

รายงานการศึกษา

เรื่อง ประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้าน ในการรักษาไหล่ติดทางคลินิก

กรณีศึกษาหมอสุนทร นิ่มน้อม

รายงานการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้าน ในการรักษาไหล่ติดทางคลินิก



โดย
สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข



รายงานการศึกษา

เรื่อง ประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้าน ในการรักษาโรคติดต่อทางคลินิก

กรณีศึกษาหมอสุนทร นิ่มน้อม



โดย
สำนักงานแพทย์พื้นบ้านไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข



รายงานการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้านในการรักษาไข้อัดทางคลินิก กรณีศึกษาหมอสุนทร นิ่มน้อม
ข้อมูลทางบรรณานุกรมหนังสือ

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย

รายงานการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้านในการรักษาไข้อัดทางคลินิก กรณีศึกษาหมอสุนทร นิ่มน้อม/
ฉันทนา กระฤกฤทธิ์ และคณะ. --นนทบุรี: สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง
สาธารณสุข, ๒๕๕๖.

๙๐ หน้า : ภาพประกอบ.

๑. การแพทย์พื้นบ้าน. ๒. ภูมิปัญญาชาวบ้าน ๓. ไข้อัด—การรักษา. ๔. ฉันทนา กระฤกฤทธิ์และคณะ. ๕. กรมพัฒนา
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

LB๒๓๖๙ ๖๒๖๑๖

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สมชัย นิจนานิช

นายแพทย์ปภัสสร เจียมบุญศรี

นายแพทย์ณัฐภูมิ ประเสริฐศิริพงศ์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.ยงยุทธ วัชรตุลย์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ พิชัยศักดิ์

นายแพทย์ยลชัย จงจิระศิริ

นายแพทย์สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงศ์

ดร. พรทิพย์ อันทิวโรทัย

นางสาวณีย์ กุลสมบุรณ์

นายสุธน พรบัณฑิตย์ปัทมา

นายแพทย์วัฒน์ พันธ์มั่ง

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ราชบัณฑิต ประเภทวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาแพทยศาสตร์

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร

นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย

นักวิชาการอิสระ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าม่วง

คณะผู้วิจัย

นางฉันทนา กระฤกฤทธิ์

เภสัชกรหญิงวันิดา ขุ่มแร่

นางสาวภัทริกา ทองศรี

นายมนตรี ดำรงค์ศักดิ์

เรือดรีหญิงวันิดา ขุนบุญจันทร์

นางสาวสิริลดา พิมพ์า

นางสาวละเอียด ปานทอง

นายกฤษณะ คตสุข

นางสาวอาภากรณ์ เตชรัตน์

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย

โรงพยาบาลท่าม่วง

โรงพยาบาลท่าม่วง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าม่วง

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย

ISBN

๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๒๐๘๑-๘

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. ๒๕๓๗

พิมพ์ครั้งที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๗

จำนวนพิมพ์ ๕๐๐ เล่ม

จัดพิมพ์โดย สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๒๕๙๑-๗๘๐๘

พิมพ์ที่

สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ

๒/๙ ซอยกรุงเทพ-นนทบุรี ๓๑ เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ ๑๐๘๐๐

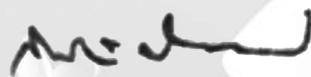
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๒๙๑๐๗-๐๐๑๒/๐-๒๔๘๕-๖๔๖๖

คำนำ

“ไหล่ติด” เป็นปัญหาสุขภาพของคนไทยรองจากการปวดคอและปวดหลัง เมื่อเป็นแล้วส่งผลกระทบต่อการทำงานและชีวิต ทำให้การเคลื่อนไหวบริเวณข้อไหล่ของแขนติดขัด การรักษาด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยจากหมอฟันบ้านจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาไหล่ติด

หมอฟันบ้านใช้วิธีการรักษาโดยการนวดจับเส้น ดัดและดึงให้กลับมาอยู่ในสภาพเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจผลการรักษา แต่ผลการรักษาตามภูมิปัญญาของหมอฟันบ้านยังไม่มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือว่ารักษาได้ผลดี ดังนั้นการศึกษาประสิทธิผลของหมอฟันบ้านในการรักษาไหล่ติดทางคลินิกกรณีศึกษาหมอสุนทร นิ่มน้อม อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี เป็นการพิสูจน์ให้เห็นว่าภูมิปัญญาของหมอฟันบ้านจะสามารถเป็นทางเลือกในการรักษาอาการไหล่ติดสำหรับคนไทยได้จริงหรือไม่ โดยใช้วิธีการประเมินผลการรักษาทางออร์โธปิดิกส์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นแนวทางในการประเมินโดยใช้การวัดมุมจากการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และทดสอบความสามารถในการใช้งานของผู้ป่วยก่อนและหลังรักษา โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้การรักษาอาการไหล่ติดให้เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

รายงานการศึกษานี้ ได้จัดพิมพ์เพื่อเผยแพร่ความรู้และข้อค้นพบจากการศึกษา ซึ่งจะ เป็นประโยชน์แก่การบริการสุขภาพและสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการศึกษาต่อไป หากมีข้อเสนอแนะประการใด สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทยยินดีนำไปปรับปรุงพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพต่อไป



(นายแพทย์สมชัย นิจนานิช)

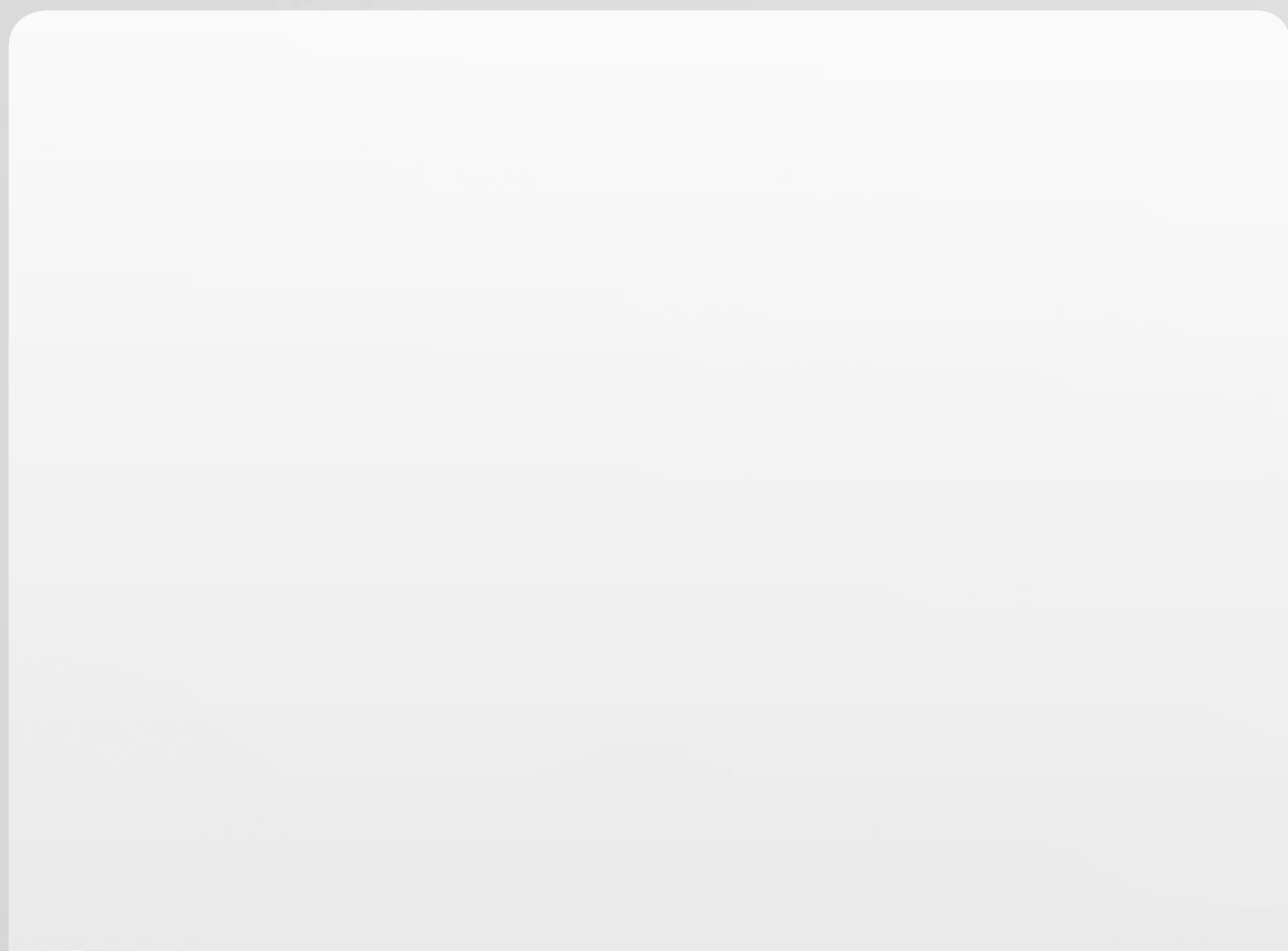
อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้านในการรักษาไห้สดิตทางคลินิก กรณีศึกษาหมอสุนทร นิ่มน้อม สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย ที่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ โดยให้คำปรึกษาและการชี้แนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้างนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ยงยุทธ วัชรดุลย์ ราชบัณฑิตประภทวิทยาสาสตร์สุขภาพ สาขาแพทยสาสตร์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิทเชษฐ พิชัยศักดิ์ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยสาสตร์ศิริราช พยาบาล นายแพทย์ยลชัย จงจิระศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน และนายสุธน พรบัณฑิตย์ปัทมา ที่ปรึกษาโครงการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการจากสำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย ที่ได้ร่วมในการพัฒนาเครื่องมือการประเมินผลการรักษาไห้สดิตทางคลินิกที่ใช้ในการศึกษา ค้างนี้ และขอขอบคุณหมอสุนทร นิ่มน้อม สำหรับความร่วมมือในการให้ข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยไห้สดิตทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งคณะผู้วิจัยของโรงพยาบาลทำวุงที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กระทั่งได้ครบตามวัตถุประสงค์และสามารถนำมาสรุปผลการศึกษาจนเสร็จสมบูรณ์

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยหวังว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจที่จะพัฒนาต่อยอดเพื่อศึกษาการรักษาไห้สดิตให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น





บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิหลังและกระบวนการรักษาไหล่ติดของหมอพื้นบ้าน และประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิก วิธีดำเนินการศึกษาประกอบด้วย ๒ ขั้นตอน ขั้นตอนที่ ๑ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาภูมิหลังและกระบวนการรักษาไหล่ติด โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกหมอสุนทร นิ่มน้อม นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการตีความเชิงพรรณนาและสรุปผล ขั้นตอนที่ ๒ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิกของหมอพื้นบ้าน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยไหล่ติดที่มารับการรักษาจำนวน ๔๐ ราย เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการรักษาทางคลินิกสร้างโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ ๓ ท่าน เป็นการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่โดยการวัดมุม และการใช้งานข้อไหล่มาก่อนและหลังรักษา วิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา

๑. **ภูมิหลังของหมอพื้นบ้าน** พบว่าหมอสุนทรมีภูมิลำเนาเดิม อยู่ที่ตำบลบางคู อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี สืบทอดความรู้การรักษาไหล่ติดจากหมอพื้นบ้านในจังหวัดสิงห์บุรี ได้ไปประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรม และให้บริการนวดแผนไทยเป็นอาชีพหลัก ปัจจุบันยังไม่มีใครสืบทอดการรักษาไหล่ติดจากหมอสุนทรได้เลย

๒. **กระบวนการรักษาไหล่ติด** พบว่าหมอสุนทรสังเกตผู้ป่วยโดยเริ่มตรวจวินิจฉัยจากท่าทางเดิน และสีหน้าของผู้ป่วยที่มารับการรักษา รวมทั้งตรวจดูลักษณะความผิดปกติของข้อไหล่ และดูฟิล์มประกอบในรายที่มีฟิล์มเอกซเรย์มาด้วย ในขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยต้องนั่งบนเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิง โดยนั่งในท่าแขนไขว้หลัง แล้วให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อลดความเครียด หมอสุนทรใช้วิธีการรักษาโดยการกดและนวดคลายกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ซึ่งใช้เวลาประมาณ ๑๐ วินาที หลังจากนั้นจึงใช้น้ำมันสูตรเย็นนวดเพื่อลดอาการปวด ระยะเวลาการรักษาประมาณ ๑ สัปดาห์ ถึง ๑ เดือน หลังรักษาจะแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกกายบริหารและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดยูริกสูง ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยไม่หายเป็นปกติเพราะมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่าหมอสุนทรไม่รับรักษาผู้ป่วยที่มีอาการบวมแดงผ่านการผ่าตัดหรือกระดูกหักมาก่อน

๓. **การประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิก** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไหล่ติดข้างที่ถนัด โดยไม่ทราบสาเหตุที่เป็น การประเมินผลการรักษาทางคลินิกพบว่า

๓.๑ การเคลื่อนไหวของข้อไหล่มาก่อนรักษาเทียบกับหลังรักษา พบว่าก่อนรักษาผู้ป่วยไหล่ติดจำนวน ๔๐ ราย มีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติจำนวน ๖ ราย ไม่เหมือนข้างปกติ ๓๔ ราย หลังรักษาผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อไหล่เหมือนข้างปกติ ๑๙ ราย เพิ่มขึ้นจากก่อนการรักษา ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕

๓.๒ ประเมินการใช้งานก่อนรักษาเปรียบเทียบกับหลังรักษาพบว่าก่อนรักษาผู้ป่วยไหล่ติดจำนวน ๔๐ ราย สามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่ ๒๓ ราย หลังรักษาสามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่จำนวน ๔๐ ราย เพิ่มขึ้น ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๕

๓.๓ ประเมินผลหลังการรักษาในภาพรวม ผู้ป่วยไหล่ติด ๔๐ ราย พบว่าผู้ป่วย ๑๙ ราย มีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติและสามารถใช้งานได้เต็มที่ คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๕ ผู้ป่วย ๒๑ ราย มีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ไม่เหมือนข้างปกติแต่สามารถใช้งานได้เต็มที่ คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๕

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยในการรักษาอาการไหล่ติดให้เป็นต้นแบบในการพัฒนาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านด้านอื่นๆ

๒. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบความร่วมมือการรักษาไหล่ติดระหว่างหมอพื้นบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อให้เป็นทางเลือกในการรักษาไหล่ติดควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน



Abstract

Purpose: The aim of this study is to investigate indigenous healer's background, frozen shoulder treatment processes, and clinical outcomes.

Methodology: Quantitative and qualitative methods were utilized in this study. For quantitative approach, the data were collected from interviews of indigenous healer (Moo Sunthorn Nimnom, Lopburi), and qualitative data were collected from assessment the clinical outcomes of 40 patients by orthopedic specialists.

Result:

Background: We interviewed Moo Suthon, an indigenous healer, who is living in Bang Khu, Tha Wung Lopburi. Moo Suthon was trained treatments of frozen shoulder from an indigenous healer in Singburi province. Several years ago, Moo Sunthorn has earned Thai Traditional practitioner license from the Ministry of Public Health. After that, he started Thai traditional massage clinic, which became the major source of his income. So far, nobody is qualified to obtain this invaluable knowledge from Moo Sunthorn.

Treatment process: Moo Sunthorn evaluate his patients by examining the patients' gesture and their shoulder function or using X-ray films in certain cases. Then, he allows his patients to place their hands behind their back with a slowly deep breath and massages patients' shoulders around ten minutes, and apply herbal oil to relieve the pain. Average course of treatment is approximately 1 - 4 weeks. After treatment, he suggests his patients to exercise and avoid eating food containing high uric acid. Moo Sunthorn will never treat patients, who have inflammation, bone fracture at arm and shoulder, or previously have orthopedic surgical history. Discontinuing treatment by patients is one of the major problems that make his treatment unsuccessful or inefficient. Frozen shoulder typically occurs in the patients' arm-handed and the causes are not well understood. For the clinical outcomes of this study, 19 patients (47.5%) had the normal range of motion and good function, besides 21 patients (52.5%) were not in the normal range of motion but had good function.

Further study: We consider supporting the frozen shoulder care by indigenous medicine to become a pilot study. This can apply to the other indigenous medicines and to improve the combination treatment between traditional and conventional practices.



สารบัญ

หน้า

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อ

Abstract

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

สารบัญภาพ

บทที่ ๑ บทนำ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| ๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | ๑ |
| ๒. วัตถุประสงค์ของการศึกษา | ๒ |
| ๓. ขอบเขตการศึกษา | ๒ |
| ๔. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา | ๒ |
| ๕. ประโยชน์ที่จะได้รับ | ๓ |

บทที่ ๒ การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- | | |
|---|----|
| ๑. แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน | ๕ |
| ๒. หลักการวินิจฉัยและการรักษาไผ่ตด | ๙ |
| ๓. หลักการประเมินผลการรักษาไผ่ตดทางคลินิก | ๑๒ |
| ๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | ๑๗ |
| ๕. กรอบแนวคิดในการศึกษา | ๒๑ |

บทที่ ๓ วิธีการศึกษา

- | | |
|-------------------------------|----|
| ๑. พื้นที่วิจัยและการคัดเลือก | ๒๓ |
| ๒. การวิจัยเชิงคุณภาพ | ๒๓ |
| ๓. การวิจัยเชิงปริมาณ | ๒๕ |
| ๔. การวิเคราะห์ข้อมูล | ๓๐ |

บทที่ ๔ ผลการศึกษา

- | | |
|--|----|
| ส่วนที่ ๑ การศึกษาภูมิหลังของหมอพื้นบ้านรักษาไผ่ตด | ๓๓ |
| ๑.๑ บริบทชุมชน | ๓๓ |
| ๑.๒ พื้นฐานทางครอบครัวของหมอสุนทร | ๓๕ |
| ๑.๓ การสืบทอดองค์ความรู้ | ๓๖ |

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ ๒ การศึกษากระบวนการรักษาไหล่ติดของหมอสูนทร นิ่มน้อม	๓๗
๒.๑ การตรวจวินิจฉัย	๓๘
๒.๒ การรักษาไหล่ติด	๔๐
ส่วนที่ ๓ การประเมินผลการรักษาไหล่ติดของหมอพื้นบ้านทางคลินิก	๔๔
๓.๑ ภูมิหลังผู้ป่วยไหล่ติด	๔๕
๓.๒ สาเหตุการบาดเจ็บและอาการแสดง	๔๗
๓.๓ การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มาก่อนรักษาเทียบกับหลังรักษา	๔๘
๓.๔ การประเมินความสามารถการใช้งานของข้อไหล่มาก่อนรักษาเทียบกับหลังรักษา	๕๐
๓.๕ การประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิกในภาพรวม	๕๒
บทที่ ๕ สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	๕๕
สรุปผลการศึกษา	๕๕
อภิปรายผล	๖๐
ข้อเสนอแนะ	๖๒
เอกสารอ้างอิง	๖๓
ภาคผนวก	๖๗
แบบสัมภาษณ์เชิงลึกหมอสูนทร นิ่มน้อม	๖๘
แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยไหล่ติดและการประเมินผลการรักษาทางคลินิก	๗๓

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
๑	จำนวนและร้อยละของภูมิหลังของผู้ป่วยไหล่ติดที่มารักษากับหมอสุนทร
๒	จำนวนและร้อยละของอวัยวะที่บาดเจ็บ จากสาเหตุการบาดเจ็บและอาการแสดงของผู้ป่วยไหล่ติด
๓	จำนวนและร้อยละของการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยไหล่ติดจากการวัดมุมในท่าต่าง ๆ ก่อนและหลังการรักษา
๔	จำนวนและร้อยละของการประเมินความสามารถการใช้งานของผู้ป่วยไหล่ติดจากการทดสอบการใช้งานท่าต่าง ๆ ก่อนและหลังการรักษา
๕	จำนวนและร้อยละของการประเมินการรักษาไหล่ติดของหมอพื้นบ้านในภาพรวม



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

- ๑ กรอบแนวคิดในการศึกษา
- ๒ ขั้นตอนการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยไหล่ติดของหมอพื้นบ้านทางคลินิก

หน้า

๒๑

๓๑



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
๑ ระนาบของการเคลื่อนไหวในทิศทางต่าง ๆ	๑๓
๒ การเคลื่อนไหวข้อไหล่: Flexion / Extension	๑๕
๓ การเคลื่อนไหวของข้อไหล่: Horizontal flexion / Horizontal extension	๑๕
๔ การเคลื่อนไหวของข้อไหล่: Abduction / Adduction	๑๖
๕ การเคลื่อนไหวของข้อไหล่: Internal rotation / External rotation ในท่ากางแขนไปด้านข้าง ๙๐ องศา	๑๖
๖ การวัดการงอข้อไหล่ (Flexion)	๒๖
๗ การวัดการเหยียดข้อไหล่ (Extension)	๒๗
๘ การวัดการกางข้อไหล่ (Abduction)	๒๗
๙ การวัดการหุบข้อไหล่ (Adduction)	๒๗
๑๐ การวัดการหมุนข้อไหล่เข้าด้านใน (Internal rotation)	๒๘
๑๑ การวัดการหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก (External rotation)	๒๘
๑๒ แผนที่สังเขป ตำบลบางคู อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี	๓๔
๑๓ หมอสุนทร นิ่มน้อม	๓๕
๑๔ การตรวจดูลักษณะแผ่นหลัง	๓๙
๑๕ การตรวจร่างกายของผู้ป่วยก่อนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยยกแขน	๓๙
๑๖ การรักษากรณีข้อไหล่ติดด้านหน้า	๔๐
๑๗ การรักษากรณีข้อไหล่ติดด้านหลัง	๔๑
๑๘ การยกแขนของผู้ป่วยหลังการรักษา	๔๑



บทนำ

๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“ไหล่ติด” เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้ไม่เต็มที่ สาเหตุเกิดจากปลอกหุ้มรอบ ๆ ข้อไหล่ถูกจำกัดและเกิดพังผืด ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุที่แน่ชัด โดยสาเหตุของอาการปวดไหล่อาจเกิดจากปัญหาของโครงสร้างในข้อไหล่เอง ได้แก่ เยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็น กล้ามเนื้อ ถุงหุ้มเส้นเอ็น จากภาวะข้อไหล่ไม่มั่นคง จากการปวดตามข้อต่าง ๆ เช่น ปวดกระดูกต้นคอ ทรวงอกหรือในช่องท้อง ซึ่งอาการปวดในแต่ละโรคอาจมีลักษณะเหมือนกันหรือแตกต่างกันก็ได้ แต่สาเหตุที่พบบ่อยของอาการปวดไหล่ ได้แก่ กระดูกงอกทับเส้นเอ็นหัวไหล่ ภาวะเส้นเอ็นหัวไหล่ฉีก ข้อไหล่หลุด ข้ออักเสบ ช่วงแรกผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณไหล่โดยเฉพาะด้านหน้าและด้านข้างของหัวไหล่ อาจร้าวลงไปถึงข้อศอกได้ อาการปวดเป็นมากขึ้นเวลาก้มแขนขึ้น ด้านหน้าและด้านข้าง ในระยะที่รุนแรงมากจะพบเส้นเอ็นฉีกขาดร่วมด้วย ทำให้แขนอ่อนแรงขณะที่ยกข้อไหล่ขึ้นได้อย่างลำบากหรือไม่สามารถยกได้ ข้อไหล่ติดเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มคนวัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งอาการไหล่ติดพบได้ประมาณร้อยละ ๒ ของคนปกติ พบมากในช่วงอายุ ๕๐-๖๐ ปี โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ในอัตรา ๓ : ๒ และมักจะเป็นกับแขนข้างที่ไม่ถนัด (บัญชา ชื่นชูจิตต์, ๒๕๕๓)

ส่วนการรักษาผู้ป่วยไหล่ติดจะรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันโดยการให้ยารับประทาน ถ้าไม่ได้ผลภายใน ๖ เดือน แพทย์จะใช้วิธีผ่าตัดโดยผ่านกล้อง โรงพยาบาลเวชธานี (๒๕๕๕) แต่พบว่าผู้ป่วยไหล่ติดบางส่วนไม่นิยมและกลัวการผ่าตัด จึงหันไปรักษาแบบการแพทย์ทางเลือก วิธีหนึ่งคือการรักษาไหล่ติดจากภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ สามารถใช้งานของข้อไหล่ได้เต็มที่ ผู้ป่วยพึงพอใจผลการรักษา

จังหวัดลพบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีหมอพื้นบ้านจำนวนมาก โดยเฉพาะหมอพื้นบ้านที่อำเภอท่าม่วง คือ หมอสุนทร นิมน้อม รักษาอาการไหล่ติด อยู่ที่ชุมชนบางคู ตำบลบางคู อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี มีผู้ป่วยจำนวนมากนิยมไปรักษากับหมอสุนทรโดยไม่คิดค่ารักษา แต่หมอสุนทรไม่มีการจดบันทึกประวัติผู้ป่วยและผลการรักษา ทำให้ไม่มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือ ดังนั้นคนส่วนใหญ่จะยังไม่ทราบว่ารักษาได้ผลดี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับ เพราะหมอพื้นบ้านไม่มีการจดบันทึกเป็นหลักฐานอ้างอิง มีเพียงคำบอกเล่าเท่านั้น ประกอบกับยังไม่มีมีการประเมินผลการรักษาที่น่าเชื่อถือ (นิตยา กิจไพศาล, ๒๕๓๙) ซึ่งการประเมินผลการรักษาที่น่าเชื่อถือ ควรยึดหลักทางวิทยาศาสตร์ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าคำบอกเล่า (บุษยมาศ สันธูประมา และเจนศิริ จันทรศิริ, ๒๕๓๘ และนภัสพร ยมนา, ๒๕๔๘)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานด้านการแพทย์พื้นบ้าน จึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน และเห็นว่าน่าจะมีการศึกษาเจาะลึกถึงภูมิหลังและกระบวนการรักษาอาการ“ไหล่ติด”ของหมอพื้นบ้านว่าเป็นอย่างไร และผลการรักษามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด เมื่อใช้การประเมินทางคลินิกตามหลักการของการแพทย์แผนปัจจุบันทางออร์โธปิดิกส์เป็นหลัก ซึ่งเป็นวิธีที่ทุกคนยอมรับ ด้วยเหตุนี้จึงได้ศึกษาประสิทธิผลในการรักษาไหล่ติดของหมอพื้นบ้าน กรณีศึกษา





หมอสุนทร นิ่มน้อม หมอพื้นบ้าน อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรีขึ้น โดยคาดหวังว่าผลการรักษาจะเป็นข้อมูลที่ที่น่าเชื่อถือและยอมรับการรักษาตามภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านให้เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อได้ นอกจากนี้ ยังเป็นข้อมูลในการนำไปจัดทำแผนการศึกษาเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการรักษาโรคติดต่อระหว่างหมอพื้นบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐขึ้นในอนาคต

๒. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๒.๑ เพื่อศึกษาภูมิหลังของหมอพื้นบ้านรักษาโรคติดต่อเกี่ยวกับบริบทชุมชน พื้นฐานครอบครัว การสืบทอดองค์ความรู้

๒.๒ เพื่อศึกษากระบวนการรักษาโรคติดต่อของหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับการวินิจฉัยและวิธีการรักษาโรคติดต่อ

๒.๓ เพื่อประเมินผลการรักษาโรคติดต่อของหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และการประเมินความสามารถในการใช้งานของผู้ป่วยโรคติดต่อก่อนและหลังรักษา รวมทั้งการประเมินในภาพรวมจากการวัดสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และการทดสอบความสามารถในการใช้งานของผู้ป่วย

๓. ขอบเขตการศึกษา

๓.๑ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่อที่มารักษากับหมอสุนทร ในช่วงที่ผ่านมาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

๓.๒ การประเมินผลการรักษาโรคติดต่อของหมอพื้นบ้าน ใช้การประเมินทางคลินิกซึ่งประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มาก่อนและหลังรักษาโดยทดสอบจาก ๔ ท่า คือ ท่าการงอและการเหยียดของข้อไหล่ การกางออกและการหุบเข้าของข้อไหล่ การหมุนข้อไหล่เข้าด้านในและการหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก ส่วนที่ ๒ ประเมินการใช้งานของผู้ป่วยก่อนและหลังรักษาจากการวัดความสามารถในการใช้งานข้อไหล่ของผู้ป่วย โดยทดสอบจาก ๔ ท่า คือ มือประสานท้ายทอย มือประสานเอว มือซ้ายจับไหล่ขวาและมือขวาจับไหล่ซ้าย ดำเนินการประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์จำนวน ๓ คน

๔. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

๔.๑ ผู้ป่วยโรคติดต่อ หมายถึง ผู้ป่วยที่มารักษากับหมอสุนทร ซึ่งมีภาวะที่ข้อไหล่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้สุดในทุกทิศทางและมักทำให้ปวดไหล่ โดยเฉพาะปวดในขณะที่เคลื่อนไหวแขนไปสุดในทิศทางต่าง ๆ

๔.๒ ประสิทธิภาพการรักษาโรคติดต่อทางคลินิก หมายถึง ผลการรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อของหมอพื้นบ้านโดยใช้เกณฑ์การประเมินทางคลินิกของแพทย์แผนปัจจุบัน จากการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่โดยการวัดมุม ก่อนและหลังรักษาในท่าการงอและการเหยียดของข้อไหล่ การกางออกและการหุบเข้าของข้อไหล่ การหมุนข้อไหล่เข้าด้านในและการหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก และจากการประเมินความสามารถในการใช้งานของข้อไหล่ โดยการทดสอบผู้ป่วยก่อนและหลังรักษาจากท่ามือประสานท้ายทอย มือประสานเอว มือซ้ายจับไหล่ขวา และมือขวาจับไหล่ซ้าย

๕. ประโยชน์ที่จะได้รับ

๕.๑ ได้ทราบภูมิหลังและกระบวนการรักษาโรคเหงือกของหมอฟันบ้าน

๕.๒ ได้แบบประเมินผลการรักษาโรคเหงือกของหมอฟันบ้านทางคลินิกที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ

๕.๓ ใช้เป็นข้อมูลในการวางนโยบายเชิงรุกเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของหมอฟันบ้านรักษาโรคเหงือกในระยะยาวอย่างเป็นระบบ

๕.๔ ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างหมอฟันบ้านรักษาโรคเหงือกและแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การแพทย์ทั้งสองระบบมีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบทของชุมชน

๕.๕ เป็นต้นแบบหรือตัวอย่างในการวิจัยการแพทย์พื้นบ้านเรื่องอื่น ๆ ซึ่งมีแนวคิดและแนวการรักษาบนพื้นฐานและบริบทใกล้เคียงกัน เช่น หมอฟันบ้านดูแลผู้สูงอายุ หมอนวดพื้นบ้าน ฯลฯ

การทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทำความเข้าใจวิถีชีวิตการเป็นหมอพื้นบ้านรักษาโรคติดต่อซึ่งเป็นบริบทสำคัญของการดำรงอยู่และพัฒนากระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของประชาชนที่มาใช้บริการการรักษาด้วยความคาดหวังและเชื่อมั่นต่อองค์ความรู้ทักษะและแบบแผนการรักษาของหมอพื้นบ้านเป็นเรื่องที่คณะผู้วิจัยตระหนัก จึงได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการทำความเข้าใจหมอพื้นบ้านรักษาโรคติดต่อโดยเฉพาะในเรื่องกระบวนการรักษา ผลการรักษาและนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมและพัฒนาหมอพื้นบ้านให้สมฐานะที่เป็นภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพที่มีคุณค่าต่อสังคมไทย

การศึกษารั้งนี้ ได้ทบทวนเอกสาร แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ตามลำดับดังนี้

๑. แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน
๒. หลักการวินิจฉัยและการรักษาโรคติดต่อทางคลินิก
๓. หลักการประเมินผลการรักษาโรคติดต่อทางคลินิก
๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๕. กรอบแนวคิดในการศึกษา

๑. แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน

๑.๑ หลักการรักษาแบบการแพทย์พื้นบ้าน

แม้การแพทย์พื้นบ้านจะเป็นระบบการแพทย์ที่มีความแตกต่างหลากหลายอย่างยิ่ง นับได้ตั้งแต่การแพทย์ของชาวไทยภูเขาจนถึงการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ รวมทั้งระบบการแพทย์ท้องถิ่นในแต่ละภูมิภาค เช่น การแพทย์ล้านนา (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, ๒๕๔๗) และการแพทย์อีสาน (เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ, ๒๕๓๙) แต่การแพทย์เหล่านี้ก็มีลักษณะร่วมกันคือ เป็นระบบการแพทย์ที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมชุมชนที่ประกอบด้วยระบบวิถีคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่ผสมผสานทั้งความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ การบำบัดรักษาด้วยพิธีกรรม คาถาและสมุนไพรจากธรรมชาติ โดยมีพิธีกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ ซึ่งอาศัยสื่อภาษาและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมอีกทั้งความเป็นชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา โดยผสมผสานทั้งมิติทางกายภาพ สังคม และนิเวศวิทยา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๓๖; ลือชัยและรุจิราภ, ๒๕๓๕; เอกวิทย์ ณ ถลาง, ๒๕๔๐; ชัยนันทและฉันทนา, ๒๕๔๐) แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านจะได้รับการยอมรับมากขึ้นภายใต้วาทกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ก็ยังเป็นความรู้ที่ถูกเบียดขับและกดทับจากความรู้แบบวิทยาศาสตร์ (ธวัช มณีผ่อง, ๒๕๔๖) และเป็นระบบการแพทย์ที่รัฐไม่ได้ส่งเสริม ไม่มีบทบาทในการพัฒนาเท่าใดนักในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งยังมีประเด็นถกเถียงทางกฎหมาย



ในการรองรับการแพทย์พื้นบ้านที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ในความหลากหลายของการแพทย์พื้นบ้านที่ดำรงอยู่นั้น มีการแพทย์พื้นบ้านบางระบบที่ได้รับการยอมรับมากกว่าระบบอื่น เช่น การแพทย์ล้านนา การแพทย์อีสาน และการแพทย์พื้นบ้านด้านการนวด (รวมทั้งรูปแบบอื่น ๆ เช่น การตอกเส้น การย่ำขา การดัดตน เป็นต้น) สำหรับการแพทย์ที่เป็นพิธีกรรมและเกี่ยวข้องกับอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ (หรือเทเวะบำบัด) ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการน้อย แต่มีการเรียนรู้และฟื้นฟูกันระดับหนึ่งในเครือข่ายหมอพื้นบ้านรวมทั้งมีงานวิจัยบางชิ้นที่ชี้ว่าความนิยมในพิธีกรรมการรักษาเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สุริยาสมุทคุปต์ และคณะ, ๒๕๓๙)

ยิ่งยง เทาประเสริฐ และธรา อ่อนชมจันทร์ (๒๕๓๘) พบว่ากระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดมีทั้งการถ่ายทอดอย่างเป็นทางการและการถ่ายทอดอย่างไม่เป็นทางการ เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการสังเกต จดจำ สืบทอดภายในสายตระกูล โดยจะมีข้อห้ามและข้อปฏิบัติของหมออายุสมุนไพร่ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเรื่องความศักดิ์สิทธิ์ของยา โดยมีพิธีกรรมเกี่ยวข้องค่อนข้างมาก นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเมียน แบ่งได้ ๔ ประเภทคือ ๑) เกิดจากการกระทำของสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ๒) เกิดจากการที่ขวัญไม่อยู่หรือออกจากร่างกาย ๓) เกิดจากการดูแลสุขภาพไม่ดีและความผิดปกติของร่างกาย ๔) เกิดจากอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังได้แบ่งประเภทของหมอพื้นบ้าน ออกเป็น ๒ ประเภท คือ ๑) กลุ่มที่รักษาทางกาย โดยการบีบนวด จับเส้น ใช้อายุสมุนไพร่ ๒) กลุ่มที่รักษาทางจิตวิญญาณ จากการเรียนจากตำราหรือจากผู้รู้ที่เชี่ยวชาญด้านนี้และนำไปปฏิบัติจนชำนาญ เช่น คนเข้าทรง หมอคาถา เป็นต้น ระบบวินิจฉัยโรคแบ่งออกเป็น ๒ อย่าง คือ ๑) โรคที่มีอาการเด่นชัดสามารถวินิจฉัยได้ด้วยตาเปล่า เช่น โรคที่เกิดจากการดูแลสุขภาพไม่ดี ร่างกายขาดความสมดุล โรคที่เกิดจากเชื้อโรค อุบัติเหตุ เป็นต้น ๒) โรคที่ไม่สามารถบอกสาเหตุหรือวิเคราะห์อาการของโรคได้ ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการกระทำของสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ วิญญาณร้ายต่าง ๆ รวมไปถึงการที่ขวัญหนีออกไปจากร่างกาย จะใช้ระบบการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและพิธีกรรม

ปัจจุบันการแพทย์พื้นบ้านไทยได้รับการยอมรับมากขึ้น มีการปรับตัวและผสมผสานกับภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพแบบอื่น ทั้งการแพทย์แบบตะวันตก การแพทย์จีน การแพทย์อินเดีย เช่น หมอกระดูกมีการดัดกระดูกเอ็กซเรย์ ใช้อายุแก้ปวด ยาแก้อักเสบ มีเครื่องมือในการทำแผลสด เป็นต้น หมอพื้นบ้านที่มีความชำนาญหลายโรคลดน้อยลง ส่วนใหญ่ที่เหลือเป็นหมอพื้นบ้านชำนาญเฉพาะโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโรคที่เกี่ยวกับจิตใจ หมอพื้นบ้านมีลักษณะคล้ายนักวิชาชีพนมากขึ้น มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม/ชมรม/ สมาคมต่าง ๆ และช่วง ๕-๖ ปีที่ผ่านมา กลุ่มหมอพื้นบ้านก็เริ่มมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายในระดับภูมิภาค จัดรูปแบบองค์กรเครือข่ายที่ชัดเจนโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านและดูแลสุขภาพคนเอง เพื่อให้เกิดการยอมรับหมอพื้นบ้านมากขึ้น บางกลุ่มช่วยในการต่อรองและเรียกร้องสิทธิของหมอพื้นบ้าน โดยมีรูปแบบหรือกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้ตำรายาระหว่างหมออายุหรือการรวมกลุ่มไปหาสมุนไพร่ในป่า เป็นต้น

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการรวมกลุ่มของหมอพื้นบ้าน โดยการจัดกิจกรรมผ่านกลุ่ม/ชมรม/เครือข่าย เป็นไปในลักษณะกระจายไปตามกลุ่มต่าง ๆ และยังมีหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ เข้ามาร่วมสนับสนุน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้ข้อสรุปร่วมกันว่า



๑) หมอพื้นบ้าน ที่เป็นหมอพื้นบ้านแท้ ไม่ใช่หมอพื้นบ้านที่ทำเพื่อหวังรายได้ ส่วนใหญ่จะรักษาความรู้เอาไว้ไม่ได้เอามาสอนคนทั่วไป ควรที่จะมีการส่งเสริมพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป โดยพิจารณาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมเชื่อมโยงกับปัจจัยภายนอก และพัฒนาให้เหมาะสมกับยุคสมัยอย่างต่อเนื่องและเข้าใจ มิฉะนั้นภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านอาจสูญหายไป

๒) การส่งเสริมและพัฒนาหมอพื้นบ้านเป็นวิชาชีพ ต้องพิจารณาในเรื่อง ๑) ความเป็นวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญกับการพึ่งตนเองของภาคประชาชน การอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพากันและกัน ๒) กฎหมายกับภูมิปัญญาท้องถิ่นอยู่กันคนละฐาน ฐานของกฎหมาย คือ อำนาจอธิปไตย ส่วนฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ วัฒนธรรมและความเชื่อ ๓) โลกปัจจุบันเป็นระบบทุนนิยมใช้เศรษฐกิจเป็นกลไกการขับเคลื่อน แต่การแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมเป็นระบบสังคมนิยม เป็นเรื่องของวิถีชีวิตการอยู่ร่วมกัน

๓) นโยบายที่ผ่านมามีแนวโน้มยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนนักเนื่องจากระบบการแพทย์พื้นบ้าน นอกจากหมอพื้นบ้านแล้วยังมีองค์ประกอบอื่น ได้แก่ วิถีชีวิตของชาวบ้าน การปฏิบัติตัวและภูมิปัญญาในการดูแลตัวเองซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันแต่มองเห็นได้ยากเพราะมันสอดแทรกอยู่ในวิถีชีวิต แต่ละท้องถิ่นก็มีความแตกต่างหลากหลาย ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์และจัดระบบได้

๑.๒ แนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน โดยไม่นำระบบใด ๆ เข้าไปครอบงำไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย แม้กระทั่งหน่วยงานของรัฐ จำเป็นต้องใช้เวลาและการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและรับรองกันเอง ได้แก่ การจัดศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย ในทุก ๆ จังหวัด จัดให้มีรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย โดยคำนึงถึงความเชื่อมโยงกับกลไกทางสังคมที่มีอยู่เดิม ด้วยกระบวนการการจัดการที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ขยายต่อไปเป็นเครือข่ายเป็นพหุภาคีขับเคลื่อนโครงการต่าง ๆ

ภาครัฐมีความพยายามที่จะผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับระบบสาธารณสุขแผนใหม่ มากกว่า ๒๐ ปีแล้ว โดยการทดลองรูปแบบที่นำหมอพื้นบ้านเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาล ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่ามีปัญหาหลายประการ ได้แก่ การใช้สมุนไพร โรงพยาบาลใช้สมุนไพรเดี่ยว ขณะที่หมอพื้นบ้านมีตำรับยาของตนเอง การที่หมอพื้นบ้านเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาลก็เป็นความไม่สะดวก จึงได้คำตอบระดับหนึ่งว่า สถานภาพนั้นไม่เอื้อให้หมอพื้นบ้านแสดงบทบาทได้เต็มที่ หมอพื้นบ้านเป็นวัฒนธรรมการแพทย์ท้องถิ่นจึงควรเติบโตในชุมชน แต่ก็มีสถานบริการของรัฐบาลที่ประสบความสำเร็จในการประสานความร่วมมือและทำงานกับหมอพื้นบ้านได้ ตัวอย่างเช่น

โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เริ่มศึกษาและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ มีเป้าหมายให้ชุมชนมีศักยภาพและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์แบบตะวันตกและแบบพื้นบ้าน โดยนายแพทย์เอกชัย ปัญญาพัฒนานุกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ศึกษาการเก็บข้อมูลเชิงลึก และพัฒนากิจกรรมร่วมกับหมอพื้นบ้านในการศึกษาการแปลตำรายาศึกษาพันธุ์สมุนไพรท้องถิ่นร่วมกันระหว่างหมอพื้นบ้าน นักวิชาการด้านสาธารณสุขและอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษา นอกจากนี้ยังมีการนำตำรับยาสมุนไพรมารักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและหมอพื้นบ้านด้วย (เอกชัย ปัญญาพัฒนานุกุล, ๒๕๔๐)



โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย มีการศึกษาและพัฒนาหมอพื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ มีกิจกรรมส่งเสริมบทบาทหมอพื้นบ้าน และดูแลคุ้มครองผู้บริโภคไม่ให้ถูกเอาเปรียบ เริ่มต้นจากการสำรวจหมอพื้นบ้านในพื้นที่รวมทั้งมีการวิจัยหมอกระดุกแบบพื้นบ้าน แล้วปฏิบัติการร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกรักษากระดุกหักได้ระหว่าง ๒ แผน หรือรักษา ทั้ง ๒ แผนควบคู่กันไปทำให้ลดความขัดแย้ง พบว่าชาวบ้านพึงพอใจมาก นอกจากนี้ยังส่งเสริมการรวมตัวของ หมอพื้นบ้านให้มีบทบาทการดูแลรักษาชาวบ้านในชุมชนร่วมกันอีกด้วย (ยิ่งยง เทาประเสริฐ และธรา อ่อนชมจันทร์, ๒๕๓๘)

การแพทย์พื้นบ้านมีพื้นฐานทางวัฒนธรรม จึงมีความหลากหลายในระบบวิถีคิดของ องค์ความรู้ภูมิปัญญา แต่มีความเหมือนกันตรงที่เป็นระบบดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ดีของชุมชนด้วยความเข้าใจในวัฒนธรรมของตน ให้ความสำคัญกับระบบคุณค่ามากกว่าระบบมูลค่า ดังนั้น แพทย์พื้นบ้านจึงเป็นผู้ที่ชุมชนให้การยอมรับนับถือด้วยความเชื่อ ความศรัทธาที่ นอกเหนือจากการยอมรับในความสามารถ แพทย์พื้นบ้านจึงยังคงดำรงบทบาทอยู่ในสังคมไทย โดยที่การแพทย์ ระบบอื่นมีอาจทดแทนในบทบาทนี้ได้ (ดารณี อ่อนชมจันทร์, ๒๕๔๖)

ในด้านนโยบาย องค์การอนามัยโลกส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกมีนโยบายส่งเสริมการแพทย์ ดั้งเดิมเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพ และงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สนับสนุนงานวิจัยเพื่อแสดง ความปลอดภัย ประสิทธิภาพและคุณภาพส่งเสริมให้ประเทศยากจนมีหน่วยงานที่มีบทบาทระดับชาติในการ ส่งเสริมการแพทย์ดั้งเดิมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ มียาราคาไม่แพงเพื่อรักษาโรคที่พบบ่อย และ ยังสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกเก็บข้อมูลและรักษาองค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิมและสมุนไพรเพื่อยืนยัน ความถูกต้องขององค์ความรู้ (รัชณี จันทรเกษ จิราพร ลิ้มปานานท์ ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ, ๒๕๕๑)

๑.๓ มุมมองต่อประสิทธิภาพการแพทย์พื้นบ้านไทย

การพิจารณาประสิทธิภาพของการแพทย์แบบชีวภาพจะให้ความสำคัญกับอาการและ อาการแสดงของโรคของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปภายหลังกระบวนการรักษา แต่ทว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพเกิดในวัฒนธรรมเฉพาะ การประเมินประสิทธิภาพของ การแพทย์พื้นบ้านจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยและเงื่อนไขแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการและผลการ รักษาโรคด้วย นั่นหมายถึง “ประสิทธิภาพของการแพทย์พื้นบ้านขึ้นต่อบริบทและระบบนิเวศ” บริบทหมายถึง บริบทครอบครัวและเครือญาติ บริบทชุมชน (วัฒนธรรม) สถานที่ให้การรักษาโรคและระบบนิเวศ ดังจะเห็นได้ จากกระบวนการรักษาผู้ป่วยไหลตืดในหลายท้องถิ่นที่มีหลายปัจจัยส่งอิทธิพลต่อกระบวนการการรักษาและ ผลการรักษา เช่น ความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วย/ญาติ บริบทการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบเฉพาะ ความใกล้ชิดและคุ้นเคยระหว่างหมอพื้นบ้านและผู้ป่วย ยาสมุนไพรที่มีในท้องถิ่น และพิธีกรรมที่เกิดขึ้นใน กระบวนการรักษาโรค เป็นต้น

หากประเมินประสิทธิภาพของการแพทย์พื้นบ้านโดยดูจาก “ผู้ป่วย” ผู้ป่วยควรได้รับการ ประเมินแบบหลายมิติและเชื่อมโยงเป็นองค์รวม เมื่อชีวิตผู้ป่วยเสียสมดุลหรือเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยมิได้ แสวงหาแนวคิดเดียวหรือวิธีการเดียวในการดูแลรักษาตนเอง เส้นทางการดูแลรักษาสุขภาพตนเองเพื่อให้กลับ สู่สภาพสมดุลดั้งเดิมอาจมีวิธีการแบบหลากหลายและทับซ้อนกัน และหากกล่าวเฉพาะการรักษาโรค แบบพื้นบ้าน วิธีการจะมีหลายแง่มุมซึ่งอาจจะส่งผลดีหรือผลเสียต่อผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้น



การประเมินผู้ป่วยทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคม จึงเป็นประเด็นที่ควรคำนึงให้รอบด้าน การแพทย์แบบชีวภาพอาจให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพทางกาย แต่การแพทย์พื้นบ้านอาจมีใช้เช่นนั้น ผลการรักษาทางกายอาจมีความสำคัญเท่ากับผลทางจิตใจและทางสังคม ตัวอย่างเช่น การรักษากระดูกหักที่ได้ผลทางกายไม่ปกติทั้งหมด แต่ผู้ป่วยพึงพอใจในการรักษากับหมอพื้นบ้าน หรือการอยู่ไฟของหญิงหลังคลอดจะพบว่า ครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพของหญิงหลังคลอดได้มาก ส่งผลต่อความสุขและแสดงถึงความเอาใจใส่กันภายในครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลสุขภาพทางจิตใจของหมอพื้นบ้านย่อมส่งผลทางกายของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (คารณี อ่อนชมจันทร์ และคณะ, ๒๕๔๘)

๑.๔ จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบการแพทย์พื้นบ้าน

ระบบการแพทย์พื้นบ้านมีจุดแข็ง ดังนี้

๑. มีความหลากหลาย สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความต้องการของคนในชุมชน
๒. เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีการสะสม สืบทอดมายาวนาน จึงเป็นต้นทุนทางสังคมที่สูงค่า
๓. ไม่เรียกร้องค่ารักษา ยกเว้นค่าไหว้ครูครั้งแรก ซึ่งเป็นจำนวนเงินน้อยมาก หากรักษาหายแล้วแต่ผู้ป่วยจะตอบแทน
๔. ความสัมพันธ์ระหว่างหมอพื้นบ้านกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดและความเข้าใจกัน เพราะอยู่ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน
๕. มีทรัพยากรบุคคลกระจายอยู่ในชุมชนทั่วประเทศ

ระบบการแพทย์พื้นบ้านมีจุดอ่อน ดังนี้

๑. วิธีคิดและคำอธิบายความเจ็บป่วยเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและความเชื่อท้องถิ่นมีความหลากหลาย ยากที่จะรวบรวมเป็นระบบเดียว และถ่ายทอดในวงกว้างได้
๒. การถ่ายทอดความรู้มีลักษณะเป็นการฝึกปฏิบัติและสังเกตวิธีการรักษาของครูผู้สอนตัวต่อตัว ทำให้การเผยแพร่ในวงกว้างทำได้ยาก
๓. กระบวนการวินิจฉัยและรักษาขาดการบันทึก/เก็บข้อมูล ทำให้ยากต่อการพัฒนาต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ
๔. ทรัพยากรมีแนวโน้มลดลง/สูญหาย เช่น ขาดผู้สืบทอด แหล่งสมุนไพรธรรมชาติลดน้อยลง เป็นต้น

๒. หลักการวินิจฉัยและการรักษาโรคติดต่อ

๒.๑ อาการของโรคติดต่อ

โรคติดต่อที่พบคือ ข้อไหล่เคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่ สาเหตุของโรคเกิดจากปลอกหุ้มรอบ ๆ ข้อไหล่ถูกจำกัดและเกิดพังผืดขึ้น ปัจจุบันยังไม่มีใครทราบแน่ชัดถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดโรคติดต่อ ผู้ป่วยที่เคยเกิดอุบัติเหตุข้อไหล่บริเวณหัวไหล่ อาจจะมีโอกาสที่จะเกิดโรคติดต่อได้แต่ไม่ได้เป็นสาเหตุหลัก โดยส่วนใหญ่แล้วมักพบในผู้ป่วยวัยกลางคนขึ้นไปที่ทำกราดำทำงานออกแรงใช้ไหล่และแขนมากต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ จนทำให้เอ็นและกล้ามเนื้อที่หุ้มรอบหัวไหล่บาดเจ็บซ้ำ ๆ เกิดการอักเสบเรื้อรัง มีพังผืดหรือหินปูนเกาะยึด ความยืดหยุ่นของเอ็นบริเวณนั้นจะลดน้อยลงทำให้เคลื่อนไหว หัวไหล่ได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ยังพบในผู้ป่วยวัยชราที่มักเกิดการเสื่อม



สภาพของเอ็นกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของเอ็นกล้ามเนื้อลดลง หากไม่ได้หมั่นบริหารเคลื่อนไหวหัวไหล่ก็จะมีพังผืดมาเกาะยึดทำให้เกิดไหล่ติดได้ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บบริเวณหัวไหล่ ถ้าไม่ได้เคลื่อนไหวหัวไหล่ นาน ๆ ก็จะเป็นโรคนี้ได้เช่นเดียวกัน อาการสำคัญของไหล่ติด คือ ปวดบริเวณหัวไหล่ เคลื่อนไหวหัวไหล่ได้ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะในท่าเอามือไปหลัง แตะสะบัก หรือในท่าแกะตะขอเสื้อยกทรง หากฝืนเคลื่อนไหวจะปวดไหล่มาก นอกจากนี้มักปวดในตอนกลางคืนเมื่อผู้ป่วยหลับในท่านอนตะแคงทับหัวไหล่ข้างนั้น (สหวิชา คอตคอม, ๒๕๔๔)

๒.๒ กลุ่มคนที่มีโอกาสเกิดไหล่ติด

๑. อายุและเพศ ผู้ป่วยที่มีไหล่ติดมักจะเป็นคนที่มีอายุระหว่าง ๔๐-๖๐ ปี โดยทั่วไปจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง ๒ เท่า และมักเป็นกับแขนข้างที่ไม่ถนัดมากกว่าข้างที่ถนัด
๒. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงจะเกิดไหล่ติด ในส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการต่อมไร้ท่อผิดปกติ เช่น โรคไทรอยด์ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดไหล่ติดเช่นกัน
๓. มีแผลหรือผ่าตัดบริเวณหัวไหล่มาก่อน ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุที่หัวไหล่เป็นประจำ หรือเคยได้รับการผ่าตัดบริเวณหัวไหล่ เกิดมีแผลเป็นที่หน้าตัว และการหดรัดตัวของเยื่อหุ้มหัวไหล่ ทำให้เกิดอาการข้อไหล่ยึด
๔. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคอัมพาตครึ่งซีก และโรคพาร์กินสัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดไหล่ติดมากขึ้น

๒.๓ ระยะของไหล่ติด

โดยปกติข้อไหล่จะเคลื่อนไหวได้มากกว่าข้อใด ๆ ในร่างกาย เมื่อผู้ป่วยมีไหล่ติด พังผืดที่หุ้มอยู่รอบข้อไหล่จะหดตัว ทำให้เมื่อเคลื่อนไหวข้อไหล่ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวด มักจะทราบว่าเป็นข้อไหล่ติดเมื่อแพทย์ตรวจอาการและแจ้งให้ทราบ (ถ้าผู้ป่วยสังเกตตนเองจะทราบก่อนว่ายากแขนได้ไม่สุดและมีอาการเจ็บ) ไหล่ติดแบ่งได้เป็น ๓ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ ระยะเจ็บไหล่ มีอาการดังนี้

- เจ็บเมื่อมีการเคลื่อนไหวของแขน
- เจ็บทั่วไปบริเวณหัวไหล่ แต่ไม่มีจุดกดเจ็บที่แน่นอน
- มีกล้ามเนื้อเกร็งตัว (Muscle spasm)
- เจ็บมากขึ้นในเวลากลางคืน หรือเมื่ออยู่นิ่ง ๆ

ระยะที่ ๒ ระยะข้อไหล่ติด มีอาการดังนี้

- อาการเจ็บไหล่ เจ็บแขนลดลง
- เพิ่มอาการตึงตัว และจำกัดการเคลื่อนไหวของหัวไหล่
- อาการเจ็บตอนกลางคืน และตอนอยู่นิ่ง ๆ ลดลง
- รู้สึกเจ็บเมื่อมีการเคลื่อนไหว หรือเมื่อเคลื่อนไหวแขนไปในระยะสุดแขน

ระยะที่ ๓ ระยะฟื้นตัว มีอาการดังนี้

- อาการเจ็บลดลงเรื่อย ๆ
- แขนข้างที่เจ็บจะเคลื่อนไหวได้มากขึ้นอย่างช้า ๆ
- การฟื้นตัวจะหายเองได้ แต่มักจะเคลื่อนไหวแขนได้ไม่สุดเหมือนที่เคยทำได้ใน ระยะที่หนึ่ง



การเคลื่อนไหวที่กลุ่มผู้ป่วยไหล่ติดทำแล้วเจ็บ คือ

- ทำกางข้อไหล่ทางด้านข้างแล้วหงายฝ่ามือขึ้น
- ทำเหยียดแขนขึ้นไปหยิบของเหนือศีรษะ
- ทำเอื้อมมือไปหยิบของซึ่งวางบนเบาะหลังของรถ
- การดันประตูหนัก ๆ ให้เปิดออก
- การขับรถในคนไหล่ติดจะมีความลำบากในการหมุนพวงมาลัยรถ
- เมื่อสระผมตัวเอง
- เมื่อถูหลังตัวเอง
- เมื่อสวมหรือถอดเสื้อยืดเข้าออกทางศีรษะ
- เมื่อติดกระดุมเม็ดล่างด้านหน้าของเสื้อเชิ้ต
- เมื่อล้วงของออกจากกระเป๋าลังของกางเกง

ในช่วง ๖-๑๒ สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดบริเวณข้อไหล่ เคลื่อนไหวข้อไหล่ได้ไม่ถนัดแต่ยังไม่ถึงขั้นที่เกิดอาการข้อไหล่ติด หากทิ้งไว้ ๔-๖ เดือน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดน้อยลงแต่จะเริ่มมีไหล่ติดเกิดขึ้น (มนูญ บัญชรเทวกุล, ๒๕๕๕)

๒.๔ การวินิจฉัยไหล่ติด

การวินิจฉัยไหล่ติดโดยวิธี MRI (Magnetic resonance imaging) แพทย์จะซักประวัติผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นต้องทำการทดสอบ แพทย์จะพิจารณาจากการเคลื่อนไหวข้อไหล่ที่ทำได้อย่างจำกัด การเอกซเรย์นั้นช่วยให้ตรวจดูข้อไหล่ให้แน่ชัดว่าข้อไหล่ผิดปกติหรือไม่ และไม่มีอาการข้ออักเสบหรือประสบอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อข้อ (วิทยาการการแพทย์, ๒๕๕๓)

เนื่องจากบริเวณไหล่มีอวัยวะที่สำคัญ เช่น กระดูกต้นแขน สะบ้า ไหล่ปลาร้า เอ็นกล้ามเนื้อโดยรอบข้อไหล่ และเส้นประสาท ดังนั้น อาการปวดจึงอาจเกิดได้จากพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ นอกจากนี้ อาการปวดไหล่ยังอาจเกิดจากอวัยวะส่วนอื่นแล้วเกิดอาการปวดร้าวมาไหล่ได้ เช่น กระดูกคอเสื่อม กดทับเส้นประสาททำให้ปวดคอ ร้าวมาไหล่ กล้ามเนื้อต้นคอตึง อักเสบ ทำให้ปวดร้าวมาไหล่ เป็นต้น

๒.๕ การรักษาไหล่ติด

การดูแลรักษาไหล่ติดจะประกอบไปด้วยการบรรเทาอาการเจ็บปวดและการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บปวดน้อยลงเมื่อปฏิบัติ ดังนี้

- ออกกำลังกายและเหยียดแขน เพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และลดอาการกล้ามเนื้อลึบ
- ประคบอุ่นอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง ครั้งละ ๑๐ นาที เพื่อลดอาการข้อติดและช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด
- ทำกายภาพบำบัด ภายใต้การดูแลของนักกายภาพ เพื่อยืดเหยียดข้อไหล่และเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ให้เหยียดไหล่ได้ดีขึ้น
- รับประทานยาลดอาการปวดบวมบริเวณข้อไหล่ตามความจำเป็น
- หากผู้ป่วยรักษาด้วยวิธีข้างต้นแล้วไม่สามารถรักษาไหล่ติดได้ ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาผ่าตัด



๓. หลักการประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิก

การวัดทางออร์โธปิดิกส์เป็นเรื่องสำคัญในการรักษาผู้ป่วยทางด้านการแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากการวัดที่แน่นอนจะช่วยให้แพทย์แผนปัจจุบันทำการรักษาผู้ป่วยได้ดีและถูกต้องยิ่งขึ้น แพทย์แผนปัจจุบันที่เชี่ยวชาญด้านนี้จึงให้ความสำคัญกับการวัดทางด้านออร์โธปิดิกส์แทบทั้งสิ้น โดยประเด็นการวัดทางคลินิกที่สำคัญมี ๒ ด้านคือ ด้านสภาพรูปร่าง (Film) และด้านการใช้งาน (Function)

๓.๑ การวัดทางออร์โธปิดิกส์ มี ๓ อย่างดังนี้ (ยงยุทธ วัชรดุลย์, ๒๕๒๒ : ๔-๖)

- ๑) การวัดการเคลื่อนไหวของข้อ
- ๒) การวัดความยาวและขนาดรอบวงของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
- ๓) การวัดมุมในภาพทางรังสีหรือจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

เครื่องมือที่ใช้วัดทางออร์โธปิดิกส์

๑) เครื่องวัดมุม (Goniometer) อาจทำด้วยวัสดุอะไรก็ได้ เช่น ไม้ โลหะ พลาสติก ฯลฯ ขนาดต้องพอเหมาะ สามารถใช้วัดมุมโดยมีความคลาดเคลื่อนน้อย ขนาดที่ใช้ในการตรวจได้ผลดี คือ ยาวประมาณ ๓๐ เซนติเมตร มาตรการวัดอาจแบ่งเป็น ๑-๕ องศาสากล ส่วนที่จะใช้อ่านมุมควรมีขนาดใหญ่พอ และเป็นเครื่องวัดมุมที่ได้มาตรฐานนานาชาติ

๒) เครื่องวัดความยาว อาจเป็นไม้บรรทัดหรือแถบวัดความยาวซึ่งใช้วัดขนาดรอบวง ขนาดกว้างไม่ควรน้อยกว่า ๒ เซนติเมตร ทั้งนี้เพื่อกันคลาดเคลื่อน การใช้แถบโลหะที่ม้วนในตลับต้องระวังความคลาดเคลื่อนให้มากที่สุด ส่วนการวัดความกว้างของช่องใด ๆ อาจใช้เครื่องมือประเภทเลื่อนขยายออกได้

๓) เครื่องวัดความแตกต่างของความยาวของขา อาจใช้แผ่นไม้ที่มีความหนาต่าง ๆ กัน เช่น ๐.๕ เซนติเมตร ๑ เซนติเมตร ๑.๕ เซนติเมตร หรือ ๒ เซนติเมตร หลาย ๆ แผ่น เพื่อนำมาเสริมใต้เท้าที่สั้น จนกระทั่งได้แนวสันกระดูกเชิงกราน (Iliac crest) ทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน

๔) เครื่องวัดมุมพิเศษ เป็นประเภทเครื่องวัดมุมที่ดัดแปลงขึ้น สำหรับใช้วัดมุมของข้อสะโพกที่เกี่ยวข้องกับส่วนที่อยู่ใกล้เคียง

๕) เครื่องวัด Kyphotic curve ของสันหลัง เรียกว่า Kyphometer

๖) ระดับน้ำ เพื่อทราบแนวของส่วนของร่างกายว่าอยู่ในแนวราบ (Horizontal) จริง เช่น การวัดความสั้นยาวของขาโดยใช้เครื่องมือข้อ ๓ และอาจใช้ระดับน้ำตรวจดูให้แนวสันกระดูกเชิงกราน (Iliac crest) อยู่ในแนวราบที่แท้จริง

อนึ่ง การวัดการเคลื่อนไหว การวัดมุม และการวัดขนาดรอบวง ถ้าส่วนของร่างกายที่ต้องการวัดมีสองข้าง ต้องวัดเปรียบเทียบทั้งสองข้าง หากข้างหนึ่งปกติ ค่าที่วัดได้นั้นเป็น “ค่าปกติ” ของผู้ป่วย การวัดควรวัดข้างปกติก่อน แล้วจึงวัดข้างที่ผิดปกติ เนื่องจากหากมีการเจ็บปวดเกิดขึ้น จะได้ค่าที่วัดทั้งสองข้างครบแล้ว

๓.๒ การวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อ

ในการวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อนั้นมีการกำหนดท่ากลาง (Neutral position หรือ Zero-position) ไว้ (ยงยุทธ วัชรดุลย์, ๒๕๒๒ : ๑๓-๑๘)

๑) **Neutral position หรือ Zero-position** หมายถึง ท่าของร่างกายที่ถือว่า ข้อต่าง ๆ อยู่ในลักษณะอาการที่ไม่มีการเคลื่อนไหว หรืออ่านค่ามุมได้ ๐ องศา คือร่างกายอยู่ในท่าทางกายวิภาค

(Anatomical position) ในท่านี้อธิบายว่าร่างกายเกือบทุกส่วนอยู่ในท่า ๐ องศา ยกเว้นบางส่วน เช่น ท่า ๐ องศา ในการคว่ำและหงายมือนั้น แขนท่อนปลายอยู่ในท่า Midposition

๒) ระนาบของการเคลื่อนไหว (Plane of movement)

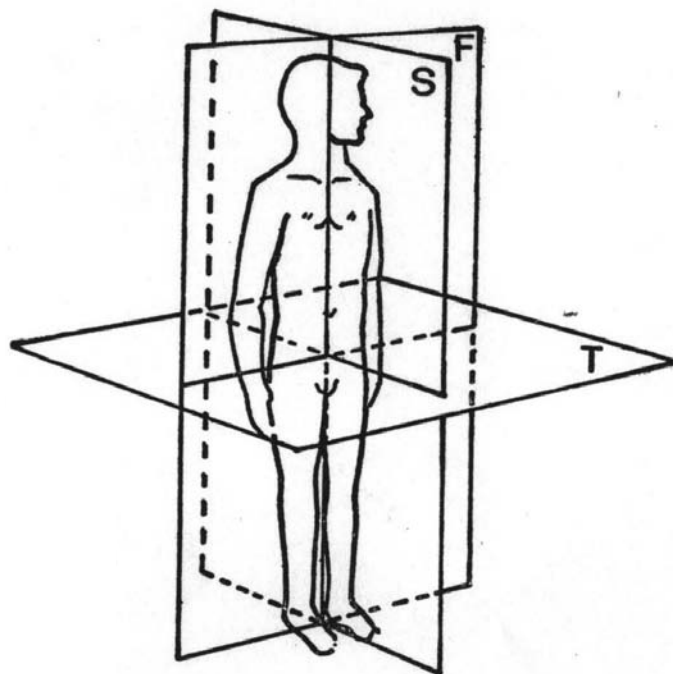
ระนาบสำหรับการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Plane) ในทิศทางต่าง ๆ ที่เป็นหลักใหญ่ มีอยู่ ๓ ระนาบ คือ

S หมายถึง Sagittal plane เช่น การงอ (Flexion) และการเหยียด (Extension)

F หมายถึง Frontal plane เช่น การกางออก (Abduction) และการหุบเข้า (Adduction)

T หมายถึง Transverse plane เช่น Horizontal flexion และ Horizontal extension

ของข้อไหล่



ภาพที่ ๑ ของการเคลื่อนไหวในระนาบต่างๆ ของร่างกาย

ที่มา: ยงยุทธ วัชรดุลย์, ๒๕๒๒: ๑๔

สำหรับบางข้อ เช่น การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เคลื่อนไหวได้หลายทิศทาง ต้องกำหนดระนาบการเคลื่อนไหวใน plane ไต เพียงใด เช่น S ๔๕-๐-๑๘๐ ในท่า Extension/Flexion หมายถึง ทำ Extension ได้ ๔๕ องศา และทำ Flexion ได้ ๑๘๐ องศา ใน Sagittal plane จากท่า ๐ องศา สำหรับข้อที่ทราบแนวการเคลื่อนไหวแน่นอนอยู่แล้ว เช่น ข้อเข่า ไม่จำเป็นต้องบันทึกอักษรย่อบอก Plane ของการเคลื่อนไหว

๓) การบันทึกค่ามุมเคลื่อนไหวของข้อ

การบันทึกตามหนังสือ Joint Motion ใช้ค่าของการเคลื่อนไหวเป็น ๒ ค่า คือค่าการเคลื่อนไหวที่ไปได้มากที่สุดในแต่ละทิศทางที่ตรงกันข้ามของการเคลื่อนไหวใน Plane เดียวกัน เช่น ข้อสะโพก ที่ Extend ได้ ๒๐ องศา และทำ Flexion ได้ ๑๒๐ องศา การบันทึกแบบนี้จะเป็น Hip flexion/



Extension ๑๒๐ - ๒๐ การบันทึกแบบนี้จะไม่มีปัญหาในกรณีที่การเคลื่อนไหวของข้อเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ แต่ถ้าผิดปกติมาก ๆ เช่น ในรายที่ข้อสะโพกมี Flexion deformity เคลื่อนไหวได้แต่ในท่า Flexion จาก ๑๐ องศาถึง ๙๐ องศาเท่านั้น การบันทึกตามแบบที่กล่าวมานี้ จะบันทึกว่ามี Flexion ของข้อสะโพก ๑๐-๙๐ องศา ซึ่งอาจทำให้เข้าใจผิดได้ว่า ทำ Flexion ได้ ๑๐ องศาและทำ Extension ได้ ๙๐ องศา

การบันทึกตามแบบ Debrunner ได้เสนอในปี ๒๕๑๔ เป็นการบันทึกที่แน่นอนกว่า คือ บันทึกค่าการเคลื่อนไหวเป็น ๓ ค่าเสมอ กล่าวคือ ค่าหนึ่งเป็นเลข ๐ เพื่อบอกตำแหน่งของ Zero position ว่าอยู่ที่ใดในการเคลื่อนไหวนั้น ส่วนอีกสองค่า เป็นค่าที่บอกการเคลื่อนไหวจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง

ดังนั้นข้อสะโพกปกติที่ทำ Flexion ได้ ๑๒๐ องศาและทำ Extension ได้ ๒๐ องศา ถ้าบันทึกการเคลื่อนไหวตามแบบนี้จะได้ Hip movement flexion/Extension = S ๑๒๐°/๐°/๒๐° ซึ่ง S หมายถึง Sagittal plane เป็นระนาบที่มีการเคลื่อนไหว Flexion และ Extension

หรือในรายที่มี Flexion deformity ของข้อสะโพก เคลื่อนไหวได้จำกัดในท่า Flexion จาก ๑๐ องศา ถึง ๙๐ องศา การบันทึกแบบนี้จะได้ Hip movement flexion/Extension = S ๙๐°/๑๐°/๐° จะเห็นได้ว่าในกรณีนี้ เลข ๐ ไปอยู่ท้าย เพื่อแสดงตำแหน่งของ Neutral (Zero) position ของข้อสะโพก ที่ทำการนี้

หรือในรายที่สะโพกติดแข็ง ในท่า Flexion ๒๐ องศา สามารถบันทึกได้ดังนี้

Hip movement flexion / Extension = S ๒๐°/๒๐°/๐° ซึ่งหมายความว่าข้อสะโพกมีการเคลื่อนไหวอยู่ในท่า Flexion จากจุดจุดหนึ่งที่ท่ามุม ๒๐ องศา กับ Neutral position ของสะโพก ไปยังอีกจุดหนึ่ง ซึ่งท่ามุม ๒๐ องศา กับ Neutral position ของข้อสะโพกนั้น ซึ่งก็คืออยู่ที่เดิม เคลื่อนไหวไม่ได้หรือมี Flexion deformity ที่ติดตาย (Fixed)

การเคลื่อนไหวตาม Plane ต่าง ๆ นั้นมีเป็นคู่ ๆ ในทิศทางที่ตรงกันข้าม การบันทึกการเคลื่อนไหวต้องบันทึกเป็นคู่ที่อยู่ใน Plane เดียวกันดังนี้

Flexion/Extension หรือ F./E.

Abduction/Adduction หรือ Ab./Ad.

External Rotation/Internal Rotation หรือ E.R./I.R.

Supination/pronation หรือ S./P.

Eversion/Inversion หรือ Ev./Inv.

Right lateral bending/Left lateral bending หรือ Rt. Lat. Bend./Lt. Lat. Bend.

๓.๓ การวัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

การวัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (ยงยุทธ วัชรดุสย์, ๒๕๒๒ : ๒๘-๓๓) ปกติการเคลื่อนไหวของไหล่เป็นผลรวมของการเคลื่อนไหวที่ข้อไหล่กับการเคลื่อนตัวของกระดูกสะบัก (Scapula) ไปบนผนังทรวงอก ดังนั้นการตรวจการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จึงต้องใช้มือประคบกระดูกสะบักไว้ให้อยู่นิ่งด้วย และการตรวจการเคลื่อนไหวต้องกระทำทั้งสองข้างเพื่อเปรียบเทียบกัน

ท่า ๐ องศาของข้อไหล่คือท่าห้อยแขนแนบลำตัว ฝ่ามือหันเข้าในและหัวแม่มืออยู่ทางข้างหน้า จุดกำหนดในการวัด คือเส้นสมมุติที่ลากเป็นแกนของต้นแขน (ในการตรวจ Rotation งอข้อศอก ๙๐ องศา) Acromion process ขอบบนและขอบล่างของกระดูกสะบัก Spine ของกระดูกสะบักและกระดูกไหปลาร้า (Clavicle) ก็เป็นจุดนี้ (Fixed point) ที่จะใช้วัดได้



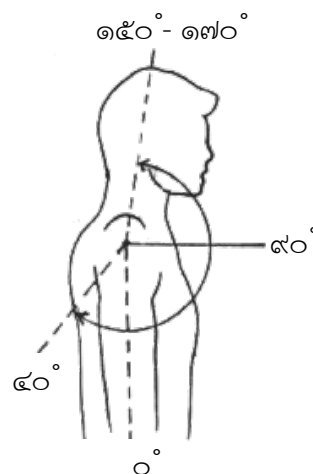
การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ทำได้โดยรอบในรูปครึ่งทรงกลม และมีการตรวจการเคลื่อนไหวที่สำคัญ ดังนี้

๑. Flexion/Extension เนื่องจากข้อไหล่เคลื่อนไหวได้มาก จึงมีการเคลื่อนไหวที่เรียกว่า Flexion/Extension อยู่ ๒ อย่าง คือ

ก. Flexion/Extension (ภาพที่ ๒) (บางคนเรียก Vertical flexion/Vertical extension) เป็นการเคลื่อนไหวใน Sagittal plane (S) โดยอาศัยแนวการวัดจาก Mid axillary line ในแนวตั้งเป็นศูนย์องศา การเคลื่อนไหวแขนไปทางด้านหน้าเป็น Flexion และการเคลื่อนไหวไปทางด้านหลังเป็น Extension การวัดองศาใช้วัดมุมที่แกนตามยาวของต้นแขนเปลี่ยนไปจากท่า ๐ องศา การตรวจผู้ป่วยอาจตรวจจากท่ายืนหรือท่านอนก็ได้ ท่านอนคว่ำใช้ตรวจ Extension และท่านอนหงายใช้ตรวจท่า Flexion

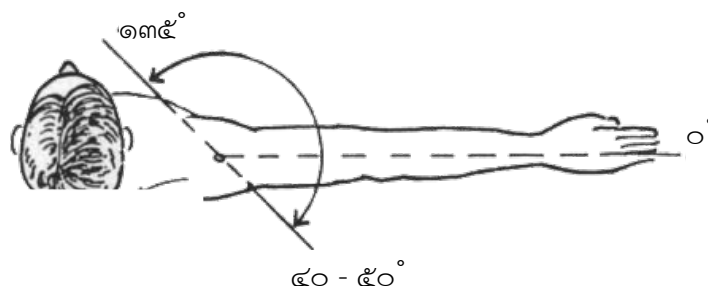
ค่าปกติ Flexion / Extension $130^{\circ}/0^{\circ}/50^{\circ}$

ข. Horizontal flexion/Horizontal extension (ภาพที่ ๓) เป็นการเคลื่อนไหวใน Transverse plane โดยเคลื่อนจากท่า ๐ องศา คือท่าแขนเหยียดตรงกางออกจากลำตัวไปทางข้าง ๆ (Abduction) 90° โดยแนวของแขนจะขนานกับพื้น การเคลื่อนของแขนจากท่าดังกล่าวมาทางด้านหน้าเป็น Flexion และเคลื่อนไปทางด้านหลังเป็น Extension การวัดมุมใช้แกนตามยาวของแขนที่เปลี่ยนไปจากท่า ๐ องศา ท่าของผู้ป่วยในการตรวจเป็นท่านั่งหรือนอน โดยนอนหงายใช้ตรวจ Flexion และนอนคว่ำใช้ตรวจ Extension ค่าปกติ Horizontal flexion/Horizontal extension T $135^{\circ}/0^{\circ}/30^{\circ}$



ภาพที่ ๒ การเคลื่อนไหวข้อไหล่: Flexion/Extension

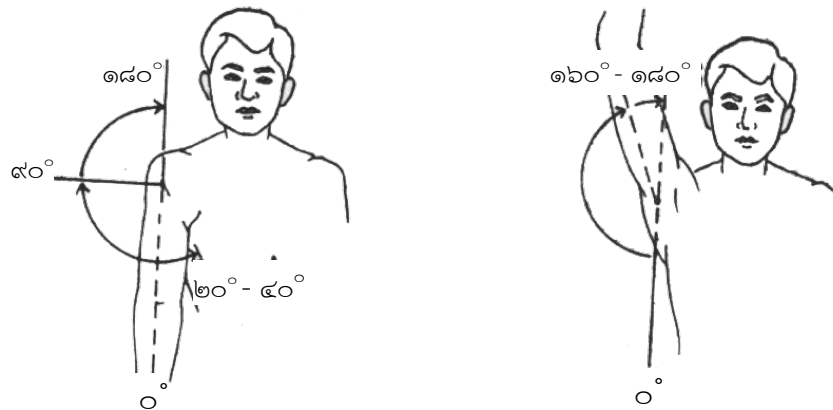
ที่มา: ยงยุทธ วัชรดุลย์, ๒๕๒๒: ๓๐



ภาพที่ ๓ การเคลื่อนไหวของข้อไหล่: Horizontal flexion/Horizontal extension (มองจากทางศีรษะ)

ที่มา: ยงยุทธ วัชรดุลย์, ๒๕๒๒: ๓๐

๒. Abduction/Adduction (ภาพที่ ๔) เป็นการเคลื่อนไหวใน Frontal plane ทำ ๐ องศาคือ แขนห้อยติดลำตัว ข้อศอกเหยียดตรง การวัด วัดแนวของต้นแขนที่ทำมุมกับแกนตามยาวของลำตัว ท่าของผู้ป่วยในการตรวจคือ ยืน นั่ง หรือนอนหงาย ค่าปกติ Abduction/Adduction F $๑๗๐^{\circ}/๐^{\circ}/๗๕^{\circ}$



ภาพที่ ๔ การเคลื่อนไหวของข้อไหล่: Abduction/Adduction

ที่มา: ยงยุทธ วัชรดุลย์, ๒๕๒๒: ๓๒

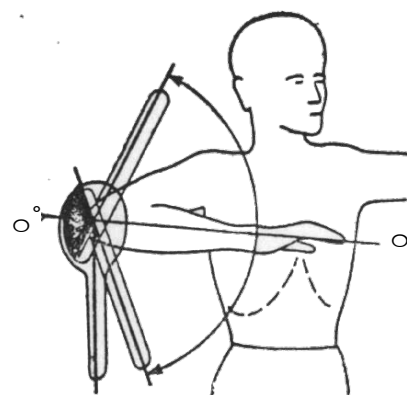
๓. Rotation เป็นการหมุนรอบแกนยาวของแขนใช้เครื่องหมาย R ซึ่งหมายถึง Rotation มีการตรวจได้ ๒ วิธี ดังนี้คือ

ก. การตรวจ Rotation ในท่าต้นแขนห้อยชิดติดลำตัวเป็นท่า ๐ องศา คือมีการเคลื่อนไหวในทาง Frontal plane ๐ องศาด้วย ดังนั้นเครื่องหมายของการเคลื่อนไหวนี้คือ R (Fo) การวัด วัดในท่ายืนหรือนั่ง ต้นแขนห้อยแนบตัว งอข้อศอก ๙๐ องศา แล้วหมุนแขนเข้าหาตัวและออกจากตัว มุมหมุนของต้นแขนคือ มุมที่แขนท่อนปลายเบนไปจากตำแหน่ง ๐ องศา (ท่าแขนท่อนปลายชี้ตรงไปข้างหน้า)

ค่าปกติ Internal rotation/External rotation R (Fo) $๗๐^{\circ}/๐^{\circ}/๖๐^{\circ}$

ข. Internal rotation / External rotation ในท่ากางข้อไหล่ไปข้างๆ ๙๐ องศา (ภาพที่ ๕) วัดในท่ายืนหรือนั่งท่า ๐ องศา คือท่ากางข้อไหล่ ๙๐° (Abduction) แล้วงอข้อศอก ๙๐° เพื่อเป็นแนวช่วยในการวัดมุมที่เปลี่ยนไปให้ง่ายขึ้น การวัดทำนี้ต้องบันทึกท่า ๐ องศา ไว้ด้วยเพื่อให้เป็นที่เข้าใจ ถ้าไม่เติมท่า ๐ องศา อาจเข้าใจผิดว่าเป็นการวัดแบบข้อ ก. ก็ได้

ค่าปกติ Internal rotation/External rotation R(F๙๐) $๘๐^{\circ}/๐^{\circ}/๙๐^{\circ}$



ภาพที่ ๕ การเคลื่อนไหวของข้อไหล่: Internal rotation/External rotation

ในท่ากางข้อไหล่ไปข้าง ๆ ๙๐ องศา

ที่มา: ยงยุทธ วัชรดุลย์, ๒๕๒๒: ๓๓

๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหมอนพื้นบ้านรักษาไหล่ติดพบว่า มีจำนวนน้อยมาก แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับไหล่ติด ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากนัก แต่พอจะเป็นข้อมูลที่ใช้เป็นแนวทางการศึกษาไหล่ติดได้บ้าง รายละเอียดดังนี้

ทศพล เจศรัชัย (๒๕๔๕) ศึกษาเรื่องมุมการเคลื่อนไหวของสะบักและข้อไหล่ร่วมกับการทำงานของกล้ามเนื้อในหญิงที่มีอาการข้อไหล่ติด โดยพบว่าข้อไหล่ติดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในหญิงวัยกลางคน โดยทำให้เกิดการยึดติดของข้อไหล่ และอาจทำให้เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของสะบักและการทำงานของกล้ามเนื้อที่อยู่โดยรอบ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการหมุนขึ้นของสะบัก ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการทำงานของกล้ามเนื้อในการหมุนสะบักขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการเคลื่อนที่ผิดปกติในผู้ป่วยข้อไหล่ติด ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า แขนข้างที่มีอาการข้อไหล่ติดจะมีการหมุนสะบักและการทำงานของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นพบว่ามุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ สะบัก และค่าการทำงานของกล้ามเนื้อจะมีความแตกต่างกันตามมุมการกางข้อไหล่ สำหรับการศึกษาเพิ่มเติม เป็นที่น่าสนใจที่จะศึกษาผลของข้อไหล่ติดต่อการทำงานของกล้ามเนื้อมัดอื่นที่เกี่ยวข้องในการหมุนสะบักหรือกล้ามเนื้อในกลุ่มพุงข้อไหล่หรือศึกษาลักษณะเดียวกันในการกางข้อไหล่แบบต่อเนื่อง

บัญชา ชื่นชูจิตต์ (๒๕๕๓) ศัลยแพทย์กระดูกและข้อโรงพยาบาลเวชธานี ได้ศึกษาสาเหตุของอาการปวดไหล่โดยพบว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยอาจเกิดจากปัญหาของโครงสร้างในข้อไหล่เอง เช่น เยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็นกล้ามเนื้อ หรือถุงหุ้มเส้นเอ็น จากภาวะข้อไหล่ไม่มั่นคง หรือจากอาการปวดในตำแหน่งต่าง ๆ เช่น จากกระดูกต้นคอ ทรวงอกหรือในช่องท้อง ซึ่งอาการปวดในแต่ละโรค อาจมีลักษณะเหมือนกันหรือแตกต่างกันก็ได้ แต่สาเหตุที่พบบ่อยของอาการปวดไหล่ ได้แก่ กระดูกงอกทับเส้นเอ็นหัวไหล่ ภาวะเส้นเอ็นหัวไหล่ฉีก ไหล่ติด ข้อไหล่หลุด และข้ออักเสบ กระดูกงอกทับเส้นเอ็นหัวไหล่ และภาวะเส้นเอ็นหัวไหล่ฉีก เป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มคนที่ยุวัยทำงาน และผู้สูงอายุ เกิดจากการเสียดสีระหว่างเส้นเอ็นหุ้มข้อไหล่กับปลายกระดูกสะบัก ในขณะที่ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ จึงทำให้เกิดอาการปวดที่ไหล่เป็น ๆ หาย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขณะยกแขนขึ้นสูงหรือกางข้อไหล่ออก ผลตามมาคือจะมีการเสื่อมสภาพของเส้นเอ็น จนท้ายที่สุดอาจทำให้เส้นเอ็นหุ้มข้อไหล่ขาดได้ มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการทำงานได้อย่างมาก ช่วงแรกผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณไหล่โดยเฉพาะด้านหน้าและด้านข้างของหัวไหล่ อาจร้าวลงไปถึงข้อศอกได้ อาการปวดเป็นมากขึ้นเวลากางแขนขึ้นด้านหน้าและด้านข้าง ส่วนมากจะมีประวัติปวดไหล่เวลากลางคืน และปวดมากเวลานอนตะแคงทับแขนข้างที่มีอาการ ในระยะที่รุนแรงมากจะพบเส้นเอ็นฉีกขาดร่วมด้วย ทำให้แขนอ่อนแรงขณะที่ยกไหล่ ยกไหล่ขึ้นได้อย่างลำบากหรือยกไม่ได้

รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล (๒๕๕๐) ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกและผลของการออกกำลังกายแบบซักรอกต่อภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยในทางคลินิก คือ ภาวะไหล่ติด จากการสำรวจหาความชุกของภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าสูงถึงร้อยละ ๔๗.๒๒ ทางคณะผู้วิจัยจึงได้นำการออกกำลังกายแบบซักรอกมาใช้ร่วมกับการวางแผ่นร้อน ซึ่งผลที่ได้พบว่าสามารถเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะข้อไหล่ติดได้ในทุกทิศทาง ผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้อ้างอิงเป็นข้อมูลทางการแพทย์ได้ นักกายภาพบำบัด บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำวิธีการออกกำลังกายแบบซักรอกร่วมกับการวางแผ่นร้อนนี้ไปแนะนำผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะข้อไหล่ติดได้



วิบูลย์ นุชประมูล (๒๕๕๕) ศึกษาการรักษาภาวะหัวไหล่ติดแข็งโดยวิธีหัตถเวชกรรมแบบราชสำนักพบว่าภาวะไหล่ติด เป็นภาวะที่ข้อหัวไหล่ฝืด ตึง แข็ง และไม่สามารถใช้งานจากข้อต่อนี้ได้ อาการหัวไหล่ติดแบ่งได้เป็น ๓ ระยะ คือ ระยะเจ็บปวด ระยะฝืดตึงแข็ง และระยะการคลายตัว การวินิจฉัยที่สำคัญคือช่วงองศา ข้อต่อหัวไหล่ทางข้อไหล่ในท่า Abduction น้อยกว่า ๑๓๕ องศา มีอาการปวดข้อต่อหัวไหล่ไม่น้อยกว่า ๑ เดือนและมักจะปวดในเวลากลางคืน รักษาโดยการกดจุด “สัญญาณ ๕ คลายไหล่ติด” ร่วมกับการดัดข้อต่อหัวไหล่ อย่างต่อเนื่องนาน ๑๐ สัปดาห์ ๆ ละ ๒ ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน ๓-๔ วัน และศึกษาผลของการรักษา จากการวัดข้อต่อหัวไหล่ แบบ Abduction และ Flexion ผลการศึกษา จากการรักษานาน ๑๐ สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยหายจากภาวะหัวไหล่ติดภายใน ๒ สัปดาห์ และผ่านเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย คือ มีองศาข้อต่อหัวไหล่แบบ Abduction ในสัปดาห์ที่ ๐ ๑ ๒ และ ๓ เป็น ๗๒ ๑๒๘ ๑๕๕ และ ๑๖๒ องศาตามลำดับ ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี ไม่ปวดหัวไหล่ทั้งกลางวันและกลางคืน สามารถใส่เสื้อได้เอง วิจัยและสรุป ภาวะหัวไหล่ติดแข็ง สันนิษฐานว่าอาจมีสาเหตุจากการอักเสบของแผ่นเอ็นหุ้มข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อมัดเล็ก ๆ ที่เป็นส่วนประกอบ ของ Rotator cuff การพัฒนาจุดสัญญาณเฉพาะ “สัญญาณ ๕ คลายไหล่ติด” จึงสัมพันธ์กับแผ่นเอ็นหุ้มข้อต่อ และจุดเกาะปลาย (Insertion) ของกล้ามเนื้อ Rotator cuff และเมื่อนำมาใช้รักษาผู้ป่วยภาวะไหล่ติดแข็ง จึงได้ผลอย่างคาดการณไว้ สรุปว่ากรณีศึกษาผู้ป่วยไทย ๑ ราย ที่มีภาวะหัวไหล่ซ้ายติดแข็ง เมื่อรักษาโดยการกดจุดเฉพาะ “สัญญาณ ๕ คลายไหล่ติด” ร่วมกับการดัดข้อต่อหัวไหล่ สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากภาวะหัวไหล่ติดแข็งได้ใน ๒ สัปดาห์ และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาวิจัยถึงผลดีและข้อจำกัดของการใช้ “สัญญาณ ๕ คลายไหล่ติด” เพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ศิริพร ศิริบุรานนท์ (๒๕๕๓) ศึกษาแนวปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะของข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม และได้ศึกษางานวิจัยมีกรณีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๓ กรณีได้แก่

กรณีที่ ๑ ศึกษาเรื่องการประเมินผลถึงการกายภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมต่อการทำงานของข้อไหล่ โดยการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็น ๒ กลุ่ม

๑. กลุ่ม A ได้รับการพยาบาลตามปกติและนักกายภาพจะสอนในช่วงสัปดาห์ที่ ๖ หลังผ่าตัด ซึ่งจะมีการสอนทั้งหมด ๑๒ ครั้ง ๆ ละ ๖๐ นาที

๒. กลุ่ม B ได้รับการพยาบาลตามปกติ และนักกายภาพจะสอนเช่นเดียวกันกับกลุ่ม A แต่เริ่มในสัปดาห์ที่ ๒๖ หลังการผ่าตัด

เครื่องมือ (Measurement)

๑. ใช้ Constant shoulder score ในการประเมินการทำงานของข้อไหล่ข้างที่ได้รับการผ่าตัด

๒. ใช้เครื่องวัดมุมของข้อไหล่ Goniometer

๓. การประเมินทั้ง ๒ กลุ่ม จะประเมิน ๔ ครั้งในระยะ ๑ ปี (หลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ ๖ ๑๒ ๒๖ และ ๕๒)

๔. มีการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (ตามระยะเวลาการประเมิน)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่ม A มีการทำงานข้อไหล่ข้างที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมดีกว่าในกลุ่ม B ($p=0.001$)



กรณีที่ ๒ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการทำ ROM ของข้อไหล่ โดยศึกษาผู้ป่วยหญิงจากศูนย์มะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลตติยภูมิในเมืองชนบทประกาศเกาหลีใต้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๕๕ คนโดยแบ่งกลุ่มศึกษาออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกฝนโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพเป็นระยะเวลา ๑๐ สัปดาห์

รายละเอียดในการฝึก

๑. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ภาวะโภชนาการ การจัดการต่ออาการลักษณะโดยผู้เชี่ยวชาญและมีการแจกคู่มือ ครั้งละ ๙๐ นาที สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
๒. รูปแบบการออกกำลังกายมี ๒ แบบ
 - ออกกำลังกายแบบกลุ่มด้วยการ Warm up, Main exercise, Cool down โดยใช้เวลา ๙๐ นาทีสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง
 - ออกกำลังกายเองที่บ้าน ทำสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง โดยใช้รูปอธิบาย ออกกำลังกาย ๒ ครั้ง/สัปดาห์ พร้อมบันทึกการฝึกนำมารายงานทุกสัปดาห์
๓. เข้ากลุ่มกิจกรรมสนับสนุน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ มีการระบายความในใจใช้เวลา ๖๐ นาที สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

เครื่องมือในการศึกษา (Measurement) การวัด ROM (Range of motion) ของข้อไหล่วัดโดยใช้เครื่องวัดมุม Goniometer ประเมินทุก ๑ สัปดาห์รวมเป็นเวลา ๑๐ สัปดาห์

- การวัดด้านการปรับตัวด้านจิตใจวัดโดยใช้แบบสอบถามที่มีคะแนน ๔ ระดับ
- การวัดคุณภาพชีวิตใช้เครื่องมือ Visual analog scale ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวด้านจิตใจมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$)
- กลุ่มทดลอง พบว่า ROM ของข้อไหล่ข้างที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีประสิทธิภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม
- คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.002$)

กรณีที่ ๓ ศึกษาการติดตามการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (ROM) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน ๖๑ คน

วิธีการศึกษา ก่อนผ่าตัดมีการวัด ROM ของข้อไหล่ข้างที่จะได้รับการผ่าตัดเต้านมในท่า Abduction, Flexion, Internal / External rotation-สอนและแจกคู่มือแสดงการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านโดยนักกายภาพบำบัด ประกอบด้วยท่า Shoulder flexion, Abduction จะทำในท่านอน Internal rotation, External rotation จะทำในท่านั่ง ซึ่งแต่ละท่าจะทำ ๕ ครั้ง วันละ ๓ เวลา หลังผ่าตัด

๑. วัดขนาดของ ROM ของข้อไหล่ข้างที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีเดียวกับช่วงก่อนผ่าตัด
๒. หลังการผ่าตัดให้ออกกำลังกายตามท่าการออกกำลังกายที่ได้รับการสอนในระยะก่อนผ่าตัด
๓. มีการออกกำลังกายที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ตามท่าการออกกำลังกายที่ได้รับการสอนในระยะก่อนผ่าตัด
๔. หลีกเลี่ยงการยกของหนักและระวังไม่ให้เกิดการติดเชื้อ

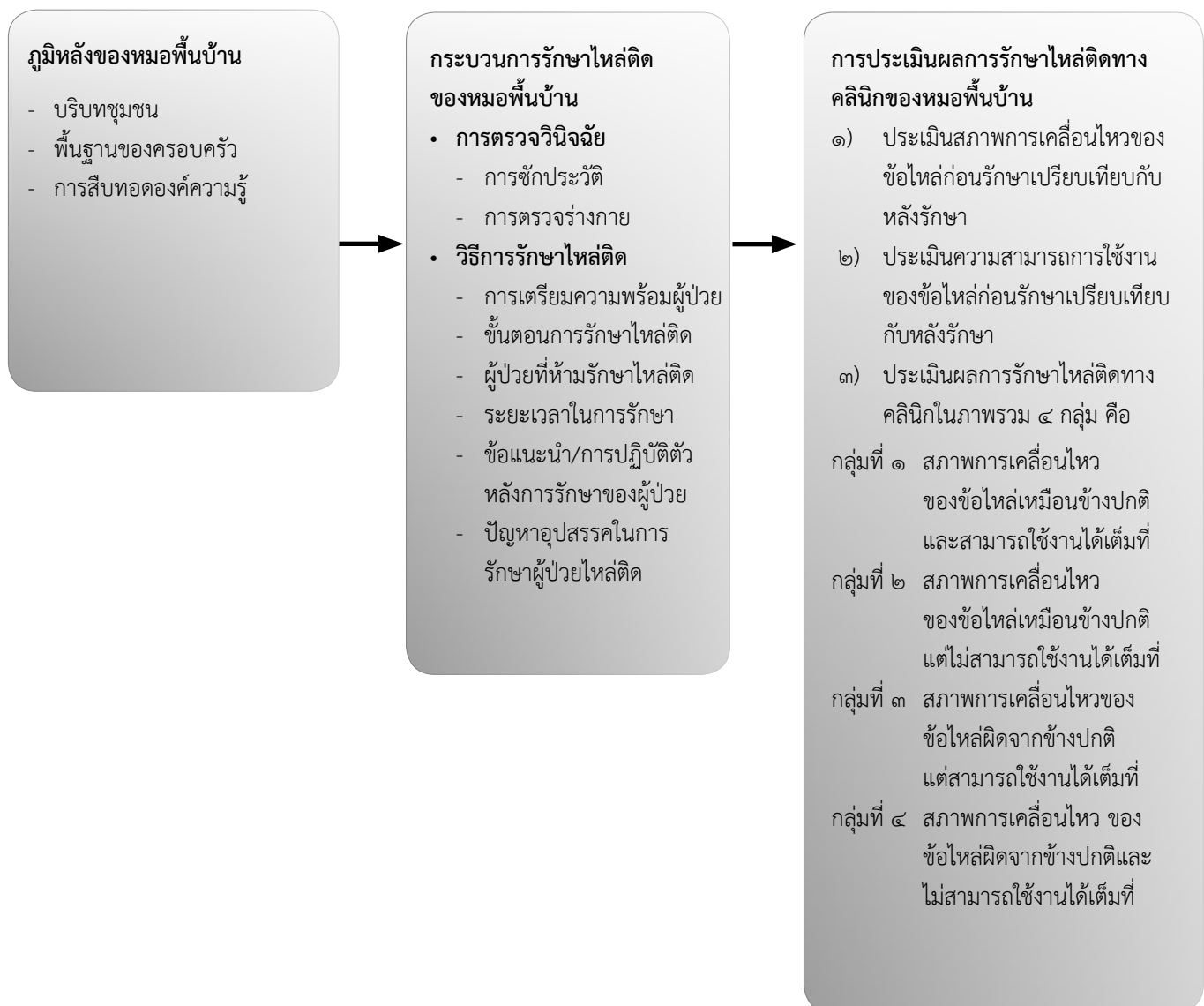


เครื่องมือที่ใช้ การประเมิน ROM สามารถประเมินโดยการใช้ Goniometer จะประเมินทุก ๆ ๑ เดือนจนครบ ๖ เดือน ๑ ปี และ ๒ ปี หลังการผ่าตัดโดยกำหนดมุมของท่า Abduction ไว้ที่ ๙๐ องศา ซึ่งจะทำ ๒ ครั้ง ห่างกัน ๓ วัน ใช้การประเมินโดยวัด ROM ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดทันทีโดยใช้เครื่องมือชนิด Hold-relax technique

ผลการศึกษาพบว่า การวัด ROM ในท่ากางข้อไหล่ออกของทุกกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดจะลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัดและจะพบว่ากลับเข้าสู่ภาวะปกติในเดือนที่ ๖

๕. กรอบแนวคิดในการศึกษา

หมอฟันบ้านรักษาหลอดเลือดเป็นตัวอย่างที่ดีของภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพที่มีการรักษาหลอดเลือดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แต่ความรู้ความเข้าใจคุณค่าของหมอฟันบ้านยังอยู่ในวงจำกัด ดังนั้น การส่งเสริมและสนับสนุนหมอฟันบ้านอย่างเป็นระบบมีน้อยมาก ผลการศึกษาเกี่ยวกับหมอฟันบ้าน ชี้ให้เห็นว่าวิถีคิดและกระบวนการรักษาหลอดเลือดของหมอฟันบ้านแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป เช่น ความสามารถเฉพาะตัวที่หมอฟันบ้านแต่ละคนจะมีความสามารถมากน้อยเพียงไรขึ้นกับความสนใจและประสบการณ์ของแต่ละคน ดังนั้นการศึกษาเรื่องนี้ จึงมีกรอบแนวคิดในการทำความเข้าใจความเป็นตัวตนของหมอฟันบ้านรักษาหลอดเลือดทั้งในด้านชีวิตครอบครัวและความเป็นหมอฟันบ้านที่สัมพันธ์กับชุมชน โดยพยายามสรุปให้เห็นภาพรวมของคุณลักษณะเฉพาะของหมอฟันบ้าน ทั้งวิถีคิด กระบวนการรักษาและผลการรักษาจากการประเมินทางออร์โธปิดิกส์ของแพทย์แผนปัจจุบัน ดังกรอบแนวคิดในการศึกษา ต่อไปนี้



แผนภูมิที่ ๑ กรอบแนวคิดในการศึกษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยใช้เครื่องมือและกระบวนการรักษาในการได้มาของข้อมูลในการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทุกประเด็น นอกจากนี้ได้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสะท้อนให้ทราบถึงประสิทธิผลคือการรักษาไหล่ติดของหมอพื้นบ้านโดยประเมินผลการรักษาไหล่ติดจากแบบประเมินที่ทีมผู้วิจัย คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอโรโธปิดิกส์ได้สร้างขึ้นเป็นการเฉพาะ โดยมีประเด็นและกระบวนการในการศึกษาดังนี้

๑. พื้นที่วิจัยและการคัดเลือก
๒. การศึกษาเชิงคุณภาพ
๓. การศึกษาเชิงปริมาณ
๔. การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. พื้นที่วิจัยและการคัดเลือก

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่วิจัยไว้ ๒ ข้อคือ

๑.๑ เป็นพื้นที่ที่มีหมอพื้นบ้านรักษาไหล่ติด ที่ทำการรักษามานานต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันอย่างน้อย ๑๐ ปี ขึ้นไปและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยเรื่องนี้ นอกจากนี้ต้องเป็นหมอพื้นบ้านที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ๑๐๐ คน/ปี ทั้งนี้เพื่อให้ได้หมอพื้นบ้านที่มีคุณภาพที่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นบทเรียนการเรียนรู้ได้ดีและมีผู้ป่วยจำนวนมากเพียงพอที่จะสะท้อนให้เห็นความหลากหลายของผลการรักษาและที่สำคัญต้องเป็นหมอพื้นบ้านยินดีให้ข้อมูลตลอดการศึกษาในครั้งนี้

๑.๒ พื้นที่ตั้งของหมอพื้นบ้านตามข้อ ๑.๑ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สนใจและยินดีเก็บข้อมูลเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านและผู้ป่วยไหล่ติดตามโครงการศึกษาวิจัยจากเกณฑ์การคัดเลือก ดังกล่าวข้างต้น มีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี เป็นพื้นที่เดียวที่สนใจและยินดีเข้าร่วมเก็บข้อมูล

๒. การวิจัยเชิงคุณภาพ

๒.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

จากเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ดังกล่าว ตามข้อ ๑.๑ ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นหมอพื้นบ้านรักษาไหล่ติดเพียงคนเดียวเท่านั้น โดยเลือกแบบเจาะจงคือ หมอสุนทร นิ่มน้อม บ้านเลขที่ ๓๓ หมู่ ๑๓ ตำบลบางคู อำเภوتاวั้ง จังหวัดลพบุรี

การคัดเลือกแหล่งข้อมูลดังกล่าวนี้คณะผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหมอพื้นบ้านเป็นหลักโดยเฉพาะในประเด็นความมั่นใจว่ายินดีเข้าร่วมในการวิจัยเรื่องนี้อย่างแท้จริง พร้อมทั้งยอมรับผลการประเมินจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอโรโธปิดิกส์ด้วย ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่อ่อนไหวมากแต่หมอพื้นบ้านก็ยินดีให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี



๒.๒ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก หมอสุนทร นิ่มน้อม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกหมอสุนทร นิ่มน้อม โดยมีประเด็นในการสัมภาษณ์เจาะลึก ดังนี้

ส่วนที่ ๑ การศึกษาภูมิหลังของหมอพื้นบ้านรักษาอาการไหล่ติด

- บริบทชุมชน
- พื้นฐานครอบครัว
- การสืบทอดองค์ความรู้
- การถ่ายทอดองค์ความรู้

ส่วนที่ ๒ การศึกษากระบวนการรักษาอาการไหล่ติดของหมอพื้นบ้าน

การตรวจวินิจฉัย ประกอบด้วย

- การซักประวัติ
- การตรวจร่างกาย

การรักษาอาการไหล่ติด ประกอบด้วย

- การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยไหล่ติด
- วิธีการรักษาไหล่ติด
- ผู้ป่วยที่ห้ามในการรักษาไหล่ติด
- ระยะเวลาในการรักษา
- ข้อเสนอแนะที่ควรปฏิบัติหลังการรักษาของผู้ป่วย
- ปัญหาอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วยไหล่ติด

รายละเอียดแบบสัมภาษณ์อยู่ในภาคผนวก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทางสังคม

คณะผู้วิจัยได้นำแนวทางการเก็บข้อมูลทางสังคมทั้งส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒ นำลงไปทดลองการเก็บข้อมูลในพื้นที่ใกล้เคียงคือ ตำบลบางลี่ อำเภอดำรง จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นตำบลที่อยู่ใกล้เคียงกับตำบลบางคู ซึ่งเป็นตำบลที่หมอพื้นบ้านอยู่ หลังการทดลองเก็บข้อมูลแล้ว ทีมวิจัยได้นำมาปรับแก้ไข ในบางข้อบางประเด็นที่หมอพื้นบ้านไม่เข้าใจคำถาม จึงได้นำมาใช้จริงกับหมอสุนทร นิ่มน้อม ต่อไป

๒.๓ การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยและทีมวิจัยในพื้นที่ได้กำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

๑) การเตรียมความพร้อมให้ทีมวิจัยในพื้นที่

คณะผู้วิจัยในส่วนกลางได้ลงไปในพื้นที่ อำเภอดำรง เพื่อเตรียมความพร้อมให้ทีมวิจัยในพื้นที่ โดยให้ความรู้และทำความเข้าใจกับแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลภูมิหลังและกระบวนการรักษาอาการไหล่ติดของหมอพื้นบ้าน โดยมีทีมผู้เชี่ยวชาญทางอโรโธปิดิกส์เป็นผู้ให้ความรู้ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ หลังจากนั้นให้ทีมวิจัยในพื้นที่มาประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหา อุปสรรคที่พบภายหลังฝึกเก็บข้อมูลจนคณะผู้วิจัยในส่วนกลางและในพื้นที่เข้าใจแนวทางการเก็บข้อมูลในทิศทางเดียวกัน

๒) การเก็บข้อมูลในพื้นที่

เก็บข้อมูลจาก ๒ แหล่ง คือ บ้านของหมอสุนทร นิมน์มและโรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี โดย

๒.๑) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อศึกษาบริบทของหมอสุนทร และผู้ป่วยที่มารับการรักษา

๒.๒) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษากระบวนการรักษา และผลการรักษาของหมอสุนทร โดยเข้าร่วมการตรวจวินิจฉัย การรักษาให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ตลอดจนติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

๒.๓) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ๒ ส่วน คือ

๑. หมอสุนทร นิมน์ม
๒. ผู้ป่วยที่มารักษาที่หมอสุนทร จำนวน ๔๐ คน

๒.๔ การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลตามวัตถุประสงค์ทั้งส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒ ตามเครื่องมือแล้ว นำข้อมูลที่ได้ ทั้งหมดมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา ด้วยเหตุและผล

๓. การวิจัยเชิงปริมาณ

๓.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ประชากร

- การหาจำนวนประชากรซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษากับหมอพื้นบ้าน ด้วยการสอบถามโดยตรงจากหมอพื้นบ้านจากการบันทึกผู้ป่วยอาการไหล่ติด ปี ๒๕๕๒-๒๕๕๓ จำนวนเฉลี่ยทั้งสิ้น ๑๒๐ คน/ปี

กลุ่มตัวอย่าง

- เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษอาการไหล่ติดจากหมอสุนทรและเป็นแหล่งข้อมูลหลักของการวิจัย
- ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกจากกลุ่มตัวอย่างให้ได้ ๑ ใน ๓ ส่วน ถือเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน ๔๐ ราย
- โดยกลุ่มตัวอย่างต้องยินดีให้ความร่วมมือในการประเมินจากการวัดและการทดสอบการใช้งานหลังรักษา

๓.๒ เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑) ใช้เครื่องวัดมุม (Goniometer) เป็นเครื่องมือการประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิก โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ ๓ คน คือ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ยงยุทธ วัชรคุนย์ ราชบัณฑิต ประเภทวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาแพทยศาสตร์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ พิชัยศักดิ์ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นายแพทย์ยลชัย จงจิระศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุ บางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร ได้ร่วมกันสร้างเกณฑ์การประเมินไหล่ติด จาก ๒ ส่วน คือ ประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และการประเมินความสามารถการใช้งานของข้อไหล่ มีรายละเอียดดังนี้



ส่วนที่ ๑ การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวัดมุม (Goniometer) วัดมุมการเคลื่อนไหว ก่อน - หลังการรักษาไหล่ติดโดยผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ กำหนดประเด็นการประเมินไหล่ติด โดยการวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างที่ไหล่ติดหลังการรักษา เทียบกับค่าปกติได้กำหนดเกณฑ์การประเมิน ท่าเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าต่างๆ จำนวน ๖ ท่า ประกอบด้วย

- การงอข้อไหล่ (Flexion)
- การเหยียดข้อไหล่ (Extension)
- การกางแขน (Abduction)
- การหุบแขน (Adduction)
- การหมุนแขนเข้าด้านใน (Internal rotation)
- การหมุนแขนออกด้านนอก (External rotation)

ซึ่งท่าต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นนี้ ผู้วิจัยและทีมวิจัยผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ก. เกณฑ์การให้คะแนน

โดยการวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่หลังรักษาเทียบกับค่าปกติ ๖ ท่า โดยแต่ละท่าจะกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ท่าที่ ๑ การงอข้อไหล่ ค่าปกติคือ ๑๗๐ องศา

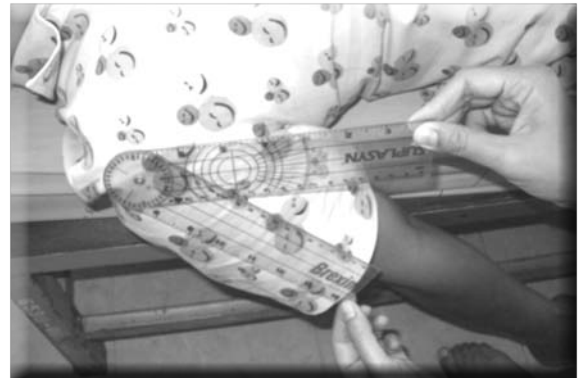
การวัดมุมการงอข้อไหล่	เกณฑ์การให้คะแนน
≥ ๑๗๐ องศา	๒ คะแนน
๑๒๖ - ๑๖๕ องศา	๑ คะแนน
≤ ๑๒๕ องศา	๐ คะแนน



ภาพที่ ๖ การวัดการงอข้อไหล่

ทำที่ ๒ การเหยียดข้อไหล่ ค่าปกติคือ ๕๐ องศา

การวัดมุมการเหยียดข้อไหล่	เกณฑ์การให้คะแนน
≥ 50 องศา	๒ คะแนน
๖ - ๔๙ องศา	๑ คะแนน
≤ 5 องศา	๐ คะแนน



ภาพที่ ๗ การวัดการเหยียดข้อไหล่

ทำที่ ๓ การกางข้อไหล่ ค่าปกติคือ ๑๗๐ องศา

การวัดมุมการกางข้อไหล่	เกณฑ์การให้คะแนน
≥ 170 องศา	๒ คะแนน
๑๖๖ - ๑๖๙ องศา	๑ คะแนน
≤ 165 องศา	๐ คะแนน



ภาพที่ ๘ การวัดการกางข้อไหล่

ทำที่ ๔ การหุบข้อไหล่ ค่าปกติคือ ๔๕ องศา

การวัดมุมการหุบข้อไหล่	เกณฑ์การให้คะแนน
≥ 45 องศา	๒ คะแนน
๑ - ๔๔ องศา	๑ คะแนน
≤ 0 องศา	๐ คะแนน



ภาพที่ ๙ การวัดการหุบข้อไหล่



ท่าที่ ๕ การหมุนข้อไหล่เข้าด้านใน ค่าปกติ คือ ๘๐ องศา

การวัดมุมการหมุนข้อไหล่ เข้าด้านใน	เกณฑ์การให้คะแนน
≥ 80 องศา	๒ คะแนน
๓๖ - ๗๙ องศา	๑ คะแนน
≤ 35 องศา	๐ คะแนน



ภาพที่ ๑๐ การวัดการหมุนข้อไหล่เข้าด้านใน

ท่าที่ ๖ การหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก ค่าปกติ คือ ๙๐ องศา

การวัดมุมการหมุนข้อไหล่ ออกด้านนอก	เกณฑ์การให้คะแนน
≥ 90 องศา	๒ คะแนน
๔๖ - ๘๙ องศา	๑ คะแนน
≤ 45 องศา	๐ คะแนน



ภาพที่ ๑๑ การวัดการหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก

สรุป ให้รวมค่าคะแนนทั้ง ๖ ท่า จะมีช่วงคะแนนระหว่าง ๐-๑๒ คะแนน หลังจากนั้นจึงนำค่าคะแนนที่ได้มาประเมินผลการรักษาตามเกณฑ์การประเมินผลในข้อ ข

ข. เกณฑ์การประเมินผลการรักษา

เนื่องจากตามแนวคิดการประเมินทางออร์โธปิดิกส์หรือทางคลินิกได้กำหนดเกณฑ์การประเมินในการวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ มีค่าต่างกั้นน้อยกว่า ๔๕ องศา เมื่อเทียบกับค่ามุมมาตรฐานข้างปกติในแต่ละท่า ให้ถือว่าผู้ป่วยไหล่ติดหลังรักษา สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ นั้นหมายความว่าผู้ป่วยไหล่ติดหลังรักษาได้คะแนน ๑ หรือ ๒ คะแนน ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อเหมือนข้างปกติ ดังนั้น เกณฑ์การประเมินในภาพรวม คือ

- ๗ - ๑๒ คะแนน หมายความว่า สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติ
- ๐ - ๖ คะแนน หมายความว่า สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ผิดจากข้างปกติ

ส่วนที่ ๒ การประเมินความสามารถในการใช้งานของข้อไหล่

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบการใช้งานของข้อไหล่ของผู้ป่วย ก่อน - หลังการรักษา โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ ได้กำหนดประเด็นการประเมินจากการทดสอบจำนวน ๔ ท่า ประกอบด้วย

- ท่ามือประสานท้ายทอย
- ท่ามือประสานเอว
- ท่ามือซ้ายจับไหล่ขวา
- ท่ามือขวาจับไหล่ซ้าย

ในแต่ละท่า มีการกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน และเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ก. เกณฑ์การให้คะแนน

ท่าที่ ๑ ท่ามือประสานท้ายทอย

- ผู้ป่วยสามารถใช้มือทั้งสองประสานกันที่ท้ายทอยได้อย่างสมบูรณ์โดยแขนทั้ง ๒ ข้างชิดผนัง ๒ คะแนน
- ผู้ป่วยไม่สามารถใช้มือทั้งสองประสานกันที่ท้ายทอยได้อย่างสมบูรณ์โดยแขนทั้ง ๒ ข้างชิดผนัง ๑ คะแนน

ท่าที่ ๒ ท่ามือประสานเอว

- ผู้ป่วยไม่สามารถใช้มือทั้งสองประสานกันที่เอวได้อย่างสมบูรณ์โดยแขน ๒ ข้างชิดผนัง ๒ คะแนน
- ผู้ป่วยสามารถใช้มือทั้งสองประสานกันที่เอวได้อย่างสมบูรณ์โดยแขน ๒ ข้างชิดผนัง ๑ คะแนน

ท่าที่ ๓ ท่ามือซ้ายจับไหล่ขวา

- ผู้ป่วยไม่สามารถยกมือขึ้นได้และสามารถใช้มือจับที่หัวไหล่ได้โดยศอกชิดอกสมบูรณ์ ๒ คะแนน
- ผู้ป่วยสามารถยกมือขึ้นได้และสามารถใช้มือจับที่หัวไหล่ได้โดยศอกชิดอกสมบูรณ์ ๑ คะแนน

ท่าที่ ๔ ท่ามือขวาจับไหล่ซ้าย

- ผู้ป่วยสามารถยกมือขึ้นได้และสามารถใช้มือจับที่หัวไหล่ได้โดยศอกชิดอกสมบูรณ์ ๒ คะแนน
- ผู้ป่วยสามารถยกมือขึ้นได้และสามารถใช้มือจับที่หัวไหล่ได้โดยศอกชิดอกสมบูรณ์ ๑ คะแนน

สรุป ให้รวมคะแนนความสามารถในการใช้งานทั้ง ๔ ท่า จะมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง ๔-๘ คะแนน หลังจากนั้นจึงนำค่าคะแนนที่ได้มาประเมินผลความสามารถในการใช้งานตามเกณฑ์การประเมินในข้อ ข



ข. เกณฑ์การประเมินความสามารถในการใช้งาน

๘ คะแนน หมายความว่า สามารถใช้งานข้อไหล่ (ทุกท่า) ได้เหมือนข้างปกติ

๔-๗ คะแนน หมายความว่า ไม่สามารถใช้งานข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ

การทดสอบเครื่องมือทางคลินิก

สำหรับเครื่องมือการประเมินการรักษาไหล่ติดทางคลินิก ในส่วนนี้ ผู้วิจัยและทีมผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ได้นำแบบประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิกไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้กับผู้ป่วยไหล่ติดใน โรงพยาบาลท่าม่วง อำเภوتاม่วง จังหวัดลพบุรี หลังจากนั้นได้นำแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำมาใช้ในการประเมินการรักษาไหล่ติด ของหมอน้ำบ้านในครั้งนี้

๓.๓ การเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิก ในส่วนนี้คณะผู้วิจัยส่วนกลางจะแจ้งให้ทีมวิจัยในพื้นที่อำนวยความสะดวกในการนัดผู้ป่วยไหล่ติดหลังรักษาทั้งหมดมาที่โรงพยาบาลท่าม่วง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ ๓ ท่าน ได้วัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และทดสอบการใช้งานของข้อไหล่ตามท่าต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในเครื่องมือ พร้อมจดบันทึกผลการประเมินแต่ละราย จนครบทั้ง ๔๐ ราย

๔. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในส่วนนี้ ได้นำข้อมูลจากการรวบรวมทั้งในส่วนการวัดมุมจากการทำการทดสอบการเคลื่อนไหว และการทดสอบการใช้งานของผู้ป่วยไหล่ติดหลังการรักษาโดยประเมินเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ เป็นการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ก่อน - หลังรักษา จะวิเคราะห์เป็นจำนวนร้อยละโดยเปรียบเทียบก่อน - หลังรักษา

ส่วนที่ ๒ เป็นการประเมินความสามารถการใช้งานของข้อไหล่หลังการรักษา จะวิเคราะห์เป็นจำนวนร้อยละโดยเปรียบเทียบก่อน - หลังรักษา

ส่วนที่ ๓ การประเมินผลการรักษารักษาไหล่ติดทางคลินิกในภาพรวม โดยผลการประเมินจะแบ่งออกเป็น ๔ กลุ่ม คือ

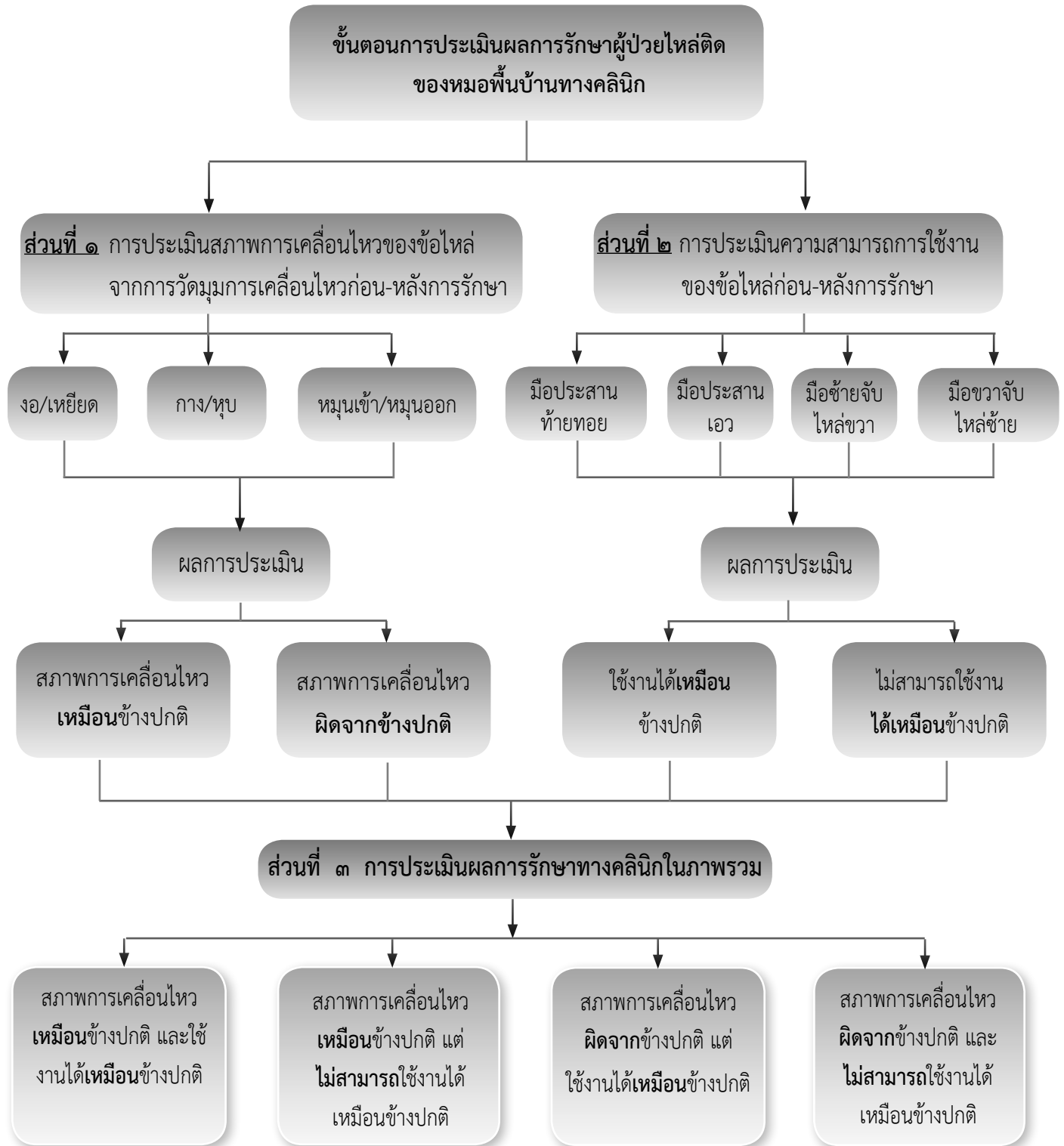
กลุ่มที่ ๑ สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เหมือนข้างปกติ และใช้งาน ได้เหมือนข้างปกติ

กลุ่มที่ ๒ สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ผิดจากข้างปกติ แต่ใช้งาน ได้เหมือนข้างปกติ

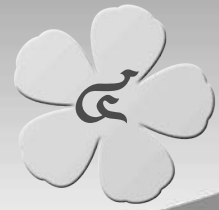
กลุ่มที่ ๓ สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เหมือนข้างปกติ แต่ไม่สามารถ ใช้งานได้เหมือนข้างปกติ

กลุ่มที่ ๔ สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ผิดจากข้างปกติ และไม่สามารถ ใช้งานได้เหมือนข้างปกติ

ซึ่งขั้นตอนการประเมินทั้ง ๒ ส่วนคือสภาพการเคลื่อนไหวและการใช้งานของข้อไหล่ แสดงตามแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิที่ ๒ ขั้นตอนการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยไหล่ติดของหมอนพื้นบ้านทางคลินิก



ผลการศึกษา

การศึกษาประสิทธิผลของหมอพื้นบ้านในการรักษาไห่ตืดทางคลินิก กรณีศึกษา หมอสุนทร นิมน้อม มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาภูมิหลังของหมอสุนทร นิมน้อม กระบวนการรักษาผู้ป่วยไห่ตืดและการประเมินผลการรักษาไห่ตืดของหมอพื้นบ้านทางคลินิก ผลการศึกษา แบ่งเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ การศึกษาภูมิหลังของหมอสุนทร

ส่วนที่ ๒ การศึกษากระบวนการรักษาไห่ตืดของหมอสุนทร

ส่วนที่ ๓ การประเมินผลการรักษาไห่ตืดของหมอพื้นบ้านทางคลินิก

มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ ๑ การศึกษาภูมิหลังของหมอพื้นบ้านรักษาไห่ตืด ประกอบด้วย

๑.๑ บริบทชุมชน

๑.๒ พื้นฐานของครอบครัวของหมอสุนทร

๑.๓ การสืบทอดองค์ความรู้

มีรายละเอียด ดังนี้

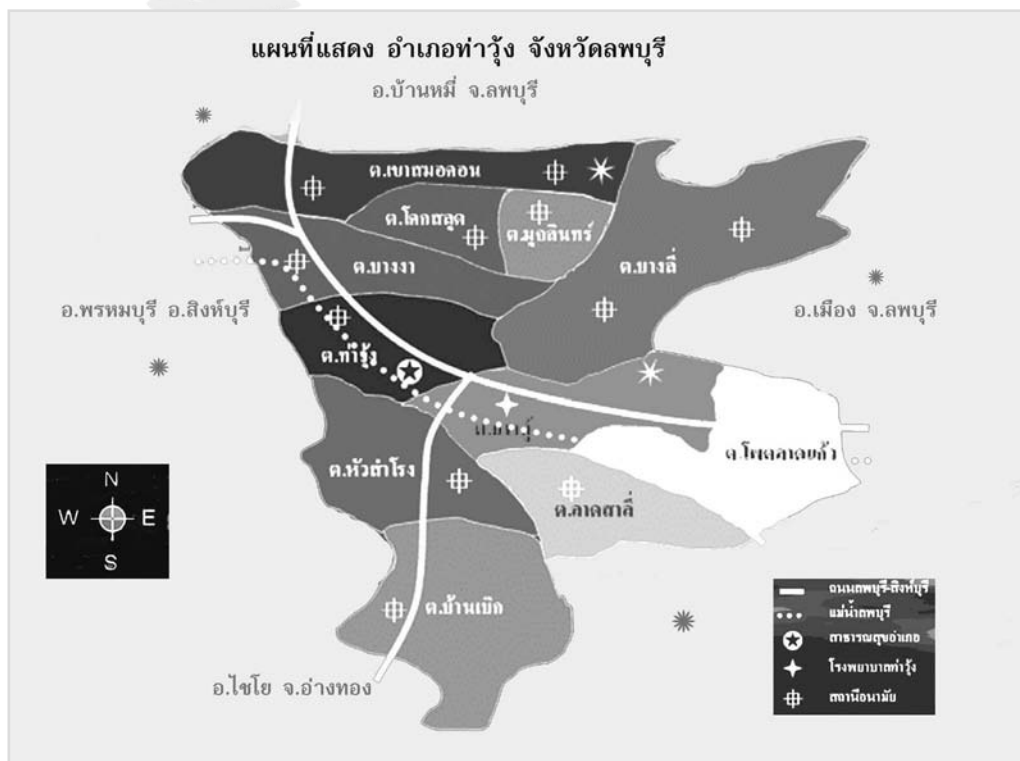
๑.๑ บริบทชุมชน

หมอสุนทร อาศัยอยู่ในตำบลบางคู้ อำเภอบางบัว จังหวัดลพบุรี จากข้อมูลการศึกษาพบว่า “บางคู้” เป็นชื่อที่ตั้งตามลักษณะลำน้ำไหลผ่านตำบล ซึ่งมีความคดเคี้ยวไปมา ดังคำโบราณเล่ากันว่า “ตำบลบางคู้มีมานานโบราณว่า ได้เอาคลองน้ำใช้ตั้งชื่อ ลำคลองน้ำนั้นเว้าคล้ายเขากะบือแต่ประชาชนใจซื่อไม่คดตามเหมือนนามคลอง” ในอดีตตำบลบางคู้ อุดมสมบูรณ์ในเรื่องการทำมาหากิน มีแม่น้ำลพบุรีไหลผ่าน การคมนาคมมีทั้งทางน้ำและทางบก ปัจจุบันการคมนาคมทางน้ำน้อยลงเพราะแม่น้ำตื้นเขิน และส่วนมากใช้ถนนแทน

พื้นที่ของตำบลบางคู้เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำลพบุรีไหลผ่านมีลำคลองบางคู้ และคลองชลประทานไหลผ่านขนานกัน พื้นที่เหมาะแก่การทำการเกษตรกรรม มีการแบ่งเขตเป็น ๑๕ หมู่บ้าน ๕๔ คุ้มบ้าน จำนวน ๑,๑๘๑ หลังคาเรือน ตำบลบางคู้ อยู่ห่างจากตัวเมืองจังหวัดลพบุรีเพียง ๑๑ กิโลเมตร เป็นชุมชนที่อยู่กึ่งกลางระหว่างจังหวัดลพบุรีและจังหวัดสิงห์บุรี และยังเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลท่าม่วงอีกด้วย โดยบ้านของหมอสุนทรอยู่ห่างจากโรงพยาบาลท่าม่วงเพียง ๓ กิโลเมตรเท่านั้น ซึ่งระยะทางไม่ไกลกันมากนักเหมาะสำหรับการติดต่อประสานงานระหว่างหมอสุนทรกับโรงพยาบาลท่าม่วง

อาณาเขตของตำบลบางคู้ทิศเหนือติดต่อกับตำบลบางลี่ ทิศใต้ติดต่อกับตำบลหัวสำโรง ตำบลลาดสาลี ทิศตะวันออกติดต่อกับตำบลโพตลาดแก้ว ทิศตะวันตกติดต่อกับตำบลท่าม่วง





ภาพที่ ๑๒ แผนที่สังเขป ตำบลบางคู อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี
ที่มา : โรงพยาบาลบางบาล, ๒๕๕๐

ข้อมูลอาชีพของประชาชนในตำบลบางคู ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงปลา เลี้ยงเป็ด เลี้ยงไก่ มีฐานะความเป็นอยู่ค่อนข้างดี ประชาชนในหมู่บ้านมีความรักสามัคคีกันเป็นอย่างดี อยู่กันอย่างสงบสุข คนสมัยก่อนไม่ว่าจะหนุ่มหรือสาวก็จะมีอาชีพหลัก คือ ทำนา อาชีพเสริม คือ รับจ้างต่าง ๆ แต่ในปัจจุบันสังคมได้เปลี่ยนไป ความเจริญทางวัตถุมีมากขึ้น ค่านิยม ความต้องการทางวัตถุถูกแพร่กระจายผ่านเข้ามาในสังคมชนบททำให้ชาวบ้านต้องดิ้นรนมากขึ้น เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งของที่อำนวยความสะดวกสบายต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ ตู้เย็น โทรศัพทมือถือ จักรยานยนต์ รถยนต์ คอมพิวเตอร์ จานดาวเทียม เครื่องปรับอากาศ เป็นต้น ดังนั้น สังคมเกษตรกรรมที่ทำมาหากินแบบพอเพียง จึงเปลี่ยนแปลงไปคนหนุ่มสาวที่ไม่ได้ศึกษาต่อในระดับสูงนิยมไปทำงานโรงงานกันมากขึ้น เนื่องจากรายได้ดี มีค่าล่วงเวลามีรถรับส่งถึงหน้าปากทางเข้าบ้านและสิ้นปีก็ยังมีโบนัสอีกด้วย ส่วนหนุ่มสาวที่ได้รับการศึกษาต่อในระดับสูงจะได้ทำงานรับราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราวในสถานที่ราชการ ส่วนคนวัยกลางคนและผู้สูงอายุก็จะยึดอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำสวนปลูกผักรับประทานเอง ถ้ามีเหลือก็เอาไปขายด้วย เช่น ชะอม ผักกาด ผักบุ้ง ค่ะน้า มะปราง มะม่วง เป็นต้น

ชาวบ้านในชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มโรงสีชุมชน ซึ่งหอสนุนทรได้เป็นประธาน
กรรมการโรงสีหมู่ ๑๓ กลุ่มปลูกข้าวพันธุ์ดีปลอดสารพิษ กลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ กลุ่มกองทุนออมทรัพย์
เพื่อการผลิต กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน (หมู่ ๑๕ ได้รับรางวัลกองทุนหมู่บ้านดีเด่น ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ระดับอำเภอ)
และกลุ่มส่งเสริมอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทยสอนลูกให้เยาวชน ส่งเสริมกลุ่มอาชีพ ได้แก่ กลุ่มน้ำพริก กลุ่มแปรรูป
ผลิตภัณฑ์จากผลไม้ กลุ่มทำพวงมาลัย กลุ่มจักสาน

ในชุมชนบางคู้ยังคงมีการพัฒนาทางด้านสังคมคือ มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๒ แห่ง ประปาหมู่บ้าน ๑๕ แห่ง หอกระจายข่าว ๗ แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ๑๕ แห่ง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ๑๕ แห่ง ศูนย์เทคโนโลยีเพื่อการเกษตร ๑ แห่ง

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มองค์กรต่างๆ ในตำบลบางคู้ ได้แก่เครือข่ายทำวัตรสวดใส่ร่วมใจพัฒนา ๑ กลุ่ม แกนนำต่อต้านยาเสพติด ตำบลบางคู้ ๑ กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ๑ กลุ่ม ชมรมออกกำลังกาย ๔ กลุ่ม กลุ่มสตรีอาสา ๑ กลุ่ม กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร ๑ กลุ่ม กลุ่มเกษตรกรทำนา ๑ กลุ่ม ฌาปนกิจสงเคราะห์ ๔ กลุ่ม กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ๑๕ กลุ่ม กลุ่มเยาวชน ๑ กลุ่ม ๑๕ หมู่บ้าน

วัดหลายแห่งที่เป็นสถานที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของคนในชุมชน ได้แก่ วัดท่าราบ วัดวิหารขาว วัดปากคลอง วัดพยัคฆาราม (วัดเสือ) รวมถึงโรงพยาบาลทำวัตรด้วย โดยแต่ละปีจะมีกิจกรรมในชุมชนต่าง ๆ เช่น กิจกรรมแห่เทียนพรรษาทางน้ำ การลอยกระทงจัดขึ้นในวัดทุกวัด การรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุจัดขึ้นที่โรงพยาบาลทำวัตร และกิจกรรมจักรยานแรลลี่ศึกษาของดีตำบลบางคู้

๑.๒ พื้นฐานครอบครัวของหมอสุนทร

หมอสุนทร เกิดวันที่ ๑๗ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๔๘๗ ปัจจุบันอายุ ๖๘ ปี เป็นชายรูปร่างใหญ่ สุขุม ภายนอกเหมือนคนดู แต่ถ้าได้รู้จักจะพบว่าเป็นคนที่มีจิตใจที่เต็มไปด้วยความเมตตาและ มีน้ำใจกับเพื่อนบ้านในชุมชน หมอสุนทรเป็นคนพูดน้อย พูดตรง การตอบคำถามจะเป็นเพียงแค่ประโยคสั้น ๆ ไม่ยืดเยื้อ การตอบคำถามที่ให้อธิบายเหตุผลจะไม่ยืดเยื้อ บางครั้งก็ไม่สามารถหาเหตุผลได้ได้คำตอบเพียงว่า “ไม่รู้” ภูมิลำเนาเดิมคือที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ๑๔ หมู่ ๑๓ ตำบลบางคู้ อำเภอกำแพง จังหวัดลพบุรี บ้านอยู่ห่างจากโรงพยาบาลทำวัตร ๓ กิโลเมตร หมอสุนทรจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ โรงเรียนวัดปากคลองบางคู้ สามารถอ่านออกเขียนได้ สถานภาพสมรส มีบุตร ๒ คน



ภาพที่ ๑๓ หมอสุนทร นิมน้อม

เป็นชาย ๑ คน หญิง ๑ คน ประกอบอาชีพหลักคือเป็นหมอพื้นบ้าน โดยตั้งเป็นสำนักแพทย์แผนไทยที่บ้านตัวเอง บ้านของหมอสุนทรเป็นบ้าน ๒ ชั้น ชั้นบนเป็นไม้ซึ่งเป็นที่นอนของหมอสุนทรและภรรยา ชั้นล่างเป็นปูนได้ต่อเติมเพิ่มขึ้น ที่หลังดำนอกเป็นครัวซีกล่าง ด้านในมีห้องที่เป็นที่พักของหลานชายและมีโถงกว้างทำเป็นสถานที่นวดโดย ยกสูงขึ้นจากพื้นประมาณ ๖๐ ซม. มีเบาะนวดวางเรียงกัน ๓ เบาะ อีกด้านหนึ่งยกพื้นสูงและมีเบาะนวดวางอีก ๑ เบาะ ตามขนาดสัดส่วนของห้อง รวมแล้วสามารถรองรับผู้ที่ต้องการนวดได้จำนวน ๔ คน โดยหมอสุนทรจะเป็นคนนวดเอง ๑ เตียง ที่เหลือมีผู้ช่วย ๒ คน คือภรรยาและลูกศิษย์ ถ้าวันไหนมีคนมานวดมาก ๆ ก็จะใช้อีกเบาะหนึ่งที่เหลือและเรียกกำลังเสริมได้จากลูกศิษย์ของหมอสุนทรที่อยู่ในเขตอำเภอกำแพงให้มาช่วย ซึ่งลูกศิษย์ของหมอสุนทรก็เต็มใจมาช่วยทุกครั้ง อาชีพรองของหมอสุนทรคือเกษตรกรกรรม ที่บ้านปลูกข้าวกินเอง แต่จ้างคนทำนา ตอนนั้นก็ทำนาปีละ ๒ ครั้งบนเนื้อที่ของตัวเองประมาณ ๑๐ กว่าไร่ ไม่มีโทรศัพท์บ้านมีแต่โทรศัพท์มือถือ เบอร์โทรศัพท์ ๐-๘๑๒๘-๖๕๗๐๙ รายได้จากการนวดต่อเดือนประมาณ ๑๐,๐๐๐ บาท ภรรยาเป็นหมอนวดพื้นบ้านเช่นเดียวกันโดยมีแรงจูงใจคืออยากช่วยเหลือสามีบ้าง แต่ภรรยามีได้ทำการรักษาอาการและดึงหลัง เดิมค่านวดที่คิดบริการที่บ้าน ๘๐ บาท/ชั่วโมง ปัจจุบันคิดเป็น ๑๐๐ บาท/ชั่วโมงแล้ว แต่ผู้ที่มารักษาไหล่ติดและดึงหลังจะไม่เรียกร้องค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น แล้วแต่ผู้ป่วย

จะให้ ซึ่งหมอสุนทรทำอย่างนี้มาตั้งแต่ต้นแล้ว หมอสุนทรไม่ใช้คาถา อาคม และน้ำมันดีใด ๆ ระหว่างการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย แต่มีข้อห้ามและข้อแนะนำให้ผู้ป่วย ในการปฏิบัติตัว ทางครอบครัวไม่ได้สืบทอดการรักษา มาจากบรรพบุรุษ หากแต่เป็นการเฝ้าหาและสนใจด้วยตัวของหมอสุนทรเองเท่านั้น บุตรทั้ง ๒ คนของ หมอสุนทรก็ไม่มีแนวคิดที่จะเป็นหมอพื้นบ้านด้วยเช่นกัน บุตรสาวคนโตเรียนจบ มัธยมศึกษาปีที่ ๓ แต่งงาน และเป็นแม่บ้านอยู่ที่จังหวัดตรัง ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว ส่วนลูกชายคนเล็กเรียนจบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) เทคโนโลยีละโว้ สาขาช่างยนต์ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใด เมื่อก่อนเคยทำงานที่อู่ซ่อมรถ แถวหมู่บ้าน ตัวหมอสุนทรเองคิดว่าครอบครัวของตนเองไม่มีปัญหา แต่บุตรชายคนเล็กขณะที่กำลังเข้าสู่ ช่วงวัยรุ่นได้ไปขายยาเสพติดหวังจะหาเงินมาซื้อจักรยานยนต์ใหม่ เนื่องจากพ่อไม่ซื้อให้ โดยที่ทางบ้านไม่รู้เรื่อง หลังจากนั้นไม่นานบุตรชายคนเดียวก็ถูกตำรวจจับเข้าคุก ทั้งครอบครัวตอนนี้มีอยู่กันแค่สามีภรรยา ๒ คน เท่านั้น หมอสุนทรได้บอกกับพวกเราว่า “ปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการที่ตนเองเป็นหมอพื้นบ้าน หากแต่เป็นการกระทำของแต่ละคน และจะทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด “

ในชุมชนท่าวังไม่มีใครที่สามารถแก้อาการและดึงสันหลังได้เหมือนหมอสุนทร มีเพียงแต่นวดแผนไทยเท่านั้น เนื่องจากหมอสุนทรเป็นหนึ่งในผู้ที่มีใบประกอบโรคศิลปะของอำเภوتاวังที่ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการและสาธารณสุขมากที่สุด เพราะอีกหนึ่งท่านมีอาชีพประจำเป็นอาจารย์อยู่แล้ว ทำให้หมอสุนทรเป็นที่รู้จักมีผู้ที่สนใจด้านแพทย์แผนไทย มีผู้มาขอมอบตัวศิษย์เป็นจำนวนมาก และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยหลายคน หมอสุนทรเป็นวิทยากรให้กับหน่วยงานสาธารณสุขเรื่องความรู้ด้านแพทย์แผนไทย การนวด และเป็นวิทยากรให้กับการศึกษาอบรมและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) หลักสูตรการนวดไทย ที่ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน ตำบลบางคู้ หมอสุนทรจะให้ความร่วมมือทุกครั้งไม่เคยปฏิเสธเลยแม้แต่ครั้งเดียว แม้ว่าจะไม่คุ้มกับรายได้ที่ต้องสูญเสียไปก็ตาม

๑.๓ การสืบทอดองค์ความรู้

หมอสุนทรบวชเรียนตอนอายุ ๒๑ ปี รวมระยะเวลา ๙ เดือน ณ วัดปากคลองบางคู้ ช่วงที่บวชเรียนได้รับความรู้การใช้ยาสมุนไพรจากพระครูสังวรโสภณ (มาก โอภาโส) เจ้าคณะอำเภوتاวัง เจ้าอาวาสวัดปากคลองบางคู้ ซึ่งท่านเป็นหมอรักษาโรคไข้ทับระดู โรคเลือด โดยหมอสุนทรมีหน้าที่เก็บสมุนไพรบริเวณวัด ซึ่งในสมัยก่อนมีต้นสมุนไพรต่าง ๆ จำนวนมาก เช่น สารภี บุนนาค สมอเถา สมอไทย ฝาง ฯลฯ แต่ปัจจุบันพบว่ามีเหลืออยู่น้อยมาก จากการที่เป็นผู้ช่วยท่านเจ้าอาวาสทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติมและได้รับการถ่ายทอดสูตรยารักษาโรคไข้ทับระดู แต่ไม่ได้รับการถ่ายทอดความรู้การรักษาโรคเลือด ภายหลังจากที่ได้รับความรู้จากหลวงพ่อ หมอสุนทรก็ได้นำไปรักษากับผู้ป่วยจริง พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนที่เป็นโรคเดียวกันไปฉีดยาแล้วเสียชีวิต ทำให้หมอสุนทรเกิดความภูมิใจและเริ่มสนใจสมุนไพรและแพทย์แผนไทย “ผมสนใจทางด้านนี้มานานแล้วแต่ไม่รู้ว่าจะไปเรียนที่ไหนจนกระทั่งหมอเฉลา ยังเจริญ อดีตแพทย์ตำบลบางคู้ ไปเรียนมาและชักชวนให้มาเรียนเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทยที่วัดชีป่าสิตาราม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยศึกษากับหมอนคร เขากสิพันธุ์ ในสมัยก่อนเป็นหมออยู่ที่ท่าพระจันทร์ กรุงเทพฯ” ตอนเริ่มเรียนหมอสุนทร อายุเกือบ ๔๐ ปี จบเภสัชกรรมแผนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ และจบเวชกรรมแผนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ โดยเรียนรู้นเดียวกับหมอเรวัตติ (อดีตผู้บริหารวัดชีป่าสิตาราม ปัจจุบันได้ถึงแก่กรรมแล้ว) เมื่อเรียนจบก็ได้มาช่วยงานนวดที่วัดชีป่าสิตารามก่อน ภายหลังภรรยาของหมอสุนทรก็ได้ไปเรียนนวด และได้ติดตามหมอสุนทรมาที่วัดชีป่าสิตารามด้วยเช่นกัน สองสามีภรรยาจะเดินทางโดยรถประจำทางและรถสองแถวที่ผ่านหน้าบ้าน ใช้เวลาในการเดินทางประมาณครึ่งชั่วโมงถึงวัดชีป่าสิตาราม ตัวของหมอสุนทรในระหว่าง

ที่ทำงานขนาดนั้นก็ได้รับความรู้ในการตั้งหลังจากหมอแสง ดิษเสตะ จังหวัดสิงห์บุรี เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มาขอคำแนะนำว่าให้ไปเรียนการตั้งหลัง เพราะเห็นว่าหมอสุนทรเป็นคนที่มีฝีมือดีใช้ได้คนหนึ่งจึงอยากให้มีความรู้ในเรื่องการตั้งหลังเพิ่มเติม หมอสุนทรจึงได้ไปขอฝากตัวเป็นศิษย์หมอแสง ดิษเสตะ โดยใช้เวลาร่วมเดือนที่อยู่วัดชีป่าสตาราม ไปหาหมอแสง ที่สิงห์บุรีเพื่อดูการตั้งหลังของหมอแสง รวมใช้เวลาประมาณ ๓ เดือน การศึกษาวิชาความรู้ในสมัยก่อนมิได้เป็นการเรียนแบบเป็นเรื่องเป็นราว หากเป็นเพียงแต่การดูสังเกตและการเป็นผู้ช่วยหมอ เป็นการเรียนรู้แบบครูปักหลักจำเท่านั้น โดยเริ่มแรกในการตั้งสันหลังหมอสุนทรได้เป็นหลักก่อน และเปลี่ยนมาเป็นคนตั้ง สุดท้ายได้เป็นคนกดหลัง เมื่อได้เรียนรู้การตั้งหลังจากหมอแสงแล้ว หมอสุนทรได้นำความรู้มารักษาผู้ป่วย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ

การถ่ายทอดความรู้ของหมอสุนทรให้ศิษย์ หมอสุนทรมีความต้องการที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกศิษย์ทุกคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลูกศิษย์เองว่ามีความสนใจที่จะรับการถ่ายทอดมากน้อยเพียงใด ผู้สนใจที่จะรับการถ่ายทอดต้องมีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตใจแน่วแน่ ละเว้นจากกิเลสทั้งปวง คือ รัก โลภ โกรธ หลง นอกจากนี้หมอสุนทรเห็นว่าการเรียนตั้งหลัง ผู้เรียนต้องมีพรสวรรค์ด้วย เหมือนกับที่หมอสุนทรเรียนมาได้ตั้งหลังประมาณ ๓-๔ ครั้ง สามารถทำได้แล้ว และสามารถปฏิบัติได้จนถึงทุกวันนี้ แต่กับลูกศิษย์บางคนอยู่กับหมอสุนทรมานาน ก็ยังไม่สามารถตั้งหลังได้ ซึ่งตอนนี้ยังไม่มีผู้ใดสามารถรับการถ่ายทอดวิชาตั้งหลังจากหมอสุนทรได้เลย

ส่วนที่ ๒ การศึกษากระบวนการรักษาโรคติดต่อของหมอสุนทร นิ่มน้อม

กระบวนการรักษาโรคติดต่อของหมอสุนทร ประกอบด้วย

๒.๑ การตรวจวินิจฉัย

- ๑) การซักประวัติ
- ๒) การตรวจร่างกาย

๒.๒ การรักษาโรคติดต่อ

- ๑) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคติดต่อ
- ๒) วิธีการรักษาโรคติดต่อ
- ๓) ผู้ป่วยที่ห้ามรักษา
- ๔) ระยะเวลาในการรักษา
- ๕) ข้อเสนอแนะ/การปฏิบัติตัวหลังการรักษาของผู้ป่วย
- ๖) ปัญหาอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ



๒.๑ การตรวจวินิจฉัย

เป็นขั้นตอนแรกของการรักษาโรคติดต่อของหมอพื้นบ้าน โดยแบ่งเป็น

๑) การซักประวัติ

สอบถามถึงประวัติความเป็นมา สาเหตุของอาการปวด ประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วย ที่มารับการรักษา ประวัติการรับประทานอาหารที่มีภาวะเสี่ยงต่อการปวดข้อ ปวดกระดูก เช่น อาหารจำพวกนมถั่วเหลือง เครื่องดื่มที่ใส่คอเฟอีนเมต หนังกไก่ หนังกเป็ด และอาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูง

หมอพื้นบ้านเล่าให้ฟังว่า “มีผู้ป่วยมาหาผมที่บ้านถามว่า ปวดก้นคอ นวดฝ่าเท้าหายไหมหมอ ผมบอกมันจะนวดก็พันครั้งก็ไม่หายให้มันงอกออกมาใหม่อีกก็ไม่หายไปเอาฟิล์มมาดู ก็ปรากฏว่ามีแคลเซียมงอกมาที่ข้อต่อสอบถามได้ว่าผู้ป่วยเคยประสบอุบัติเหตุสลับไป ๒ วัน ก็ขอเตือนว่าบางอย่างคนที่ไม่รู้เรื่องกันจริงมันก็ปวดกันส่งเดช และไอ้เนี่ยอีกอย่าง ไอ้พวกหมอที่มาเดินขายยาตามบ้านบอกว่าเป็นหมอนรองกระดูกเคลื่อนกินยาหม้อละ ๓,๐๐๐ บาท ๓ วันหายและให้กินน้ำอุ่นแดง ความจริงถ้าไม่ดึงให้เข้าที่ก็ไม่หายโรคติดต่อก็เหมือนกันมาแก้ที่ปลายเหตุเอายามาให้กินก็ไม่หาย หนังก ๆ เข้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงตามข้อก็ตีบที่นั่นมันมีปัญหาที่ข้อต่อทำให้ขยับนิดยับหน่อยจะปวดมาก เคยมีคนเป็นแบบนี้ ยกตัวอย่างเมียจำนิตมันอีกเสบไปกินยาแก้ก็เสบ หน้าบวมมาเลย แล้วเวลากจะเจ็บมาก”

๒) การตรวจร่างกาย

หมอพื้นบ้านสังเกตผู้ป่วยโดยเริ่มจากท่าทางที่เดินเข้ามารับการรักษา ความผิดปกติของท่าเดิน การแกว่งแขน ความเป็นธรรมชาติในการใช้อวัยวะ และสีหน้าของผู้ป่วย เมื่อทำการรักษาจะตรวจดูลักษณะการผิดปกติของข้อไหล่ การยุบตัวและการบวมของกระดูกแผ่นหลังที่สัมพันธ์กับการยกแขนและการเคลื่อนไหวของหัวไหล่ บางรายที่มีฟิล์มเอกซเรย์มาด้วยก็จะดูฟิล์มประกอบ

หมอพื้นบ้านเล่าว่า “เวลาที่คนโรคติดส่วนมากเจ็บที่หัวไหล่และมันจะอักเสบลงมาบริเวณกล้ามเนื้อ ตรงสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูน ที่มันบังคับการยกและจะทำให้ไม่มีแรง วิธีแก้คือแก้ที่กล้ามเนื้อบริเวณสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูน ที่บังคับกล้ามเนื้อให้มันคลายและจับแขนให้ยกขึ้นมา คนที่ยกไม่ขึ้นก็ให้ค่อย ๆ ยกทีละน้อยไม่ใช่ทีเดียวแล้วหายหน้าไปเลยเพราะมันเจ็บ อีกพวกที่โรคติดมีสาเหตุจากการยกคอแล้วลงตามแนวท้องแขน ไม่ใช่กล้ามเนื้อที่บังคับการยกมันเป็นช่วงล่างเวลาปวดก็ปวดที่ช่วงแขน”

หมอพื้นบ้านได้ตรวจร่างกายเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีอาการติดของข้อไหล่อันใด (หน้า/หลัง) โดยให้ผู้ป่วยลองยกแขนขึ้น

อาการติดด้านหน้า คือ ผู้ป่วยไม่สามารถยกแขนขึ้นด้านหน้าแนบหูได้

อาการติดด้านหลัง คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเอามือไขว้หลังได้หรือไขว้แล้วมีอาการปวดมาก



ภาพที่ ๑๔ การตรวจดูลักษณะแผ่นหลัง



ภาพที่ ๑๕ การตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยยกแขน



๒.๒ การรักษาไหล่ติด ประกอบด้วย

๑) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยไหล่ติด

- ให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิง เนื่องจากขณะทำการรักษาต้องมีการจับแขนของผู้ป่วยไขว้หลัง

- ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อลดความเครียด (ในรายที่มีความวิตกกังวล) หมอสูนทรจะบอกผู้ป่วยว่า “ไม่เจ็บมากหรอกนะ” เพื่อคลายความกังวลถ้าเป็นผู้ป่วยที่ต้องรักษานาน จะให้กำลังใจว่ามีโอกาสที่สามารถใช้งานได้ในชีวิตประจำวันไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่นถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยไหล่ติดจะสามารถกลับมาเป็นใหม่ได้อีก ส่วนของการรักษาถ้าผู้ป่วยถามว่าเจ็บมากไหม หมอสูนทรก็จะพูดติดตลกว่า “เจ็บไม่มากหรอกเจ็บคนเดียว”

๒) วิธีการรักษาไหล่ติด

- กรณีข้อไหล่ติดด้านหน้า หมอสูนทรจะกดบริเวณกล้ามเนื้อรอบสะบัก โดยกดไล่จากขอบล่างของสะบัก ขึ้นไปทางด้านบน ใช้เวลากดประมาณ ๑๐ วินาที นับ ๑ – ๑๐ หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยลองยกแขนขึ้นแนบหู เพื่อดูว่ายกขึ้นได้มากน้อยเพียงใด

- กรณีไหล่ติดด้านหลัง หมอสูนทรจะจับมือผู้ป่วยไขว้หลัง บิดบริเวณต้นแขนเล็กน้อย และจับปลายแขนขึ้น พร้อมกับนวดคลายกล้ามเนื้อด้านหน้าข้อไหล่ หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วย ยกแขนขึ้นแนบหู โดยประสานมือทั้งสองข้าง หันหลังมือเข้าหาลำตัว และยกขึ้นเหนือศีรษะ

ขั้นตอนสุดท้าย หมอสูนทรจะมีการใช้น้ำมันสูตรเย็น ส่วนผสมของเมลลทอล พิมเสน การบูร อัตราส่วน ๒:๑:๑ และผสมยูคาลิปตัส ๒ ซ่อนโต๊ะ ทาบริเวณที่นวดเพื่อลดอาการปวด



ภาพที่ ๑๖ การรักษากรณีข้อไหล่ติดด้านหน้า



ภาพที่ ๑๗ การรักษากรณีข้อไหล่ติดด้านหลัง



ภาพที่ ๑๘ การยกแขนของผู้ป่วยหลังการรักษา

จากการรักษาไหล่ติดดังกล่าวข้างต้นหมอสุนทรมีหลักในการรักษาผู้ป่วยไหล่ติดคือต้องการช่วยเหลือคนที่หมดโอกาสจากการรักษาแบบแผนปัจจุบันหรือคนที่ไม่มีโอกาสได้รับการรักษาที่ดีเป็นสิ่งที่ภูมิใจที่สุดของหมอสุนทร รักษาแบบไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ส่วนหนึ่งมาจากความเชื่อที่คิดกลัวว่าจะเข้าตนเองเพราะเห็นตัวอย่างจากหมอแสงซึ่งเป็นหมอดึงหลัง แต่สุดท้ายก็เป็นสันหลังเคลื่อน หลังคด หมอสุนทรจึงยึดถือคุณธรรมในการเป็นหมอพื้นบ้าน ต้องละเว้นจากกิเลสทั้งหลายทั้งปวงได้ คือ รัก โลภ โกรธ หลง

จากหลักการดังกล่าว หมอสุนทรได้นำความรู้ไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อในชุมชน ดังนี้

ผู้ป่วยรายแรกของหมอสุนทรเป็นโรคไข้ทับระดู ในสมัยก่อนรักษาค่อนข้างยาก และการฉีดยาอาจทำให้ถึงแก่ความตายได้ หมอสุนทรได้ทำการรักษาโดยใช้วิชาความรู้ที่ได้เรียนจากหลวงพ่อดาบสคองบางคู้ ซึ่งเคยบวชเป็นพระอยู่ในขณะนั้นรักษาโดยการรับประทานยาเพียง ๑ วัน อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยดังหลังเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการนวดที่ วัดชีป่าสิตารามแล้วมีอาการปวดหลังร่วมด้วย เนื่องจากเกิดอุบัติเหตุขณะพลิกตัวกลับหลังเตะตะกร้อ อาการดีขึ้นมากในระยะเวลาอันสั้นประมาณ ๑ - ๒ วัน เนื่องจากชีวิตการเริ่มต้นของการเป็นหมอพื้นบ้านของหมอสุนทรได้เริ่มที่วัดชีป่าสิตาราม ซึ่งสถานที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ทำให้ในช่วงแรกเริ่มหมอสุนทรจึงไม่ได้เป็นที่รู้จักในชุมชนตำบลบางคู้เท่าไรนัก หมอสุนทรได้พูดถึงคนในชุมชนว่า “คนแถวนี้ไม่ค่อยได้สนใจด้านการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง อย่างที่มาเรียนนวดก็มีคนมาลงชื่อมากมาย บางคนมาถึงก็บอกว่าจะให้สอนแก้อาการเลย ก็บอกมันไปว่ามึงยังไม่รู้อะไรเลยจะให้มาแก้อาการเลย คุณติดคุกแน่ นี่กว่ามันง่าย เห็นผมทำแป๊บเดียวหาย ก็เลยอยากจะทำมั่ง”

ประสบการณ์และการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่วัดชีป่าสิตาราม ซึ่งสมัยนั้นเป็นวัดที่มีชื่อเสียงมากทางด้านการแพทย์แผนไทย ทำให้หมอสุนทรเป็นหมอพื้นบ้านที่เป็นที่รู้จักของบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ที่มาใช้บริการในตอนนั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในเมืองลพบุรี คนกรุงเทพฯ และคนจากต่างจังหวัด หมอสุนทรใช้เวลาเป็นหมอพื้นบ้านอยู่ที่วัดชีป่าสิตารามมาถึง ๑๐ ปี แล้วกลับมาเปิดสำนักแพทย์แผนไทยนวดที่บ้าน โดยบอกเหตุผลสั้น ๆ ว่าตอนที่ตัดสินใจมาเปิดนวดที่บ้าน สาเหตุก็มาจากตู้บริจาคที่วางอยู่ตรงเตียงนวดของแต่ละคน ซึ่งก็อาจคิดสงสัยได้ว่าตู้บริจาคที่เอามาตั้งนั้นนำผลประโยชน์มาให้กับใครและมีความโปร่งใสหรือไม่ จึงนำมาสู่ความไม่เข้าใจและขัดแย้งทางความคิดของหมอสุนทร จึงขอลาออกมาเพื่อเปิดนวดที่บ้านของตนเอง รวมระยะเวลาจนถึงปัจจุบันก็ได้ ๑๐ ปีแล้ว ช่วงที่มาอยู่ที่บ้านใช้เวลา ๔-๕ ปีกว่าจะได้รับการยอมรับจากชุมชน คนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่หมอสุนทรให้บริการแก้อาการและดั่งสันหลังฟรี แต่จะรู้เพียงว่าหมอสุนทรเปิดให้บริการนวดโดยคิดเงินเท่านั้น การถ่ายทอดความรู้ของหมอสุนทร ส่วนใหญ่จะได้รับเชิญจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การศึกษานอกโรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสาธารณสุข ในการเป็นวิทยากรสอนการแพทย์แผนไทยและการนวดจึงได้มีลูกศิษย์มากมายหลายรุ่น และเมื่อลูกศิษย์ได้แยกย้ายไปทำมาหากิน จะแนะนำผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องปวดหลัง ปวดเข่า ปวดไหล่มาให้หมอสุนทรรักษา

เนื่องจากหมอสุนทรเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดั่งสันหลังและแก้อาการปวดต่าง ๆ ผู้ป่วยของหมอสุนทรส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยจากตำบลอื่น ๆ มากกว่าคนในพื้นที่ บางรายมาจากต่างจังหวัด เช่น พระนครศรีอยุธยา กรุงเทพฯ เป็นต้น หมอสุนทรเคยได้รับเชิญให้ไปสอนเรื่องการแพทย์แผนไทยที่สถาบันราชภัฏเทพสตรีและได้รับการคัดเลือกจากศึกษาธิการอำเภอทำวุ้งให้เป็นตัวแทนอำเภอทำวุ้งเพียง ๑ คนให้เข้ารับการประกาศเกียรติคุณจากศูนย์วัฒนธรรมจังหวัดลพบุรี สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดลพบุรี ภูมิปัญญาท้องถิ่นจังหวัดลพบุรี สาขากการแพทย์แผนไทยประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยเหตุผลที่คิดว่าถูกเสนอชื่อเพราะเคยได้แก้อาการให้ศึกษาธิการตอนนั้นด้วย อีกทั้งจากการช่วยเหลือและแก้อาการให้กับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่เป็นคนดังได้ เช่น พี่ชายของผ่องศรี ธารามูมิ และนายอำเภอทำวุ้ง และเป็นที่สนใจและศึกษาดูงานของภรรยาผู้ว่าราชการจังหวัดลพบุรีในเรื่องการเรียนนวดไทยด้วย

หมอสุนทร ได้ให้ข้อมูลว่าผู้ช่วยของหมอสุนทรคือภรรยา อีกหนึ่งคนเป็นลูกศิษย์ที่มาทำงานที่บ้านของตนเอง ไม่ใช่คนอื่นคนไกลเลยพบว่าในชุมชนทำวุ้งไม่มีใครที่สามารถแก้อาการและดั่งสันหลังได้เหมือนหมอสุนทร มีเพียงแต่นวดแผนไทยเท่านั้น เนื่องจากหมอสุนทรเป็นหนึ่งในผู้ที่มีใบประกอบโรคศิลปะของอำเภอทำวุ้งที่ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการและสาธารณสุขมากที่สุด เพราะหมอพื้นบ้านอีกท่านหนึ่งมีอาชีพ

ประจำเป็นอาจารย์อยู่แล้ว ทำให้หมอสุนทรเป็นที่รู้จักในผู้ที่สนใจด้านการแพทย์แผนไทยและมีผู้มาอบตัวศิษย์เป็นจำนวนมากรวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกหลายคน หมอสุนทรเป็นวิทยากรให้กับหน่วยงานสาธารณสุขเรื่องความรู้ด้านแพทย์แผนไทย การนวด และเป็นวิทยากรให้กับการศึกษาออกโรงเรียน หลักสูตรการนวดไทยที่ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนตำบลบางคู้ หมอสุนทรจะให้ความร่วมมือทุกครั้งไม่เคยปฏิเสธ แม้ว่าจะไม่คุ้มกับรายได้ที่ต้องสูญเสียไปก็ตาม

ผู้ป่วยที่ภาคภูมิใจมากที่สุด

ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งหมอสุนทรจำชื่อไม่ได้บ้านอยู่ตำบลโก่งธนู อำเภอมือง จังหวัดลพบุรี ขณะนั้นหมอสุนทรยังเรียนและสอนนวดแผนไทยอยู่ที่วัดชีป่าสิตาราม ตำบลทะเลชุบศร อำเภอมือง จังหวัดลพบุรี ลูกศิษย์หมอสุนทรรักษาอยู่ และบอกว่าผู้ป่วยเป็นอัมพาต ซึ่งได้รักษาตามที่ได้ต่าง ๆ มา ๕ - ๖ เดือนแล้ว หมอสุนทรจึงให้ผู้ป่วยลองยกแขนทั้งสองข้าง ผู้ป่วยสามารถยกขึ้นได้ แสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นอัมพาต หมอสุนทรได้ซักประวัติผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยถูกสามีตีที่หลังขณะนอนหลับ (ในลักษณะนอนคว่ำ) หมอสุนทรจึงบอกผู้ป่วยว่าไม่ได้เป็นอัมพาตแต่เป็นหมอนรองกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท จึงให้การรักษาโดยการดัดกระดูกสันหลังและให้ยาไปรับประทาน คือ ยาอัมพาตเม็ด ๑ กล่อง ธรณีสันตฆาตน้อย ๑ กล่อง หมอสุนทรดัดกระดูกสันหลังผู้ป่วยรายนี้อยู่ ๒ ครั้ง และให้ยาไปรับประทานเป็นเวลา ๑ เดือน หลังจากนั้นประมาณ ๑ เดือนผู้ป่วยก็สามารถเดินมาหาหมอสุนทรได้เอง แล้วยกมือไหว้หมอสุนทร หมอสุนทรจึงพูดให้กำลังใจว่าผู้ป่วยโชคดีที่มาเจอหมอสุนทรก่อน ไมอย่างนั้นคงพิการตลอดชีวิต หมอสุนทรจึงภาคภูมิใจอย่างมากที่ทำให้คนที่หมดโอกาสกลับมามีโอกาสได้อีกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยก็รู้สึกดีใจที่สามารถกลับมาเดินได้อีกครั้งเช่นกัน

ผู้ป่วยที่ทำให้รู้สึกเสียใจมากที่สุด

หมอสุนทร ได้ให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยที่ทำให้รู้สึกเสียใจที่สุด คือ ชื่อนางบุญเกิด จำนวนสกุลไม่ได้ อายุ ๗๔ ปี อยู่ตำบลจระเข้ร้อง อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดหลังรักษาที่โรงพยาบาลหลายครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท หมอสุนทรจึงรักษาโดยการดัดกระดูกสันหลัง ครั้งแรกสามารถดัดกระดูกเข้าที่ดีแล้วแต่ผู้ป่วยยังกลับไปทำงานหนักอีกและกลับมาหาหมอสุนทรอีกครั้ง หมอสุนทรจึงดัดกระดูกสันหลังให้เข้าที่และห้ามไม่ให้ผู้ป่วยทำงานหนักอีก เพราะจะทำให้กระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทอีก มิฉะนั้นต้องไปรับการรักษาโดยการผ่าตัด หลังจากนั้นประมาณ ๑ เดือนญาติของนางบุญเกิดมาหาหมอสุนทรและบอกว่าผู้ป่วยไปผ่าตัดแล้วเสียชีวิต หมอสุนทรจึงรู้สึกเสียใจมากที่สุดที่แนะนำสิ่งที่ดี ๆ ให้ แต่ผู้ป่วยกลับต้องเสียชีวิต

๓) ผู้ป่วยที่ห้ามรักษา

- ผู้ป่วยที่มีอาการปวดบวมแดงร้อน
- ผู้ป่วยที่ผ่าตัดตามหลัก
- ผู้ป่วยที่กระดูกหัก หรือสงสัยว่ามีกระดูกหัก



๔) ระยะเวลาในการรักษา

หมอนสุนทรจะใช้เวลาในการรักษาอาการต่อรายไม่เกิน ๕ นาที บางรายเป็นมากอาจใช้เวลารักษานานกว่านี้ประมาณ ๑๐-๑๕ นาที คือ รายที่มีความผิดปกติของระบบสมองร่วมด้วย เช่น โรคอัลพุกซ์ โดยทั่วไปแล้วจากการประเมินของหมอนสุนทร ผู้ป่วยที่มีไหล่ติดทั่วไปการรักษาจะใช้เวลาประมาณ ๑ สัปดาห์ ถึง ๑ เดือน แล้วแต่ความรุนแรงของอาการ ใน ๑ สัปดาห์ควรมารักษาอย่างน้อย ๑-๒ ครั้ง

๕) ข้อเสนอแนะ/การปฏิบัติตัวหลังการรักษาผู้ป่วย

หลังการรักษาหมอนสุนทรจะแนะนำผู้ป่วย ดังนี้

- ควรมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ต้องกลับไปฝึกกายบริหารเป็นประจำเพื่อป้องกันการเกิดไหล่ติดซ้ำ ท่าที่แนะนำ คือ ท่าที่ ๑ ท่าไต่กำแพง/เสา วิธีการ คือ ให้ผู้ป่วยหันหน้าหรือหันข้างเข้ากำแพง/เสา ยกมือข้างที่ไหล่ติดขึ้นไต่ตามกำแพง/เสา ค่อย ๆ ขยับตัวเข้าไปชิดกำแพง/เสามากที่สุด ท่าที่ ๒ ให้ผู้ป่วยประสานมือทั้งสองข้าง หันหลังมือเข้าหาลำตัว และยกขึ้นเหนือศีรษะ
- งดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อย่างรุนแรง
- ข้อห้ามในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดยูริกสูง จำพวกนมถั่วเหลือง เครื่องดื่มที่ใส่คอเฟอีน อาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูง หนังกุ้ง หนังกุ้ง และผักจำพวกกระเทียม ชะอม สะตอ เป็นต้น เนื่องจากทำให้มีก้อนไปจับที่ข้อและทำให้ปวด

๖) ปัญหาอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วยไหล่ติด

- ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและไม่สามารถหยุดงานมาได้บ่อย ๆ และเหตุผลต่าง ๆ เช่นบางคนบอกว่าเจ็บมาก เช็ดแล้ว ไม่อยากมาอีก
- ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของหมอนพื้นบ้านทำให้เกิดไหล่ติดขึ้นได้อีก
- ผู้ป่วยบางรายมีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วยต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานทำให้ผลการรักษายังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรในระยะเวลาอันสั้น
- หลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว หากกลับไปทำงานหนักเหมือนเดิมจึงทำให้อาการปวดไหล่กลับมาเป็นได้อีก

ส่วนที่ ๓ การประเมินผลการรักษาไหล่ติดของหมอนพื้นบ้านทางคลินิก ประกอบด้วย

๓.๑ ภูมิหลังผู้ป่วยไหล่ติด

๓.๒ สาเหตุการบาดเจ็บและอาการแสดง

๓.๓ การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ก่อนรักษาเทียบกับหลังรักษา

๓.๔ การประเมินความสามารถการใช้งานของข้อไหล่ก่อนรักษาเทียบกับหลังรักษา

๓.๕ การประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิกในภาพรวม

โดยผลการศึกษามีรายละเอียดในแต่ละส่วน ดังนี้

๓.๑ ภูมิหลังผู้ป่วยไหล่ติด ภูมิหลังของผู้ป่วยไหล่ติด จำนวน ๔๐ คน ที่มารับการรักษาจากหมอสมุนไพรพบว่า

เพศ จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน ๔๐ ราย พบว่าเป็นเพศหญิง ๒๑ ราย เพศชาย ๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๕ และ ๔๗.๕ ตามลำดับ

อายุ อายุของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง ๔๐-๗๐ ปี จำนวน ๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๐ ช่วงอายุมากกว่า ๗๐ ปี จำนวน ๗ ราย และน้อยกว่า ๔๐ ปี และ ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕ และ ๒.๕ ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยไหล่ติดจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ มากที่สุด จำนวน ๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๕ รองลงมาจบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) /ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) จำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐ และจบปริญญาตรีน้อยที่สุดมีเพียง ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๕

อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน ๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ รองลงมาคือ กลุ่มเกษตรกร จำนวน ๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๕ และพบน้อยที่สุดคือ กลุ่มข้าราชการมีเพียง ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๕

รายได้ ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มียาได้ต่อเดือนน้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท จำนวน ๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕ รองลงมาคือ ๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ และพบน้อยที่สุดคือกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า ๑๕,๐๐๐ บาท จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๕

สิทธิการรักษาของผู้ป่วยไหล่ติด ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage :UC) จำนวน ๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕ รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีสิทธิราชการจำนวน ๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๕ สิทธิประกันสังคมจำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๕ และสิทธิอื่น ๆ จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๕ ตามรายละเอียดในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของภูมิหลังของผู้ป่วยไหล่ติดที่มารักษาที่หมอสมุนไพร

ภูมิหลังของผู้ป่วยไหล่ติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๑. เพศ		
ชาย	๑๙	๔๗.๕
หญิง	๒๑	๕๒.๕
รวม	๔๐	๑๐๐
๒. อายุ		
น้อยกว่า ๔๐ ปี	๑	๒.๕
๔๐-๗๐ ปี	๓๒	๘๐.๐
มากกว่า ๗๐ ปี	๗	๑๗.๕
รวม	๔๐	๑๐๐



ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของภูมิหลังของผู้ป่วยโรคติดต่อที่มารักษากับหมอชนบท (ต่อ)

ภูมิหลังของผู้ป่วยโรคติดต่อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๓. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	๓๐	๗๕.๐
มัธยมศึกษาตอนต้น	๒	๕.๐
มัธยมศึกษาตอนปลาย	๓	๗.๕
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	๔	๑๐.๐
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)		
ปริญญาตรี	๑	๒.๕
รวม	๔๐	๑๐๐
๔. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้าน	๑๓	๓๒.๕
เกษตรกร	๑๑	๒๗.๕
รับจ้าง	๔	๑๐.๐
ค้าขาย	๙	๒๒.๕
ธุรกิจส่วนตัว	๒	๕.๐
รับราชการ	๑	๒.๕
รวม	๔๐	๑๐๐
๕. รายได้		
น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท	๒๕	๖๒.๕
๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ บาท	๘	๒๐.๐
๑,๐๐๐-๑๕,๐๐๐ บาท	๔	๑๐.๐
มากกว่า ๑๕,๐๐๐ บาท	๓	๗.๕
รวม	๔๐	๑๐๐
๖. สิทธิการรักษา		
ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	๒๕	๖๒.๕
สิทธิราชการ	๑๑	๒๗.๕
ประกันสังคม	๓	๗.๕
อื่น ๆ	๑	๒.๕
รวม	๔๐	๑๐๐

๓.๒ สาเหตุการบาดเจ็บและอาการแสดง

สาเหตุการบาดเจ็บและอาการแสดงของผู้ป่วยไหล่ติดที่มารักษากับหมอนสุนทร พบว่า ผู้ป่วยที่มารักษากับหมอนสุนทร ส่วนใหญ่ไหล่ข้างที่ติด เป็นไหล่ขวา ๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๐ และเป็นข้างซ้าย จำนวน ๑๔ รายคิดเป็นร้อยละ ๓๕.๐

ไหล่ติดกับข้างที่ถนัด พบว่าส่วนใหญ่ไหล่ติดเป็นข้างที่ผู้ป่วยถนัดจำนวน ๒๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๕ และคนละข้างกับไหล่ที่ถนัดจำนวน ๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๐

สาเหตุการเกิดไหล่ติด ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดจำนวน ๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๕ สาเหตุมาจากการเป็นเบาหวานจำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๐ จากอุบัติเหตุรถยนต์หรือจักรยานยนต์ จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๐ อุบัติเหตุทั่วไปจำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๐

อาการและอาการแสดง แรกรับผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการปวดจำนวน ๓๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๕ และมาด้วยอาการชาจำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๕ รายละเอียดดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของอวัยวะที่บาดเจ็บ จากสาเหตุการบาดเจ็บและอาการแสดงของผู้ป่วยไหล่ติด

สาเหตุอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๑. ไหล่ข้างที่ติด		
ไหล่ขวา	๒๖	๖๕.๐
ไหล่ซ้าย	๑๔	๓๕.๐
รวม	๔๐	๑๐๐
๒. ไหล่ติดกับข้างที่ถนัด		
ไหล่ติดข้างที่ถนัด	๒๗	๖๗.๕
ไหล่ติดข้างที่ไม่ถนัด	๑๓	๓๒.๕
รวม	๔๐	๑๐๐
๓. สาเหตุการบาดเจ็บ		
ไม่ทราบสาเหตุ	๒๒	๕๕.๐
อุบัติเหตุรถ	๔	๑๐.๐
อุบัติเหตุทั่วไป	๒	๕.๐
โรคเบาหวาน	๑๒	๓๐.๐
รวม	๔๐	๑๐๐
๔. อาการและอาการแสดง		
ปวด	๓๗	๙๒.๕
ชา	๓	๗.๕
รวม	๔๐	๑๐๐



๓.๓ การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ก่อนรักษาเทียบกับหลังรักษา

จากการวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และทดสอบการใช้งานผู้ป่วยไหล่ติดจำนวน ๔๐ ราย สามารถสรุปผลการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ก่อนและหลังการรักษาได้ ดังนี้

- ผลการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่รวมทุกท่า พบว่าผู้ป่วยไหล่ติดหลังรักษามีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติจำนวน ๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๕ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษาพบว่าผู้ป่วยไหล่ติด มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติเพียง ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๐ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลังรักษาผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติได้เพิ่มขึ้น ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ เมื่อเทียบกับก่อนรักษา

ในขณะที่ผลการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่หลังรักษามีสภาพการเคลื่อนไหวไม่เหมือนข้างปกติ ๒๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๕ และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยไหล่ติดจำนวน ๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ผิดปกติลดลง ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา

เมื่อพิจารณาในแต่ละท่า จากการศึกษาค่าการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ โดยการวัดมุมก่อนและหลังการรักษาโดยเทียบกับค่าปกติตามเกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์การประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

ท่าอข้อไหล่ (Flexion) พบว่าก่อนรักษาผู้ป่วยสามารถอข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ จำนวน ๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๕ หลังการรักษาผู้ป่วยงอได้เหมือนข้างปกติ ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ แสดงให้เห็นว่าหลังรักษาผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติเพิ่มขึ้น ๙ ราย เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕

ท่าเหยียดข้อไหล่ (Extension) ก่อนการรักษาผู้ป่วยทุกรายสามารถเหยียดแขนได้เหมือนข้างปกติ และหลังการรักษาก็เช่นเดียวกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ไหล่ติดไม่มีผลกระทบต่อท่าเหยียดแขนของผู้ป่วย

ท่ากางข้อไหล่ (Abduction) พบว่าก่อนการรักษาผู้ป่วยสามารถกางข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ เพียง ๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๕ หลังรักษาผู้ป่วยสามารถกางข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติมีจำนวน ๒๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๕ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถกางข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติเพิ่มขึ้น ๙ ราย เมื่อเทียบกับก่อนการรักษาคิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕ ในทางเดียวกันกับผลการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่ากางข้อไหล่ หลังรักษาพบผู้ป่วยที่มีสภาพการเคลื่อนไหวผิดปกติจากข้างปกติ ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยไหล่ติดที่มีสภาพการเคลื่อนไหวผิดปกติจากข้างปกติ จำนวน ๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๐ แสดงให้เห็นว่า หลังการรักษาผู้ป่วยมีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่ากางข้อไหล่ผิดปกติลดลง

ท่าหุบข้อไหล่ (Adduction) ก่อนการรักษาผู้ป่วยสามารถหุบข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติทุกราย และหลังการรักษาก็เช่นเดียวกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไหล่ติดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบต่อท่าหุบข้อไหล่

ท่าหมุนข้อไหล่เข้าด้านใน (Internal rotation) พบว่าก่อนการรักษาผู้ป่วยสามารถหมุนข้อไหล่เข้าด้านในได้เหมือนข้างปกติ ๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๕ หลังรักษาผู้ป่วยสามารถหมุนข้อไหล่เข้าด้านในได้เหมือนข้างปกติ ๓๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๕ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถหมุนข้อไหล่เข้าด้านในได้เพิ่มขึ้น ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕

ในขณะที่ก่อนการรักษา ผู้ป่วยหมุนข้อไหล่เข้าด้านในได้ต่างจากข้างปกติ ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕ หลังการรักษาผู้ป่วยสามารถหมุนข้อไหล่เข้าด้านในได้ต่างจากข้างปกติ ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๕ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถหมุนข้อไหล่เข้าด้านในต่างจากข้างปกติลดลง

ท่าหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก (External rotation) พบว่าก่อนการรักษามีผู้ป่วยสามารถหมุนข้อไหล่ออกด้านนอกได้เหมือนข้างปกติ เพียง ๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕ หลังการรักษาพบว่ามีผู้ป่วยสามารถหมุนข้อไหล่ออกด้านนอกเหมือนข้างปกติ ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถหมุนข้อไหล่ออกด้านนอกได้เพิ่มขึ้น ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๐

ก่อนการรักษาพบว่ามีผู้ป่วยไม่สามารถหมุนข้อไหล่ออกด้านนอกได้เหมือนข้างปกติถึง ๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕ หลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถหมุนข้อไหล่ออกด้านนอกได้เหมือนข้างปกติ ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหมุนข้อไหล่ออกด้านนอกได้เหมือนข้างปกติลดลง รายละเอียดดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยไหล่ติด จากการวัดมุมในท่าต่าง ๆ ก่อนและหลังการรักษา

ที่	การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าต่าง ๆ	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		เพิ่มขึ้น	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑.	ประเมินสภาพการเคลื่อนไหวในภาพรวม						
	เคลื่อนไหวได้เหมือนข้างปกติทุกท่า	๖	๑๕.๐	๑๙	๔๗.๕	๑๓	๓๒.๕
	เคลื่อนไหวได้ไม่เหมือนข้างปกติ	๓๔	๘๕.๐	๒๑	๕๒.๕	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
๑.๑	ท่างอข้อไหล่ (Flexion)						
	งอได้เหมือนข้างปกติ	๓๑	๗๗.๕	๔๐	๑๐๐	๙	๒๒.๕
	งอได้ไม่เหมือนข้างปกติ	๙	๒๒.๕	-	-	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
๑.๒	ท่าเหยียดข้อไหล่ (Extension)						
	เหยียดได้เหมือนข้างปกติ	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
	เหยียดได้ไม่เหมือนข้างปกติ	-	-	-	-	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
๑.๓	ท่ากางข้อไหล่ (Abduction)						
	กางข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ	๑๘	๔๕.๐	๒๗	๖๗.๕	๙	๒๒.๕
	กางข้อไหล่ได้ไม่เหมือนข้างปกติ	๒๒	๕๕.๐	๑๓	๓๒.๕	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-



ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยไหล่ติด จากการวัดมุมในท่าต่าง ๆ ก่อนและหลังการรักษา (ต่อ)

ที่	การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าต่าง ๆ	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		เพิ่มขึ้น	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	๑.๔ ท่าหุบข้อไหล่ (Adduction)						
	หุบข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
	หุบได้ไม่เหมือนข้างปกติ	-	-	-	-	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
	๑.๕ ท่าหมุนข้อไหล่เข้าด้านใน (Internal rotation)						
	หมุนข้อไหล่เข้าด้านในได้เหมือนข้างปกติ	๓๑	๗๗.๕	๓๗	๙๒.๕	๖.๐	๑๕.๐
	หมุนข้อไหล่เข้าด้านในได้ไม่เหมือนข้างปกติ	๙	๒๒.๕	๓	๗.๕	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
	๑.๖ ท่าหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก (External rotation)						
	หมุนข้อไหล่ออกด้านนอกได้เหมือนข้างปกติ	๒๕	๖๒.๕	๓๕	๘๗.๕	๑๐.๐	๒๕.๐
	หมุนข้อไหล่ออกด้านนอกได้ไม่เหมือนข้างปกติ	๑๕	๓๗.๕	๕	๑๒.๕	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-

๓.๔ การประเมินความสามารถการใช้งานของข้อไหล่ก่อนรักษาเทียบกับหลังรักษา

จากการทดสอบความสามารถในการใช้งานผู้ป่วย ๔๐ ราย โดยการทดสอบก่อนและหลังการรักษาในท่าต่าง ๆ สรุปผลการประเมินได้ดังนี้

การประเมินความสามารถการใช้งานในภาพรวม พบว่าก่อนรักษามีผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่เพียง ๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๕ หลังรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่ ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เต็มที่ทุกราย ในขณะที่ก่อนการรักษากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้งานได้เต็มที่ที่มีจำนวน ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๕ และหลังการรักษาพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ใช้งานได้ไม่เต็มที่ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เต็มที่เหมือนข้างปกติทุกราย

เมื่อพิจารณาการประเมินความสามารถการใช้งานในแต่ละท่า สรุปผลการประเมินได้ดังนี้

ท่ามือประสานท้ายทอย พบว่าก่อนการรักษามีผู้ป่วยสามารถใช้งานของข้อไหล่ท่ามือประสานท้ายทอย ได้เต็มที่จำนวน ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕ หลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เต็มที่ ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เต็มที่เพิ่มขึ้นจำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕

ในขณะที่ก่อนการรักษามีผู้ป่วยไม่สามารถใช้งานได้เต็มที่ จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕ หลังการรักษาพบว่าไม่มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้งานได้เต็มที่เลย แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เต็มที่ทุกราย

ทำมือประสานเอน จากการทดสอบผู้ป่วยก่อน-หลังการรักษา พบว่าก่อนการรักษาผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เต็มที่ มีจำนวน ๒๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ หลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานในทำมือประสานเอนได้เต็มที่ทุกราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ในทำมือประสานเอนได้เหมือนข้างปกติทุกราย

ในขณะที่ก่อนการรักษามีผู้ป่วยสามารถใช้งานทำมือประสานเอนได้ไม่เต็มที่ต่างจากข้างปกติ จำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ หลังการรักษาพบว่าไม่มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้งานได้เต็มที่ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เต็มที่ทุกราย

ทำมือซ้ายจับไหล่ขวา พบว่าก่อนการรักษามีผู้ป่วยสามารถใช้งานทำมือซ้ายจับไหล่ขวาได้เต็มที่ ๓๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐ หลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานในทำมือซ้ายจับไหล่ขวา ได้เต็มที่ทุกราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานในทำมือซ้ายจับไหล่ขวาได้เต็มที่ทุกราย

ทำมือขวาจับไหล่ซ้าย พบว่าก่อนการรักษาผู้ป่วยสามารถทำได้เต็มที่มีเพียง ๓๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐ หลังการรักษาผู้ป่วยสามารถใช้งานในทำมือขวาจับไหล่ซ้ายได้เต็มที่ ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้งานได้เต็มที่ในทำมือขวาจับไหล่ซ้ายได้ทุกราย รายละเอียดดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ จำนวนและร้อยละของการประเมินความสามารถในการใช้งานของผู้ป่วยไหล่ติดจากการทดสอบการใช้งานท่าต่าง ๆ ก่อนและหลังการรักษา

ที่	การประเมินความสามารถในการใช้งาน ของข้อไหล่ในท่าต่าง ๆ	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		เพิ่มขึ้น	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๒. ประเมินความสามารถในการใช้งานในภาพรวม							
	ทำได้เต็มที่	๒๓	๕๗.๕	๔๐	๑๐๐	๑๗	๔๒.๕
	ทำได้ไม่เต็มที่	๑๗	๔๒.๕	-	-	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
๒.๑ ทำมือประสานท้ายทอย							
	ทำได้เต็มที่	๓๕	๘๗.๕	๔๐	๑๐๐	๕	๑๒.๕
	ทำได้ไม่เต็มที่	๕	๑๒.๕	-	-	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
๒.๒ ทำมือประสานเอน							
	ทำได้เต็มที่	๒๔	๖๐.๐	๔๐	๑๐๐	๑๖	๔๐.๐
	ทำได้ไม่เต็มที่	๑๖	๔๐.๐	-	-	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-



ตารางที่ ๔ จำนวนและร้อยละของการประเมินความสามารถในการใช้งานของผู้ป่วยไหล่ติดจากการทดสอบการใช้งานในท่าต่าง ๆ ก่อนและหลังการรักษา (ต่อ)

ที่	การประเมินความสามารถในการใช้งาน ของข้อไหล่ในท่าต่าง ๆ	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		เพิ่มขึ้น	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๒.๓	ท่ามือซ้ายจับไหล่ขวา						
	ทำได้เต็มที่	๓๖	๙๐.๐	๔๐	๑๐๐	๔	๑๐.๐
	ทำได้ไม่เต็มที่	๔	๑๐.๐	-	-	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-
๒.๔	ท่ามือขวาจับไหล่ซ้าย						
	ทำได้เต็มที่	๓๖	๙๐.๐	๔๐	๑๐๐	๔	๑๐.๐
	ทำได้ไม่เต็มที่	๔	๑๐.๐	-	-	-	-
	รวม	๔๐	๑๐๐	๔๐	๑๐๐	-	-

๓.๕ การประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิกในภาพรวม

จากการประเมินผู้ป่วยไหล่ติด จำนวน ๔๐ ราย พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยไหล่ติดหลังการรักษา มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติ ๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๕ เพิ่มขึ้นจากก่อนการรักษา ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ ส่วนความสามารถในการใช้งานของข้อไหล่หลังการรักษา พบว่าผู้ป่วยไหล่ติดมีความสามารถในการใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่ทั้งหมด ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เพิ่มขึ้นจากก่อนการรักษา ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๕

เมื่อพิจารณาในการประเมินผลการรักษาไหล่ติดของหมอนพื้นบ้านในภาพรวมพบว่า

- กลุ่มที่ ๑ กลุ่มผู้ป่วยไหล่ติดจำนวน ๑๙ ราย ที่มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติและสามารถใช้งานได้เต็มที่ คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๕
- กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติแต่ไม่สามารถใช้งานได้เต็มที่ ไม่มี
- กลุ่มที่ ๓ กลุ่มผู้ป่วยไหล่ติดจำนวน ๒๑ ราย ที่มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ไม่เหมือนข้างปกติ แต่สามารถใช้งานได้เต็มที่ คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๕
- กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ไม่เหมือนข้างปกติ และไม่สามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่ ไม่มี

ดังรายละเอียดในตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ จำนวนและร้อยละของผลการประเมินการรักษาไหล่ติดของหมอนพื้นบ้านในภาพรวม

ผลการประเมินการรักษาไหล่ติดของหมอนพื้นบ้านในภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
๑. ผลการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในภาพรวม		
- เหมือนข้างปกติ	๑๙	๔๗.๕
- ผิดจากข้างปกติ	๒๑	๕๒.๕
๒. ผลการประเมินความสามารถในการใช้งานของข้อไหล่ในภาพรวม		
- ทำได้เต็มที่	๔๐	๑๐๐
- ทำได้ไม่เต็มที่	๐	๐
๓. ประเมินภาพรวมการรักษาไหล่ติด		
- กลุ่ม ๑ สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติและสามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่	๑๙	๔๗.๕
- กลุ่ม ๒ สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติแต่ไม่สามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่	-	-
- กลุ่ม ๓ สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ไม่เหมือนข้างปกติแต่สามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่	๒๑	๕๒.๕
- กลุ่ม ๔ สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ไม่เหมือนข้างปกติและไม่สามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่	-	-
รวม	๔๐	๑๐๐

กล่าวโดยสรุป ผลการรักษาอาการไหล่ติดของหมอนพื้นบ้าน เมื่อประเมินทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วย ๔๐ ราย พบว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ ๖ ท่า (ท่างอข้อไหล่ ท่าเหยียดข้อไหล่ ท่ากางข้อไหล่ ท่าหุบข้อไหล่ ท่าหมุนข้อไหล่เข้าด้านใน และท่าหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก) มีจำนวนเพิ่มขึ้น ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ ส่วนความสามารถในการใช้งานโดยทดสอบจากการเคลื่อนไหวท่าต่าง ๆ ๔ ท่า (ท่ามือประสานท้ายทอย ท่ามือประสานเอว ท่ามือซ้ายจับไหล่ขวา และท่ามือขวาจับไหล่ซ้าย) พบว่าหลังการรักษาผู้ป่วยไหล่ติดทุกรายสามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๕ เช่นกัน

ส่วนการประเมินในภาพรวมของทั้งการเคลื่อนไหว โดยวัดจากมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ในท่าต่าง ๆ และความสามารถในการใช้งานโดยประเมินจากการใช้งานของข้อไหล่ (ตามขั้นตอนการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยไหล่ติด แผนภูมิที่ ๒) สามารถสรุปได้ว่า ภายหลังการรักษาของหมอนพื้นบ้าน ผู้ป่วยทั้ง ๔๐ ราย สามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่ทุกท่า มีเพียง ๒๑ ราย ร้อยละ ๕๒.๕ ที่ยังไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ (ทั้ง ๖ ท่า) ได้ ส่วนผู้ป่วย ๑๙ ราย หรือร้อยละ ๔๗.๕ สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ (๖ ท่า) และสามารถใช้งานข้อไหล่ (๔ ท่า) ได้เหมือนข้างปกติ ภายหลังการรักษาจากหมอนพื้นบ้านแล้วทุกราย



สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การรักษาไหล่ติดของหมอฟันบ้านเกี่ยวกับ
ภูมิหลัง กระบวนการรักษาไหล่ติดและประเมินผลการรักษาไหล่ติดของหมอฟันบ้านทางคลินิกโดยประเมิน
สภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และประเมินความสามารถในการใช้งานของผู้ป่วยไหล่ติดก่อนและหลังรักษา
รวมทั้งประเมินในภาพรวมจากการเคลื่อนไหวและความสามารถในการใช้งานของผู้ป่วยหลังการรักษา

วิธีดำเนินการศึกษาประกอบด้วย ๒ ขั้นตอน ขั้นตอนที่ ๑ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษา
ภูมิหลังและกระบวนการรักษาไหล่ติด โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกหมอสุนทร นิ่มน้อม ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์
โดยการตีความและสร้างข้อสรุป (Inductive reasoning) ขั้นตอนที่ ๒ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผล
การรักษาไหล่ติดทางคลินิกของหมอฟันบ้าน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยไหล่ติดที่มารับการรักษา จำนวน ๔๐ ราย
เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการรักษาสร้างโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ ๓ ท่าน เป็นการประเมินสภาพ
การเคลื่อนไหวของข้อไหล่โดยการวัดมุมจำนวน ๖ ท่า และการใช้งานข้อไหล่ก่อนและหลังรักษาจำนวน ๔ ท่า
วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ

สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ ๑ ภูมิหลังของหมอฟันบ้านรักษาไหล่ติด

เนื่องจากการศึกษาค้นคว้านี้เป็นกรณีศึกษาเฉพาะหมอฟันบ้าน อำเภอดำรง จังหวัดลพบุรี
คณะผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหมอฟันบ้านรักษาไหล่ติดไว้คือ หมอสุนทร นิ่มน้อม สรุปภูมิหลังของ
หมอสุนทรได้ดังนี้

๑) บริบทชุมชนของหมอฟันบ้าน ตำบลบางคู อำเภอดำรง จังหวัดลพบุรี เป็นตำบลที่มี
ความอุดมสมบูรณ์ มีแม่น้ำลพบุรีไหลผ่าน ห่างจากจังหวัดลพบุรี ๑๑ กิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลดำรง
๓ กิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม มีฐานะความเป็นอยู่ค่อนข้างดี คนหนุ่มสาวที่นิยมไปทำงาน
โรงงานกันมากขึ้น เนื่องจากรายได้ดี ส่วนคนวัยกลางคนและผู้สูงอายุก็จะยึดอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำสวน
ปลูกผักรับประทานเอง ด้านสาธารณสุขพบว่าในอำเภอดำรงมีโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง สถานีอนามัยจำนวน
๑๒ แห่ง

๒) พื้นฐานครอบครัวของหมอฟันบ้าน หมอสุนทร เกิดวันที่ ๑๗ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๔๘๗
ปัจจุบันอายุ ๖๙ ปี เป็นชายสูงอายุรูปร่างใหญ่ สุขุม ภายนอกเหมือนคนดู แต่ถ้าได้รู้จักจะพบว่าเป็นคนที่มี
จิตใจเมตตาและเมตตาใจกับเพื่อนบ้านในชุมชน หมอสุนทรเป็นคนพูดน้อย พูดตรง การตอบคำถามจะเป็น
เพียงแค่ประโยคสั้น ๆ ไม่ยืดเยื้อมาก ภูมิลำเนาเดิมกับที่อยู่ปัจจุบันคือ บ้านเลขที่ ๑๔ หมู่ ๑๓ ตำบลบางคู
อำเภอดำรง จังหวัดลพบุรี บ้านอยู่ห่างจากโรงพยาบาลดำรง ๓ กิโลเมตร จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา
ปีที่ ๔ โรงเรียนวัดปากคลองบางคู สามารถอ่านออกเขียนได้ สถานภาพสมรส มีบุตร ๒ คน เป็นชาย ๑ คน
หญิง ๑ คน ประกอบอาชีพหลักเป็นหมอฟันบ้าน โดยตั้งเป็นสำนักแพทย์แผนไทยที่บ้านตัวเอง โดยหมอสุนทร





เป็นผู้มีใบประกอบโรคศิลปะทางด้านเวชกรรมแผนไทยและเภสัชกรรมแผนไทย มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๙ อาชีพรองคือเกษตรกรรม ปลูกข้าวกินเอง มีรายได้ต่อเดือนประมาณ ๑๐,๐๐๐ บาท ในการรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ หมอสุนทรไม่คิดค่ารักษา แล้วแต่ผู้ป่วยจะให้อย่างความศรัทธา

ในชุมชนท่าวังไม่มีใครที่สามารถแก้อาการและดึงสันหลังได้เหมือนหมอสุนทร มีเพียงแต่นวดแผนไทยเท่านั้น เนื่องจากหมอสุนทรเป็นหนึ่งในผู้ที่มีใบประกอบโรคศิลปะของอำเภอท่าวังที่ทำให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการและสาธารณสุขมากที่สุด หมอสุนทรจึงเป็นที่รู้จักในผู้ที่สนใจด้านแพทย์แผนไทย มีผู้มาขอมอบตัวศิษย์เป็นจำนวนมาก และยังเป็นวิทยากรให้กับหน่วยงานสาธารณสุขเรื่องความรู้ด้านแพทย์แผนไทย การนวด และเป็นวิทยากรให้กับการศึกษาอบรมและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ในหลักสูตรการนวดไทยที่ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน ตำบลบางคู้ อำเภอท่าวัง

๓) การสืบทอดองค์ความรู้

การสืบทอดองค์ความรู้ของหมอสุนทรไม่ได้มาจากบรรพบุรุษ แต่มาจากการแสวงหาความรู้ของตนเอง หมอสุนทรจบเรียนตอนอายุ ๒๑ ปี เป็นระยะเวลา ๙ เดือน ณ วัดปากคลองบางคู้ ช่วงที่จบเรียนได้รับความรู้การใช้ยาสมุนไพรจากพระครูสังวรโสภณ (มาก โอภาโส) เจ้าคณะอำเภอท่าวัง เจ้าอาวาสวัดปากคลองบางคู้ ซึ่งท่านเป็นหมอรักษาโรคไข้ทับระดู โรคเลือด โดยหมอสุนทรมีหน้าที่เก็บสมุนไพรแถวบริเวณวัดจากการที่เป็นผู้ช่วยท่านเจ้าอาวาสทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติมและสูตรยารักษาโรคไข้ทับระดู ภายหลังจากที่ได้รับความรู้จากหลวงพ่อก็ได้นำไปปรึกษากับผู้ป่วยจริง พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทำให้หมอสุนทรเกิดความภูมิใจ

ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนที่เป็นโรคเดียวกันไปฉีดยาแล้วเสียชีวิต หมอสุนทรเริ่มสนใจสมุนไพรและแพทย์แผนไทย ตอนหมออายุเกือบ ๔๐ ปี ได้เรียนเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทยที่วัดชีป่าสิตาราม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี จนจบเภสัชกรรมแผนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ และจบเวชกรรมแผนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ เมื่อเรียนจบก็ได้มาช่วยงานนวดที่วัดชีป่าสิตาราม ตัวของหมอสุนทรในระหว่างที่ทำงานนวดนั้นได้ไปขอฝากตัวเป็นศิษย์หมอแสง ดิษเสตะ เพื่อเรียนการดึงหลัง รวมใช้เวลาประมาณ ๓ เดือน การศึกษาวิชาความรู้ในสมัยก่อนเป็นเพียงแต่การดูและการเป็นผู้ช่วยหมอ แบบครูพักลักจำเท่านั้น เมื่อได้เรียนรู้การดึงหลังจากหมอแสงแล้ว หมอสุนทรได้นำความรู้มารักษาผู้ป่วย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ

๔) การถ่ายทอดองค์ความรู้

การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ศิษย์ หมอสุนทร มีความต้องการที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคติดต่อและการดึงหลัง โดยผู้ที่รับการถ่ายทอดจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรม มีจิตใจแน่วแน่ รักษาศีล 5 ต้องละเว้น รัก โลภ โกรธ หลง และต้องมีพรสวรรค์ แต่พบว่าผู้ที่มาเรียนยังไม่มีใครสามารถดึงหลังได้ ซึ่งตอนนี้ก็ยังไม่เห็นผู้ได้รับการถ่ายทอดวิชาดึงหลังจากหมอสุนทรได้เลย

ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์กระบวนการรักษาไหล่ติดของหมอนพื้นบ้าน

หมอสุนทร มีขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยไหล่ติด โดยเริ่มตรวจวินิจฉัยจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้วจึงรักษาอาการไหล่ติด มีรายละเอียด ดังนี้

๑) การตรวจวินิจฉัย

• การซักประวัติ

หมอสุนทรได้สอบถามถึงประวัติความเป็นมา สาเหตุของอาการปวด ประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วยที่มารับการรักษา ประวัติการรับประทานยาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการปวดข้อ ปวดกระดูก เช่น อาหารจำพวกนมถั่วเหลือง เครื่องดื่มที่ใส่คอเฟอีนเมต หนังกไก่ หนังกเป็ด และอาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูง

• การตรวจร่างกาย หมอสุนทรให้ผู้ป่วยเดินแกว่งแขน แล้วตรวจดูลักษณะความผิดปกติของข้อไหล่ การยุบตัวและการบวมของกระดูกแผ่นหลังที่สัมพันธ์กับการยกแขน รวมทั้งการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ แล้วจึงตรวจร่างกายเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีอาการติดของข้อไหล่อด้านหน้าหรือด้านหลัง โดยให้ผู้ป่วยลองยกแขนขึ้นหากไหล่ติดด้านหน้า ผู้ป่วยจะไม่สามารถยกแขนขึ้นแนบใบหูได้ หากไหล่ติดด้านหลังผู้ป่วยจะไม่สามารถเอามือไขว้หลังได้หรือไขว้แล้วมีอาการปวดมาก

๒) วิธีการรักษาไหล่ติด พบว่า

๒.๑) เตรียมความพร้อมผู้ป่วย

๒.๒) ขั้นตอนการรักษา หมอสุนทรรักษาไหล่ติดด้านหน้าโดยการกดบริเวณกล้ามเนื้อรอบสะบัก ซึ่งได้กดไล่จากขอบล่างของสะบักขึ้นไปด้านบน แล้วให้ผู้ป่วยลองยกแขนขึ้นแนบใบหู หลังจากนั้นจะจับมือผู้ป่วยไขว้หลัง บิดบริเวณต้นแขนเล็กน้อย แล้วจับปลายแขนขึ้นพร้อมกับนวดยคลายกล้ามเนื้อด้านหน้าข้อไหล่ แล้วให้ผู้ป่วยลองยกแขนขึ้นแนบใบหู กรณีไหล่ติดด้านหลัง แก้อาการโดยกดบริเวณร่องของหัวไหล่ทางด้านหน้า พอจุดจุดนี้แล้วผู้ป่วยจะปวดจึงลงไปที่แขนและนิ้วมือ กดจุดนี้ไม่นาน เพียงแค่นับ ๑-๒๐ แล้วหมอสุนทรจึงจับมือผู้ป่วยไขว้หลัง บิดบริเวณต้นแขนเล็กน้อยแล้วจับปลายแขนขึ้น พร้อมกับนวดยคลายกล้ามเนื้อด้านหน้าข้อไหล่ หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยยกแขนขึ้นแนบใบหู โดยประสานมือทั้งสองข้าง หันหลังมือเข้าหาลำตัว แล้วยกขึ้นเหนือศีรษะ ถ้าทำได้และไม่เจ็บแสดงว่าดีขึ้นหรือหายดีแล้ว

สุดท้ายจึงใช้น้ำมันสูตรเย็นนวดตรงบริเวณที่ปวด เพื่อลดอาการปวด โดยผู้ป่วยที่ห้ามรักษาคือผู้ป่วยที่มีอาการปวด ร่วมกับบวม แดง ร้อน ผู้ป่วยที่ผ่าตัดตามหลังหรือผู้ป่วยกระดูกหัก ความถี่ในการมารักษา ๑- ๒ ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลาประมาณ ๑ สัปดาห์ - ๑ เดือน แล้วแต่ความรุนแรงของอาการ

หลังการรักษาหมอสุนทรได้แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกกายบริหารบ่อย ๆ ตามท่าที่แนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดไหล่ติดซ้ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดยูริกสูง ปัญหาที่พบจากการรักษาคือ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารักษาไม่ต่อเนื่องและเมื่อกลับไปแล้วไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้เกิดไหล่ติดได้อีก

๒.๓) ผู้ป่วยที่ห้ามในการรักษาไหล่ติด

หมอสุนทรมีข้อห้ามไม่รักษาไหล่ติดโดยวิธีการกด ในผู้ป่วยที่มีอาการปวด ร่วมกับบวม แดงหรือร้อน ผู้ป่วยที่ผ่าตัดตามหลัง และผู้ป่วยที่กระดูกหัก หรือสงสัยว่ามีกระดูกหัก

๒.๔) ระยะเวลาในการรักษา

โดยทั่วไปหมอสุนทรใช้เวลาในการรักษาไหล่ติดไม่เกิน ๕ นาทีต่อราย ในรายที่เป็นมากอาจใช้เวลารักษาประมาณ ๑๐-๑๕ นาที เช่น รายที่มีความผิดปกติของระบบสมองร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีไหล่ติดทั่วไปการรักษาจะใช้เวลาประมาณ ๑ สัปดาห์ - ๑ เดือน แล้วแต่ความรุนแรงของอาการ ใน ๑ สัปดาห์ควรมารักษาอย่างน้อย ๑-๒ ครั้ง



๒.๕) ข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วยหลังการรักษา

หมอนสุนทรแนะนำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อกลับไปต้องฝึกกายบริหารตามท่าที่แนะนำบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการเกิดไหล่ติดซ้ำ คือ ท่าไต่กำแพง ท่าประสานมือทั้งสองข้างแล้วยกขึ้นเหนือศีรษะ รวมทั้งงดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อย่างรุนแรง และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดยูริกสูง

๒.๖) ปัญหาอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วย

ปัญหาอุปสรรคที่หมอนสุนทรพบว่าทำให้ผู้ป่วยไม่หายจากไหล่ติด คือผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและไม่สามารถหยุดงานมาได้ หรือผู้ป่วยกลับไปไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของหมอนสุนทรทำให้เกิดไหล่ติดซ้ำได้อีก บางคนมีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วยต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และหลังจากที่อาการดีขึ้นแล้ว บางรายยังกลับไปทำงานหนักเหมือนเดิมจึงทำให้มีอาการปวดไหล่กลับมาเป็นได้อีก

ส่วนที่ ๓ ประเมินผลการรักษาไหล่ติดของหมอนพื้นบ้านทางคลินิก

๓.๑ ภูมิหลังของผู้ป่วยไหล่ติด พบว่าผู้ป่วยไหล่ติดจำนวน ๔๐ คน ที่รักษาด้วยหมอนพื้นบ้านเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายจำนวนเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๔๐-๗๐ ปี ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือจบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) /ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) โดยผู้ป่วยไหล่ติดที่มารักษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ไม่มีรายได้ บางรายได้จากลูกหลาน หรือจากการทำเกษตรกรรม แต่อยู่ได้แบบพอมีพอกิน ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไหล่ข้างที่ปวดมักจะเป็นไหล่ข้างที่ถนัดมากกว่าข้างที่ไม่ถนัด ผู้ป่วยไหล่ติดส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด รองลงมาคือเป็นโรคเบาหวาน และอาการที่แสดงชัดเจนมากที่สุด คือ อาการปวด รองลงมาคืออาการชา

๓.๒ การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ก่อนรักษาเทียบกับหลังรักษา พบว่าการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทำได้เหมือนปกติก่อนการรักษามี ๖ ราย หลังการรักษาเพิ่มเป็น ๑๙ ราย แสดงว่าหลังการรักษาผู้ป่วยที่มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทำได้เหมือนปกติ เพิ่มขึ้น ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ เมื่อพิจารณาในการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าต่าง ๆ กล่าวคือ ผลการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าข้อไหล่ พบว่าหลังการรักษาผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติก่อนการรักษามีจำนวน ๓๑ ราย หลังการรักษาเพิ่มเป็น ๔๐ ราย แสดงว่าเพิ่มขึ้น ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕ แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติทุกราย

ในขณะที่ผลการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าเหยียดข้อไหล่ (Extension) พบว่าก่อนการรักษาผู้ป่วยทุกรายสามารถเหยียดข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ และหลังการรักษาก็เช่นเดียวกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาการไหล่ติดส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบต่อการเหยียดแขนของผู้ป่วย

ส่วนการประเมินการเคลื่อนไหวในท่ากางข้อไหล่ (Abduction) พบว่าก่อนการรักษาผู้ป่วยสามารถกางข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติเพียง ๑๘ ราย หลังรักษาเพิ่มเป็น ๒๗ ราย แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถกางข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติเพิ่มขึ้น ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕ เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา

ในขณะที่ผลการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าหุบข้อไหล่ (Adduction) ก่อนการรักษาผู้ป่วยทุกรายสามารถหุบข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ และหลังการรักษาก็เช่นเดียวกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไหล่ติดส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบต่อท่าหุบข้อไหล่ของผู้ป่วย

ส่วนการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าหมุนข้อไหล่เข้าด้านใน (Internal rotation) ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษาโดยเพิ่มขึ้นจาก ๓๑ ราย เป็น ๓๗ ราย กล่าวคือเพิ่มขึ้น ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๙ ส่วนการประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าหมุนข้อไหล่ออกด้านนอก (External rotation) ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษาจากเดิม เพิ่มขึ้นจาก ๒๕ ราย เป็น ๓๕ ราย กล่าวคือเพิ่มขึ้น ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕

๓.๓ การประเมินความสามารถการใช้งานของข้อไหล่ก่อนรักษาเทียบกับหลังรักษา

ในภาพรวมพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้งานได้ทุกท่าเต็มที่ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิม ๒๓ ราย เป็น ๔๐ ราย กล่าวคือ เพิ่มขึ้น ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๕

เมื่อพิจารณาในการประเมินแต่ละท่าหลังการรักษาพบว่า ท่ามือประสานท้ายทอยก่อนการรักษามีผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เต็มที่ ๓๕ ราย หลังการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น ๔๐ ราย กล่าวคือเพิ่มขึ้น ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕ ในท่ามือประสานเอว หลังรักษามีผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เหมือนข้างปกติเพิ่มขึ้นจาก ๒๔ ราย เป็น ๔๐ ราย กล่าวคือเพิ่มขึ้น ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ในท่ามือซ้ายจับไหล่ขวา หลังรักษาผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เหมือนข้างปกติเพิ่มขึ้นจาก ๓๖ ราย เป็น ๔๐ ราย กล่าวคือ เพิ่มขึ้น ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐ ในท่ามือขวาจับไหล่ซ้าย หลังการรักษาผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เหมือนข้างปกติเพิ่มขึ้นจาก ๓๖ ราย เป็น ๔๐ ราย กล่าวคือ เพิ่มขึ้น ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐

๓.๔ การประเมินผลการรักษาไหล่ติดทางคลินิกในภาพรวม

จากการประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่โดยประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เทียบกับค่าปกติ และจากการทดสอบการใช้งานก่อนและหลังการรักษาในผู้ป่วยจำนวน ๔๐ ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยไหล่ติดที่มีสภาพการเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ และสามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่ทุกท่า มีจำนวน ๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๕ และพบว่าผู้ป่วย ๒๑ ราย ที่มีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ผิดจากข้างปกติ และความสามารถในการใช้งานของข้อไหล่ทำได้ไม่เต็มที่ คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๕ ไม่พบกลุ่มที่ผู้ป่วยที่มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือนข้างปกติ แต่ไม่สามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ผิดจากข้างปกติ แต่สามารถใช้งานข้อไหล่ได้เต็มที่



อภิปรายผล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกหมอสมุนไพร รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาภูมิหลังและกระบวนการรักษาโรคติดต่อ รวมทั้งผลประโยชน์การรักษาโรคติดต่อทางคลินิกพบว่าในภาพรวมหมอพื้นบ้านรักษาโรคติดต่อได้เป็นที่พอใจของผู้ป่วยโรคติดต่อ แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยโรคติดต่อบางรายที่ยังไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติอันเนื่องมาจากสาเหตุอื่น ๆ ของผู้ป่วยเอง เช่น กระดูกหักจากอุบัติเหตุ หรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดโรคติดต่อได้สูง สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อผู้ป่วยโรคติดต่อ คณะผู้วิจัยจึงยกประเด็นที่น่าสนใจมาอภิปราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ ๑ ภูมิหลังของหมอพื้นบ้านรักษาโรคติดต่อ

จากการศึกษาภูมิหลังของหมอสมุนไพร เกี่ยวกับการเรียนรู้องค์ความรู้การรักษาโรคติดต่อพบว่าผู้ที่รับการถ่ายทอดความรู้การรักษาอาการโรคติดต่อต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรมมีจิตใจแน่วแน่ ต้องรักษาศีล ๕ ละเว้นอารมณ์ รัก โลภ โกรธ หลง และต้องมีความสามารถหรือพรสวรรค์ แต่พบว่าผู้ที่มาเรียนยังไม่มีใครสามารถรับการถ่ายทอดจากหมอสมุนไพรได้เลย แสดงให้เห็นว่าหมอสมุนไพร มีกระบวนการรักษาโรคติดต่อที่เป็นความชำนาญเฉพาะตัว แม้จะสอนเทคนิคและฝึกปฏิบัติตามที่หมอสมุนไพรแนะนำก็ยังไม่มีการเรียนรู้เพื่อนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้รักษาผู้ป่วยโรคติดต่อได้ดีเหมือนกับหมอสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่หมอสมุนไพรให้สัมภาษณ์ว่าผู้ที่มารับการถ่ายทอดความรู้ต้องเป็นผู้ที่มีความตั้งใจแน่วแน่และต้องละเว้นความโลภด้วย ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากเพราะคนที่มารับการสืบทอดก็คาดหวังว่าเป็นทางหนึ่งในการประกอบอาชีพเสริมรายได้ให้กับตนเองและครอบครัวจึงไม่สามารถละความโลภได้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่าถ้าหากมีผู้สนใจจริงที่อยากสืบทอดองค์ความรู้การรักษาโรคติดต่อให้ได้ ก็คงไม่เกินความสามารถของผู้ที่ต้องการสืบทอด ผู้วิจัยจึงคิดว่าควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทยมาดำเนินการถอดองค์ความรู้ให้เป็นคู่มือการรักษาโรคติดต่อแล้วจัดทำเป็นหลักสูตรอบรมให้กับผู้สนใจหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการรักษาอาการโรคติดต่อเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนต่อไป

ส่วนที่ ๒ กระบวนการรักษาโรคติดต่อของหมอพื้นบ้าน

หมอสมุนไพร เริ่มรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อโดยการตรวจวินิจฉัยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและรักษาโรคติดต่อ สุดท้ายจะแนะนำให้ฝึกกายบริหารที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดต่อซ้ำซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารักษาไม่ต่อเนื่องและเมื่อกลับไปก็ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้เกิดโรคติดต่อได้อีก ประเด็นนี้บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคติดต่อส่วนใหญ่ที่มีอาการดีขึ้นมักจะละเลยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ของหมอสมุนไพร เพราะคิดว่ามีโอกาสกลับมาเป็นอีกได้ยาก เหมือนกับการรักษาโรคอื่น ๆ ที่รับประทานยาแล้วจะหายเป็นปกติ ซึ่งในความจริงการที่โรคติดต่อเกิดจากการยึดติดของเส้นเอ็น ซึ่งมีลักษณะยืดหยุ่นสามารถหดและยืดได้ตลอดเวลา การไม่มารักษาอย่างต่อเนื่องก็มีโอกาสทำให้พังผืดยึดเกาะบริเวณข้อไหล่ทำให้การเคลื่อนไหวและการใช้งานของข้อไหล่ไม่คล่องตัว ส่งผลให้เกิดโรคติดต่อได้อีกและที่สำคัญผู้ป่วยบางรายมีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วยต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น และหลังรักษาผู้ป่วยบางรายที่อาการดีขึ้น ก็กลับไปทำงานหนักเหมือนเดิมทำให้อาการปวดไหล่กลับมาอีก สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสกลับมาเกิดโรคติดต่อซ้ำ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเห็นว่าหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรมีการจัดทำแผนพบเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและประชาชนรับทราบถึงสาเหตุการเกิดโรคติดต่อ วิธีการรักษา รวมทั้งวิธีการฝึกกายบริหาร เช่น ท่าไต่

กำแพง ทำประสานมือทั้งสองข้างแล้วยกขึ้นเหนือศีรษะ และงดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ อย่างรุนแรง เช่น การยกของหนักที่เกินขีดความสามารถของผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้งการหลีกเลี่ยงอาหารที่มี กรดไขมันสูงจะช่วยให้ป้องกันหลอดเลือดตีได้อีกทางหนึ่ง

ส่วนที่ ๓ การประเมินผลการรักษาหลอดเลือดของหมอฟันบ้านทางคลินิก

ประเมินผลการรักษาหลอดเลือด ในส่วนนี้จากการซักประวัติผู้ป่วยหลอดเลือด ๔๐ ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลอดเลือดข้างที่ถนัดมากกว่าข้างที่ไม่ถนัด คือ ผู้ป่วยจะเป็นไหล่ข้างขวามากกว่าไหล่ซ้าย ชาย กลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุผ่านการตรากตรำทำงานออกแรงใช้ไหล่และแขนอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานาน จนทำให้เอ็นและกล้ามเนื้อหุ้มรอบหัวไหล่บาดเจ็บซ้ำ ๆ เกิดการอักเสบเรื้อรังมีพังผืดหรือหินปูน มาเกาะยึด ความยืดหยุ่นของเอ็นบริเวณนั้นจึงลดน้อยลง ทำให้เคลื่อนไหวหัวไหล่ได้ไม่เต็มที่ จนถึงระยะหนึ่ง จะเกิดการเสื่อมสภาพของเอ็นกล้ามเนื้อและยั่งยืน ๆ เข้าถ้าผู้ป่วยไม่ทำการบริหารหรือเคลื่อนไหวข้อไหล่ ก็จะมีพังผืดมาเกาะยึดทำให้เกิดหลอดเลือดขึ้น คณะผู้วิจัยได้ศึกษาพบว่ามีหลายสาเหตุที่สอดคล้องหลักวิชาการ ของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่แสดงว่ามักจะพบหลอดเลือดในกลุ่มอายุระหว่าง ๔๐-๖๐ ปี และมักเป็นกับ แขนข้างที่ไม่ถนัด มากกว่าข้างที่ถนัด แต่จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ๔๐ ราย กลับพบว่าหลอดเลือดเป็นกับแขนข้าง ที่ถนัดมากกว่าข้างที่ไม่ถนัด ประเด็นนี้บ่งชี้ให้เห็นว่าแขนทั้งสองข้างมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นหลอดเลือดได้ทั้งสองข้าง เพียงแต่ผู้ป่วยอาจมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ช่วยเสริมให้ข้างที่มีหลอดเลือดมีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยหลอดเลือด ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดว่าเกิดจากอะไร คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่าผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือด คือ ผู้ที่มีการใช้ข้อไหล่มากกว่าคนทั่วไป (เส้นทางสุขภาพ, ๒๕๕๐) รวมทั้งการมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ที่มีกรดไขมันสูง เป็นการเสริมโอกาสให้เกิดหลอดเลือดสูงขึ้น ดังนั้นคณะผู้วิจัย จึงเห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรมีการเสริมความรู้โดยผ่านเสียงตามสายในโรงพยาบาล ให้กับผู้ป่วยที่มานั่งรอ การรักษาในขณะนั้นได้รับความรู้เพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิด หลอดเลือดได้อีกทางหนึ่ง

การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ จากการประเมินโดยการวัดมุมการ เคลื่อนไหวบริเวณข้อไหล่ของผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ ๓ คน หลังการรักษาหลอดเลือดของหมอฟันบ้าน พบว่าผู้ป่วย ๔๐ ราย ก่อนการรักษามีผู้ป่วยเพียง ๖ ราย เท่านั้น ที่มีสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหมือน ข้างปกติ แต่หลังจากหมอฟันบ้านรักษาแล้วพบว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ ถึง ๑๙ ราย เพิ่มขึ้นจากการรักษา ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ แสดงให้เห็นว่าหลังการรักษาจำนวน ผู้ป่วย ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยหลอดเลือด สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ แต่ ๒ ใน ๓ ยังไม่สามารถ เคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ (ในบางท่าเท่านั้น) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเหล่านี้ มีโอกาสเคลื่อนไหว ข้อไหล่ได้ปกติ หากกลับมาให้หมอสูตรรักษาต่อเนื่องและฝึกกายบริหาร ตามที่หมอสูตรแนะนำจะช่วย ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำได้อีก

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเห็นว่า หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด หรือกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรได้ดำเนินการจัดการความรู้ ในการดูแล รักษาผู้ป่วยหลอดเลือดด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านให้เป็นเอกสารเผยแพร่ รวมทั้งการจัดทำเป็นตำราหรือ คู่มือสำหรับเสริมความรู้ให้กับประชาชนหรือผู้ป่วยหลอดเลือดในการรักษาหรือป้องกันการเกิดหลอดเลือดในการดูแล ตนเองและคนในครอบครัวได้อีกทางหนึ่ง โรงพยาบาลต่าง ๆ ควรนำความรู้ของหมอฟันบ้านมาร่วมในการให้



บริการและสร้างความร่วมมือกับหมอพื้นบ้านในการนำเทคนิควิธีการรักษาไข้อัดของหมอพื้นบ้านไปประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลทางหนึ่งด้วย จะช่วยลดปัญหาอาการไข้อัดลงได้

การประเมินความสามารถในการใช้งานของข้อไหล่ จากการประเมินทางคลินิกของผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ ๓ คน พบว่าผู้ป่วยจำนวน ๔๐ ราย ก่อนการรักษามีผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติ ๒๓ ราย หลังการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น ๔๐ ราย ดังนั้นมีผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติเพิ่มขึ้น ๒๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๕ แสดงให้เห็นว่าการรักษาไข้อัดตามภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้งานข้อไหล่ได้เหมือนข้างปกติทุกคน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายมีภาวะเสี่ยงจากอุบัติเหตุหรือโรคประจำตัวก็ตามจะไม่ผลกระทบต่อการใช้งานของข้อไหล่ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของวิบูลย์ นุชประมูล (๒๕๕๕) ได้ศึกษาการรักษาภาวะหัวไหล่ติดแข็งโดยวิธีหัตถเวชกรรมแบบราชสำนัก พบว่าภาวะหัวไหล่ติดเมื่อรักษาโดยการกดจุดเฉพาะสัญญาณและสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากภาวะหัวไหล่ติดแข็งแล้วกลับมาเป็นปกติได้ภายใน ๒ สัปดาห์และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาจากประเด็นดังกล่าวคณะผู้วิจัยเห็นว่าถ้ามีการรวบรวมองค์ความรู้ (Tacit knowledge) วิธีการรักษาไข้อัดในแต่ละประเภทให้เป็นหมวดหมู่แล้วนำมาเผยแพร่ (Explicit knowledge) ผ่านช่องทางการเผยแพร่ต่าง ๆ จะช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาไข้อัดได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนารูปแบบความร่วมมือการรักษาไข้อัดระหว่างหมอพื้นบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐให้เป็นต้นแบบในการปรับใช้ให้เหมาะสมกับการรักษาของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

๑. ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการถอดองค์ความรู้วิธีการรักษาไข้อัดให้เป็นตำราหรือคู่มือให้ประชาชนหรือผู้ป่วยไข้อัดได้ศึกษาเพิ่มเติมเป็นการเสริมความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยไข้อัดได้อีกทางหนึ่ง

๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ควรจัดทำหลักสูตรเสริมความรู้และวิธีการรักษาไข้อัดให้แพทย์แผนไทยและผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่มีความสนใจสามารถนำความรู้และทักษะดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์. (๒๕๓๖). แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมไทย กองแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข.
- ชยันต์ วรรณะภูติ และฉันทนา บรรพศิริโชติ. (๒๕๔๐). ระบบความรู้พื้นบ้านปัจจุบันในการวิจัยและพัฒนา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์. (๒๕๔๖). การแพทย์พื้นบ้านไทย ภูมิปัญญาของแผ่นดิน นิทรรศการในงานชุมนุมแพทย์แผนไทย สมุนไพรมหาชาติ ครั้งที่ ๕ ณ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์ และคณะ. (๒๕๔๘). ภูมิปัญญาใ้ระบิแต่ในการดูแลสุขภาพอนามัย กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และทารกไทยชาวมุสลิม ใน ๕ จังหวัดชายแดนใต้. กรุงเทพฯ: องค์การขนส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- ทศพล เจศรีชัย. (๒๕๔๕). มุมการเคลื่อนไหวของสะบักและข้อไหล่ร่วมกับการทำงานของกล้ามเนื้อในหญิงที่มีอาการข้อไหล่ติด. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ (กายภาพบำบัด), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนิดา ขุนบุญจันทร์. (๒๕๕๓). ประสิทธิผลของหมอนพื้นบ้านในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก. กรุงเทพฯ: สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธวัช มณีผ่อง. (๒๕๔๖). กระบวนการสร้างความรู้ขยายขอบในวิกฤตการณ์สุขภาพ: กรณีศึกษาบำบัดทรงแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภัสรพี ยมนา. (๒๕๔๕). กระบวนการถ่ายทอดความรู้ของหมอกระดูกพื้นบ้าน: กรณีศึกษาวัดยุคลราษฎร์สามัคคี อำเภอพานทอง จ.ชลบุรี. ขอนแก่น: วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา กิจไพศาล. (๒๕๓๙). การศึกษาภูมิปัญญาหมอนพื้นบ้านรักษากระดูก: กรณีศึกษาหมอนคนหนึ่งในตำบลในเมืองอำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรดิติ์. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาพัฒนธรรมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บัญชา ชื่นชูจิตต์. (๒๕๕๓). สารพันปัญหาหัวไหล่. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.neutron.rmutphysics.com/science-news/index.php?option=com_content&task=view&id=๑๔๐๐&Itemid=๔ [๑๕ มกราคม ๒๕๕๕]
- บุษยมาศ สินธุประมา และเจนศิริ จันทรศิริ. (๒๕๓๘). การดำรงอยู่และการปรับตัวของการแพทย์พื้นบ้านในเมืองเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ.
- มนูญ บัญชรเทวกุล. (๒๕๔๕). เจ็บไหล่ ไหล่ติด ข้อติดแข็ง. นิตยสารหมอชาวบ้าน. ๒๘๑, ๓.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (๒๕๔๗). ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนาสาขาหมอฟิธีกรรมบำบัด. กรุงเทพฯ: ชุดโครงการวิจัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ชนเผ่าภาคเหนือ.



ยิ่งยง เทาประเสริฐ และ ธารา อ่อนชมจันทร์. (๒๕๓๘). **ชาติพันธุ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน**. เชียงราย: สถาบันราชภัฏเชียงราย.

ยงยุทธ วัชรดุลย์. (๒๕๒๒). **การวัดทางออร์โธปิดิกส์**. กรุงเทพฯ: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชณี จันทรเกษ จิราพร ลิ้มปานนท์ ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ. (๒๕๕๑). **การบูรณาการการแพทย์แผนไทย บทบาทวัดกับการดูแลสุขภาพชุมชน**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

รัฐทิพย์ พันธุ์ธำกุล. (๒๕๕๐) **อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกและผลของการออกกำลังกายแบบชั่วคราวต่อภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยเบาหวาน**. ขอนแก่น: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

โรงพยาบาลท่าวุ้ง (๒๕๕๐). **แผนที่อำเภอท่าวุ้ง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา

<http://www.thawunghospital.org/main/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=2> [๑๖ มกราคม ๒๕๕๖]

โรงพยาบาลเวชธานี .(๒๕๕๕). **ไหล่ติด**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.vejthani.com/web-thailand/Shoulder-contact.php> [๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕]

ลือชัย ศรีเงินยวง และรุจิรา นอรรถลิขิต. (๒๕๓๕). **ศักยภาพของหมอนพื้นบ้านกับการสาธารณสุขภาพรวม**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

วิบูลย์ นุชประมูล. (๒๕๕๕). **กรณีศึกษาการรักษาไหล่ติดกรณีศึกษาการรักษาภาวะหัวไหล่ติดแข็งในผู้ป่วย ๑ ราย โดยวิธีหัตถเวชกรรมแบบราชสำนัก**. นนทบุรี: สรุปลผลการประชุมวิชาการประจำปีกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๑๓.

วิทยาการการแพทย์. (๒๕๕๓). **การผ่าตัดส่องกล้องไหล่**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.healthupdatetoday.com/product/detail-๑๓๙๘๔.html> [๓๑ มกราคม ๒๕๕๕]

ศิริพร ศิริบุรานนท์. (๒๕๕๓). **แนวปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะของข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

www.ns.mahidol.ac.th/fongcum/index_files/RU/๔๐.%๒๐ศิริพร.doc [๑๖ มกราคม ๒๕๕๕]

สหวิชา ดอท คอม. (๒๕๔๔). **ปวดไหล่ อันตรายที่อาจเรื้อรัง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://www.sahavicha.com/?name=article&file=readarticle&id=๑๒๗๙> [๒๐ มีนาคม ๒๕๕๕]

สุริยา สมุทคุปดี และคณะ. (๒๕๓๙). **วาทกรรมของลัทธิพิธีและวิกฤตการณ์ของความทันสมัยในสังคมไทย**. ในทรงเจ้าเข้าผี. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

เส้นทางสุขภาพ.(๒๕๕๐). **โรคเก๊าท์** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา

http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/rheumatoid/gout/gout.htm#_Uz4nRNKSz4Q [๑๙ มีนาคม ๒๕๕๕]

เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. (๒๕๓๙). การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย: พ่อใหญ่อาจารย์
เคน ลาวงศ์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกชัย ปัญญาพัฒนานุกุล อ่างถึงโนธินดา ขุนบุญจันทร์ และคณะ. (๒๕๔๐). ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน
ในการดูแลสุขภาพ. **รวมบทความวิชาการ การแพทย์พื้นบ้านไทย**. หน้า ๓๑-๓๒. กรุงเทพฯ:
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เอกวิทย์ ณ ถलग. (๒๕๔๐). **ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค: วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย**.
นนทบุรี: โครงการกิตติเมธี สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.



ภาคผนวก



แบบสัมภาษณ์เชิงลึกหมอสุนทร นิ่มน้อม

คำชี้แจง: คำถามต่อไปนี้ใช้เพื่อเป็นแบบสัมภาษณ์หมอฟันบ้านแต่ละคน มีไว้เพื่อให้เป็นประเด็นสำคัญ ๆ แต่เป็นแนวที่จะต้องทำความเข้าใจแล้วปรับและเลือก ใช้คำสัมภาษณ์ การสังเกตหรือวิธีการพูดคุยอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์อีกครั้งหนึ่ง

การเปิดเผยข้อมูล: หมอฟันบ้านยินดีหรือไม่ที่จะให้มีการเปิดเผยข้อมูลในระดับใด เช่น ในวงการวิชาการเพื่อใช้อ้างอิง เผยแพร่ต่อสาธารณชน เป็นต้น

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ นามสกุล เพศ วันเดือน ปีเกิด อายุ สถานภาพสมรสและที่อยู่ของหมอสุนทร

๑.๒ การศึกษา

- หมอเคยได้รับการศึกษา การฝึกอบรมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการอะไรบ้าง
- ปัจจุบันหมอมีความสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ดีเพียงใด (เช่น อ่าน - เขียนได้แตกฉาน

อ่านได้ เขียนไม่ได้ หรืออ่านไม่ได้ เขียนไม่ได้) นอกเหนือจากภาษาไทยแล้ว หมอมีความสามารถในการอ่านเขียนภาษาอื่น ๆ ได้อีกหรือไม่

๑.๓ อาชีพหลัก

- อาชีพที่เป็นรายได้หลักของครอบครัว พิจารณาทั้งในด้านที่เป็นแหล่งรายได้ และการใช้เวลากับอาชีพเหล่านั้น ใครเป็นผู้ที่ทำมาหาเลี้ยงคนในบ้าน มีคนอื่น ๆ นอกเหนือจากหมอหรือไม่

๑.๔ ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวหมอเป็นอย่างไร ก) ดูจากรายได้บ้านเรือนหนี้สินและทรัพย์สินต่าง ๆ ข) ดูจากเกณฑ์หรือความเห็นของผู้นำหมู่บ้าน ค) ประเมินจากความรู้สึกของหมอเอง

๑.๕ การใช้ชีวิตในพื้นที่ ดูจากระยะเวลาการใช้ชีวิตทำกิจกรรมของหมอฟันบ้านอยู่ที่ใดเป็นส่วนใหญ่ โดยพิจารณาการเป็นหมอฟันบ้านบริการอยู่ในพื้นที่ใดเป็นหลัก

๑.๖ บทบาททางสังคม

นอกเหนือจากการเป็นหมอฟันบ้านแล้ว หมอมีสถานภาพทางสังคมอื่น ๆ ในหมู่บ้านอีกหรือไม่ (พิจารณาทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ)

๒. บริบททางสังคมและวัฒนธรรม

๒.๑ ประวัติความเป็นมาของชุมชนอย่างคร่าว ๆ ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับหมอฟันบ้าน เช่น ประวัติเกี่ยวกับป่าไม้ แหล่งสมุนไพร แหล่งน้ำ หรือประวัติการเจ็บป่วยภายในชุมชนที่มีผลให้เกิดการแพทย์พื้นบ้านไทย

๒.๒ สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศในชุมชน เป็นอย่างไรบ้าง

๒.๓ การคมนาคมสื่อสาร ในปัจจุบันสภาพการเดินทางเข้าสู่หมู่บ้านทางใดบ้าง สภาพถนนเป็นอย่างไร การติดต่อสื่อสารกันอย่างไร

๒.๔ การปกครองและประชากร ประกอบด้วยกี่หมู่บ้าน จำนวนประชากรต่อหลังคาเรือน มีการปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างไร



๒.๕ ลักษณะทางเศรษฐกิจ

๒.๕.๑ อาชีพที่คนในชุมชนทำเป็นหลัก อาชีพรอง และอาชีพอื่น ๆ ที่สร้างรายได้ให้คนในชุมชน

๒.๕.๒ รายได้ของคนส่วนใหญ่เป็นอย่างไร มีความสม่ำเสมอหรือขึ้นกับฤดูกาล

๒.๕.๓ การศึกษา ในพื้นที่มีโรงเรียนระดับใดบ้าง และขนาดใดบ้าง สภาพโรงเรียนและผู้เรียนเป็นอย่างไร ระดับการศึกษาสูงสุดของคนในหมู่บ้านเป็นอย่างไร

๒.๖ ลักษณะครอบครัวและเครือญาติ

เป็นครอบครัวขยายหรือครอบครัวเดี่ยว การแต่งงานนิยมแต่งงานในหมู่บ้านเดียวกันหรือไม่ ความเป็นเครือญาติมีการสืบทอดกันไปอย่างไร สายสัมพันธ์เครือญาติใกล้ชิดหรือกระจัดกระจาย

๒.๗ สภาพสังคมของหมู่บ้าน

ภาพรวมในด้านความเป็นอยู่ของชาวบ้านได้แก่ วิถีชีวิตการทำมาหากิน ความเป็นอยู่ ความสงบ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสังคม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี จุลธรรมศรัทธาของหมู่บ้าน เช่น วัด หรือโรงเรียน เป็นต้น

๒.๘ ระบบสาธารณสุขของหมู่บ้าน

สภาพการสาธารณสุขในชุมชน สภาพความเจ็บป่วย การป้องกันรักษาโรคของคนในชุมชน ในภาพรวมนิยมใช้แผนปัจจุบัน หรือแบบพื้นบ้านอย่างไรบ้าง จำนวนหมอพื้นบ้านในหมู่บ้าน

๓. การศึกษาประวัติ

๓.๑ ประวัติชีวิตของหมอ

๓.๑.๑ เกี่ยวกับภูมิหลัง ความเป็นมาของครอบครัว และเหตุการณ์ต่างๆ ในอดีตที่มีอิทธิพลต่อการเป็นหมอพื้นบ้านในปัจจุบัน

๓.๑.๒ ความเป็นมาตั้งแต่เกิดจนกระทั่งปัจจุบันที่สำคัญ ๆ เช่น การศึกษา การบวชเรียน การประกอบอาชีพ อุปนิสัย ความสนใจและความสามารถพิเศษ

๓.๒ การเรียนรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านไทย

๓.๒.๑ สาเหตุหรือแรงจูงใจในการเป็นหมอพื้นบ้าน

- เริ่มสนใจที่จะเป็นหมอตั้งแต่เมื่อไร เริ่มให้การรักษาผู้ป่วยครั้งแรกตอนไหน (หมออายุเท่าใด) ในการรักษาผู้ป่วยครั้งแรกมีเรื่องราวเป็นมาอย่างไร

- มีเหตุการณ์หรือแรงจูงใจใดเป็นพิเศษหรือไม่อย่างไร ที่ทำให้เกิดความสนใจหรือทำให้ต้องกลายเป็นหมอ (เช่น เกิดจากตนเองล้มป่วยแล้วค้นพบการรักษาโดยบังเอิญ เกิดนิมิตฝันไป หรือเกิดจากมีบิดาเป็นหมอแล้วได้ตามไปรักษาผู้ป่วยจึงคุ้นเคยมาตั้งแต่เด็ก ฯลฯ)

- ก่อนที่หมอจะมีบทบาทในการรักษาเช่นทุกวันนี้ การพัฒนาการของบทบาทของหมอ มีลักษณะอย่างไร เช่น ให้การรักษาอย่างจริงจังเลยตั้งแต่เริ่มต้น ค่อย ๆ ลองผิดลองถูกมาแล้วค่อยสะสมความมั่นใจเมื่อรักษาได้ผลมากขึ้น ฯลฯ

๓.๒.๒ การสะสมความรู้และประสบการณ์

- ความรู้ในการรักษาที่หมอมีอยู่ในปัจจุบันนั้นเริ่มต้นเรียนรู้จากที่ใด กับใครบ้าง และได้สะสมประสบการณ์มาอย่างไร ได้เรียนวิชาต่อเพิ่มเติมจากใครหรือที่ใดอีกหรือไม่ เมื่อใด (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ)

๓.๒.๓ การถ่ายทอดความรู้ของหมอ

- การรักษาของหมอทุกวันนี้ มีการบันทึกเป็นตำรับตำราหรือไม่ ถ้ามีตำราดังกล่าวเป็นภาษาใด เก็บไว้ที่ใด อยู่ในสภาพอย่างไร และหมอได้ใช้เป็นประจำหรือไม่
- หมอพื้นบ้านมีความตั้งใจอย่างไรกับการถ่ายทอดวิชาความรู้ในอนาคต ทุกวันนี้มีผู้มาสืบทอดความรู้จากท่านหรือไม่ ถ้ามี ก็คน เป็นใคร มาจากที่ใด ถ้าไม่มี เป็นเพราะเหตุใด
- ตามคำสอนที่หมอเรียนมา ผู้ที่จะสืบทอดวิชาจากหมอได้นั้นต้องมีคุณลักษณะพิเศษอย่างไร หรือไม่

๓.๓. ความรู้ความสามารถ ความชำนาญเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านไทย

๓.๓.๑ โรค หรืออาการที่รักษาและชำนาญ

- ทุกวันนี้หมอให้การรักษาในอาการหรือโรคใดได้บ้าง อาการหรือโรคดังกล่าวนี้มีชื่อเรียกว่าอย่างไร มีสาเหตุจากอะไร มีลักษณะอาการสำคัญ ๆ อย่างไร และหมอรักษาอย่างไร
- ในอาการที่หมอรักษาได้ข้างต้น อาการใดบ้างที่มีชาวบ้านมารับการรักษาบ่อย อาการใดที่หมอมีความชำนาญหรือเป็นอาการที่ชาวบ้านยอมรับว่าหมอเก่งในการรักษา

๓.๔ แบบแผนวิธีการบำบัดโรคที่มีความชำนาญเฉพาะ

๓.๔.๑ รูปแบบการให้บริการ

การให้การรักษาของหมอมีลักษณะอย่างไร เช่น แบบหมออาชีพคือหมออยู่ที่บ้าน มีผู้ป่วยมารับการรักษา มีการเสียค่ารักษา หมอใช้เวลากับการรักษาเป็นอาชีพหลัก ฯลฯ หรือเป็นแบบหมอกกลางบ้าน ชาวบ้านมีปัญหาจะมาขอให้ช่วยชีวิต ปกติหมอก็คือชาวบ้านธรรมดาที่ต้องไปทำมาหากิน เช่นคนอื่น หรือเป็นแบบหมอตามสถานการณ์คือพอมีความรู้อยู่บ้างเมื่อชาวบ้านหรือญาติพี่น้องมีปัญหา ไม่มีทางเลือกอื่นก็มาหา หรือหลาย ๆ แบบผสมกัน ฯลฯ

๓.๔.๒ การวินิจฉัยโรค มีการวินิจฉัยโรคอย่างไร เช่น การตรวจร่างกาย การใช้เครื่องมือ การสังเกตจากประสบการณ์

๓.๔.๓ วิธีการรักษาที่หมอชำนาญมีกี่วิธี อะไรบ้าง วิธีใดใช้กับอาการใด วิธีการรักษาใดที่เป็นวิธีการหลักที่หมอใช้ (หรือเป็นวิธีการที่หมอมีชื่อเสียง) และเหตุใดจึงเลือกใช้วิธีการดังกล่าว

๓.๔.๔ ขั้นตอนการรักษาเป็นอย่างไร อุปกรณ์หรือเครื่องมือประกอบในการรักษาที่สำคัญ ๆ มีอะไรบ้าง ใช้กับวิธีการและอาการใด ข้อปฏิบัติตนของผู้ป่วยระหว่างและหลังทำการรักษาเป็นอย่างไร

๓.๔.๕ หมอมีการผสมผสานวิธีการรักษาหรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะมีการนำวิธีการรักษาสมัยใหม่ร่วมด้วยหรือไม่ หากใช้ ใช้ร่วมกับการรักษาแบบใด สำหรับอาการอะไร การรักษาแบบใหม่ที่ใช้คืออะไร (ยา การเอกซเรย์ หรือการส่งต่อ กรณีที่รักษาไม่ได้)

๓.๔.๖ ในกรณีที่หมอใช้ยาสมุนไพรรักษาผู้ป่วย หมอได้ยาเหล่านี้มาจากที่ใด ด้วยวิธีการอย่างไร เช่น ซื้อ เก็บ ปลูกเอง ฯลฯ มีปัญหาในการหาสมุนไพรหรือไม่ อย่างไร วิธีการใช้ยาหรือการเตรียมยาหมอทำอย่างไร ทำเองหรือให้ร้านยาเป็นคนเตรียมให้ ถ้าเตรียมเองมีวิธีการอย่างไร



๓.๔.๗ หมอพื้นบ้านใช้อุปกรณ์และสมุนไพร หรือน้ำมัน น้ำมันอะไรบ้าง ในการรักษา
ด้วย อุปกรณ์ทำมาจากอะไร อย่างไร ถ้ามีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วยให้ถามข้อความ ข้อ ๓.๔.๖ ด้วย

๓.๕ ความคิดความเชื่อ และวัตรปฏิบัติของหมอ

๓.๕.๑ หมอต้องมีการปฏิบัติตนเป็นพิเศษอันเนื่องมาจากการเป็นหมออย่างไรหรือไม่ ถ้ามี
คืออะไร ทำไมต้องปฏิบัติ การปฏิบัติดังกล่าวเกี่ยวข้องกับผลการรักษาหรือไม่ เกี่ยวข้องอย่างไร

๓.๕.๒ หมอมีความเชื่อถือ ศรัทธา ยึดถือเป็นหลักปฏิบัติในชีวิตการเป็นหมอพื้นบ้าน
อย่างไรบ้าง

๓.๕.๓ หมอมีความเชื่อ นับถือ บูชา สิ่งใดบ้างเป็นหลักยึด

๓.๕.๔ หมอมีความเชื่อ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างไร

๔. การศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ไปรักษา

๔.๑ จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษามีอย่างน้อยเพียงใด เช่น จำนวนผู้ป่วยต่อวันหรือเดือนละ
กี่ราย ผู้ป่วยมีมาสม่ำเสมอตลอดปีหรือแล้วแต่ฤดูกาล หรือไม่แน่นอน บางช่วงก็มากบางช่วงก็น้อย (หมายเหตุ :
การหาจำนวนผู้ป่วยให้คำนึงถึงธรรมชาติของโรคหรืออาการ และแยกแยะด้วยว่าเป็นจำนวนของแต่ละอาการ
หรือจำนวนรวมของหลายอาการ แล้วจึงพิจารณาว่าจำนวนผู้ป่วยต่อหน่วยเวลาใดจึงจะเหมาะสม เช่น อาการ
ที่ขึ้นกับฤดูกาลอาจใช้จำนวนต่อวันเฉพาะในฤดูที่มีการเกิดโรค อาการที่ไม่ขึ้นกับฤดูกาล เช่น กระดูกหักใช้เฉลี่ย
ต่อเดือน เป็นต้น)

๔.๒ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นใคร มาจากที่ใด มีลักษณะเฉพาะ เช่น เป็นเด็ก หรือคนที่มี
ปัญหาพิเศษบางอย่างหรือไม่ ส่วนมากอยู่ที่ไหน (ในหมู่บ้าน นอกหมู่บ้าน มาจากต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด)
มีลักษณะเฉพาะอื่น ๆ ต่อไปนี้หรือไม่ เช่น เป็นคนที่ผิดหวังจากการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือ
เป็นคนยากจนไม่สามารถไปรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือคลินิกเอกชนได้ ฯลฯ ญาติพามาเนื่องจาก
ได้ยินชื่อเสียงของหมอว่ารักษาหาย

๔.๓ การรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยวิธีใด

๔.๔ ค่าตอบแทนหรือค่าบูชาครู ที่เป็นทั้งสิ่งของและเงินที่ผู้ป่วยให้ในระยะเวลาก่อนรักษา
ระหว่างรักษา หรือหลังการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยหายดีแล้ว จำนวนเท่าใด

๔.๕ การนัดผู้ป่วย ใช้วิธีการนัดอย่างไร ช่วงเวลาที่นัด

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคติดต่อและการประเมินผลการรักษาทางคลินิก

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลภูมิหลัง

๑.๑ ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
อายุ.....ปี ภูมิลำเนาเดิม.....สถานภาพการสมรส..... มีบุตร.....คน

๑.๒ ได้รับการศึกษาในระดับ

(.....) ไม่ได้รับการศึกษา (.....) ประถมศึกษา (.....) มัธยมศึกษาตอนต้น
(.....) มัธยมศึกษาตอนปลาย (.....) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)/
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
(.....) ปริญญาตรี (.....) สูงกว่าปริญญาตรี

๑.๓ ท่านประกอบอาชีพอะไร

(.....) เกษตรกร
(.....) รับจ้างรายวันรายเดือน
(.....) ค้าขาย
(.....) ธุรกิจส่วนตัว
(.....) รับราชการ
(.....) อื่น ๆ.....หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ

๑.๔ รายได้ต่อเดือน

(.....) น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท (.....) ๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ บาท
(.....) ๑๐,๐๐๑ - ๑๕,๐๐๐ บาท (.....) มากกว่า ๑๕,๐๐๐ บาทขึ้นไป

๑.๕ สิทธิการรักษา

(.....) UC ไม่เก็บเงิน (.....) UC ๓๐ บาท
(.....) เบิกได้ (.....) ประกันสังคม
(.....) ชำระเงินเอง (.....) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ ๒ การประเมินผลก่อนรักษา

๒.๑ ไหล่ข้างที่ปวด

(.....) ไหล่ขวา (.....) ไหล่ซ้าย

๒.๒ ไหล่ข้างที่ถนัด

(.....) ไหล่ขวา (.....) ไหล่ซ้าย

๒.๓ อาการที่แสดงออกมา

(.....) ปวด (.....) บวม (.....) แดง (.....) ร้อน
(.....) ฟกช้ำดำเขียว (.....) แขนผิดปกติ (.....) ชา



๒.๔ สาเหตุของการเกิด

- (.....) อุบัติเหตุรถ โปตรระบู่ประเภทรถ.....
(.....) อุบัติเหตุทั่วไป โปตรระบู่.....
(.....) ถูกทำร้ายร่างกาย
(.....) อื่นๆ โปตรระบู่.....
(.....) ไม่ทราบสาเหตุ

๒.๕ โรคประจำตัว.....

๒.๖ ผลการตรวจทางชั้นสูตร.....

ส่วนที่ ๓ ทดสอบสภาพการเคลื่อนไหวและการใช้งานก่อนและหลังการรักษา

๓.๑ การประเมินสภาพการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จากการวัดมุม โดยผู้เชี่ยวชาญ คือ.....

๓.๒ บันทึกการทำมุมการเคลื่อนไหว ดังนี้

ท่าการเคลื่อนไหว	คะแนนก่อนรักษา	คะแนนหลังรักษา
- การงอ (Flexion)		
- การเหยียด (Extention)		
- การกางออก (Abduction)		
- การหุบเข้า (Adduction)		
- การหมุนเข้า (Internal rotation)		
- การหมุนออก (External rotation)		
คะแนนรวม		

๓.๓ การประเมินความสามารถในการใช้งานของข้อไหล่ โดยผู้เชี่ยวชาญ คือ.....

๓.๔ บันทึกความสามารถในการใช้งานของข้อไหล่ ดังนี้

ท่าการใช้งาน	คะแนนก่อนรักษา	คะแนนหลังรักษา
- มือประสานท้ายทอย		
- มือประสานเอว		
- มือซ้ายจับไหล่ขวา		
- มือขวาจับไหล่ซ้าย		
คะแนนรวม		
