

Activities of Daily Living in Rheumatoid Arthritis Patients

Warinda Onkampa*, Metita Wiwitkul*, Pannika Prachgosin**, Wittaya Kannula***

*Division of Occupational Therapy, Department of Rehabilitation Medicine, ** Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand., ***Occupational Therapy Unit, Rehabilitation Center, Thonburi Hospital, Bangkok, Thailand.

Abstract

Rheumatoid arthritis is one of the common forms of chronic arthritis. The symptom of rheumatoid arthritis is the inflammation inside a joint in symmetry polyarthritis form that causes joint and tissue damage, pain, deformity, and disability. Early intervention and effective practices in the first stage of rheumatoid arthritis are very beneficial. Besides drug and surgical intervention, rehabilitation is one of the essence interventions. Occupational therapy can help patients with rheumatoid arthritis to do their activities of daily living by using the joint protection strategy and assistive device to prevent the overuse and improper use of joints. Joint protection is a preventative strategy that decreases the risk of joint and tissue damage. Also, it can relieve joint pain and inflammation, and help the patient enhancing independence in activities of daily living.

Keywords: Rheumatoid arthritis (RA); Activities of daily living (ADL); Occupational therapy

Correspondence to: Warinda Onkampa **E-mail:** warinda.on@gmail.com

Received: 10 July 2020 **Revised:** 14 October 2020 **Accepted:** 14 October 2020
<http://dx.doi.org/10.33192/Simedbull.2021.08>

Siriraj Medical Bulletin 2021;14(1):50-56

กิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

วรินทร์ดา อ่อนคำภา*, เมธิตา วิจิตรกุล*, ปณณิกา ปราษฎ์โกสินทร์**, วิทยา กันนุลา***

*สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู, **ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร,

***หน่วยกิจกรรมบำบัด ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลธนบุรี กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อย อาการแสดงที่สำคัญคือการอักเสบของข้อต่อของร่างกายต่างๆ หลายข้อแบบสมมาตร ซึ่งทำให้เกิดอาการปวด ข้ออักเสบเรื้อรังภายในข้อเกิดการทำลายข้อต่อทำให้มีข้อต่อพิการผิดรูปและทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ดังนั้นการให้การรักษาและวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกจึงมีความสำคัญ นอกจากการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูก็มีส่วนสำคัญ กิจกรรมบำบัดเป็นศาสตร์ที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ โดยนำหลักการปกป้องข้อต่อด้วยการปรับท่าทางและการใช้อุปกรณ์ช่วยเพื่อป้องกันไม่ให้ข้อต่อถูกใช้งานมากเกินไปหรือผิดวิธี วิธีการดังกล่าวเป็นการถนอมข้อต่อไม่ให้ถูกทำลายก่อนเวลาอันควร อีกทั้งยังสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดและการอักเสบของข้อต่อได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและทำกิจวัตรประจำวันเองได้โดยไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น

คำสำคัญ: โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์; กิจวัตรประจำวัน; กิจกรรมบำบัด

บทนำ

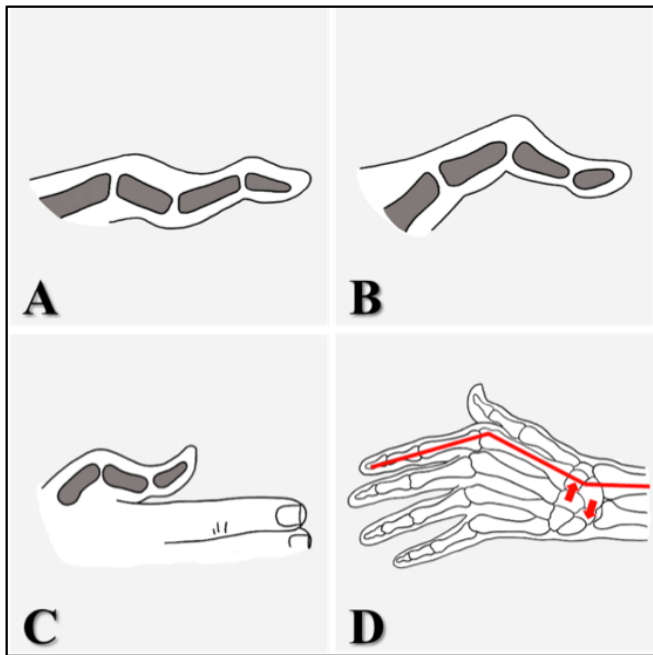
โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis; RA) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันต่อเซลล์ (Autoimmune disease) พบได้ทุกเชื้อชาติ มีความชุกประมาณร้อยละ 0.2-1 ในเอเชีย ประเทศไทยพบความชุกร้อยละ 0.12¹ แม้ว่าความชุกไม่มากนัก แต่ก็สามารถพบได้บ่อยที่สุดในบรรดาโรคข้ออักเสบชนิดไม่ทราบสาเหตุ² ลักษณะเด่นของโรค คือ เป็นโรคเรื้อรัง มีการอักเสบของอวัยวะและข้อต่อของร่างกาย โดยความรุนแรงเป็นมากขึ้นสลับกันและส่วนใหญ่ไม่หายขาด³ ในผู้ที่ป่วยโรคนี้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะมีผลต่อการผิดรูปของข้อต่อ (Deformities) ก่อให้เกิดความพิการและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การดูแลรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกจึงเป็นหัวใจสำคัญ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะ ไม่พึงประสงค์⁴ ดังกล่าว โดยเฉพาะที่บริเวณข้อมือและข้อนิ้วมือซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบการผิดรูปได้บ่อยที่สุด¹ และส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งถ้าผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ผิดรูปโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ดังนั้นการฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัดจึงมีการนำเทคนิคการปกป้องข้อต่อ (Joint protection) โดยการจัดท่าทาง (Position) ที่ถูกต้องและการนำอุปกรณ์ช่วย (Assistive device) ที่เหมาะสมมาใช้ตั้งแต่ระยะแรกก็สามารถช่วยลดการอักเสบซ้ำๆ และป้องกันความเสี่ยงต่อการผิดรูปของข้อต่อได้เป็นอย่างดี

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการ มีอายุระหว่าง 35-50 ปี กลไกการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัดแต่มีสมมุติฐานเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุทางพันธุกรรม เพศหรือฮอร์โมนและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสูบบุหรี่ โรคอ้วน การขาดวิตามินดี การติดเชื้อบางชนิด¹ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์บ่อยที่สุดคือ ข้ออักเสบ โดยจะมีอาการปวด บวม แดง ร้อน กดเจ็บและการเคลื่อนไหวของข้อลดลง ซึ่งพบได้บ่อยที่ข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก และข้อเท้า⁴ อาการนำอีกประการที่เป็นลักษณะเด่นของโรค คือ อาการปวดตึงข้อหลังตื่นนอน (Morning joint stiffness) โดยมีอาการนานกว่า 60 นาที และทุเลาลงหลังมีการเคลื่อนไหวข้อ ผู้ป่วยร้อยละ 55-56 มีลักษณะการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป (Insidious onset) ในช่วงแรกมักพบอาการอักเสบหลายตำแหน่งโดยเฉพาะที่ข้อนิ้วมือ ข้อมือและข้อเท้า โดยจะเกิดทั้งสองด้านของร่างกายในตำแหน่งที่สมมาตรกัน (Symmetry polyarthritis)¹ และถ้าผู้ป่วยมีการอักเสบของข้อเหล่านี้เป็นระยะเวลานานก็มีผลทำให้โครงสร้างของข้อถูกทำลาย กล้ามเนื้อรอบข้อ ข้อลิบเล็ก มีการดัดงอของเอ็นรอบๆ ข้อในทิศทางต่างๆ กันก่อให้เกิดข้อผิดรูป⁴ ตามมาได้

การผิดรูปของข้อนิ้วมือที่พบได้บ่อย⁴ ได้แก่ Swan-neck deformity เป็นความผิดปกติของข้อปลายนิ้วมือที่ยึดติดในท่างอ (Flexion) ร่วมกับข้อกลางนิ้วมือที่เหยียดออกมากกว่าปกติ (Hyperextension) (ภาพที่ 1A), Boutonniere deformity เป็นความผิดปกติของข้อกลางนิ้วมือที่ยึดติดในท่าอ่วมกับข้อปลายนิ้วที่เหยียดออกมากกว่าปกติ (ภาพที่ 1B), Z-deformity เป็นความผิดปกติของข้อโคนนิ้วหัวแม่มือผิดปกติร่วมกับข้อกลางนิ้วมือเหยียดออกมากกว่าปกติ (ภาพที่ 1C) และ Radial deviate ที่บริเวณข้อมือซึ่งมีผลทำให้ข้อมือเอียงไปทางนิ้วหัวแม่มือและมี Ulnar deviation ของข้อโคนนิ้วมือทั้งสองเอียงไปทางนิ้วก้อย (ภาพที่ 1D)¹

ภาพที่ 1 แสดงลักษณะข้อผิดรูปที่พบได้บ่อย



ที่มา: วาดภาพโดย นางสาวธัญญกมล สิริบุตร

เป้าหมายหลักในการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คือทำให้อาการของโรคสงบหรือมีการดำเนินโรคที่ต่ำลง (Low disease) รวมทั้งป้องกันการทำลายของข้ออย่างรุนแรง ให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำงานได้เป็นปกติการรักษาประกอบด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การรักษาด้วยยามีวัตถุประสงค์เพื่อลดการอักเสบของข้อ ส่วนการรักษาโดยไม่ใช้ยาจะเน้นที่

การฟื้นฟูทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยการส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อและพิสัยการทำงานของข้ออีกทั้งสอนการใช้ข้อในการทำกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดข้อในการทำงานมากเกินไปหรือผิดวิธี การผ่าตัดเป็นอีกวิธีของการรักษาโดยไม่ใช้ยาส่วนมากจะใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อผิดรูปมากและไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ¹

กิจกรรมบำบัดเป็นศาสตร์หนึ่งของเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่มีส่วนสำคัญในการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้⁵ เมื่อพบการอักเสบของข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก หรือข้อไหล่จะมีผลทำให้การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นไปอย่างยากลำบาก การใช้หลักการปกป้องข้อต่อเป็นโปรแกรมที่พัฒนาเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ซึ่งจะช่วยลดอาการปวด การอักเสบ และลดความเสี่ยงต่อการผิดรูปของข้อ โดยปรับวิธีการทำงานให้เหมาะสมตามหลักการทางชีวกลศาสตร์ (Biomechanics) เพื่อลดการใช้งานของข้อที่มีการอักเสบและกระจายน้ำหนักไปที่ข้อต่อที่มั่นคงหรือแข็งแรงกว่า หลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้เกิดการผิดรูป⁶ ร่วมกับการใช้ อุปกรณ์ช่วย⁷ ดังนั้นการนำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ให้เหมาะสมก็จะยิ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูโดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวันเพราะเป็นทักษะขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง⁸ และกิจกรรมส่วนใหญ่จะใช้มือทำงานซ้ำๆ เช่น การแปรงฟันการจับช้อน การรับประทานอาหารและการอาบน้ำ เป็นต้น

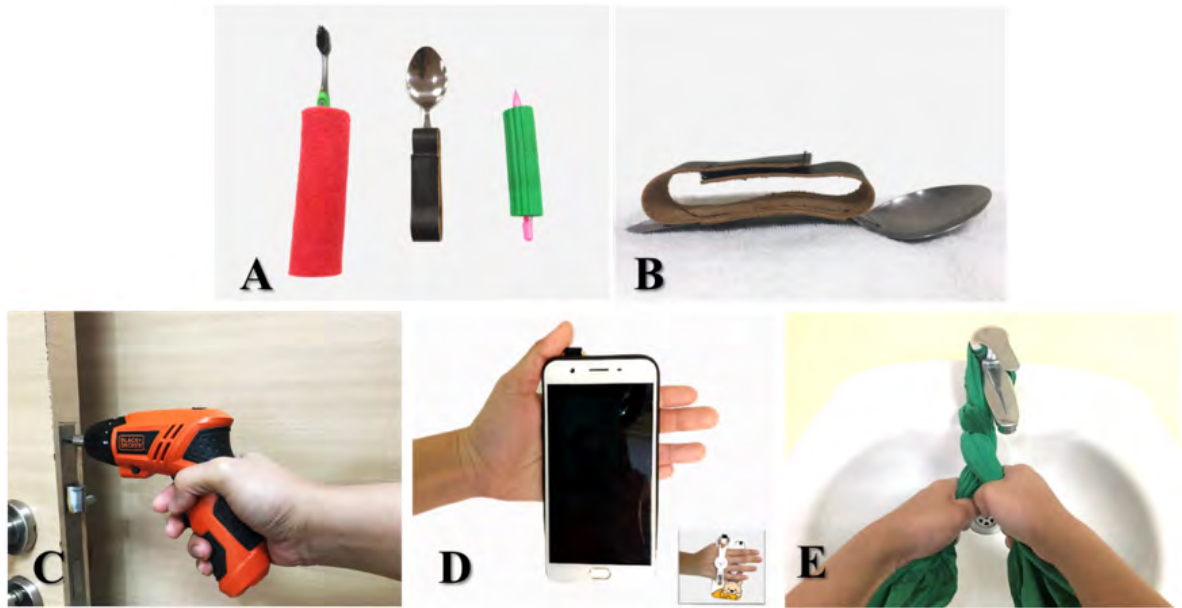
การจำกัดท่าทางและอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

1. หลีกเลี่ยงการใช้มือในลักษณะที่ทำให้เกิด Radial deviation ของข้อมือและ Ulnar deviation ของข้อนิ้วมือ

ท่าทางในการทำกิจวัตรประจำวันที่ส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติดังกล่าวส่วนใหญ่มิสาเหตุมาจากการที่ต้องออกแรงกำมือมากเกินไป หรืออยู่ในท่าอ่นิ้วนานๆ เช่น การจับปากกาเขียนหนังสือ การจับช้อน/ส้อม การบิดไขควง การบิดผ้า และการใช้โทรศัพท์มือถือ เป็นต้นซึ่งท่าทางดังกล่าวสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยมาใช้ได้แก่ อุปกรณ์เสริมด้ามใหญ่ (Large holder) (ภาพที่ 2A) หรืออุปกรณ์เสียบด้าม (Universal cuff) (ภาพที่ 2B) การใช้ไขควงไฟฟ้าที่ด้ามจับใหญ่แทนไขควงปกติ (ภาพที่ 2C) และใช้เคสโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้มือสอดเข้าไปประคองโทรศัพท์โดยไม่ต้องงอนิ้วมือ (ภาพที่ 2D) หรือถ้าเป็นแท็บเล็ต ให้ใช้เคสที่สามารถวางตั้งได้โดยไม่ต้องถือ เพื่อเป็นการช่วยลดการออกแรงกำมือหรือใช้การปรับเปลี่ยนท่าทาง เช่น การบิดผ้าให้จับผ้าที่ส่วนปลายทั้งสองข้างแล้วนำผ้ามาคล้องกับก๊อกร้านจากนั้นหมุนผ้าให้ไขว่กันแทนการบิด (ภาพที่ 2E) เป็นต้น ซึ่งการจับอุปกรณ์ต่างๆ ต้องไม่แน่นจนเกินไปและให้คลายมือบ่อยๆ^{6,8}

สาเหตุอื่นที่พบได้บ่อยคือ การจับอุปกรณ์ที่มีด้ามยาว (ภาพที่ 3A) ได้แก่ ตะหลิว ไม้กวาด หวี เป็นต้น การปรับท่าทางในการจับอุปกรณ์ให้เหมาะสมสามารถทำได้โดย จับด้ามอุปกรณ์ให้ขนานกับโคนข้อนิ้วมือ (Knuckles parallel) และส่วนข้อมืออยู่ในแนวตรง (ภาพที่ 3B, 3C, 3D, 3E)

ภาพที่ 2 ภาพแสดงอุปกรณ์ช่วยและท่าทางที่หลีกเลี่ยงการกำที่ต้องออกแรงมาก



ที่มา: ถ่ายภาพโดย นางสาวเมธิตา วิจิตรกุล

ภาพที่ 3 ภาพแสดงการปรับท่าทางการจับด้ามอุปกรณ์ที่ส่งเสริมให้อยู่ในท่าที่ผิดปกติ



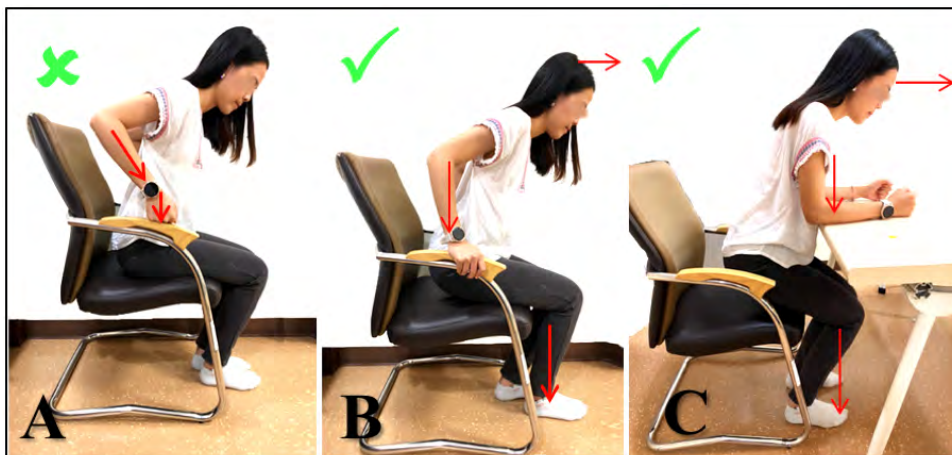
ที่มา: ถ่ายภาพโดย นางสาวเมธิตา วิจิตรกุล

2. หลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้เกิดการเคลื่อนที่ข้อโคนนิ้วมือ (MCP joint)

2.1 ในผู้ป่วยบางรายมีการลุกนั่งโดยการใช้อำนาจมือและดันตัวให้ลุกขึ้น (ภาพที่ 4A) ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเคลื่อนที่ของข้อโคนนิ้วมือ ดังนั้น ควรมีการปรับท่าทางโดยให้มีการวางฝ่ามือ (Palm) บนเก้าอี้หรือที่พนักแขนแล้วโน้มตัวไปด้านหน้า จากนั้นให้ลงน้ำหนักที่ข้อมือและขาทั้ง 2 ข้าง (ภาพที่ 4B) เพื่อ

เป็นการกระจายแรงในการลงน้ำหนัก หรือในกรณีที่มือมีโต๊ะตั้งอยู่ด้านหน้าให้ใช้แขนส่วนล่าง (Forearm) วางบนโต๊ะจากนั้นโน้มตัวไปด้านหน้าลงน้ำหนักที่แขนส่วนล่างและเท้าทั้ง 2 ข้างแล้วดันตัวขึ้น (ภาพที่ 4C) อาจใช้เบาะรองนั่งเสริมความสูงของเก้าอี้เพื่อลดการใช้แรงจากแขนลง

ภาพที่ 4 ภาพแสดงการลุกจากเก้าอี้เพื่อหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักที่ด้านหลังมือ



ที่มา: ถ่ายภาพโดย นางสาวเมธิตา วิจิตรกุล

2.2 หลีกเลี่ยงการกดหรือบีบของด้วยนิ้วหัวแม่มือและการหยิบจับของที่มีขนาดเล็ก เนื่องจากนิ้วหัวแม่มือถูกใช้ในการทำกิจกรรมลักษณะต่างๆ มากถึง 40 % เช่น ล้างจาน บีบยาสิฟน ตัดเล็บ ตัดกระดาษ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ต้องออกแรงบีบหรือกดที่นิ้วหัวแม่มือทำให้เกิดแรงดึงที่ข้อนิ้วหัวแม่มือได้ จึงต้องปรับท่าทางในการจับอุปกรณ์ให้เหมาะสม โดยขณะทำกิจกรรมให้

เหยียดนิ้วและใช้ฝ่ามือหรือสันมือทดแทนการใช้นิ้วบีบ (ภาพที่ 5A, 5B) หรือปรับอุปกรณ์แทน เช่น ตัดฐานที่กรรไกรตัดเล็บเพื่อให้วางตั้งบนโต๊ะได้แล้วใช้สันมือกดตามของกรรไกรตัดเล็บ (ภาพที่ 5C) หรือใช้อุปกรณ์ช่วยตัดกระดาษ (Bottom hook) ภาพที่ 5D) เป็นต้น

ภาพที่ 5 ภาพแสดงการปรับท่าทางและอุปกรณ์ช่วยเพื่อหลีกเลี่ยงการกดหรือบีบของนิ้วหัวแม่มือ



ที่มา: ถ่ายภาพโดย นางสาวเมธิตา วิจิตรกุล

3. ใช้ข้อต่อที่แข็งแรงหรือใหญ่ที่สุดในการทำงานโดยต้องเป็นข้อต่อที่อยู่ใกล้ลำตัว เช่น ไหล่ ข้อศอก เพราะข้อตอดังกล่าวเป็นข้อต่อที่มั่นคงกว่า มือ และข้อมือ โดยมีวิธีการดังนี้

3.1 ทิ้งหรือสะพายกระเป๋าที่บริเวณแขนหรือไหล่แทนการใช้มือหิ้ว เพื่อเป็นการกระจายน้ำหนักไปข้อที่ใหญ่กว่า (ภาพที่ 6A)

3.2 ยกวัตถุด้วยฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง เพื่อเป็นการกระจายน้ำหนักจากข้อนิ้วมือ และข้อมือไปที่ข้อศอก เช่น ยกแก้วน้ำ (ภาพที่ 6B) ยกจาน (ภาพที่ 6C) เป็นต้น

3.3 ผลักหรือดันวัตถุโดยใช้น้ำหนักของร่างกายแทนการดึงหรือยกในกรณีที่วัตถุมีขนาดใหญ่และน้ำหนักมาก เช่น ผลักเก้าอี้โดยใช้ไหล่หรือสะโพกแทนการใช้มือ (ภาพที่ 6D) หรือใช้รถเข็นหรือเก้าอี้มีล้อเคลื่อนย้ายของจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่งแทนการยก เป็นต้น

ภาพที่ 5 ภาพแสดงการใช้ข้อที่แข็งแรงหรือใหญ่ที่สุดในการทำงาน



ที่มา: ถ่ายภาพโดย นางสาวเมธิตา วิจิตรกุล สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

4. หลีกเลี่ยงการใช้มือทำกิจกรรมซ้ำๆ เป็นเวลานาน เนื่องจากการทำกิจกรรมในท่าเดิมซ้ำๆ จะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการล้าข้อผิดเชิงและปวด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทำลายข้อและเกิดการผิดรูปตามมาได้ ควรจะมีการเปลี่ยนท่าทางในการทำกิจกรรมเป็นระยะแต่ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ควรที่จะต้องพักการใช้งานของมือทุก 10-15 นาที

การให้ความรู้เหล่านี้สามารถทำในรูปแบบต่างๆ กันออกไป เช่น การสอนโดยตรง การทำแผนพับ การทำวิดีโอคลิป นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเป็นแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกรวดเร็ว โดยจะเป็นการให้ความรู้และติดตามอาการความรุนแรงของโรคจากความเจ็บปวด ความเมื่อยล้า อารมณ์ การนอนหลับ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยจะมีการแจ้งเตือนเพื่อให้ผู้ป่วยกรอกข้อมูลและแบ่งปันข้อมูลดังกล่าวกับแพทย์ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้จาก iTunes ในระบบ iOS และ

Google play ในระบบ Android มีทั้งแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายและเสียค่าใช้จ่าย การให้ความรู้เรื่องการปกป้องข้อต่อนั้น ควรทำร่วมกับการสอนแบบจิตศึกษา (PRISM-JP) โดยการแสดงภาพของความเจ็บป่วยและสอนให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมในระยะยาวได้ ทำให้การปกป้องข้อต่อ ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁷

ข้อควรระวัง

ในการทำกิจกรรมต่างๆ ควรหลีกเลี่ยงการเอื้อมหรือเอี้ยวตัวมากเกินไป ควรจัดสถานที่ให้สิ่งของอยู่ในระยะเอื้อมถึง และควรหลีกเลี่ยงท่าทางที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวดหรืออ่อนล้า เช่น นั่งยองๆ พับเพียบ คูกเข่า และก้มตัว หรือถ้าต้องอยู่ในท่าเดิมนานๆ ให้ใช้การนั่งเก้าอี้แทนและถ้าเริ่มมีอาการปวดหลังจากทำกิจกรรมไปแล้ว 1-2 ชั่วโมงควรปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนกิจกรรมในทันที

สรุป

การนำวิธีการปกป้องข้อต่อมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของข้อให้ได้ผลดีนั้นไม่ได้เป็นเรื่องง่ายเนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ ต้องอาศัยการทำความเข้าใจต่อเงื่อนไขที่เป็นนิสัยและผู้ป่วยควรได้รับการสอนใช้ข้ออย่างถูกต้องรวมถึงนำอุปกรณ์ช่วยมาใช้อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกของข้ออักเสบ เพื่อลดอาการปวดและการอักเสบของข้อ ป้องกันความพิการให้ข้อมีการใช้งานได้ยาวนานขึ้นไม่ถูกทำลายก่อนเวลาอันควร ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและทำกิจวัตรประจำวันเองได้โดยไม่เป็นการต่อผู้อื่น และที่สำคัญที่สุด คือ สามารถไปทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. รัตนมา ผ่อนอุดม. Rheumatoid arthritis. ใน: อัจฉรา กุลวิสุทธิ, ใจจิตต์ อัครชนบดี, ทศนีย์ กิตติอำนวย. Rheumatology for the Non-Rheumatologist. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พรันดิ่ง; 2562. หน้า 45-69
2. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ;2559; เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2563 เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/เอกสารแนะนำข้อมูลโรคเอสแอลอี-สำหรับประชาชน.pdf>
3. สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. สาเหตุและพยาธิกำเนิด (Etiology and pathogenesis). ใน: วรวิทย์ เล่าห์เรณู. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2544. หน้า 1-12
4. วรวิทย์ เล่าห์เรณู. ลักษณะทางคลินิกและการแสดงนอกข้อ (Clinical features and extraarticular manifestations). ใน: วรวิทย์ เล่าห์เรณู. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2544. หน้า 13-30
5. วรวิทย์ เล่าห์เรณู. การรักษาทั่วไป (Conventional treatment). ใน: วรวิทย์ เล่าห์เรณู. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2544. หน้า 83-105
6. Niedermann K, Buchi S, Ciurea A, Kubli R, Steurer-Stey C, Villiger PM, De Bie RA. Six and 12 months' effects of individual joint protection education in people with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. Scand. J. Occup. Ther. (2012);19(4):360-69.

7. Bobos P, Nazari G, Lalone EA, Ferreira L, Grewal R, MacDermid JC. A scoping review of joint protection programs for people with hand arthritis. *Open Orthop J.* 2018;12(1):500-13.
8. Furst G, Gerber LH, Smith C. *Rehabilitation Through Learning: Energy Conservation and Joint Protection*[E-book]. 1985[cite 2020 May 1]. Available from: https://books.google.co.th/books?id=ySSBIdeVYQC&pg=PA112&lpg=PA112&dq=avoid+tight+grasp&source=bl&ots=1xjiQOc3z1&sig=ACfU3U3zW9ejXIe0dwiPLRVcIOXIhf_b-w&hl=th&sa=X&ved=2ahUKEwjZ_5iG0ufpAhW0ILcAHeunA2EQ6AEwAnoECAsQAQ#v=onepage&q=avoid%20tight%20grasp&f=false
9. Luo D, Wang P, Lu F, Elias J, Sparks JA, Lee YC. Mobile apps for individuals with rheumatoid arthritis: a systematic review. *JCR.* 2019 Apr 1;25(3):133-41.