic 	<ul style="list-style-type: none"> Community Balance and Mobility Scale (CB&M) Berg Balance Scale Four-Squares Test



ประเทศ รายงานวิจัย	ลักษณะผู้ป่วย	การฝึกให้แกก	ระยะเวลา	การวัดผลลัพธ์
	<p>score of 2 or 3; understand instructions to allow participation in evaluations and interventions; have a balance problem as evidenced by a score between 46 and 54 on the Berg Balance Scale; have a caregiver who would be available during the telerehabilitation sessions to ensure safety during exercises; and live in an area served by high speed Internet.</p> <ul style="list-style-type: none"> Block randomization of sizes 2 and 4 done by a computer. 	<p>and body-specific orientations, weight transfers and changes in direction inspired by Tai Chi. The exercises do not require any physical interaction between the Tai Chi instructor and participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> For both groups, the interventions will start immediately after discharge from hospital. The rehabilitation exercise sessions will be conducted by a physiotherapist trained in the practice of Tai Chi. 	<p>review.</p> <ul style="list-style-type: none"> The sessions will last 45 minutes and take place twice a week for eight weeks. 	<ul style="list-style-type: none"> Timed Up and Go test Two-Minute Walk Test Chedoke-McMaster Stroke Assessment Brunnstrom’s seven stages of motor recovery Fugl Meyer test Fear of falling, Self-efficacy Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale Reintegration to Normal Living Index (RNLI) for quality of life Health Care Satisfaction Questionnaire Cost analysis National Institute of Health Stroke Score (NIHSS) Montreal Cognitive Assessment



โครงการวิจัยที่ได้ผลลัพธ์แล้ว

จากการทบทวนวรรณกรรม Systematic Review

Article/Year	Number	Age	Intervention	Intensity	Outcome	Duration
1. Stephanie S. Y. Au-Yeung , 2009 (11)	Source:136 patients diagnosed with stroke(G1 = 74 G2 = 62);	Mean age (SD): G1 = 61.7y(10.5); G2 = 65.9y (10.7)	G1: Tai Chi; G2: practicing general exercises	one-hour class three times a week for twelve weeks	Limit of Stability Test; the Sensory Organization test; Timed-up-and-go score	twelve weeks
2. Jacob Hart , 2004 (12)	Source:18 patients diagnosed with stroke(G1 = 9 G2 = 9);	Mean age (SD): G1 = 61.4y (-); G2 = 57.3 (6.8)	G1: Tai Chi; G2: group exercises focusing on improvement of balance	1 hour class twice times a week for twelve weeks	the Berg balance scale ; standing on one leg	six weeks; twelve weeks
3. Ruth E. Taylor – Piliae, 2014 (13)	Source:145 patients diagnosed with stroke (G1 = 53 G2 = 44 G3 = 48);	Mean age (SD): G1 = 71.5y(10.3); G2 = 69.6y(9.4);G3 = 68.2y(10.3)	G1: TaiChi; G2: (1)national fitness and; (2)Health education	one-hour class three times a week for twelve weeks	Short Physical Performance Battery (SPPB); 2-minute step test	twelve weeks
4. Zhou Zugang, 2013 (14)	Source:68 patients diagnosed with stroke(G1 = 34 G2 = 34);	Mean age (SD): G1 = 62.6y(5.7); G2 = 63.3y (6.0)	G1:acupuncture+Routine rehabilitation training+Tai chi gait intensive training; G2:	six times a week for six weeks	the Berg balance scale ; gait parameters; functional walking scale.	six weeks



Article/Year	Number	Age	Intervention	Intensity	Outcome	Duration
			acupuncture+Routine rehabilitation training			
5. Yang Zhibo, 2013 (15)	Source:100 patients diagnosed with stroke (G1 = 50 G2 = 50);	Mean age (SD): G1 = 54.3y(13.8); G2 = 55.2y (14.6)	G1: conventional medical treatment+ TaiChi;G2:conventional medical treatment +The traditional rehabilitation training	six times a week for four weeks	the Berg balance scale	four weeks
6. Xie Fei, 2008 (16)	Source:48 patients diagnosed with stroke (G1 = 24 G2 = 24);	Mean age (SD): G1 = 48y(3.6); G2 = 48y(3.6)	G1:TaiChi+exercise therapy; G2: exercise therapy	three times per day for two weeks BBS two weeks		



เอกสารอ้างอิง

1. Truelsen T, Mahonen M, Tolonen H, Asplund K, Bonita R, Vanuzzo D. Trends in stroke and coronary heart disease in the WHO MONICA Project. *Stroke*. 2003 Jun;34(6):1346-52.
2. ต้าหลิว :ไท่เก๊กและการฝึกสมาธิ. (กรุงเทพฯ: จตุรัส ,2533)
3. ปาจารย์ ก. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล,; 2547.
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. ข้อมูลสถิติสาธารณสุข [webpage] กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2551 [updated 2551; cited 10 กุมภาพันธ์ 2551]; Available from: <http://203.157.10.15/moph/ขอมลสถตสาธารณสุข/tabid/57/Default.aspx>.
5. Yeh GY, Wang C, Wayne PM, Phillips R. Tai chi exercise for patients with cardiovascular conditions and risk factors: A SYSTEMATIC REVIEW. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2009 May-Jun;29(3):152-60.
6. Jen-Chen Tsai, Wei-Hsin Wang, Paul Chan, , Li-Jung Lin, Chia-Huei Wang, Brian Tomlinson, Ming-Hsiung Hsieh, Hung-Yu Yang, And Ju-Chi Liu. The Beneficial Effects of Tai Chi Chuan on Blood Pressure and Lipid Profile and Anxiety Status in a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* (2003) 9(5): 747–754.)
7. Dr.Yang, jing-ming. Taijiquan Theory of Dr.Yang, jing-ming The Root of Taijiquan (YMAA Publication Center: Boston : Mass . USA)
8. Taylor-Piliae RE, Haskell WL. Tai Chi exercise and stroke rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*. 2007 Jul-Aug;14(4):9-22.
9. Thornton EW, Sykes KS, Tang WK. Health benefits of Tai Chi exercise: improved balance and blood pressure in middle-aged women. *Health Promot Int*. 2004 Mar;19(1):33-8
10. Yong Zhang, Hongwei Liu, Li Zhou, Kai Chen, He Jin, Yihuai Zou and Zongheng Li. Applying Tai Chi as a rehabilitation program for stroke patients in the recovery phase: study protocol for a randomized controlled trial
11. Jing Tao. Evaluation of Tai Chi Yunshou exercises on community-based stroke patients with balance dysfunction: a study protocol of a cluster randomized controlled trial
12. Michel Tousignant, Hélène Corriveau, Dahlia Kairy, Katherine Berg, Marie-France Dubois1, Sylvie Gosselin, Richard H Swartz, Jean-Martin Boulanger and Cynthia Danells. Tai Chi-based exercise program provided via telerehabilitation compared to home visits in a post-stroke



population who have returned home without intensive rehabilitation: study protocol for a randomized, non-inferiority clinical trial

13. Au-Yeung SS, Hui-Chan CW, Tang JC. Short-form Tai Chi improves standing balance of people with chronic stroke. *Neurorehabil Neural Repair*. 2009; 23: 515–522.
14. Hart J, Kanner H, Gilboa-Mayo R, Haroeh-Peer O, Rozenhul-Sorokin N, Eldar R. Tai Chi Chuan practice in community-dwelling persons after stroke. *Int J Rehabil Res*. 2004; 27: 303–304.
15. Taylor-Piliae RE, Hoke TM, Hepworth JT, Latt LD, Najafi B, Coull BM. Effect of Tai Chi on physical function, fall rates and quality of life among older stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014; 95: 816– 824.
16. Zhou ZG. The effect of Intensive training of Tai ji gait on walking ability and gait parameter of stroke patients with hemiplegia. CHENGDU UNIVERSITY OF TCM. 2013.
17. Yang ZB, Liu D, Chang YS, Sun P, Zhao GD, Jia L. Research on Tai chi balance method in improving hemiplegia balance disorders of stroke patients. *Contemporary Medicine*. 2013; 24: 5–7.
18. Xie F. The research of shadowboxing recovery versus cerebral apoplexy sufferer's equilibria impediment. Jilin University. 2008.
19. Chen B-L, Guo J-B, Liu M-S, Li X, Zou J, Chen X, et al. (2015) Effect of Traditional Chinese Exercise on Gait and Balance for Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10(8): e0135932. doi:10.1371/journal.pone.0135932
20. Lubetzky-Vilnai A1, Kartin D. The effect of balance training on balance performance in individuals poststroke: a systematic review. *J Neurol Phys Ther*. 2010 Sep;34(3):127-37. doi: 10.1097/NPT.0b013e3181ef764d.