

การเขียนอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (หรือบรรณาธิการ). ชื่อหนังสือ, พิมพ์ครั้งที่, เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

■ Travell JG, Simon DG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual, vol1. Baltimore: William & Wilkins; 1983.

■ อาริรัตน์ สุพุทธธาดา. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง. กรุงเทพฯ: บริษัท อัลตราพรีนติ้ง จำกัด; 2547.

การเขียนอ้างอิงบทความจากหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง, ชื่อบทที่อ้างอิง. ใน (In): ชื่อบรรณาธิการ, editor(s). ชื่อหนังสือ, พิมพ์ครั้งที่ ed. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า เลขหน้า.

■ Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

■ อรรถจักร โตษยานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน : เสก อักษรวานุเคราะห์. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เทคนิค 19; 2539 หน้า 539.

การเขียนอ้างอิงบทความจากสื่ออินเทอร์เน็ต

มีรูปแบบและองค์ประกอบเช่นเดียวกับบรรณานุกรมที่เผยแพร่ทั่วไป ในรูปสิ่งพิมพ์ รายละเอียดที่ควรมี ได้แก่ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง ปีที่ผลิต (เทียบได้กับปีที่พิมพ์) และต้องมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสืบค้นเอกสารนั้น ๆ ระบุไว้ได้แก่ วันที่และเดือนปีที่สืบค้น และยูอาร์แอล

■ Einstein, A. (2000). Relativity: The special and general theory (R.W. Lawson, Trans.). New York: Bartleby. com. (printing version was published by Henry Holt, .New York in 1920). Retrieved August 21, 2002, from <http://www.Bartleby.com/173/>

การใช้ภาษาและการพิมพ์ต้นฉบับ

■ ใช้แบบอักษร Cordial new หรือ Cordial UPC ขนาด 14 พิมพ์เว้นช่องห่างจากขอบกระดาษทุกด้าน ด้านละ 2.5 ซม. พิมพ์เว้นบรรทัดพิมพ์หน้าเดียว และมีเลขหน้ากำกับ

■ แยกภาพและตารางออกจากเนื้อหา

■ ต้นฉบับเป็นภาษาไทย ถ้าจำเป็นต้องใช้ภาษาอื่นให้ระบุไว้ในวงเล็บ และ

■ พิมพ์ด้วยตัวอักษรตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะหรือคำย่อให้ศัพท์ภาษาอังกฤษได้ในกรณีที่ไม่มีคำแปล เป็นภาษาไทย หรือการแปลทำให้สื่อความหมายผิดไปจากความหมายจริง

■ ชื่อยา ให้ใช้ชื่อ Generic แล้ววงเล็บชื่อทางการค้า

การส่งต้นฉบับ

■ บทความทุกชนิดต้องมีหน้าแรก

■ กรณีที่ส่งต้นฉบับที่แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ต้องแสดง ส่วนที่แก้ไขแล้ว โดยการพิมพ์ด้วยสีแดง หรือ เน้นตรงส่วนที่แก้ไขในต้นฉบับที่พิมพ์

■ กรณีที่ผู้นิพนธ์ไม่แก้ไขหรือเพิ่มเติมเนื้อหาตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ กรุณามีหนังสือชี้แจงประกอบกับต้นฉบับ

■ อนึ่ง ผู้เขียนบทความควรเก็บต้นฉบับไว้ 1 ชุด ส่งต้นฉบับ 2 ชุดพร้อมแผ่นดิสก์ 1 แผ่น หรือ ส่งเป็น attached file ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ถึง

รศ.พญ.อภิชนา ไชวินทะ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200

E-mail: apichana@med.cmu.ac.th

บรรณาธิการแถลง

“แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เพื่อคุณภาพชีวิต”

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า หมอฟื้นฟู หรือที่ต่างประเทศเรียกว่า Physiatrist หรือ Rehabilitation Medicine Specialist) ค้นเคยกับคำว่า “คุณภาพชีวิต” หรือ “Quality of Life (QOL)” ซึ่งเป็นคำที่ใช้ขยายความ ต่อท้ายให้คนทั่วไปรู้จักแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูว่าเป็นแพทย์เพื่อคุณภาพชีวิต (ของผู้ป่วย-ผู้พิการ) นอกเหนือจากการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่นำศาสตร์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Rehabilitation Medicine) มาใช้เพื่อช่วยผู้ป่วยผู้พิการและประชาชนให้มี “ชีวิตที่มีคุณภาพ”

ทั้งนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เน้นการบำบัดและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับมามีความสามารถ (ability) ทำกิจกรรมต่าง ๆ (activity) ในเบื้องต้น ได้แก่ กิจวัตรส่วนตัว (self-care) การเคลื่อนที่ (mobility) และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรม (participation) ได้สูงสุด โดยให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อม (environmental factor) ที่เกื้อหนุน (facilitator) และกำจัดอุปสรรค (barrier) ต่อการทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยผู้พิการแสดงความสามารถ (performance) ของตนได้อย่างเต็มตามศักยภาพ (capacity) อีกทั้งคำนึงถึงปัจจัยส่วนตัว (personal factor) ของผู้ป่วยผู้พิการ เช่น อายุ สถานภาพ เชื้อชาติ การนับถือศาสนา เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อขบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยอิงการประเมินและการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพตามกรอบ ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ขององค์การอนามัยโลก ดังกล่าวข้างต้น

นับว่าแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตระหนักถึงการรักษาผู้ป่วยผู้พิการแบบองค์รวม (holistic approach) มากที่สุดสาขาหนึ่ง แต่ก็มีคำกล่าวที่ว่าแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูใช้ตัวชี้วัดใดบ่งบอกความสำเร็จที่ผ่านมาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูใช้การประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วย-ผู้พิการ ก่อนและหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพในประเทศไทย มีแนวโน้มให้ใช้แบบประเมินบาร์เทล (Barthel Index) สำหรับประเมินการทำงานและความสามารถของผู้ป่วย-ผู้พิการ คะแนนที่เพิ่มขึ้นหลังการบำบัดฟื้นฟูสภาพบ่งชี้ความสำเร็จระดับหนึ่ง แต่ตัวชี้วัดที่สำคัญอีกตัวหนึ่งคือคุณภาพชีวิต ซึ่งปัจจุบันงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษากับผู้ป่วย-ผู้พิการต้องมีตัวชี้วัดประกอบงานวิจัยเสมอ

แบบประเมินคุณภาพชีวิตนั้นแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วไป และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค องค์การอนามัยโลกได้สร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปไว้นั้นคือ WHO-QOL ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้ในงานวิจัยอีกแบบหนึ่งคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตเอสเอฟ-36 ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยแล้วเช่นกัน

ในฉบับนี้มีการวิจัยสองฉบับที่ศึกษาคุณภาพชีวิต ฉบับหนึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง และอีกฉบับหนึ่งเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ ดังนั้น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่สนใจด้านคุณภาพชีวิต สามารถอ่านการศึกษาวิจัยทั้งสองฉบับนี้ได้ ซึ่งจะทำให้เข้าใจถึงบทบาทของตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย-ผู้พิการได้มากขึ้น

รศ.พญ.อภิชนา ไชวินทะ

บรรณาธิการ