

ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และผลต่อการฟื้นตัวของระบบกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

วีระชัย จิตภักดี *

สมรภัทร์ สันติเบญจกุล ** กฤษณา ไพรวะช ***

Jitpugdee W. Suntibenchakul S. Piravej K. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in home-care stroke patients effected on motor recovery and functional ability. Chula Med J 2017 Mar – Apr;61(2): 233 - 47

Background : Stroke or cerebrovascular disease (CVD) is a chronic disease with acute episode. It is a common in neurological patients and a major public health problem worldwide. Patients become disabled and usually take a long time to rehabilitate. Disability affects the mental health of the post-stroke patients, especially anxiety and depression.

Objective : To examine the prevalence of anxiety and depressive symptoms in 52 home-care stroke patients and the effect of anxiety and depression on the motor recovery and functional ability in home-care project to King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society.

Methods : The research instruments collected demographic and medical data from subjective examination and outpatient department card (OPD card). There are also Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale, the Motor Assessment Scale, the Bathel ADL index, and range of motion of the shoulder. The data were analyzed using descriptive statistics: percentage, means, and standard deviation. Chi-square and logistic regression were used to find the correlation between independent and dependent variables.

* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- Results** : *Percentage of anxiety and depression are 57.6 (anxiety 19.2%; depression 51.9%) in 1 month post-discharge and 25.0 (anxiety 9.6%, depression 21.2%) in 1 month after the home-care program. Anxiety and depression were significantly associated with motor recovery, functional ability, and range of motion of the shoulder at $P < 0.05$. After being analyzed by logistic regression, Factors predicting motor recovery were a personal physical therapist, pathology lesion on left brain, anxiety and depressive symptom ($P < 0.05$). Activity in daily living was significantly predicted by elderly age, income, anxiety and depressive symptom at $P < 0.05$. The range of motion of the shoulder was significantly predicted in income, a personal physical therapist, shoulder pain, anxiety and depressive symptom at $P < 0.05$.*
- Conclusion** : *The results demonstrate high prevalence of anxiety and depressive symptoms in post-stroke patients but there was low prevalence in patients under Home-Care Project. Furthermore, there were associations between motor recovery, functional ability, and range of motion of the shoulder.*
- Keywords** : *Stroke patients, anxiety and depression, rehabilitation.*

Correspondence to : Suntibenchakul S. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. April 3, 2516.

วีระชัย จิตภักดี, สมรักษ์ สันติเบญจกุล, กฤษณา พิวเวช. ความชุกของอาการวิตกกังวลและ
อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผลต่อการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ
และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2560 มี.ค. - เม.ย.;61(2):
233 - 47

เหตุผลของการวิจัย : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease: CVD) เป็นภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่พบได้มากในผู้ป่วยกลุ่มอาการทางระบบประสาทและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาวะความพิการ บกพร่องหรือสูญเสียการทำหน้าที่ของแขนและขา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ความพิการส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวอย่างและวิธีการศึกษา : เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 52 ราย จากนั้นจะทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางการแพทย์ แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวแบบประเมินดัชนีมอร์เชล เอ ดี แอล และพิสัยข้อไหล่ เมื่อผ่านไป 1 เดือน ผู้วิจัยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอีกครั้งหนึ่งและทำการประเมินครั้งที่ 2 ด้วยแบบประเมินชุดเดียวกับที่ใช้ในครั้งแรก ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ไค-สแควร์ และสถิติการถดถอยโลจิสติกเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม

- ผลการศึกษา** : พบว่าร้อยละ 55.8 มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจากการเยี่ยมในครั้งแรก (คิดเป็นอาการวิตกกังวลร้อยละ 19.2 และอาการซึมเศร้าร้อยละ 51.9) เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นเวลา 1 เดือน พบว่ามีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเพียงร้อยละ 25.0 (คิดเป็นอาการวิตกกังวลร้อยละ 9.6 และอาการซึมเศร้าร้อยละ 21.2) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและพิสัยข้อไหล่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก พบว่าปัจจัยทำนายการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว คือ นักกายภาพบำบัดส่วนตัวที่จ้างเพิ่มเติมเพื่อมาทำให้ที่บ้าน, ตำแหน่งพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย, อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ($P < 0.05$) ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันคือ อายุ, รายได้ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ($P < 0.05$) และปัจจัยทำนายพิสัยข้อไหล่ข้างอ่อนแรงคือ รายได้, อาการปวดไหล่, และนักกายภาพบำบัดส่วนตัว ($P < 0.05$)
- สรุป** : ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างสูง แต่ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามลดลงเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากนี้อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ การทำกิจวัตรประจำวัน และพิสัยข้อไหล่ด้วยเช่นกัน
- คำสำคัญ** : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, อาการวิตกกังวลและซึมเศร้า, การฟื้นฟูสภาพร่างกาย.

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease: CVD) เป็นภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งมีผลต่อการทำงานของร่างกายในระยะยาว คือ ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาวะความพิการในลักษณะอ่อนแรงกล้ามเนื้อซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย สามารถพบได้มากในผู้ป่วยกลุ่มอาการทางระบบประสาท และยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุ 15 - 59 ปี โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้าน คน⁽¹⁾ และจากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานถึงจำนวนและอัตราผู้เสียชีวิตในปีพ.ศ. 2553 - 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของคนไทยจัดเป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุและการตายเป็นพิษ และโรคหัวใจ และพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ. 2553 - 2555 เป็น 27.5, 30.0 และ 31.7 ตามลำดับ⁽²⁾ จากรายงานการศึกษาภาระโรค (Burden of disease) ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) เป็นอันดับ 2 ในผู้หญิง และอันดับ 3 ในผู้ชาย⁽³⁾

ผู้ป่วยจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด เพื่อฝึกการเคลื่อนไหวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้วยเหตุนี้เวชศาสตร์ฟื้นฟูอย่างกายภาพบำบัดจึงถูกจัดอยู่ในทีมเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อการบริการทางสาธารณสุขที่ทั่วถึงและทันต่อความต้องการที่มากขึ้น เพื่อขยายโอกาสในการรักษาและช่วยลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

ผลของความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า⁽⁴⁾ ผลการวิจัยในต่างประเทศช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้ามีผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายลดลง⁽⁵⁻¹²⁾

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และต้องการศึกษาผลของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวด้วย เพื่อให้ทีมแพทย์และนักกายภาพบำบัดได้ตระหนักถึงความสำคัญทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่อาจจะส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของความพิการ และเป็นการเพิ่มความสามารรถ รวมถึงจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะยาว

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective descriptive research) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับโปรแกรมทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองที่บ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 - เดือนมีนาคม 2559 ทุกรายที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี
3. มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตของกล้ามเนื้อ
4. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ
5. ผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเข้าโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดได้ เช่น โรคหัวใจระดับรุนแรง เป็นต้น
2. มีภาวะข้อต่อเคลื่อนหรือหลุด (Joints subluxation or dislocation)
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้สัมผัส (Sensation) อย่างรุนแรง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณจากสูตร⁽³⁵⁾ โดย

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

n คือ ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่า Confidence Interval หรือค่าความเชื่อมั่นที่ 95% จะได้ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ^(13,14)

p คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรจากการศึกษาของ นันทกา ภักดีพงษ์ และ เจียมจิตแสงสุวรรณ⁽¹⁵⁾ พบความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 65.57% จะได้ $P = 0.66$

d คือ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 10%

จึงสามารถคำนวณได้ $n = \frac{(1.96)^2 (0.66)(1-0.66)}{(0.1)^2} = 86.21 \approx 87$ คน

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 87 คน รวมกับค่าความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ของกลุ่มประชากรประมาณ 10% คิดเป็น 8.7 จะได้ $87+8.7 = 95.7 \approx 96$ คน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-เกณฑ์คัดออกในช่วงเดือนตุลาคม 2558 – เดือนมีนาคม 2559 ได้จำนวนทั้งสิ้น 52 ราย

ผู้วิจัยจะทำการประเมินและเก็บข้อมูลด้วยตนเองจำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งแรกคือก่อนผู้ป่วยจะเข้าร่วม

โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และครั้งที่ 2 เมื่อเข้าร่วมโครงการผ่านไปแล้ว 1 เดือน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพ, ศาสนา, อาชีพ, ระดับการศึกษา, รายได้, รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ดูแล, และนักกายภาพบำบัดจำเพาะ ข้อมูลทางการแพทย์ซึ่งผู้วิจัยทำการค้นจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ ข้างที่ถนัด, ข้างที่อ่อนแรง, ตำแหน่งของพยาธิสภาพ, อาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ, และ โรคประจำตัวหรือโรคที่พบรวม

ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression scale: Thai HADS)⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ แบ่งการประเมินออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่ (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) และประเมินอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่ (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) โดยแต่ละข้อจะมีการให้คะแนน 0 - 3 คะแนน การประเมินได้จากการนำคะแนนในแต่ละกลุ่มมาคิดรวมกัน โดยคะแนนอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจะอยู่ที่ 0 - 21 คะแนนทั้งคู่ ซึ่งสามารถแบ่งระดับความรุนแรงออกได้เป็น 3 ระดับ คือ 0 - 7 คะแนนจัดเป็นไม่มีอาการ 8 - 10 คะแนนมีอาการแต่ไม่ถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช และ 11 - 21 คะแนนมีอาการถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวชสำหรับการวิจัยครั้งนี้แบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยผู้ที่มีอาการจะต้องได้คะแนน Thai HADS ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปในแต่ละอาการ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁷⁾ ประเมินกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร, การลุกจากที่นอน-เคลื่อนย้ายตัว, การดูแลความสะอาดและสวยงามของร่างกาย, สุขวิทยาส่วนบุคคล, การอาบน้ำ, การเคลื่อนที่-

การเดิน, การขึ้นลงบันได, การสวมใส่เสื้อผ้า, การควบคุม การถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ แต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้ แตกต่างกันไปตามความสามารถของผู้ถูกวัด โดยมีคะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน ผู้วิจัยจะทำการเปรียบเทียบ คะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยในช่วงระยะเวลา 1 เดือน เพื่อดูพัฒนาการของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละราย ในแง่เพิ่มขึ้นและคงที่/ลดลง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Motor Assessment Scale: MAS)⁽¹⁸⁾ แบ่งออกเป็น 9 รายการ ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัวบนเตียง, การลุกขึ้นนั่ง, การทรงตัวในท่านั่ง, การลุกขึ้นยืน, การเดิน, การเคลื่อนไหวของแขนรยางค์บน, การใช้งานมือ, การเคลื่อนไหวที่ยากขึ้นและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยแต่ละรายการมีระดับคะแนน 0 - 6 คะแนนขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการในแต่ละด้าน ซึ่งผู้วิจัยจะทำการประเมิน จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน โดยจะนำคะแนน ก่อน-หลังมาเปรียบเทียบเพื่อดูพัฒนาการในการฟื้นฟู สภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกพิสัยข้อไหล่ (Shoulder Range of Motion: Shoulder ROM) เพื่อบันทึกค่าพิสัยข้อไหล่ ที่ได้จากการวัดด้วยโกลิโอมิเตอร์ (goniometer) แบบผู้วิจัย จะเป็นผู้เคลื่อนไหวข้อไหล่ให้ (passive movement) จำนวน 6 ทิศทาง คือ งอแขน (flexion), เหยียดแขน (extension), กางแขน (Abduction), หุบแขน (adduction), หมุนแขน ออกข้างนอก (external rotation) และเข้าข้างใน (Internal rotation) นำผลที่ได้จากการวัดครั้งที่ 1 และ 2 มา เปรียบเทียบดูการเปลี่ยนแปลงเพื่อวินิจฉัยพัฒนาการ และภาวะข้อไหล่ติด

สำหรับโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประกอบด้วย ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัคร ซึ่งนัก กายภาพบำบัดมีบทบาทในการแนะนำวิธีการฟื้นฟูด้วย กายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยมีคู่มือการฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด⁽¹⁹⁾

แจกให้กับผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทุกราย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วม การวิจัยทุกคนจะได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดที่เหมือนกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ Pearson chi-square และ logistic regression analysis เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ อาการ วิตกกังวลและอาการซึมเศร้า กับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า พบว่าครั้งที่ 1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการวิตกกังวลและ/ หรืออาการซึมเศร้ามคิดเป็นร้อยละ 55.8 แต่เมื่อคิดแยกกัน ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามพบว่าผู้เข้า ร่วมการวิจัยมีอาการซึมเศร้ามมากกว่าอาการวิตกกังวล คิดเป็นอาการวิตกกังวลร้อยละ 19.2 และอาการซึมเศร้าม ร้อยละ 51.9 และพบว่าผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและอาการ ซึมเศร้ามส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่มีอาการถึงขั้นผิดปกติ ทางจิตเวช ส่วนครั้งที่ 2 พบว่ามีการลดลงอย่างมาของ จำนวนผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้าม โดยพบเพียงร้อยละ 25.0 คิดเป็นอาการวิตกกังวลร้อยละ 9.6 และอาการซึมเศร้ามร้อยละ 21.2

การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการ เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนน ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวที่วัดด้วย Motor Assessment Scale หรือ MAS และจากการวัดในครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับการวัดในครั้งที่ 1 เพิ่มขึ้นร้อยละ 73.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 67.4 และพิสัยข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรงพบผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ ข้อไหล่ติดร้อยละ 53.8

ตารางที่ 1. ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยทางการแพทย์ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า กับความสามารถในการเคลื่อนไหว

| ปัจจัยที่ศึกษา | คะแนน MAS | | X ² | df | P-value |
|---|--------------------|---------------------|----------------|----|---------|
| | เพิ่มขึ้น n (%) | คงที่/ลดลง n (%) | | | |
| นักรายภาพบำบัดส่วนตัว | | | 6.603 | 1 | 0.010 |
| ไม่มี | 14 (58.3%) | 10 (41.7%) | | | |
| มี | 25 (89.3%) | 3 (10.7%) | | | |
| ตำแหน่งของพยาธิสภาพ | | | 5.278 | 1 | 0.022 |
| สมองซีกขวา | 31 (83.8%) | 6 (16.2%) | | | |
| สมองซีกซ้าย | 8 (53.3%) | 7 (46.7%) | | | |
| อาการวิตกกังวลและ/ หรืออาการซึมเศร้า | | | 9.381 | 1 | 0.002 |
| ไม่มีอาการ | 22 (95.7%) | 1 (4.3%) | | | |
| มีอาการ | 17 (58.6%) | 12 (41.4%) | | | |

จากตารางที่ 1 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีนักรายภาพบำบัดส่วนตัวไปทำให้เพิ่มเติมที่บ้าน และมีตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองซีกขวา จะส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ในส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจะมีระดับคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 2. ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยทางการแพทย์ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

| ปัจจัยที่ศึกษา | คะแนน Bathel ADL | | X ² | df | P - value |
|---|--------------------|---------------------|----------------|----|--------------------|
| | เพิ่มขึ้น n (%) | คงที่/ลดลง n (%) | | | |
| อายุ | | | 5.191 | 1 | 0.023 |
| น้อยกว่า 75 ปี | 24 (80.0%) | 6 (20.0%) | | | |
| ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป | 11 (50.0%) | 11 (50.0%) | | | |
| รายได้ | | | 5.516 | 1 | 0.031 ^a |
| ไม่เพียงพอ | 2 (28.6%) | 5 (71.4%) | | | |
| เพียงพอ | 33 (73.3%) | 12 (26.7%) | | | |
| นักรายภาพบำบัดส่วนตัว | | | 9.341 | 1 | 0.003 ^a |
| ไม่มี | 11 (58.3%) | 13 (41.7%) | | | |
| มี | 24 (89.3%) | 4 (10.7%) | | | |
| อาการวิตกกังวลและ/ หรืออาการซึมเศร้า | | | 7.236 | 1 | 0.007 |
| ไม่มีอาการ | 20 (87.0%) | 3 (13.0%) | | | |
| มีอาการ | 15 (51.7%) | 14 (48.3%) | | | |

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปการมีรายได้ที่เพียงพอ และมีน้กกายภาพบำบัดส่วนตัว ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

$P < 0.05$ และยังพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจะมีระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ เช่นกัน

ตารางที่ 3. ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยทางการแพทย์ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า กับพิสัยข้อไหลข้างอ่อนแรง

| ปัจจัยที่ศึกษา | ช่วงองศาของข้อไหล | | X ² | df | P-value |
|--|-------------------------|---------------------|----------------|----|--------------------|
| | Full/เพิ่มขึ้น n (%) | คงที่/ลดลง n (%) | | | |
| รายได้ | | | 6.904 | 1 | 0.013 ^a |
| ไม่เพียงพอ | 1 (14.3%) | 6 (85.7%) | | | |
| เพียงพอ | 30 (66.7%) | 15 (33.3%) | | | |
| น้กกายภาพบำบัดส่วนตัว | | | 12.788 | 1 | <0.001 |
| ไม่มี | 8 (58.3%) | 16 (41.7%) | | | |
| มี | 23 (89.3%) | 5 (10.7%) | | | |
| หลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ | | | 4.748 | 1 | 0.036 ^a |
| เส้นเดียว | 22 (52.4%) | 20 (47.6%) | | | |
| หลายเส้น | 9 (90.0%) | 1 (10.0%) | | | |
| อาการปวดข้อไหลข้างที่มีพยาธิสภาพ | | | 4.912 | 1 | 0.027 |
| ไม่มี | 24 (70.6%) | 10 (29.4%) | | | |
| มี | 7 (38.9%) | 11 (61.1%) | | | |
| อาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า | | | 22.246 | 1 | <0.001 |
| ไม่มีอาการ | 22 (95.7%) | 1 (4.3%) | | | |
| มีอาการ | 9 (31.0%) | 20 (69.0%) | | | |

a = Fisher's exact test

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีรายได้ที่เพียงพอ มีน้กกายภาพบำบัดส่วนตัวไปทำให้ที่บ้าน มีจำนวนหลอดเลือดสมองที่เกิดพยาธิสภาพเส้นเดียว หรือไม่มีอาการปวดข้อไหลข้างที่มีพยาธิสภาพจะมีพิสัยข้อไหลที่เต็มช่วงหรือมีการเพิ่มขึ้นขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ และผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่มีอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้ามีพิสัยข้อไหลข้างอ่อนแรงที่เต็มช่วงหรือช่วงองศาที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

| ตัวแปร | B | S.E. | OR | 95% C.I. | | P-value |
|-------------------------|-------|------|-------|----------|--------|---------|
| | | | | Lower | Upper | |
| MAS | | | | | | |
| เพศ | -0.66 | 0.68 | 0.52 | 0.14 | 1.97 | 0.335 |
| อายุ | 1.28 | 0.69 | 3.60 | 0.94 | 13.79 | 0.062 |
| นักกายภาพบำบัดส่วนตัว | 1.71 | 0.68 | 5.50 | 1.47 | 20.66 | 0.012* |
| ตำแหน่งของพยาธิสภาพ | 1.51 | 0.68 | 4.52 | 1.19 | 17.25 | 0.027* |
| อาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า | 2.74 | 1.09 | 15.53 | 1.84 | 131.45 | 0.012* |
| ADL | | | | | | |
| เพศ | -0.43 | 0.61 | 0.65 | 0.20 | 2.14 | 0.477 |
| อายุ | 1.53 | 0.64 | 4.60 | 1.31 | 16.14 | 0.017* |
| รายได้ | 1.92 | 0.90 | 6.88 | 1.17 | 40.28 | 0.033* |
| อาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า | 1.83 | 0.72 | 6.22 | 1.51 | 25.62 | 0.011* |
| Shoulder ROM | | | | | | |
| เพศ | 0.04 | 0.57 | 1.04 | 0.34 | 3.19 | 0.947 |
| อายุ | 0.42 | 0.57 | 1.52 | 0.50 | 4.64 | 0.459 |
| รายได้ | 2.49 | 1.13 | 12.00 | 1.32 | 108.94 | 0.027* |
| นักกายภาพบำบัดส่วนตัว | 1.22 | 0.55 | 3.38 | 1.16 | 9.83 | 0.026* |
| อาการปวดข้อไหล่ | 1.33 | 0.61 | 3.77 | 1.14 | 12.53 | 0.030* |
| อาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า | 3.89 | 1.10 | 48.89 | 5.68 | 420.92 | <0.001* |

* P-value

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพัฒนาการในด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น คือ การมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว ตำแหน่งพยาธิสภาพของสมองซีกขวา ไม่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า นอกจากนี้พบว่าผู้ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุ 75 ปีขึ้นไปรายได้ที่ไม่เพียงพอ มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทีลดลง และยังพบว่าปัจจัยที่ทำนายความสัมพันธ์ของความเสียหายต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติดหรือไม่มีการเพิ่มขึ้นของพิสัยข้อไหล่ คือ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ไม่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวที่จ้างเพิ่มเติมไปทำที่บ้าน มีอาการปวดบริเวณไหล่ข้างอ่อนแรงจากการสำรวจในครั้งแรก มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าหลังจากที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปฟื้นฟูที่บ้านเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 55.8 จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 52 ราย โดยแยกเป็นผู้ที่มีอาการวิตกกังวลร้อยละ 19.2 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มีค่าใกล้เคียงกับผลการวิจัยอื่น ๆ โดยการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความชุกของอาการวิตกกังวลอยู่ในช่วงร้อยละ 10 - 30^(5, 6, 20 - 22) ส่วนผู้ที่มี

อาการซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 51.9 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 50 - 75^(5-10, 23, 24) ซึ่งการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุเยอะก็ปัจจัยที่ทำให้สามารถพบอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้มากเป็นปกติ นอกจากนี้การมีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สามารถพบอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอัตราที่สูงขึ้น^(4, 25)

การที่อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ลดลงเนื่องจากอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจะสูงขึ้นระยะ 1 เดือนแรกแต่จะลดลงในเวลาต่อมา ดังผลการศึกษาของพนมกร หิรัญญัตติจิตติ ที่ได้ศึกษาถึงความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่วัดในเดือนที่ 1 และ 3 หลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเดือนที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเดือนที่ 3⁽²⁴⁾ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Lincoln NB. และ Ryck AD. พบว่าในระยะ 1 เดือนแรกหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าที่ไม่สูงมาก แต่จะมีอาการเพิ่มขึ้นในระยะต่อมาในช่วงเดือนที่ 3 และ 6 และจะลดลงอีกครั้งในช่วงเดือนที่ 12^(11, 21) ซึ่ง Lincoln NB. และคณะ พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าสูงที่สุดในปีที่ 5 หลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตามประเด็นดังกล่าวจึงอาจจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

ในส่วนของการฟื้นฟูทางด้านร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยนั้น ส่วนใหญ่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะข้อไหล่ติด ซึ่งผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปี การมีรายได้ที่เพียงพอ การมีนิกายภาพบำบัดส่วนตัว ดูแลเพิ่มเติมที่บ้าน ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับสมองซีกขวา และจำนวนหลอดเลือดที่เกิดรอยโรคเพียง

เส้นเดียว เป็นปัจจัยที่มีผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยย่อมมีพัฒนาการของร่างกายที่ดีกว่า รวมทั้งการมีรายได้ที่เพียงพอ และการมีนิกายภาพบำบัดส่วนตัว เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้การมีจำนวนเส้นเลือดที่เกิดรอยโรคเพียงเส้นเดียวก็อาจทำให้ความเสียหายของเนื้อเยื่อในสมองน้อยกว่า ส่งผลให้การฟื้นตัวของความสามารถของกล้ามเนื้อและร่างกายดีขึ้นเร็วกว่าผู้ที่มีรอยโรคเกิดขึ้นกับหลอดเลือดสมองจำนวนมากกว่าหนึ่งเส้น ส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง ซึ่งอาการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะมีความรุนแรงมากกว่า⁽²⁶⁾

อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยที่ได้ทำการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทั่วไปคือ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา ผู้ดูแล หรือปัจจัยทางด้านกายภาพ ประกอบด้วย ข้างถนัด ข้างอ่อนแรง การวินิจฉัยโรค การใช้ยารักษา และการตีตรา และโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นพัฒนาการทางด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน หรือแม้แต่ช่วงของอาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคตเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวที่อาจมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการติดตามผลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งพบว่าอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ นั้น หมายถึงผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอาการวิตกกังวลหรือมีอาการซึมเศร้าจะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและ

ภาวะข้อไหล่ติด เป็นไปในทิศทางที่แย่ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เหมือนกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Matthew P. และคณะ ที่พบว่าอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมาที่พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ การทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁽⁷⁻¹¹⁾

โดยการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการลดลงของความสามารถในการเคลื่อนไหวและการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเป็นตัวชี้วัดปัจจัยสนับสนุนทางสังคมตัวหนึ่ง ที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็ส่งผลให้มีการฟื้นฟูร่างกายที่ดีขึ้น^(27, 28) รวมทั้งอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงถึงการลดลงของความสามารถในการเคลื่อนไหวและการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Matthew P. และคณะ ที่พบว่าผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจะมีพัฒนาการของร่างกายในด้านต่าง ๆ ลดลง⁽⁵⁾ และการศึกษาของ Wulsin L. และคณะ พบว่าอาการซึมเศร้าสามารถทำนายผลการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้⁽⁹⁾ นอกจากนี้ตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำนายความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ลดลง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย เป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายจะก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าและส่งผลต่อพัฒนาการของร่างกายที่ลดลงได้

การศึกษาของ Gadidi V. และคณะ⁽²⁹⁾ ค้นพบว่าปัจจัยทำนายภาวะจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองจำนวน 71 ราย คือ อายุ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งวัดด้วย Barthel Index (BI) ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าปัจจัยที่ทำนายความเสี่ยงถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป

ส่วนปัจจัยที่ทำนายว่าผู้ป่วยจะมีภาวะข้อไหล่ติดหรือไม่มีการเพิ่มขึ้นของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ คือ การไม่มีน้ำหนักกายภาพบำบัดส่วนตัว และมีอาการปวดบริเวณไหล่ข้างอ่อนแรง ซึ่งการศึกษาของ Lindgren I. และคณะ ถึงปัจจัยการทำนายภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอาการปวดไหล่ข้างที่อ่อนแรงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะข้อไหล่ติดในอนาคตได้ โดยผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่ในช่วง 4 เดือนแรก จะมีภาวะข้อไหล่ติดโดยเฉพาะทิศทางกางแขนออก ในเดือนที่ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = 0.02$ ⁽³⁰⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้พบว่าทิศทางที่มีการลดลงของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มากที่สุดคือ การหมุนข้อไหล่เข้า (Medial rotation) และการหมุนข้อไหล่ออก (Lateral rotation) อาจเป็นเพราะเนื่องจากทิศทางดังกล่าวเป็นทิศทางที่ในชีวิตประจำวันของคนทั่วไปไม่ได้ใช้งานหรือใช้งานในลักษณะที่ไม่เต็มช่วง (Full range) เช่นเดียวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนจะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองก็อาจมีช่วงองศาทิศทางดังกล่าวที่ไม่เต็มช่วงอยู่ก่อนแล้ว นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจะบริหารร่างกายในทิศทางดังกล่าวยากกว่าทิศทางอื่น ๆ ประกอบกับจากการสอบถามผู้ดูแลมักไม่ให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวข้อไหล่ผู้ป่วยในทิศทางดังกล่าว ด้วยเช่นกัน

จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนตัว หรือนักกายภาพบำบัดที่ได้รับการว่าจ้างให้ทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายถึงความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยได้ โดยพบว่าหากผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใดที่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวจะมีความสามารถใน

การเคลื่อนไหว และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น และยังพบอีกว่าการมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวจะช่วยลดภาวะข้อไหล่ติดและเพิ่มช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ผู้ป่วยได้ เนื่องด้วยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้มีความสามารถและเชี่ยวชาญในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย ประกอบกับการที่นักกายภาพบำบัดได้รับการว่าจ้างอาจมีความสม่ำเสมอของการบริหารร่างกายมากกว่า รวมทั้งอาจเป็นการเสริมกันระหว่างการทำกายภาพบำบัดด้วยผู้ป่วยเองและผู้ดูแล ผู้วิจัยคิดว่าหากสามารถควบคุมความสม่ำเสมอในการทำกายภาพบำบัดของผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวมาทำให้ที่บ้าน อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าวยังมีน้อยมาก อาจจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมีความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าค่อนข้างสูง แต่จะลดลงหลังจากที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมบ้าน ไปแล้ว 1 เดือน นอกจากนี้ผู้ที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยหรือนักกายภาพบำบัดกำหนดให้ มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยปัจจัยที่มีผลคือ รายได้ที่เพียงพอ การมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวนอกเหนือจากโครงการเยี่ยมบ้านจัดสรรให้ ตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองซีกขวา จำนวนหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพเพียงเส้นเดียว และการมีสุขภาพจิตที่ดี คือ ไม่มีอาการวิตกกังวลและไม่มีอาการซึมเศร้า จะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตลอดจนทีมแพทย์ พยาบาลและนักกายภาพบำบัดทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและการช่วยเหลือที่ดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณอ.นพ.สมรักษ์ สันติเบญจกุล และ รศ.พญ.กฤษณา พิวเวช อาจารย์ผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตลอดจนระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Meeting on Community Control of Stroke and Hypertension. Control of stroke in the community: methodological considerations and protocol of WHO stroke register. Geneva: WHO;1973.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2556. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก;2557.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก;2555.
4. สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. Neuropsychiatric Aspects of Stroke. ใน: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2550. หน้า 229-47.
5. Jones MP, Howitt SC, Jusabani A, Gray WK, Aris E, Mugusi F, et al. Anxiety and depression in incident stroke survivors and their carers in rural Tanzania: a case-control follow-up study over five years. *Neurol Psychiatry Brain Res* 2012;18:122-8.

6. Barker-Collo SL. Depression and anxiety 3 months post stroke: prevalence and correlates. *Arch Clin Neuropsychol* 2007;22:519-31.
7. Hadidi N, Treat-Jacobson DJ, Lindquist R. Post-stroke depression and functional outcome: a critical review of literature. *Heart Lung* 2009;38:151-62.
8. Farner L, Wagle J, Engedal K, Flekkoy KM, Wyller TB, Fure B. Depressive symptoms in stroke patients: a 13 month follow-up study of patients referred to a rehabilitation unit. *J Affect Disord* 2010;127:211-8.
9. Wulsin L, Alwell K, Moomaw CJ, Lindsell CJ, Kleindorfer DO, Woo D, et al. Comparison of two depression measures for predicting stroke outcomes. *J Psychosom Res* 2012; 72:175-9.
10. Haghgoo HA, Pazuki ES, Hosseini AS, Rassafiani M. Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *J Neurol Sci* 2013;328:87-91.
11. De Ryck A, Fransen E, Brouns R, Geurden M, Peij D, Marien P, et al. Post stroke depression and its multifactorial nature: results from a prospective longitudinal study. *J Neurol Sci* 2014;347:159-66.
12. Schmid AA, Damush T, Tu W, Bakas T, Kroenke K, Hendrie HC, et al. Depression improvement is related to social role functioning after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2012; 93:978-82.
13. Komoltri C. Sample Size Estimation. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2000.
14. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. Sample size and Power (อินเทอร์เน็ต). เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2558. สืบค้นจาก www.hpc4.go.th/director/data/r2r/SampleSizeCalculation.pdf.
15. นันทกา ภักดีพงษ์, เจียมจิต แสงสุวรรณ. ภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์* 2552:66-79.
16. ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารักษ์ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539;41: 18-30.
17. สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
18. Carr JH, Shepherd RB, Nordholm L, Lynne D. Investigation of a new motor assessment scale for stroke patients. *Phys Ther* 1985; 65:175-80.
19. กฤษณา พิวเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553. หน้า165-85.
20. Campbell Burton CA, Murray J, Holmes J, Astin F, Greenwood D, Knapp P. Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke* 2013;8:545-59.
21. Lincoln NB, Brinkmann N, Cunningham S, Dejaeger E, De Weerd W, Jenni W, et al. Anxiety and depression after stroke: a 5 year follow-up. *Disabil Rehabil* 2013;35:140-5.
22. Broomfield NM, Scoular A, Welsh P, Walters M,

- Evans JJ. Poststroke anxiety is prevalent at the population level, especially among socially deprived and younger age community stroke survivors. *Int J Stroke* 2015;10: 897-902.
23. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, พรชัย สติธิปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2548;23:229-37.
24. พนมกร หิรัญญัตติ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา;2555.
25. มณฑล ว่องวันดี. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรค [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
26. นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโดยทั่วไป. ใน: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณานิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. หน้า 27-76.
27. กฤษณา พิรเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. ใน: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณานิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2550. หน้า 205-28.
28. อุ๋นเรื่อน ศรอากาศ, วรณิ เดียววิเศษ, จินตนา วัชรสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2558;9:86-93.
29. Gadidi V, Katz-Leurer M, Carmeli E, Bornstein NM. Long-term outcome poststroke: predictors of activity limitation and participation restriction. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:1802-8.
28. Lindgren I, Lexell J, Jonsson AC, Brogardh C. Left-sided hemiparesis, pain frequency, and decreased passive shoulder range of abduction are predictors of long-lasting poststroke shoulder pain. *PMR* 2012;4: 561-8.