

ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน กับ การฟื้นตัวของระบบสิ่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในโครงการเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย: การศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า 1 เดือน



นายวีระชัย จิตภักดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR) เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms in Home Health Care Stroke Patients
and Motor Recovery and Functional Ability in Home Health Care Project, King Chulalong
korn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society: 1 Month Prospective Descriptive Study

Mr. Weerachai Jitpugdee



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน กับการฟื้นตัว
ของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวันในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย: การศึกษาแบบ
ติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า 1 เดือน

โดย

นายวีระชัย จิตภักดี

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกฤษณา พิรเวช

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุญวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกฤษณา พิรเวช)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ แพทย์หญิงกรวิภา สมสุด)

5774091330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: THE STROKE PATIENTS / ANXIETY AND DEPRESSION / REHABILITATION

WEERACHAI JITPUGDEE: Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms in Home Health Care Stroke Patients and Motor Recovery and Functional Ability in Home Health Care Project, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society: 1 Month Prospective Descriptive Study. ADVISOR: SOMRUK SUNTIBENCHAKUL, M.D., CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. KRISNA PIRAVEJ, M.D., 143 pp.

The present study was a one month prospective descriptive research which aimed to examine the prevalence of anxiety and depressive symptoms in 52 home health care stroke patients and the effect of anxiety and depression on the motor recovery and functional ability in home health care project, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. The research instruments used demographic data, medical data, Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale, the Motor Assessment Scale, the Bathel ADL index, and the shoulder range of motion data. The data were analyzed using descriptive statistic : percentage, mean, and standard deviation. Chi-square and logistic regression were used to find the correlation between independent variable and dependent variable. The results showed that the 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 health care program. Anxiety and depression were significantly associated with motor recovery, functional ability, and shoulder range of motion at $p < 0.05$. After analyzed by logistic regression, Factors predicting motor recovery were a personal physical therapist, pathology lesion on brain, anxiety and depressive symptom ($p < 0.05$). Activity Daily Living was significantly predicted by elderly age, income, anxiety and depressive symptom at $p < 0.05$. Shoulder range of motion was significantly predicted in income, a personal physical therapist, shoulder pain, anxiety and depressive symptom at $p < 0.05$.

Department: Psychiatry Student's Signature

Field of Study: Mental Health Advisor's Signature

Academic Year: 2015 Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง “ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน กับการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย: การศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า 1 เดือน” ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความอนุเคราะห์ การช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากบุคคลหลายๆ ท่าน ผู้วิจัยจึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อ.นพ.สมรักษ์ สันติเบญจกุล และรศ.พญ.ภุชญา พิรวุฒ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างตีมาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.นพ.พิรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย ที่ได้ให้เกียรติเป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ อ.พญ.กรวิกา สมสุด ที่ได้ให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกมหาวิทยาลัย ซึ่งท่านทั้งสองได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงไปได้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ.นพ.ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ที่ได้ความอนุเคราะห์ในการใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ฉบับภาษาไทย ขอกราบขอบพระคุณสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับแบบประเมิน ดัชนี บาร์เรล เอ ดี แอล ตลอดทั้งขอกราบขอบพระคุณและระลึกถึง JANET H. CARR และคณะ ที่ได้พัฒนาแบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว Motor Assessment Scale และอนุญาตสำหรับการศึกษาและการทำวิจัย นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณ อ.ดร.ภก.อัญชลี ผึ้งชมเชย ที่ได้ให้คำปรึกษาและถ่ายทอดความรู้ในเรื่องการใช้แบบประเมิน Motor Assessment Scale

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัคร โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทุกท่าน ที่คอยให้การช่วยเหลือ และช่วยประสานงานให้เกิดความสะดวกในการเก็บข้อมูลและการทำวิจัย จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ อาจารย์ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกของข้าพเจ้าทุกท่าน ที่ให้ความรู้และประสบการณ์ทางด้านวิชาชีพกายภาพบำบัดและสุขภาพจิต จนสามารถนำมาประยุกต์ให้เกิดวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขึ้นมาได้

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และสมาชิกในครอบครัวทุกคน ตลอดจนเพื่อนที่ทำงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียนทั้งปัจจุบันและอดีตที่คอยให้กำลังใจ คำแนะนำ และการช่วยเหลือที่ดีเสมอมา รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยและญาติหรือผู้ดูแลทุกๆ ท่านที่ได้ให้ความเมตตา ความเข้าใจ และการช่วยเหลือที่ดีมาโดยตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ในที่สุด

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and rationale).....	1
คำถามของการวิจัย (Research question).....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives).....	4
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	4
การให้นิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย (Operational definition).....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework).....	6
ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation).....	8
ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical Consideration).....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected benefits and application).....	8
บทที่ 2	10
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
1.) แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	10
2.) แนวคิดเกี่ยวกับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	12

3.) แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจประเมิน รักษา และติดตามผลทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	14
งานวิจัยก่อนหน้าที่เกี่ยวกับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง....	18
บทที่ 3	24
วิธีดำเนินการวิจัย	24
รูปแบบการวิจัย (Research design)	24
ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology).....	24
ประชากรและตัวอย่าง (Population and Sample)	24
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)	25
การสุ่มตัวอย่าง (Sample selection).....	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Tools).....	26
การรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	35
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis).....	37
บทที่ 4	38
ผลวิเคราะห์ข้อมูล	38
ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่า ต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	41
1.1. ข้อมูลทั่วไป	41
1.2. ข้อมูลทางการแพทย์.....	43
1.3. ข้อมูลอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า.....	45
1.4. ข้อมูลการฟื้นฟูของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อและความสามารถในการเคลื่อนไหว.....	48
1.5. ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	49
1.6. ข้อมูลช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่.....	50

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยทางการแพทย์ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	51
2.1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการเคลื่อนไหว ..	51
2.2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการเคลื่อนไหว.....	53
2.3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับความสามารถในการเคลื่อนไหว	55
2.4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน.....	56
2.5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน.....	58
2.6. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน.....	60
2.7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่.....	61
2.8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่	63
2.9. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่	65
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่	66
3.1. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการเคลื่อนไหว.....	66
3.2. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน.....	67

3.3. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของช่วงองศา	
การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรง	68
บทที่ 5	69
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	69
สรุปผลการวิจัย	70
การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion)	73
ข้อจำกัดในการวิจัยและตัวกวน (Limitations and Confounders)	79
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	79
ประโยชน์ที่ได้รับ	80
รายการอ้างอิง	81
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	143



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	41
ตารางที่ 2 ข้อมูลทางการแพทย์.....	43
ตารางที่ 3 ข้อมูลอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า	45
ตารางที่ 4 ข้อมูลคะแนนอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1.....	47
ตารางที่ 5 ข้อมูลคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหว.....	48
ตารางที่ 6 ข้อมูลคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1	48
ตารางที่ 7 ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน.....	49
ตารางที่ 8 ข้อมูลคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1	49
ตารางที่ 9 ข้อมูลช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จากการวัดครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1.....	50
ตารางที่ 10 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการเคลื่อนไหว.....	51
ตารางที่ 11 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการเคลื่อนไหว.....	53
ตารางที่ 12 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับความสามารถในการเคลื่อนไหว.....	55
ตารางที่ 13 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	56
ตารางที่ 14 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	58
ตารางที่ 15 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับความสามารถในการเคลื่อนไหว.....	60
ตารางที่ 16 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ .	61
ตารางที่ 17 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่.....	63

ตารางที่ 18 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับช่วงองศา
การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ 65

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของ
ความสามารถในการเคลื่อนไหว..... 66

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของ
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน..... 67

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของช่วง
องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรง..... 68



สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ 1.....	6
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ 2.....	7
ภาพที่ 3 การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย	38
ภาพที่ 4 กราฟแสดงอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจากการวัดในครั้งที่ 1 และ 2.....	47
ภาพที่ 5 หนังสือขอใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ฉบับภาษาไทย.....	87
ภาพที่ 6 หนังสืออนุญาตให้ใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ฉบับภาษาไทย	88
ภาพที่ 7 หนังสือขอใช้แบบประเมินดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล ของสถาบันประสาท.....	89
ภาพที่ 8 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	115
ภาพที่ 9 การจัดทำอันหมาย	119
ภาพที่ 10 การจัดทำอันตะแคง	119
ภาพที่ 11 การจัดทำอันตะแคงทับข้างอ่อนแรง	119
ภาพที่ 12 การจัดทำอัน.....	120
ภาพที่ 13 ทำบริหารส่วนแขน-การยกแขนขึ้นและลง.....	120
ภาพที่ 14 ทำบริหารส่วนแขน-การกางแขนออกและหุบแขนเข้า	121
ภาพที่ 15 ทำบริหารส่วนแขน-การหมุนข้อไหล่เข้าและออก	121
ภาพที่ 16 ทำบริหารส่วนแขน-การงอข้อศอกและเหยียดข้อศอก	122
ภาพที่ 17 ทำบริหารส่วนแขน-การกระดกข้อมือขึ้นและลง	122
ภาพที่ 18 ทำบริหารส่วนแขน-การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก	123
ภาพที่ 19 ทำบริหารส่วนแขน-การกระดกนิ้วโป้งขึ้นและลง	123
ภาพที่ 20 ทำบริหารส่วนขา-การงอและเหยียดขาออกของข้อสะโพกและข้อเข่า	124
ภาพที่ 21 ทำบริหารส่วนขา-การหมุนข้อสะโพกเข้าและหมุนข้อสะโพกออก.....	124

ภาพที่ 22	ท่าบริหารส่วนขา-การกางขาออกและหุบขาเข้าของข้อสะโพก	125
ภาพที่ 23	ท่าบริหารส่วนขา-การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง	125
ภาพที่ 24	ท่าบริหารส่วนขา-การข้อเท้าเข้าและออก	126
ภาพที่ 25	การเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตัวผู้ป่วยเอง	126
ภาพที่ 26	การนั่งข้างเตียง	127
ภาพที่ 27	การพลิกตะแคงตัวบนเตียง-ขั้นตอนที่ 1	127
ภาพที่ 28	การพลิกตะแคงตัวบนเตียง-ขั้นตอนที่ 2	127
ภาพที่ 29	การพลิกตะแคงตัวบนเตียง-ขั้นตอนที่ 3	128
ภาพที่ 30	การพลิกตะแคงตัวบนเตียง-ขั้นตอนที่ 4	128
ภาพที่ 31	การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง-ขั้นตอนที่ 1	128
ภาพที่ 32	การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง-ขั้นตอนที่ 2	129
ภาพที่ 33	การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง-ขั้นตอนที่ 3	129
ภาพที่ 34	การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง-ขั้นตอนที่ 4	129
ภาพที่ 35	การเปลี่ยนท่าจากนั่งเป็นนอน-ขั้นตอนที่ 1	130
ภาพที่ 36	การเปลี่ยนท่าจากนั่งเป็นนอน-ขั้นตอนที่ 2	130
ภาพที่ 37	การเปลี่ยนท่าจากนั่งเป็นนอน-ขั้นตอนที่ 3	130
ภาพที่ 38	การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย-ขั้นตอนที่ 1	131
ภาพที่ 39	การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย-ขั้นตอนที่ 2	131
ภาพที่ 40	การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย-ขั้นตอนที่ 3	131
ภาพที่ 41	การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย-ขั้นตอนที่ 4	132
ภาพที่ 42	การเคลื่อนย้ายด้วยตัวเอง-ขั้นตอนที่ 1	132
ภาพที่ 43	การเคลื่อนย้ายด้วยตัวเอง-ขั้นตอนที่ 2	132
ภาพที่ 44	การเคลื่อนย้ายด้วยตัวเอง-ขั้นตอนที่ 3	133
ภาพที่ 45	การเดินโดยมีผู้ช่วยประคอง	133

ภาพที่ 46 การเดินด้วยตัวเอง	134
ภาพที่ 47 การเดินขึ้นและลงบันได	135
ภาพที่ 48 การวัดช่วงองศาการยกแขนในท่านอน(ท่าเริ่มต้น).....	136
ภาพที่ 49 การวัดช่วงองศาการยกแขนในท่านอน(ท่ายกแขน).....	136
ภาพที่ 50 การวัดช่วงองศาการยกแขนในท่านั่ง (ท่าเริ่มต้น).....	137
ภาพที่ 51 การวัดช่วงองศาการยกแขนในท่านั่ง (ท่ายกแขน)	137
ภาพที่ 52 การวัดช่วงองศาการเหยียดแขนในท่านอนตะแคง (ท่าเริ่มต้น)	137
ภาพที่ 53 การวัดช่วงองศาการเหยียดแขนในท่านอนตะแคง (ท่าเหยียดแขน).....	137
ภาพที่ 54 การวัดช่วงองศาการเหยียดแขนในท่านั่ง(ท่าเริ่มต้น).....	138
ภาพที่ 55 การวัดช่วงองศาการเหยียดแขนในท่านั่ง(ท่าเหยียดแขน)	138
ภาพที่ 56 การวัดช่วงองศาการกางแขนในท่านอน(ท่าเริ่มต้น)	138
ภาพที่ 57 การวัดช่วงองศาการกางแขนในท่านอน(ท่ากางแขน).....	138
ภาพที่ 58 การวัดช่วงองศาการกางแขนในท่านั่ง(ท่าเริ่มต้น)	139
ภาพที่ 59 การวัดช่วงองศาการกางแขนในท่านั่ง(ท่ากางแขน).....	139
ภาพที่ 60 การวัดช่วงองศาการหุบแขนในท่านอน(ท่าเริ่มต้น)	139
ภาพที่ 61 การวัดช่วงองศาการหุบแขนในท่านอน(ท่าหุบแขน)	139
ภาพที่ 62 การวัดช่วงองศาการหุบแขนในท่านั่ง(ท่าเริ่มต้น)	140
ภาพที่ 63 การวัดช่วงองศาการหุบแขนในท่านั่ง(ท่าหุบแขน)	140
ภาพที่ 64 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนเข้าในท่านอน(ท่าเริ่มต้น)	140
ภาพที่ 65 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนเข้าในท่านอน(ท่าหมุนแขนเข้า).....	140
ภาพที่ 66 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนเข้าในท่านั่ง(ท่าเริ่มต้น)	141
ภาพที่ 67 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนเข้าในท่านั่ง(ท่าหมุนแขนเข้า).....	141
ภาพที่ 68 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนออกในท่านอน(ท่าเริ่มต้น).....	141
ภาพที่ 69 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนออกในท่านอน(ท่าหมุนแขนออก).....	141

ภาพที่ 70 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนออกในท่านั่ง(ท่าเริ่มต้น).....	142
ภาพที่ 71 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนออกในท่านั่ง(ท่าหมุนแขนออก).....	142



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and rationale)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease : CVD) เป็นภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่มีสาเหตุจากการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือดในสมอง จนเกิดความเสียหายหรือการตายของเนื้อเยื่อสมองขึ้น ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลต่อการทำงานของร่างกายในระยะยาวคือ ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาวะความพิการบกพร่องหรือสูญเสียการทำหน้าที่ของแขนและขา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โรคหลอดเลือดสมองจึงถูกจัดเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรัง (Non-communicable disease) ซึ่งสามารถพบได้มากในผู้ป่วยกลุ่มอาการทางระบบประสาทและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุ 15-59 ปี โดยพบว่าแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน⁽¹⁾ และจากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานถึงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตในปีพ.ศ.2553-2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของคนไทยจัดเป็นอันดับ 4 รองจาก โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและการตายเป็นพิษ และโรคหัวใจ และพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ.2553-2555 เป็น 27.5, 30.0 และ 31.7 ตามลำดับ⁽²⁾ จะเห็นว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคนี้มีแนวโน้มที่สูงขึ้น นอกจากนี้พบว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีปริมาณเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี อาจเป็นเพราะโครงสร้างของประชากรไทยที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งภาวะสูงอายุนั้นถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองนอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการโดยเฉพาะความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลักษณะส่วนใหญ่ที่พบเห็นคือภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) ซึ่งจากรายงานการศึกษาภาระโรค (Burden of disease) ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) เป็นอันดับ 2 ในผู้หญิง และอันดับ 3 ในผู้ชาย⁽³⁾

ผลของความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน เช่น ปัญหาทางด้านอารมณ์ที่มักจะพบว่า ผู้ป่วยมีอาการฉุนเฉียว หงุดหงิด ซึมโหม่งง่าย มีภาวะความเครียด ไม่รับรู้ปัญหา รู้สึกท้อแท้ ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง หรือแม้แต่ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล⁽⁴⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงอุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลสามารถพบได้มากถึง 65.57%⁽⁵⁾ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ เพศ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยชายมักจะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยหญิง ยังพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพข้าราชการหรือธุรกิจส่วนตัวมักมีอาการซึมเศร้ามากกว่าอาชีพอื่นๆ และมีรายงานเกี่ยวกับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่พบว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณสมองซีกซ้ายมักจะมีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่พยาธิสภาพที่สมองซีกขวา ยังมีรายงานอีกว่าการสนับสนุนทางสังคมก็มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีอาการซึมเศร้ามากกว่า นอกจากนี้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยพบว่าผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำมักจะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย⁽⁶⁻⁸⁾

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด โดยทำการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางให้มีการเรียนรู้การทำงานของร่างกายใหม่อีกครั้งหนึ่ง และเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ตามมาได้ เช่น ข้อตื้อยึดติด แผลกดทับหรือการติดเชื้อในระบบขับถ่าย เนื่องจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานาน การละทิ้งส่วนของร่างกายฝั่งที่เป็นอัมพาต และการกลับมาเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายในรูปแบบที่ผิดปกติไปจากเดิม เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะความอ่อนแอของกล้ามเนื้อจึงจำเป็นต้องมีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายและฝึกตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดกำหนดให้ ซึ่งพัฒนาการของผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย ทั้งส่วนของระดับความรุนแรงของโรค ตำแหน่งของพยาธิสภาพ ความสม่ำเสมอในการทำกายภาพบำบัด หรือแม้แต่สภาพจิตใจของผู้ป่วยเอง^(9, 10)

ด้วยเหตุนี้เวชศาสตร์ฟื้นฟูอย่างกายภาพบำบัดจึงถูกจัดอยู่ในทีมเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care หรือ Home Care) ทั่วประเทศ เพื่อการบริการทางสาธารณสุขที่ทั่วถึงและทันทั่วทั้งที่มากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกัน

สถานพยาบาลขนาดใหญ่อย่างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก็มีโครงการเยี่ยมบ้าน เพื่อขยายโอกาสในการรักษาและช่วยลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และต้องการศึกษาถึงผลของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวด้วย เพื่อให้ทีมแพทย์และนักกายภาพบำบัดได้ตระหนักถึงความสำคัญทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่อาจจะส่งผลต่อความก้าวหน้าในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของความพิการ และเป็นการเพิ่มความสามารถ รวมถึงจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะยาว นอกจากนี้ยังเป็นการพิสูจน์คำพูดที่มักจะได้ยินกันอยู่บ่อยครั้งว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” หรือสุขภาพร่างกายมักจะขึ้นอยู่กับสุขภาพจิต

คำถามของการวิจัย (Research question)

- | | |
|------------------|--|
| คำถามหลัก | ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร |
| คำถามรอง | ความสัมพันธ์ของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในระยะเวลา 1 เดือนเป็นอย่างไร |

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการฟื้นตัวของระบบกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในระยะเวลา 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยมีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าร่วมด้วยแล้ว จะส่งผลให้การฟื้นตัวของระบบกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีพัฒนาการที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

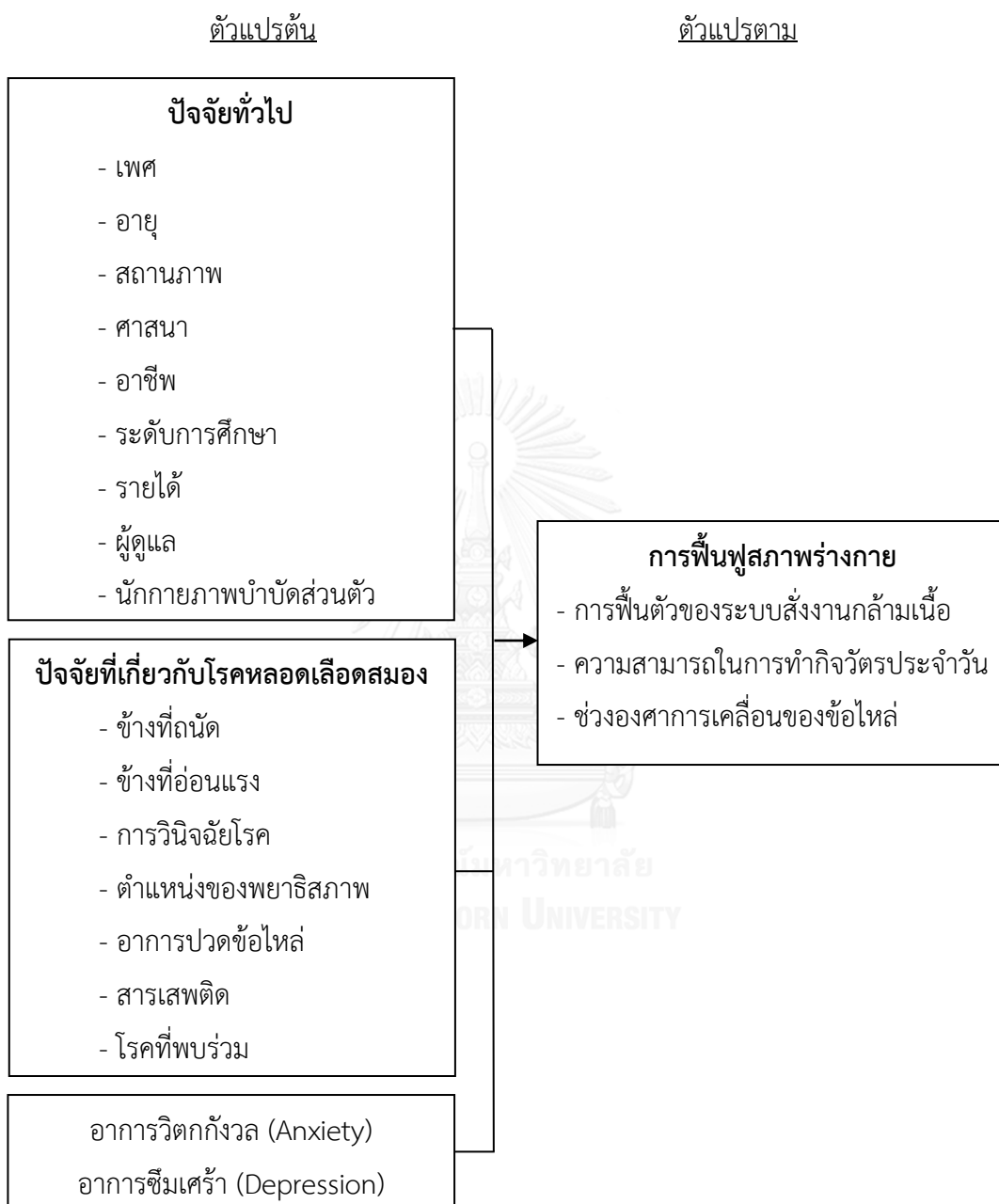
การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทำการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นตัวของระบบกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในระยะเวลา 1 เดือน

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย (Operational definition)

- **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทางระบบประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตของกล้ามเนื้อ และได้รับการเยี่ยมบ้าน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- **อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า** เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคร้ายแรงวัดโดยแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression scale: Thai HADS) ของอาจารย์ธนา นิลชัยโกวิทย์, อาจารย์มาโนช หล่อตระกูล และอาจารย์อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช โดยผู้ที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าจะต้องมีระดับคะแนนในแต่ละอาการ 8 คะแนนขึ้นไป
- **การฟื้นฟูสภาพร่างกาย** คือพัฒนาการของร่างกายในแง่ที่ดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้นโดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดด้วยการวัดช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (Shoulder Range of Motion: Shoulder ROM) แบบทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ (Motor Assessment Scale: MAS) และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index)

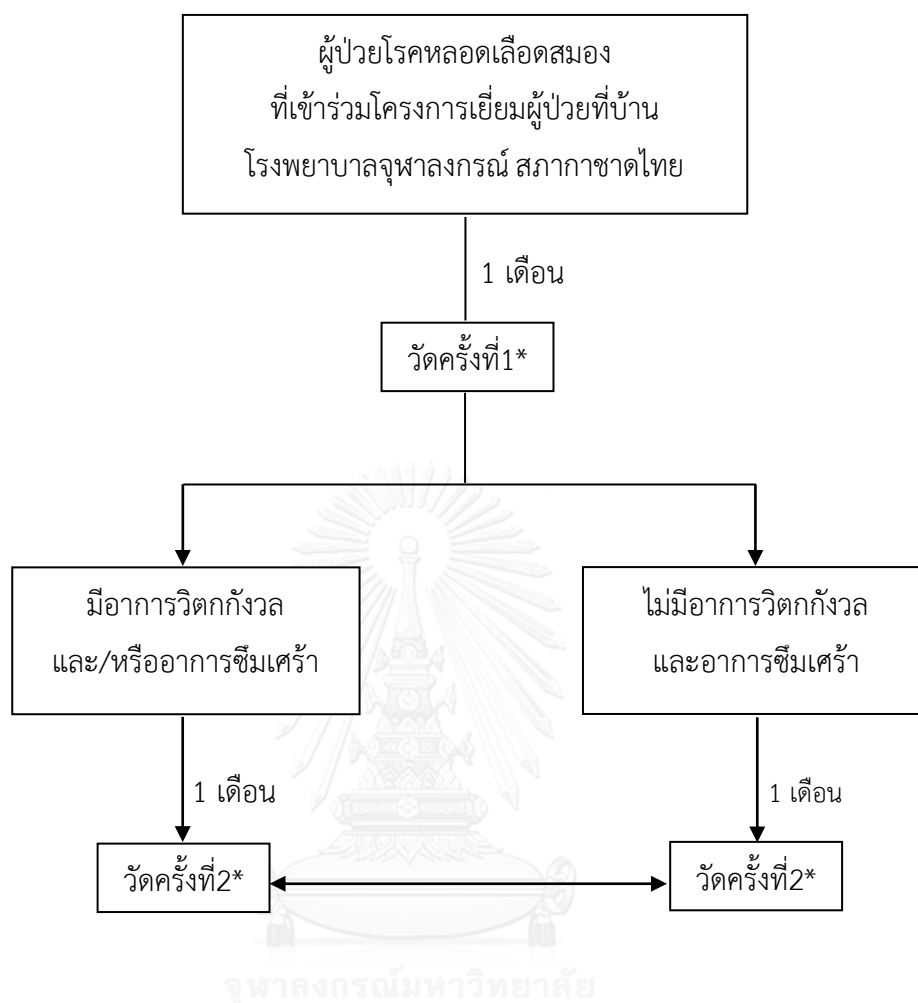
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

กรอบที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ 1

กรอบที่ 2



***สิ่งที่วัดในครั้งที่ 1 และ 2**

- แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression scale: Thai HADS)
- ช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (Range of Motion: ROM)
- ความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ (Motor Assessment Scale: MAS)
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ 2

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองตีบ ที่เข้ารับการฟื้นฟูด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัดเองที่บ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเท่านั้น จึงอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยสถานที่หรือกลุ่มอื่น

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical Consideration)

ข้อพิจารณาตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่

1. **หลักความเคารพในบุคคล (Respect of person)** โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องได้รับข้อมูลและรายละเอียดที่เกี่ยวกับการวิจัยอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการที่จะเข้าร่วมงานวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยผู้วิจัยจะต้องยืนยันให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบถึงข้อมูลต่างๆ ว่าจะไม่ถูกนำไปอ้างอิงถึงตัวบุคคลอย่างเฉพาะเจาะจงในแบบบันทึกข้อมูลที่จะระบุถึงตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. **หลักการให้ประโยชน์/ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence)** ผู้วิจัยจะคำนึงถึงความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นหลัก ในทุกครั้งที่มีการทำกิจกรรมการวิจัย
3. **หลักความยุติธรรม (Justice)** การวิจัยในครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน หากพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีปัญหาของอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าควรได้รับการส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected benefits and application)

1. ทราบถึงอุบัติการณ์ของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดด้วยตนเองที่บ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. เป็นการศึกษาถึงผลกระทบของสภาวะทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากในกลุ่มอาการทางระบบประสาท ต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย

3. ส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้คำนึงถึงสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วย ไม่เพียงแต่คำนึงถึงอาการทางกายเพียงอย่างเดียว
4. สามารถเป็นแนวทางในการศึกษาหรือทำการวิจัยต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน กับการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน ประกอบด้วย

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) แนวคิดเกี่ยวกับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจประเมิน รักษา และติดตามผลทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.) แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่มีชื่อทั่วไปในภาษาอังกฤษว่า “Stroke” ในทางการแพทย์เดิมเรียกว่า “Cerebrovascular accident (CVA)” แต่ปัจจุบันเรียกกันใหม่ว่า “Cerebrovascular disease” หรือ “CVD” สำหรับภาษาไทยนั้นจะเรียกกันว่า “โรคหลอดเลือดสมอง” หรือเรียกกันทั่วไปตามลักษณะอาการที่ปรากฏว่า “อัมพฤกษ์-อัมพาต”^(10, 11)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดความผิดปกติของระบบประสาทแบบเฉียบพลัน เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากมีการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือดบริเวณสมอง⁽¹²⁾

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 ชนิด⁽¹¹⁾ คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด(Ischemic stroke)
2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก(Hemorrhagic stroke)

โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งและขนาดของพยาธิสภาพ
อาการโดยทั่วไปประกอบด้วย^(10, 13)

- ปวดศีรษะอย่างรุนแรงแบบทันทีทันใด อาจมีอาการเวียนร่วมด้วย
- เวียนศีรษะ มีอาการบ้านหมุน ไม่สามารถทรงตัวได้
- อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อครึ่งซีกแบบเฉียบพลัน
- ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน มองไม่ชัดเจน มักจะเป็นข้างเดียว
- มีความลำบากในการพูด พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือฟังไม่เข้าใจแบบทันทีทันใด

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ⁽¹¹⁾ คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute state) เป็นระยะที่เริ่มมีอาการ (onset)
2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่
3. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
ด้วยวิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูและควบคุมไม่ให้เกิดซ้ำของโรค⁽¹³⁾ ซึ่งการฟื้นตัว
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ⁽¹⁴⁾ คือ
 - 3.1. ระยะการฟื้นตัวตามธรรมชาติ (Natural spontaneous neurological recovery) เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลัน ภายหลังจากเกิดโรคประมาณ 1 เดือน
 - 3.2. ระยะการฟื้นตัวในการทำกิจวัตรประจำวัน และความเป็นอยู่ในสังคม ระยะนี้
ต้องอาศัยความรู้และเทคนิคทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ⁽¹⁴⁾

คือ

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะเฉียบพลัน
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะฟื้นตัว
3. การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย

วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะแรกจะทำการคุมระดับความดันเลือด แพทย์จะ
พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีหลอดเลือดตีบหรือตัน หากอาการรุนแรงหรือมีการแตกของ
หลอดเลือดสมอง แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัด ภายหลังจากผู้ป่วยฟื้นไข้จะได้รับการฟื้นฟูสภาพ

ร่างกายด้วยวิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ประกอบด้วย กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด หรือ กายอุปกรณ์ เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ

2.) แนวคิดเกี่ยวกับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่เจอได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾

อาการซึมเศร้าเป็นอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (Mood disorder) ชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของอารมณ์เพียงด้านเดียวคือ อารมณ์เศร้า แสดงออกในลักษณะที่ไม่ร่าเริงแจ่มใส หดหู่ เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ความพึงพอใจในตนเองต่ำ รู้สึกไร้ค่า คิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย ในรายที่รุนแรงอาจแสดงอาการของจิตเภท (psychosis) เช่น อาการประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) ส่วนอาการอื่นๆ ที่สามารถพบได้ง่ายได้แก่ สมาธิลดลง ความจำสั้น นอนไม่หลับ แยกตัวออกจากสังคม และความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น

ในส่วนของร่างกาย อาจจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ หรือมีปัญหาทางระบบย่อยอาหาร อาจทานได้น้อยลงส่งผลให้น้ำหนักตัวลด หรือในบางรายสามารถกินอาหารได้มากขึ้นจนน้ำหนักตัวเพิ่ม

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าอาศัยการซักประวัติจากผู้ป่วย พฤติกรรมที่ญาติหรือคนรอบข้าง รายงาน และการตรวจสถานะทางจิต ปัจจุบันยังไม่มี การทดสอบทางห้องปฏิบัติการสำหรับโรคนี้ ในบางครั้งแพทย์จะขอตรวจสภาพร่างกายที่อาจก่ออาการคล้ายๆ กันเพื่อทำการแยกโรค

สาเหตุของอาการซึมเศร้าอาจเกิดจาก ความเครียดเรื้อรัง เหตุการณ์ฝังใจในอดีต ทักษะคติทางอารมณ์ และรูปแบบทางความคิด เช่น การคิดในแง่บวกหรือแง่ลบ ความรู้สึกที่ไร้จุดหมายในชีวิต หรือแม้แต่การรับประทานยาบางชนิด รวมทั้งความเจ็บป่วยทางการแพทย์ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคต่อมไทรอยด์ เป็นต้น ก็เป็นเหตุผลที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าขึ้นได้^(4, 15)

การรักษาภาวะซึมเศร้ามี 3 วิธีหลักๆ^(4, 15) คือ

1. การบำบัดโดยวิธีการทำจิตบำบัด เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal therapy: IPT)

2. การรับประทานยาต้านเศร้า เพื่อควบคุมสารสื่อประสาทภายในสมอง จะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์
3. การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ซึ่งเป็นทางเลือกท้ายสุดของการรักษา

อาการวิตกกังวลเป็นภาวะที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป ผู้ป่วยจะรู้สึกสับสน เครียด คิดมาก ตื่นเต้น ทุกข์ใจ และก่อให้เกิดความผิดปกติทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดตึงศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัวและกล้ามเนื้อ มือสั่น ตัวสั่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วและแรง แขนงหน้าอก หายใจไม่อิ่ม มีอาการเหนื่อยง่าย ถอนหายใจบ่อย ปั่นป่วนในช่องท้อง มีปัญหาในการขับถ่ายและปัสสาวะ เหงื่อแตก มือเท้าเย็น ลูกลู่ลูกกลน นอกจากนี้อาจพบปัญหาการนอน ตกใจง่าย หงุดหงิด ขาดสมาธิ ส่งผลให้รบกวนการดำเนินชีวิตหรือประสิทธิภาพในการทำงานที่ต่างๆ เป็นต้น

ลักษณะของความกังวลที่เกิดขึ้นมักหวั่นไหวไปล่วงหน้า อาจจะกังวลไปทั่วทุกเรื่อง มองว่าแต่ละอย่างล้วนมีความสำคัญจนวางใจไม่ลง จนทำให้รู้สึกไม่สบายใจ

สาเหตุของอาการวิตกกังวลสามารถเกิดได้จากปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งเกี่ยวกับความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง พันธุกรรม และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น เหตุการณ์ความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน เช่น เรื่องเรียน งาน ความสัมพันธ์ การสูญเสีย หรือความเจ็บป่วย เป็นต้น

การรักษาอาการวิตกกังวลอาจใช้วิธีการปรับแก้ที่ต้นเหตุ โดยอาการวิตกกังวลอาจเกิดจากโรคบางอย่างหรือสารบางอย่าง เช่น ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ยาหรือสารบางชนิด เป็นต้น การรักษาอาจใช้จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด พฤติกรรม สภาพแวดล้อม สร้างความเข้าใจและนับถือตนเอง ทั้งนี้แพทย์อาจพิจารณาจ่ายยาคลายกังวลเพื่อช่วยลดอาการวิตกกังวลร่วมด้วย (4, 15, 16)

สำหรับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากภาวะร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบทันทีทันใด โดยผู้ป่วยเองไม่ได้คาดคิดหรือวางแผนที่จะรับมือมาก่อน ความพิการที่เกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการทำงานที่และการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ส่งผลให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าและคิดวิตกกังวลได้ง่าย ทั้งนี้อาจมีผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยด้วย

3.) แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจประเมิน รักษา และติดตามผลทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง

การประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางกายภาพบำบัด ประกอบด้วย การตรวจร่างกาย โดยการวัดสัญญาณชีพ (Vital sign) รีเฟล็กซ์ (Reflex) การรับความรู้สึก (Sensation) ขนาดรอบวงกล้ามเนื้อแขน-ขา (Circumference) กำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power) องศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Range of motion) ความสามารถในการทรงตัว (Balance) และการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ (Movement and Function) สำหรับนักกายภาพบำบัดในประเทศไทยจะนิยมใช้ Motor Assessment Scale หรือ MAS เพื่อประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

การรักษาทางกายภาพบำบัด

การดูแลผู้ป่วยทางกายภาพบำบัดสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ⁽¹⁷⁾ ดังนี้

1. ระยะกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก

นักกายภาพบำบัดจะใช้วิธีการออกกำลังกายชนิดแยกกล้ามเนื้อเป็นกลุ่ม (Individual exercises) ด้วยรูปแบบการออกกำลังกายด้วยตนเองประกอบกับช่วยบางส่วน (Active assisted exercises) ในทุกทิศทางของการเคลื่อนไหวของข้อต่อ นอกจากนี้ในระยะดังกล่าวมีการออกกำลังกายชนิดเป็นกระบวนการเพื่อเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน (Activity daily living exercises) เช่น การพลิกตะแคงตัว การนั่ง หรือการยืน เป็นต้น

2. ระยะกล้ามเนื้อปรับเปลี่ยนเกิดการเกร็งตัว

ในระยะนี้นักกายภาพบำบัดจำเป็นต้องลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำการ (Agonist muscle) โดยใช้เทคนิคการกระตุ้น (Facilitating technique) ของกลุ่มกล้ามเนื้อมัดตรงข้าม ด้วยวิธีการยืดกล้ามเนื้อในลักษณะที่กล้ามเนื้อหดตัวแบบยาวออก (Eccentric contraction) การสั่นกล้ามเนื้อ (Vibration) การยืดอย่างรวดเร็ว (Quick stretch) การสัมผัส (Contact) หรือการเคาะ (Tapping) เป็นต้น นอกจากนี้อาจจะใช้วิธีการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อของมัดตรงข้ามด้วยการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resist active exercise) ร่วมด้วย

3. ระยะการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ

ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ (Activities of Daily Living and Functional training)

การติดตามผลพัฒนาการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นักกายภาพบำบัดจะทำการเปรียบเทียบผลแบบก่อนหลัง (Pre-Post) จากคะแนนหรือความสามารถของผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทรงตัว การเคลื่อนที่ หรือการทำกิจวัตรประจำวันตามเครื่องมือที่ได้กล่าวแล้วในข้างต้น

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะของการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นตัวชี้วัดอีกอย่างหนึ่งถึงคุณภาพในการดูแลและพัฒนาการของตัวผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีหรือเกิดอาการแทรกซ้อนขึ้น แสดงให้เห็นว่าอาจเกิดจากการดูแลที่ขาดคุณภาพ หรือพัฒนาการของผู้ป่วยที่ไม่มีความคืบหน้า อาจจะคงที่หรือลดลง โดยภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่อาจเกิดขึ้นในระยะของการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ

1. ภาวะข้อไหล่ติด

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในระยะแรกจะมีอาการอ่อนแรงในลักษณะอ่อนปวกเปียก หลังจากนั้นผ่านไปประมาณ 1 เดือน กล้ามเนื้อจะมีการเกร็งตัวในลักษณะหดสั้นตลอดเวลา ยิ่งกล้ามเนื้อใดที่มีการเกร็งตัวมากก็จะมีอาการหดตัวมาก⁽¹⁷⁾

วิธีการตรวจว่าผู้ป่วยมีภาวะข้อไหล่ยึดติดหรือไม่ อาจอาศัยการเคลื่อนข้อไหล่ตามทิศทางที่ข้อไหล่สามารถเคลื่อนได้ โดยจะต้องเคลื่อนแต่ละทิศทางให้สุดช่วงการเคลื่อนไหว

ข้อไหล่เป็นโครงสร้างที่ประกอบด้วยหลายๆ ข้อต่อ จึงสามารถเคลื่อนไหวได้หลายทิศทาง โดยแต่ละทิศทางและค่าปกติขององศาเต็มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่⁽¹⁸⁾ มีดังนี้

ทิศทาง	ช่วงองศาปกติ(องศา)
- งอแขน (Flexion)	0 – 180
- เหยียดแขน (Extension)	0 – 60
- กางแขนออก (Abduction)	0 – 180
- หุบแขนเข้า (Adduction)	0 – 45
- หมุนแขนออกข้างนอก (Lateral rotation)	0 – 90
- หมุนแขนเข้าข้างใน (Medial rotation)	0 - 70

การวินิจฉัยภาวะข้อไหล่ติด คือการที่ผู้ป่วยและผู้ตรวจไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เต็มช่วง องศาการเคลื่อนไหวไม่ทิศทางใดก็ทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจมีอาการปวดร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของอาการ

สาเหตุของภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเกิดจากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก หัวไหล่ และต้นแขน หรือการเคลื่อนไหวข้อไหล่ที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเหวี่ยง หรือ การกระชากแขน การทิ้งแขนห้อยข้างลำตัว หรือการนอนทับเป็นเวลานาน นอกจากนี้การลดลงของการเคลื่อนไหวข้อไหล่หรือแขน เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงและขาดการเคลื่อนไหวข้อไหล่ก็ทำให้เกิดอาการยึดติดของข้อไหล่ได้ รวมทั้งการดูแลที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น ผู้ดูแลดึงแขนของผู้ป่วย ขณะจะเคลื่อนย้าย อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของโครงสร้างบริเวณข้อไหล่ และอาจจะก่อให้เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อไหล่อื่นเนื่องจากกล้ามเนื้อรอบๆ ไม่แข็งแรงพอที่จะพยุงข้อไหล่ไว้ได้⁽¹⁷⁾

วิธีการป้องกันปัญหาการเจ็บปวดข้อไหล่สามารถทำได้ด้วยการหลีกเลี่ยงการนอนทับแขนข้างที่อ่อนแรงเป็นระยะเวลาานาน การดึงหรือการกระชากแขนด้านที่ไม่มีแรง และการห้อยแขนทิ้งข้างลำตัวเป็นระยะเวลาานาน ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรบริหารข้อไหล่ตามที่แพทย์หรือนักกายภาพบำบัดแนะนำ รวมทั้งจัดตำแหน่งของแขนข้างอ่อนแรงในขณะนั่ง นอน หรือยืนอย่างเหมาะสม⁽¹⁷⁾

2. แผลกดทับ

แผลกดทับถือเป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดที่บอกได้ถึงคุณภาพในการดูแล โดยแผลกดทับก็คือบริเวณของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากแรงกดที่มีอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดการขาดเลือด ขาดสารอาหารที่เพียงพอเพื่อไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ บริเวณที่พบได้บ่อยคือตามข้อต่อและปุ่มกระดูก เช่น บริเวณก้น ข้างข้อเข่า หรือบริเวณตาตุ่ม เป็นต้น

แผลกดทับสามารถแบ่งความรุนแรงได้เป็น 4 ระดับ⁽¹⁹⁾ คือ

ระดับ 1 ผิวหนังเป็นรอยแดง

ระดับ 2 ผิวหนังกำพร้าถูกทำลายจนเกิดการฉีกขาดถึงระดับหนังแท้โดนทำลายและเกิดแผลในระดับตื้นๆ

ระดับ 3 เกิดแผลลึกแต่ไม่ถึงขั้นที่เป็นโพรงจนสามารถเห็นพังผืดหรือเอ็นยึดกล้ามเนื้อได้

ระดับ 4 มีการทำลายจนเกิดแผลลึกถึงระดับกล้ามเนื้อ กระดูก และโครงสร้างของร่างกาย

แผลกดทับสามารถป้องกันได้ด้วยการลดแรงกดที่มีต่อผิวหนังของผู้ป่วย อาจใช้เตียงลม เบาะน้ำ หรือฟูกที่ค่อนข้างนุ่มเป็นพิเศษ นอกจากนี้การจัดท่านอนที่เหมาะสมและเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุกๆ 2 ชั่วโมง ก็จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับได้เป็นอย่างดี การที่ผิวหนังของผู้ป่วยเกิดการเสียดสี อาจจะทำให้ที่นอนหรือรถเข็นขณะเคลื่อนย้ายก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรป้องกันไม่ให้เกิดการเสียดสีขึ้น โดยขณะเคลื่อนย้ายใช้วิธียกแทนการลาก เป็นต้น การดูแลให้ผิวหนังสะอาด ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะหลังจากขับถ่ายหรือปัสสาวะควรเช็ดทำความสะอาดให้เรียบร้อยทุกครั้ง ไม่ปล่อยให้แห้งเป็นเวลานาน หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความชื้นบริเวณซอกผิว การคำนึงถึงภาวะโภชนาการที่ดีโดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนจะช่วยให้แผลสมานได้เร็วขึ้น เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายด้วยวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนติดเตียง⁽²⁰⁾

3. อาการบวมบริเวณมือและเท้า

อาการมือเท้าบวม (Edema) พบได้บ่อยในผู้ป่วยนอนติดเตียง หรือขาดการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้การไหลเวียนเลือดบริเวณปลายมือปลายเท้าลดลงจนเกิดการคั่งค้างของเลือดหรือสารน้ำในร่างกายจนปรากฏให้เห็นการบวมขึ้น

ซึ่งสามารถแบ่งระดับการบวมออกเป็น 4 ระดับ⁽²¹⁾ เพื่อประโยชน์ในการพยากรณ์โรคดังนี้

เกรด 1+ : Latency stage เป็นระยะเริ่มต้นของการไหลเวียนที่ลดลง อาจไม่สามารถเห็นได้ชัดว่ามีการบวมเกิดขึ้น

เกรด 2+ : Reversible Lymphedema เมื่อใช้นิ้วกดจะเกิดรอยบุ๋มแต่สามารถคืนรูปได้ภายใน 5 วินาที

เกรด 3+ : Spontaneously Irreversible Lymphedema เมื่อกดจะมีรอยบุ๋มลึกมากขึ้นและคืนตัวภายใน 5-30 วินาที

เกรด 4+ : Lymphostatic Elephantiasis เป็นระยะที่สังเกตเห็นชัดเจนถึงการบวมที่มากขึ้น โดยมีขนาดใหญ่ประมาณ 1.5-2 เท่าของขนาดปกติ กดแล้วผู้กดจะรู้สึกว่าจะแข็งไม่บุ๋ม

วิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอาการบวมตรงปลายมือปลายเท้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำได้ด้วยการจัดท่านอนให้ปลายมือและปลายเท้าสูงกว่าระดับหัวใจ หรือเลี่ยงการนั่งห้อยเท้า หรือยืน-เดินต่อเนื่องเป็นเวลานาน นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอร่วมด้วย ก็ช่วยลด และป้องกันการบวมได้ดี อาจจะใช้วิธีการกำมือสลับกับแบมือ หรือจะเป็นการกระดกปลายเท้าขึ้นลงก็จะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดบริเวณปลายมือ-ปลายเท้าได้

ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสำลัก (Aspiration) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ (Deep vein thrombosis) อาการปวดแบบสลับซับซ้อน (Complex regional pain syndrome) การล้ม (Falling) อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และกล้ามเนื้อเกร็งติดแข็ง (Spasticity and joint contracture)⁽¹⁴⁾ เป็นต้น

งานวิจัยก่อนหน้าที่เกี่ยวกับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาถึงความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังไม่มียานวิจัยใดในประเทศที่ทำการศึกษาผลการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงทำการรวบรวมงานวิจัยต่างประเทศที่มีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ไว้ดังนี้

Matthew P และคณะ⁽²²⁾ ศึกษาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 51 คน และในผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 27 คน จากชนบทแทนซาเนีย โดยมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 5 ปี ถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ได้จากการวัด โดย Hospital Anxiety and Depression (HADs) กับปัจจัยต่างๆ อันรวมไปถึงคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ พบอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็น 19.6%, 22.2% ตามลำดับ ส่วนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยพบ 51.0% และในผู้ดูแล 40.7% ยังพบว่าหากระดับคะแนน HADs สูงจะทำให้ระดับคะแนน WHOQOL-Bref. หรือคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจะพบว่า Motor function ในการลุกขึ้นยืน การออกไปนอกบ้าน การทรงตัว และการเดินจะแย่งเมื่อคะแนน HADs บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าร่วมด้วย

Barker-Collo และ Suzanne L. ⁽²³⁾ ศึกษาความชุกของการอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีอาการวิตกกังวลร้อยละ 12.3 อาการซึมเศร้าร้อยละ 74.6 จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 73 ราย โดยปัจจัยที่มีผลต่ออาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าคือ อายุ และความรู้ความคิด (Cognition) นอกจากนี้ผลวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าสภาพจิตใจและความรู้ความคิด (Cognition) มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยด้วย

C. Alexia Campbell Burton และคณะ ⁽²⁴⁾ รวบรวมผลการศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากข้อมูล 44 หน่วยงาน จำนวน 5,760 ราย พบว่า 18% แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการวิตกกังวล 25% วินิจฉัยอาการวิตกกังวลแบบ Rating Scale โดยใช้แบบวัด Hospital Anxiety and Depression Scale พบว่า มีอาการวิตกกังวลแบบทั่วไป (GAD) 20%

N. B. Lincoln และคณะ ⁽²⁵⁾ ทำการศึกษาอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยชาวยุโรปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยติดตามผลในช่วง 5 ปี พบว่าผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลร้อยละ 29 และพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวลเด่นชัดมากที่สุดในช่วงปีที่ 5 เมื่อเทียบกับเดือนที่ 2, 4 และ 6

Niall. M. Broomfield และคณะ ⁽²⁶⁾ ศึกษาอุบัติการณ์ของอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3,831 คน พบว่าจากการวัดด้วย HADs ผู้ป่วย 952 ราย (31.5%) มีอาการวิตกกังวล และยังพบว่า เพศ อายุ และการกีดกันทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลอีกด้วย

Niloufar Hadidi และคณะ ⁽²⁷⁾ ได้รวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลของการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จากการรวบรวมผลของการวิจัยแสดงออกมาว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการซึมเศร้าส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง แต่ก็มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยพบว่าอาการซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Lasse Farner และคณะ ⁽²⁸⁾ ได้ทำการศึกษาหาความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 194 คน มาทำการวัดอาการซึมเศร้าด้วย Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ในครั้งแรกพบว่าผู้ป่วยมีอาการ

ซึมเศร้าร่วม 56% จากนั้นมีการศึกษาต่อไปในระยะเวลา 13 เดือนเพื่อทำการติดตามผล ดูการเปลี่ยนแปลงและเปรียบเทียบค่าการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยแบบวัดความสามารถในการเคลื่อนไหว (Frenchay Activities Index: FAI) ระดับทุพพลภาพ (Modified Rankin Scale: mRS) และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีความสามารถในการเคลื่อนไหว (FAI) และระดับทุพพลภาพ (mRS) แย่ลง

Lawson Wulsin และคณะ⁽²⁹⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและผลการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 502 คน จาก 5 จังหวัดทางตอนเหนือของสหรัฐอเมริกา พบว่า 52.2% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าซึ่งประเมินอาการซึมเศร้าด้วย Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD) จากนั้นทำการศึกษาแบบไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 3 และ 12 เดือน พบว่าอาการซึมเศร้าสามารถคาดการณ์ผลการฟื้นฟูสภาพร่างกายซึ่งการศึกษาในครั้งนี้นำมาจาก modified Rankin Scale (mRS) ได้ผลการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ไม่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ซึ่งคุณภาพชีวิตประเมินจากเครื่องมือที่ชื่อว่า Stroke Specific Quality of Life (SSQOL)

Hojjat Allah Haghgoo และคณะ⁽³⁰⁾ ศึกษาอาการซึมเศร้า กิจวัตรในชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาแบบตัดขวางจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพร่างกายจำนวน 40 คน โดยทำการวัดอาการซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและใช้ชีวิตประจำวันด้วย Modified Barthel Index และประเมินคุณภาพชีวิตด้วย SF-36 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงถึง 72.5% และพบว่า 65.5% ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ซึ่งผลที่ได้แสดงให้เห็นว่า ยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าสูงจะมีความสามารถในการเคลื่อนไหวและใช้ชีวิตประจำวันที่ต่ำลง

A. De Ryck และคณะ⁽³¹⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง โดยในส่วนของ การวิจัยมีการศึกษาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 201 คน มาทำแบบประเมิน Cornell Scale for Depression (CSD) และ Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาเฉลี่ย พบว่ามีอาการซึมเศร้าจากการ

ติดตามวัดในช่วง 1, 3, 6, 12 และ 18 เดือนเป็น 24.5%, 27.1%, 28.3%, 19.8% และ 26.3% ตามลำดับ นอกจากนี้ทำการประเมิน NIH Stroke Scale, mRS, Barthel Index (BI), FIM, MMSE และ SIS จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ มีอาการซึมเศร้าร่วมกับไม่มีอาการซึมเศร้า พบว่ากลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยมีคะแนนภาวะความพิการ (mRS) และค่าความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันที่วัดจาก SIS แย่กว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Valeri Delgado Guajardo และคณะ⁽³²⁾ ทำการวิจัยเรื่องอิทธิพลของอาการซึมเศร้าต่อคุณภาพของชีวิตภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แบบศึกษาไปข้างหน้า จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 343 คน โดยส่งตรวจสุขภาพจิตเพื่อคัดกรองผู้ที่มีอาการซึมเศร้าซึ่งได้ออกมาจำนวน 67 คน จากนั้นใช้ 31-item version of the Hamilton Rating Scale for Depression เพื่อวัดอาการซึมเศร้าอีกครั้งหนึ่ง และใช้ Health-related quality of life (HRQOL) เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมวิจัยในช่วง 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าที่ได้จากการวัดในเดือนที่ 1 มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจากการวัดในเดือนที่ 3 หากคะแนนอาการซึมเศร้าที่ได้จากการวัดในเดือนที่ 1 สูงจะส่งผลให้ค่าคุณภาพชีวิตที่ได้จากการวัดในเดือนที่ 3 ต่ำ

Arlene A. Schmid และคณะ⁽³³⁾ ศึกษาพัฒนาการของอาการซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ทางสังคมหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 176 คน ในช่วง 6 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัย พบว่าระดับของความซึมเศร้าที่ได้จาก Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวทำนายที่ดีต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่วัดด้วย Stroke Specific Quality of Life Scale ซึ่งความสัมพันธ์ของคะแนน PHQ-9 กับ Stroke Specific Quality of Life Scale จากการศึกษานี้เป็นไปในลักษณะแปรผกผัน คือ หากคะแนน PHQ-9 ต่ำ Stroke Specific Quality of Life Scale ก็สูง

จตุรรัตน์ สติรปัญญา และ พรชัย สติรปัญญา⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 378 ราย ทำแบบวัดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) พบผู้ป่วยมี

ระดับซีมีเศร้าเล็กน้อยจนถึงปานกลาง 43% ระดับสูง 6% และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสัมพันธ์กับอาการซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญคือ อาชีพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางสังคมในระดับต่ำจะมีภาวะซีมีเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอาชีพข้าราชการหรือธุรกิจส่วนตัวมีอาการซีมีเศร้าสูง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยจะมีภาวะความซีมีเศร้าที่สูง และผู้ป่วยเพศชายจะมีภาวะซีมีเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง

พนมกร ทิรัญญัตติ⁽³⁴⁾ ศึกษาอัตราการเกิดภาวะซีมีเศร้า และปัจจัยทำนายภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐเขตภาคกลาง ตอนล่าง จำนวน 77 คน ทำแบบประเมินภาวะซีมีเศร้าพบว่า 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซีมีเศร้า 63.6% ในช่วง 3 เดือนหลังพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีภาวะซีมีเศร้า 62.3% และปัจจัยที่สามารถทำนายว่าอาการซีมีเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นคือ ผู้ป่วยเพศชาย, ผู้ที่มีโรคร่วม 1-2 โรค, ผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ และการขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซีมีเศร้าได้ดีที่สุด ถ้าเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมโอกาสเกิดภาวะซีมีเศร้าลดลงถึง 0.226 เท่า ณ ระยะ 1 เดือนและ 0.134 เท่า ณ ระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในข้างต้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า

- ความชุกหรืออุบัติการณ์ของอาการวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 10-30 และอาการซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วงร้อยละ 50-75 แสดงให้เห็นว่าโอกาสที่จะมีอาการซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าอาการวิตกกังวล
- การดำเนินโรคจากการติดตามภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะไม่ลดลง และส่วนใหญ่ในระยะแรกจะมีภาวะซีมีเศร้าสูงกว่า
- ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้อาการซีมีเศร้าต่ำ หากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงระดับอาการซีมีเศร้าก็จะต่ำ และผู้ป่วยเพศชายจะมีอาการซีมีเศร้ามากกว่าเพศหญิง

- ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (QOL) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) หากซึมเศร้ามากระดับ QOL และ ADL ก็จะต่ำ
- ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นไปในลักษณะแปรผกผัน คือ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความซึมเศร้าสูงจะส่งผลให้ระดับการฟื้นฟูสภาพร่างกายต่ำ
- จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้อมูลด้านอาการวิตกกังวล (Anxiety) ยังมีน้อย
- ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาใดทำการวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า รวมทั้งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยเชิงพรรณนา แบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective descriptive research)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

ประชากรและตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพาตและเข้ารับการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัด

ประชากรตัวอย่าง (Population to be studied) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับโปรแกรมทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองที่บ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 – เดือนมีนาคม 2559 ทุกรายที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี
3. มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตของกล้ามเนื้อ
4. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยหรือบุคลากรเยี่ยมบ้านได้อย่างเข้าใจ
5. ผู้ป่วยจะเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกราย (Exclusion criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่สามารถเข้าโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดได้ เช่น โรคหัวใจระดับรุนแรง เป็นต้น

2. มีภาวะข้อต่อเคลื่อนหรือหลุด (Joints subluxation or dislocation)
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้สัมผัส (Sensation) อย่างรุนแรง

ในส่วนของเกณฑ์การคัดออก ผู้วิจัยจะทำการประเมินความเหมาะสมของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยอาศัยข้อมูลจากแฟ้มประวัติ และทำการตรวจประเมินร่างกายผู้เข้าร่วมการวิจัย ในส่วนของภาวะข้อต่อเคลื่อนหรือหลุด (Joints subluxation or dislocation) และการรับรู้สัมผัส (Sensation) ที่ผิดปกติอย่างรุนแรง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

$$\text{คำนวณจากสูตร}^{(35)} \quad n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

โดย

n คือ ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่า Confidence Interval หรือค่าความเชื่อมั่นที่ 95% จะได้ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ^(35, 36)

p คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร จากการศึกษาของ นันทภา ภัคดิพงษ์ และ เจียมจิต แสงสุวรรณ⁽⁵⁾ พบความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 65.57% จะได้ $p = 0.66$

d คือ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 10%

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

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 87 คนรวมกับค่าความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ของกลุ่มประชากรประมาณ 10% คิดเป็น 8.7 จะได้ $87+8.7 = 95.7 \approx 96$ คน

การสุ่มตัวอย่าง (Sample selection)

การวิจัยในครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับโปรแกรมทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองที่บ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทุกรายที่มีการเข้าเยี่ยมจากทางโครงการเยี่ยมบ้านเป็นครั้งที่ 1 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า เพื่อคำนวณหาความชุก และทำการ

แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จากนั้นดำเนินการติดตามผล เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Tools)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพ, ศาสนา, อาชีพ, ระดับการศึกษา, รายได้, รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ดูแล, และนักกายภาพบำบัดจ้างพิเศษ

ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรค ได้แก่ ข้างที่ถนัด, ข้างที่อ่อนแรง, ตำแหน่งของพยาธิสภาพ, อาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ, และโรคประจำตัวหรือโรคที่พบร่วม

โดยข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์จากผู้เข้าร่วมการวิจัย ส่วนข้อมูลทางการแพทย์ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย

โดยใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression scale: Thai HADS)⁽³⁷⁾ ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจาก Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaitth ซึ่งเป็นแบบวัดที่สามารถคัดกรองผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าทั้งในคนทั่วไปและผู้ป่วยทางจิตเวช จากนั้น อาจารย์ธนา นิลชัยโกวิทย์, อาจารย์มาโนช หล่อตระกูล และอาจารย์อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดชได้นำมาพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยทำการทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย ในปีพ.ศ. 2541 พบว่าสำหรับอาการวิตกกังวลมีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 85.71 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 86.0 ในส่วนของอาการซึมเศร้าพบว่ามีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 91.3 เมื่อใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิตเวช หากคะแนนรวมจากการทำแบบวัดนี้มีค่ามากกว่า 11 คะแนนจากคะแนนเต็ม 21 คะแนนในแต่ละส่วนพบว่า มีความสอดคล้องกับผล

การวินิจฉัยทางคลินิกในอาการวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 88.33 ($p < 0.0001$, kappa = 0.67) ในอาการซึมเศร้าสอดคล้องถึงร้อยละ 90 ($p < 0.0001$, kappa = 0.73)

แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่ ได้แก่ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11, และ 13
- ประเมินอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อคู่ ได้แก่ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, และ 14

โดยแต่ละข้อจะมีการให้คะแนน 0-3 คะแนน การประเมินได้จากการนำคะแนนในแต่ละกลุ่มมาคิดรวมกัน โดยคะแนนอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจะอยู่ที่ 0-21 คะแนนทั้งคู่ ซึ่งสามารถแบ่งระดับความรุนแรงออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับคะแนน	ความรุนแรงของอาการวิตกกังวล/อาการซึมเศร้า
0-7	ไม่มีอาการ
8-10	มีอาการแต่ไม่ถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช
11-21	มีอาการถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ฉบับภาษาไทย จากนั้นนำคะแนนมาแบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยจะทำการแบ่งเมื่อผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละรายครบ 2 ครั้งแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้วิจัยเองทราบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในกลุ่มใด เนื่องจากผู้วิจัยจะต้องทำการประเมินในส่วนของความสามารถในการเคลื่อนไหว และช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ด้วย ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา รวมทั้งการแบ่งผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า กับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ จะใช้ผลจากการวัดในครั้งที่ 1 เพื่อดูว่าอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในส่วนของการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมบ้านหรือไม่

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ใช้แบบประเมินดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁸⁾ เป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัดในทีม

เยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เครื่องมือฉบับนี้ถูกพัฒนาโดยบุคลากรทางการแพทย์ โดยผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหา และมีการปรับปรุงแก้ไขจนเป็นมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลายแล้ว ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย/หญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย/หญิง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 โดยแบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ดัชนีบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเองและระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ซึ่งประเมินกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 ด้าน ดังนี้

ด้านที่วัด	คะแนน	ระดับความสามารถ
1.การรับประทานอาหาร	0	ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน
	5	ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้/ตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ
	10	ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ
2.การลุกจากที่นอน-เคลื่อนย้ายตัว	0	ไม่สามารถลุกนั่งเองได้
	5	ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้
	10	ต้องการความช่วยเหลือบ้าง
	15	ทำได้เอง
3.การดูแลความสะอาดและความสวยงามของร่างกาย	0	ต้องการความช่วยเหลือ
	5	ทำได้เอง
4.สุขวิทยาส่วนบุคคล	0	ช่วยตัวเองไม่ได้
	5	ทำเองได้บ้าง
	10	ช่วยตัวเองได้ดี
5.การอาบน้ำ	0	ต้องมีคนช่วย
	5	อาบน้ำได้เอง

ด้านที่วัด	คะแนน	ระดับความสามารถ
6.การเคลื่อนที่-การเดิน	0	เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
	5	ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง
	10	เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย
	15	เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
7.การขึ้นลงบันได	0	ไม่สามารถทำได้
	5	ต้องการคนช่วยเหลือ
	10	ขึ้นลงได้เอง
8.การสวมใส่เสื้อผ้า	0	ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อย
	5	ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50
	10	ช่วยตัวเองได้ดี
9.การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	0	กลั้นไม่ได้
	5	กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง
	10	กลั้นได้ปกติ
10.การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ	0	กลั้นไม่ได้
	5	กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง
	10	กลั้นได้ปกติ
รวม	100	

แต่ละด้าน แต่ละกิจกรรมมีคะแนนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ มีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนนและต่ำสุด 0 คะแนน⁽²⁷⁾ และสามารถแบ่งระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดังนี้

ระดับคะแนน	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
0-20	Very severity disabled
25-45	Severity disabled
50-70	Moderately disabled
75-95	Mildly disabled
100	Physically independent but not necessary normal or social independent

การศึกษาในครั้งนี้ ในส่วนของการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินคือ พยาบาลของทีมเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลทุกคนจะได้รับการอบรมและฝึกฝนวิธีการใช้เครื่องมือแบบวัดดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) เพื่อให้ผลที่ได้มีความสอดคล้อง เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีความเที่ยงตรงของข้อมูล

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว

แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Motor Assessment Scale: MAS)⁽³⁹⁾ เป็นเครื่องมือสำหรับนักกายภาพบำบัดเพื่อประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินฉบับนี้ได้รับการพัฒนาโดย JANET H. CARR และคณะ ซึ่งทำการทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 14 คน โดยทำการวัดจำนวน 2 ครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ พบว่าได้ผลความน่าเชื่อถือ test-retest reliability: r ranged อยู่ในช่วง 0.87 ถึง 1.00 (mean $r = 0.98$) และพบว่ามีค่าความเที่ยงในการวัดหรือ Interrater Reliability เท่ากับ 87% (mean correlation $r = 0.95$)

แบบประเมินจะถูกแบ่งออกเป็น 9 items โดย 8 itemsแรกจะเป็นความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของร่างกาย แต่ละ items จะมีการให้คะแนนตามระดับความสามารถที่ได้รับการประเมินอยู่ที่ 0-6 คะแนนส่วน item สุดท้ายจะเป็นการประเมินระดับการฟื้นตัวของระบบกล้ามเนื้อ (Motor recovery) ซึ่งมีการให้คะแนนตามระดับการประเมิน 0-6 คะแนนเช่นกัน

คะแนนรวมอยู่ที่ 0-54 คะแนน แล้วนำคะแนนดังกล่าวมาเปรียบระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด⁽³⁹⁾ โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการวัดความสามารถในการเคลื่อนไหวทั้งครั้งที่ 1 และ 2 จากนั้นจึงนำผลคะแนนที่ได้มาเปรียบเทียบกับพัฒนาการของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละราย

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

แบบบันทึกองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่แบบผู้อื่นเคลื่อนไหว (Passive Shoulder Range of Motion: Shoulder PROM) เป็นเครื่องมือสำหรับนักกายภาพบำบัด เพื่อบันทึกค่าองศาช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ แบบผู้วัดเป็นผู้เคลื่อนไหว (Passive movement) โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้งคือ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดเองที่บ้าน เพื่อทำการเปรียบเทียบดูการเปลี่ยนแปลงและวินิจฉัยภาวะข้อไหล่ยึดติดต่อไป

การตรวจสอบการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จะใช้เครื่องมือที่ชื่อว่า “Goniometer” ซึ่งมี ส่วนประกอบ 3 ส่วนด้วยกัน คือ

1. Scale มีลักษณะเป็นแผ่นกลม เป็นส่วนที่ระบุองศาตั้งแต่ 0-360 องศา
2. Static arm คือ ส่วนที่ติดกับสเกลอ่านค่าองศา ซึ่งขณะวัด Static arm จะไม่มีการ เคลื่อนที่
3. Dynamic arm คือ ส่วนที่เคลื่อนไปพร้อมกับการเคลื่อนไหวของข้อของผู้รับการตรวจ

โดยรายละเอียดการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มิดังนี้

ทิศทาง	ท่าเริ่มต้น	ช่วงองศาปกติ(องศา)
งอแขน (Flexion)	ท่าเริ่มต้น: เขยียดแขนตรงข้างลำตัว ท่าที่วัด: ยกแขนขึ้นแนบหู	0-180
เหยียดแขน (Extension)	ท่าเริ่มต้น: เขยียดแขนตรงข้างลำตัว ท่าที่วัด: เคลื่อนแขนไปข้างหลังลำตัว	0-60
กางแขนออก (Abduction)	ท่าเริ่มต้น: เขยียดแขนตรงข้างลำตัว ท่าที่วัด: กางแขนออก ยกแขนขึ้นแนบหู	0-180
หุบแขนเข้า (Adduction)	ท่าเริ่มต้น: เขยียดแขนตรงข้างลำตัว ท่าที่วัด: หุบแขนเข้าพาดลำตัวไปฝั่งตรงข้าม	0-45
หมุนแขนออกข้างนอก (Lateral rotation)	ท่าเริ่มต้น: กางแขนและงอข้อศอก 90 องศา ท่าที่วัด: หมุนแขนขึ้นเต็มที่	0-90
หมุนแขนเข้าข้างใน (Medial rotation)	ท่าเริ่มต้น: กางแขนและงอข้อศอก 90 องศา ท่าที่วัด: หมุนแขนลงเต็มที่	0-70

สำหรับการวินิจฉัยภาวะข้อไหล่ติด การศึกษาในครั้งนี้จะทำการเปรียบเทียบกับค่าปกติ ข้างต้น หากช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่น้อยกว่าค่าปกติ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกวินิจฉัยเป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะข้อไหล่ติดร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยจะทำการวัดช่วงองศาการเคลื่อนไหว ข้อไหล่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 ครั้ง จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ถึงภาวะข้อไหล่ติด โดย เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการวัดในครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับการวัดครั้งที่ 1 ในแง่ของมี ภาวะข้อไหล่ยึดติดหรือไม่ และมีการเปลี่ยนแปลงในแง่ที่ดีขึ้นหรือลดลงอย่างไร โดยผู้ที่ถูกระบุว่ามี ภาวะข้อไหล่ยึดติดคือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่น้อยกว่าค่าปกติ ดังที่

ระบุไว้ข้างต้นไม่ทิศทางใดก็ทิศทางหนึ่ง นอกจากนี้ผู้ที่มีพัฒนาการที่ดีขึ้นคือผู้ที่สามารถเคลื่อนข้อไหลได้เต็มช่วง (Full range) และผู้ที่มีองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหลเพิ่มขึ้นจากการวัดในครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับผลที่ได้จากการวัดในครั้งแรก

ในส่วนของโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อตั้งขึ้นเพื่อ

- ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- ส่งเสริมความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
- ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยหลายๆ ด้านขณะพักฟื้นอยู่ที่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูและรักษาทางการแพทย์อื่นๆ ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับขณะพักฟื้นอยู่ที่บ้าน เป็นต้น

โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัคร โดยแต่ละวิชาชีพมีบทบาทดังนี้

- แพทย์ ทำหน้าที่ในการตรวจประเมิน วินิจฉัยโรค คัดกรองภาวะเสี่ยงที่อาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้การรักษา แนะนำการดูแลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และทำการส่งต่อสหวิชาชีพตามความเหมาะสม
- พยาบาล ทำหน้าที่คัดกรองอาการเบื้องต้น ทบทวนคำแนะนำของแพทย์ ดูแลเรื่องกรงยาของผู้ป่วย ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะพักฟื้นอยู่ที่บ้าน
- นักกายภาพบำบัด ดูแลในส่วนของการประเมินกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย อาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ และภาวะข้อต่อยึดติด รวมทั้งความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ของผู้ป่วย ทำการสอน แนะนำ วิธีการฟื้นฟูด้วยกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยนักกายภาพบำบัดจะเป็นผู้สารถิให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยตัวเอง จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำใหู้จนกว่านักกายภาพบำบัดเห็นว่าสามารถทำได้ถูกต้องและเหมาะสม

- อสาภาฯ เป็นผู้ที่ยกย่องให้การช่วยเหลือทีมแพทย์ในการแนะนำ และติดตามผล รวมทั้ง ทบทวนวิธีการฟื้นฟูผู้ป่วยตามที่แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัดแนะนำ นอกจากนี้ยังคอยให้ กำลังใจแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลด้วย

ขั้นตอนการดำเนินงานของโครงการเริ่มจาก ภายใน 2 วันแรกแพทย์จะเข้าประเมินเพื่อลง ความเห็นว่าผู้ป่วยที่ได้เข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) สามารถกลับไปพัก ที่บ้านได้ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะทำการประสานกับพยาบาลประจำโครงการเยี่ยมบ้าน เพื่อทำการสอบถามและประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่จะสามารถเข้าร่วมโครงการเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้นั้นจะต้องอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ โดยพยาบาลประจำโครงการจะทำ การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Rankin scale

Rankin scale

คะแนน	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
0	ไม่มีความผิดปกติเลย
1	ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกอย่าง
2	มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง
3	มีความผิดปกติพอสมควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินเองได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย
4	มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย
5	มีความผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่าง ใกล้ชิด

ซึ่งผู้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจะต้องได้คะแนนตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ประกอบกับจะต้อง ได้รับความยินยอมจากตัวผู้ป่วยหรือญาติก่อนจะดำเนินการออกเยี่ยม

เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินว่าเหมาะสมที่จะได้รับการเยี่ยมบ้าน แพทย์จะพิจารณาจำหน่าย ตัวผู้ป่วยเพื่อกลับไปพักที่บ้าน โดยพยาบาลของโครงการฯ จะทำการวางแผนเพื่อออกเยี่ยมผู้ป่วย เป็นจำนวน 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะเข้าทำการเก็บข้อมูลจาก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 เนื่องจากระยะเวลาของการเข้าเยี่ยมในครั้งดังกล่าวห่างกัน 1 เดือน

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดที่เหมือนกัน โดยทางโครงการฯ ได้แจกคู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ซึ่งเรียบเรียงโดย รศ.พญ.กฤษณา พิรเวช ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย⁽⁴⁰⁾ และมีทีมนักกายภาพบำบัดจากหน่วยกายภาพบำบัด ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดในทีมเยี่ยมบ้านจะเป็นผู้ประเมินและถ่ายทอดความรู้ทางกายภาพบำบัดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ดูแล

โดยโปรแกรมทางกายภาพบำบัดที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับระหว่างที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน เป็นระยะเวลา 1 เดือน คือ

1. ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ในเรื่องของการจัดท่านอน ท่านั่ง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพลิกตะแคงตัวหรือลุกขึ้นนั่งเองได้
2. การออกกำลังกายเพื่อเคลื่อนไหวข้อต่อในทิศทางต่างๆ ของร่างกาย ทั้งรูปแบบที่ผู้ดูแลทำให้และผู้ป่วยทำเอง
3. การเปลี่ยนท่าทางจากท่านอนหงายเป็นท่านอนตะแคง การลุกขึ้นนั่งขอบเตียง การลุกขึ้นยืน ทั้งรูปแบบที่ผู้ดูแลช่วยและผู้ป่วยทำเอง รวมทั้งการฝึกการทรงตัวในท่านั่งและยืน
4. การเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปเก้าอี้หรือรถเข็นด้วยการช่วยเหลือจากผู้ดูแลและผู้ป่วยทำเอง
5. การฝึกก้าวขาไปข้างหน้า การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือมีผู้ดูแลคอยพยุง
6. การฝึกในรูปแบบที่ยากขึ้น เช่น การเดินขึ้น-ลงบันได เป็นต้น

ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายจะได้รับคู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด เพื่อศึกษาข้อมูล ฝึกทำบริหารร่างกายและกายภาพบำบัดด้วยตนเองที่บ้าน ดังนั้นผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายจะได้โปรแกรมกายภาพบำบัดรูปแบบเดียวกันทั้งหมด

การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. ผู้วิจัยทำการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าทุกราย ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วย พร้อมกับให้ลงนามหรือขอความยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 (ข้อมูลทางการแพทย์) จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย
3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ชุดที่หนึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (ข้อมูลทั่วไป) ชุดที่สองคือ แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย (Hospital Anxiety and Depression scale: HADS) โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามชุดละประมาณ 5-10 นาที จากนั้นทำการรวมคะแนน และคัดแยกแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรือมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยตัวผู้วิจัยเองจะต้องไม่รู้ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละรายจัดอยู่ในกลุ่มใด
4. ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะได้รับการตรวจประเมินร่างกายโดยผู้วิจัยจำนวน 3 ชุด คือ
 - 4.1.) วัดช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่แบบผู้วิจัยเป็นผู้เคลื่อนไหว (Shoulder Passive Range of Motion) ทั้งข้างซ้ายและข้างขวา
 - 4.2.) แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Motor Assessment Scale: MAS)
 - 4.3.) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index)

การตรวจประเมินร่างกายโดยผู้วิจัยทั้ง 3 ชุดจะใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที จากนั้นผู้วิจัยทำการรวบรวมคะแนนและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูร่างกายด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมทั้งคู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายจะได้รับโปรแกรมรูปแบบเดียวกันทั้งหมดตั้งแต่ครั้งแรกของการเข้าเยี่ยมและเก็บข้อมูลการวิจัย
6. ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่มเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูร่างกายด้วยตนเองที่บ้านเป็นระยะเวลา 1 เดือน เมื่อครบเวลาที่กำหนดผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้าน จะทำการนัดผู้ป่วยเพื่อเข้าเยี่ยมและทำการตรวจประเมินร่างกายอีกครั้งหนึ่ง โดยผู้วิจัยจะทำการวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย (Hospital Anxiety and Depression scale: HADS) รวมทั้งองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่แบบผู้อื่นเคลื่อนให้ (Shoulder Passive Range of Motion: Shoulder PROM) แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Motor Assessment Scale: MAS) และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) จากนั้นผู้วิจัยทำการรวบรวมคะแนนและบันทึกข้อมูลดังกล่าวเป็นครั้งที่สอง
7. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ตกหล่นหรือส่วนที่ต้องการเพิ่มเติม และทำการสอบถามความคิดเห็น รวมถึงข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย
8. เข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ทางสถิติ

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 – เดือน

มีนาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

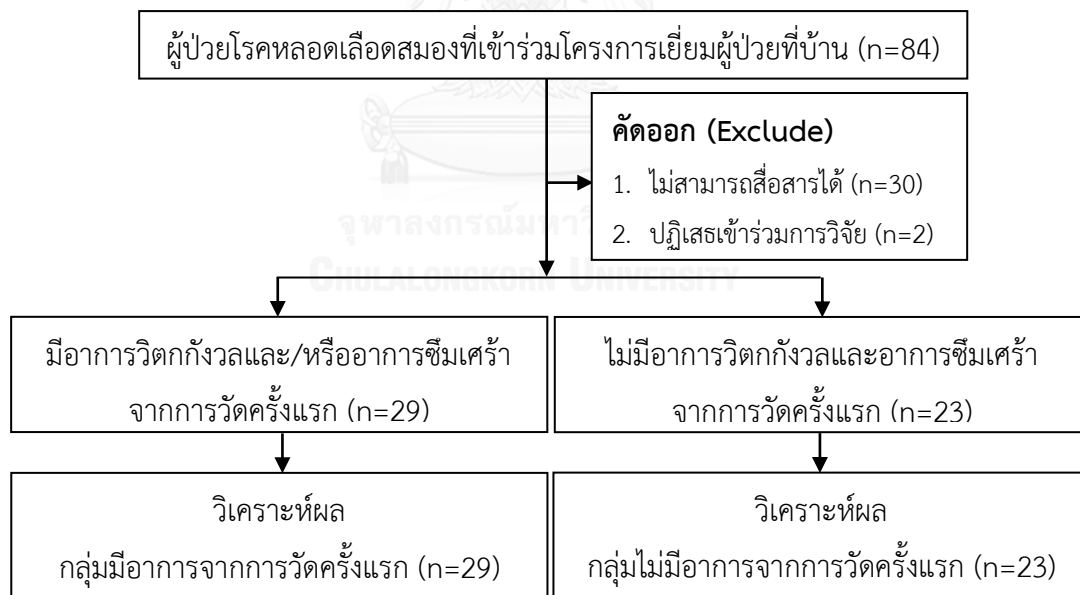
การวิจัยในครั้งนี้จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 17.0 โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. **ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)** กับปัจจัยทั่วไป และปัจจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงเพื่อหาอัตราความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ออกมาในรูปแบบของ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. **ใช้สถิติเชิงอนุมาน(Inferential statistics)** เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยทางการแพทย์ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้จากการวัด MAS, ADL และ Shoulder PROM ด้วย Pearson Chi-square และปัจจัยทำนายด้วย Logistic Regression Analysis

บทที่ 4

ผลวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective descriptive research) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับโปรแกรมทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองที่บ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และทำการศึกษาค้นหาความสัมพันธ์ของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในระยะเวลา 1 เดือน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 52 คน ใช้เวลาเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2559



ภาพที่ 3 การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 1.1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา อาชีพก่อนป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการศึกษา รายได้ ผู้ดูแล และนักกายภาพบำบัดส่วนตัว
- 1.2. ข้อมูลทางการแพทย์ ได้แก่ ช้างที่ถนัด ช้างที่อ่อนแรง การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของพยาธิสภาพ อาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ สารเสพติด โรคประจำตัวหรือโรคที่พบร่วม และประวัติการรักษาทางจิตเวช
- 1.3. ข้อมูลอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า
- 1.4. ข้อมูลการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อและความสามารถในการเคลื่อนไหว
- 1.5. ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
- 1.6. ข้อมูลช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยทางการแพทย์ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้จากการวัด MAS, ADL และ Shoulder PROM ด้วย Pearson Chi-square

- 2.1. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ได้จากการประเมินด้วย Motor Assessment Scale : MAS
- 2.2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ได้จากการประเมินด้วย Motor Assessment Scale : MAS
- 2.3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจากการวัดในครั้งที่ 1 กับการฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ได้จากการประเมินด้วย Motor Assessment Scale : MAS
- 2.4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ได้จากการประเมินด้วย Bathel ADL index
- 2.5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ได้จากการประเมินด้วย Bathel ADL index

- 2.6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจากการวัดในครั้งที่ 1 กับการฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ได้จากการประเมินด้วย Bathel ADL index
- 2.7. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรง
- 2.8. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างอ่อนแรง
- 2.9. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจากการวัดในครั้งที่ 1 กับการฟื้นฟูช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างอ่อนแรง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก(Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

- 3.1. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก(Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการเคลื่อนไหว
- 3.2. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก(Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
- 3.3. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก(Logistic Regression Analysis) ของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างอ่อนแรง

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	22	42.3
	หญิง	30	57.7
อายุ (ปี)	Mean (SD) : Min – Max	71.79 (12.11) : 37 – 91	
	น้อยกว่า 75 ปี	30	57.7
	ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป	22	42.3
สถานภาพ			
	โสด	5	9.6
	คู่	29	55.8
	หม้าย	13	25.0
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	9.6
ศาสนา			
	พุทธ	48	92.3
	คริสต์	2	3.8
	อิสลาม	2	3.8
อาชีพก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง			
	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	15.4
	เอกชน/รับจ้าง	4	7.7
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	13.5
	เกษตรกร	2	3.8
	ไม่ประกอบอาชีพ/บำนาญ	30	57.7
	อื่นๆ	1	1.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป(ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	11.5
ประถมศึกษา	21	40.4
มัธยมศึกษา	9	17.3
อนุปริญญา/ปวส.	1	1.9
ปริญญาตรี	14	26.9
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.9
รายได้		
เพียงพอและเหลือเก็บ	38	73.1
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	7	13.5
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้	6	11.5
ไม่เพียงพอและมีหนี้	1	1.9
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแลตลอดเวลา	46	88.5
มีผู้ดูแลแค่บางเวลา	5	9.6
ไม่มีผู้ดูแล	1	1.9
นิกายภาพบำบัดส่วนตัว		
มี	24	46.2
ไม่มี	28	53.8

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีปริมาณมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีจำนวนเพศหญิง 30 คนคิดเป็นร้อยละ 57.7 ส่วนเพศชายมีจำนวน 22 คนคิดเป็นร้อยละ 42.3 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 71.79 ปี อายุที่น้อยที่สุดคือ 37 ปี มากที่สุดคือ 91 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 55.8) นับถือศาสนาพุทธ มากถึงร้อยละ 92.3 อาชีพก่อนที่จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือบำนาญมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.7 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.4) ข้อมูลรายได้พบว่าส่วนมากมีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 73.1) ในส่วนของการดูแล ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยมีผู้ดูแลตลอดเวลามากถึงร้อยละ 88.5 โดยมีนิกายภาพบำบัดส่วนตัวร้อยละ 46.2 และไม่มีนิกายภาพบำบัดส่วนตัว 53.8

1.2. ข้อมูลทางการแพทย์

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางการแพทย์

	จำนวน	ร้อยละ
ข้างที่ถนัด		
ขวา	47	90.4
ซ้าย	5	9.6
ข้างที่อ่อนแรง		
ขวา	16	30.8
ซ้าย	36	69.2
ตำแหน่งพยาธิสภาพ		
ซีกขวา	38	73.1
ซีกซ้าย	14	26.9
จำนวนตำแหน่งพยาธิสภาพ		
หนึ่งตำแหน่ง	42	80.8
มากกว่าหนึ่งตำแหน่ง	10	19.2
หลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)		
Anterior Cerebral Artery	4	7.7
Middle Cerebral Artery	34	65.4
Posterior Cerebral Artery	6	11.5
Internal Carotid Artery	7	13.5
Superior Cerebellar Artery	6	11.5
Anterior Inferior Cerebellar Artery	8	15.4
อื่นๆ	2	3.8
อาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ		
ไม่มี	18	34.6
มี	34	65.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางการแพทย์(ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
บุหรี		
ไม่สุข	49	94.2
สุขบ้าง	2	3.8
ติดบุหรี	1	1.9
เหล่า		
ไม่ดื่ม	51	98.1
ดื่มบ้าง	1	1.9
ติดเหล่า	0	0
โรคประจำตัว/โรคที่พบร่วม (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)		
เบาหวาน	22	42.3
ความดันโลหิตสูง	45	86.5
ไขมันในเลือดสูง	31	59.6
โรคไต	7	13.5
โรคหัวใจ	10	19.2
อื่นๆ	6	11.5
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้านี้		
ไม่เคยเป็น	37	71.2
เคยเป็น	15	28.8
ประวัติการรักษาทางจิตเวช		
ไม่มี	46	88.5
มี	6	11.5

จากตารางที่ 2 ในส่วนของข้อมูลทางการแพทย์พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัย 65.4% มีภาวะของกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่างกายซีกขวาร้อยละ 30.8 อ่อนแรงซีกซ้ายร้อยละ 69.2 ตำแหน่งของพยาธิสภาพเกิดขึ้นในสมองซีกขวาร้อยละ 73.1 และสมองซีกซ้ายร้อยละ 26.9 โดยจำนวนหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพจำนวนหนึ่งเส้นร้อยละ 80.8 และหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพมากที่สุดคือ Middle Cerebral Artery คิดเป็นร้อยละ 65.4 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพคิดเป็นร้อยละ 65.4 ไม่มีอาการปวดร้อยละ 34.6 และส่วนใหญ่ไม่สุขบุหรี

(ร้อยละ94.2) และไม่ดื่มเหล้า (ร้อยละ98.1) โรคประจำตัวหรือโรคที่พบร่วมของผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ เบาหวาน (ร้อยละ42.3) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ86.5) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ59.6) โรคไต (ร้อยละ13.5) โรคหัวใจ (ร้อยละ19.2) และโรคอื่นๆ เช่น ข้อเข่าเสื่อม เก๊าท์ เนื้องอกในสมอง คิดเป็นร้อยละ 11.5 ในส่วนของประวัติการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนพบว่า มีผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนร้อยละ 28.8 นอกจากนี้พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 6 รายที่กำลังเข้ารับการรักษาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 11.5 แบ่งเป็น ทานยาต้านเศร้า (antidepressant) 2 ราย (ร้อยละ 3.85) และเข้าพบจิตแพทย์เพื่อบำบัดทางจิตและรับคำปรึกษา 4 ราย (ร้อยละ7.69)

1.3. ข้อมูลอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

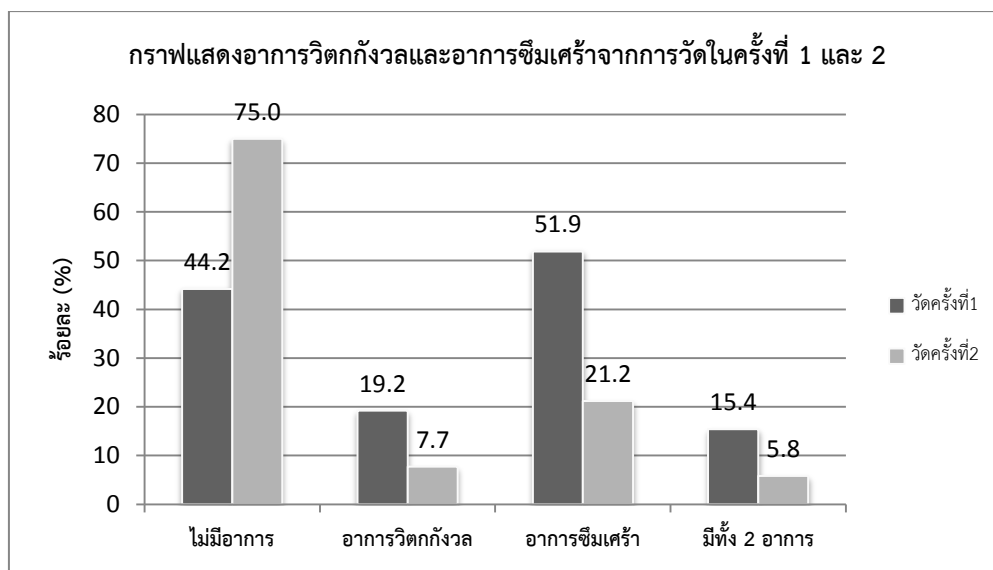
ตารางที่ 3 ข้อมูลอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

	ครั้งที่1		ครั้งที่2	
	จำนวน (n=52)	ร้อยละ	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
อาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า				
ไม่มีอาการ				
ไม่มีอาการ	23	44.2	39	75.0
มีอาการ				
- มีอาการวิตกกังวล	10	19.2	4	7.7
- มีอาการซึมเศร้า	27	51.9	11	21.2
- มีทั้ง 2 อาการ	8	15.4	3	5.8
อาการวิตกกังวล				
Mean(SD) : Min – Max	4.44(3.95) : 0-15		2.21(2.85) : 0-10	
ไม่มีอาการ	42	80.8	48	92.3
มีอาการแต่ไม่ถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช	4	7.7	3	5.8
มีอาการถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช	6	11.5	1	1.9

ตารางที่ 3 ข้อมูลอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า(ต่อ)

	ครั้งที่1		ครั้งที่2	
	จำนวน (n=52)	ร้อยละ	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
อาการซึมเศร้า				
Mean(SD) : Min – Max	8.06(5.75) : 0-20		4.54(5.24) : 0-21	
ไม่มีอาการ	25	48.1	41	78.8
มีอาการแต่ไม่ถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช	9	17.3	1	1.9
มีอาการถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช	18	34.6	10	19.2

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการวิจัยมีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้าจากการวัดครั้งที่ 1 จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.8 โดยมีอาการวิตกกังวลร้อยละ 19.2 มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 51.9 มีทั้งอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าร้อยละ 15.4 เมื่อพิจารณาในส่วนของคะแนนอาการวิตกกังวล พบว่าคะแนนอยู่ในระดับไม่มีอาการวิตกกังวลร้อยละ 80.8 มีอาการวิตกกังวลแต่ไม่ถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 7.7 มีอาการวิตกกังวลถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 11.5 ส่วนคะแนนอาการซึมเศร้าเมื่อแยกเป็น 3 กลุ่มพบว่า ไม่มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 48.1 มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่ถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 17.3 มีอาการซึมเศร้าถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 34.6 ในส่วนของการวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในครั้งที่ 2 พบว่ามีผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้าลดลง(ร้อยละ25.0) โดยมีอาการวิตกกังวลร้อยละ 7.7 มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 21.2 มีทั้งอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าร้อยละ 5.8 เมื่อพิจารณาคะแนนอาการวิตกกังวลโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่มีอาการวิตกกังวล, มีอาการวิตกกังวลแต่ไม่ถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช, มีอาการวิตกกังวลถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 92.3, 5.8, และ 1.9 ตามลำดับ และคะแนนอาการซึมเศร้าจากการวัดในครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการซึมเศร้า 78.8 มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่ถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 1.9 มีอาการซึมเศร้าถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 19.2



ภาพที่ 4 กราฟแสดงอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจากการวัดในครั้งที่ 1 และ 2

ตารางที่ 4 ข้อมูลคะแนนอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1

	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
คะแนนอาการวิตกกังวลครั้งที่ 2		
เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1		
เพิ่มขึ้น	2	3.8
คงที่	4	7.7
ลดลง	36	69.2
0 คะแนนทั้ง 2 ครั้ง	10	19.2
คะแนนอาการซึมเศร้าครั้งที่ 2		
เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1		
เพิ่มขึ้น	3	5.8
คงที่	6	11.5
ลดลง	35	67.3
0 คะแนนทั้ง 2 ครั้ง	8	15.4

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการวิตกกังวลครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่คะแนนจากการวัดในครั้งที่ 2 ลดลง คิดเป็น 69.2 เช่นเดียวกับกับคะแนนอาการซึมเศร้าที่ส่วนใหญ่ลดลง คิดเป็นร้อยละ 67.3

นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีคะแนนอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ในการวัดครั้งที่ 2 มีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 ส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยที่เดิมเคยมีคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปจากการวัดในครั้งที่ 1 แต่เมื่อวัดครั้งที่ 2 กลับมีคะแนนลดลงจนเหลือน้อยกว่า 8 คะแนน มีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.5 และผู้เข้าร่วมวิจัยที่คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนนทั้งสอง ครั้งของการวัด ไม่ว่าจะเป็คะแนนส่วนของอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.5

1.4. ข้อมูลการฟื้นตัวของระบบกล้ามเนื้อและความสามารถในการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 5 ข้อมูลคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหว

	ครั้งที่1 (n=52)	ครั้งที่2 (n=52)
ความสามารถในการเคลื่อนไหว(MAS)		
Mean(SD) : Min – Max	22.38 (16.24) : 1-52	26.90 (17.03) : 1-53

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวจากการวัดด้วย Motor Assessment Scale (MAS) ซึ่งมีคะแนนอยู่ที่ 0-54 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจากการวัดในครั้งที่ 1 เท่ากับ 22.38 คะแนน โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคะแนนมากที่สุดได้ 52 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน ในส่วนของการวัดครั้งที่ 2 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.90 คะแนน คะแนนสูงสุด 53 คะแนน และต่ำสุด 1 คะแนน

ตารางที่ 6 ข้อมูลคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1

	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหว ครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1		
เพิ่มขึ้น	38	73.1
คงที่	10	19.2
ลดลง	4	7.7

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวในครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 73.1 คะแนนคงเดิมร้อยละ 19.2 และคะแนนลดลงร้อยละ 7.7

1.5. ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 7 ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	จำนวน (n=52)	ร้อยละ	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน				
Mean(SD) : Min – Max	49.62(34.91):0-100		60.96(35.77):0-100	
Very severity disabled	17	32.7	12	23.1
Severity disabled	8	15.4	5	9.6
Moderately disabled	9	17.3	10	19.2
Mildly disabled	16	30.8	12	23.1
Physically independent	2	3.8	13	25.0

จากตารางที่ 7 พบว่า การวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.62 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่ม Very severity disabled ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 32.7 และ Mildly disabled มีคะแนนระหว่าง 75-95 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 30.8 และการวัดในครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.96 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม Physically independent (ร้อยละ 25.0) ซึ่งใกล้เคียงกับ Very severity disabled และ Mildly disabled (ร้อยละ 23.1)

ตารางที่ 8 ข้อมูลคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1

	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1		
เพิ่มขึ้น	35	67.4
คงที่	15	28.8
ลดลง	2	3.8

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1 พบว่าส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 67.4 และมีอาการคงที่ร้อยละ 28.8 และอาการลดลงร้อยละ 3.8

1.6. ข้อมูลช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ตารางที่ 9 ข้อมูลช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จากการวัดครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1

	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยภาวะข้อไหล่ติด		
ไม่มีภาวะข้อไหล่ติด	28	53.8
มีภาวะข้อไหล่ติดแต่พิสัยเพิ่มขึ้น	4	7.7
มีภาวะข้อไหล่ติดและพิสัยคงที่	2	3.8
มีภาวะข้อไหล่ติดและพิสัยลดลง 1-2 ทิศทาง	9	15.3
มีภาวะข้อไหล่ติดและพิสัยลดลง 3-4 ทิศทาง	6	11.5
มีภาวะข้อไหล่ติดและพิสัยลดลง 5-6 ทิศทาง	3	5.8

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะข้อไหล่ติด 28 ราย (ร้อยละ 53.8) โดยในรายที่มีภาวะข้อไหล่ติดพบการเปลี่ยนแปลงของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1 พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ร้อยละ 7.7 พิสัยคงเดิมร้อยละ 3.8 พิสัยลดลง 1-2 ทิศทางร้อยละ 15.3 พิสัยลดลง 3-4 ทิศทางร้อยละ 11.5 และพิสัยลดลง 5-6 ทิศทางคิดเป็นร้อยละ 5.8 โดยทิศทางที่พบการลดลงของการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ หมุนแขนเข้าข้างใน (Medial rotation) จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.4 ของผู้ที่มีการเคลื่อนไหวข้อไหล่ลดลง และรองลงมาคือ หมุนแขนออกข้างนอก (Lateral rotation) จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.1

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยทางการแพทย์ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2.1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 10 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการเคลื่อนไหว

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน MAS		X ²	df	p-value
	เพิ่มขึ้น	คงที่/ลดลง			
	n (%)	n (%)			
เพศ			0.945	1	0.331
ชาย	18 (81.8%)	4 (18.2%)			
หญิง	21 (70.0%)	9 (30.0%)			
อายุ			2.626	1	0.105
น้อยกว่า 75 ปี	25 (83.3%)	5 (16.7%)			
ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป	14 (63.6%)	8 (36.4%)			
สถานภาพ			0.650	1	0.420
เดี่ยว	16 (69.6%)	7 (30.4%)			
คู่	23 (79.3%)	6 (20.7%)			
ศาสนา			0.000	1	1.000 ^a
พุทธ	36 (75.0%)	12 (25.0%)			
อื่นๆ	3 (75.0%)	1 (25.0%)			
อาชีพ			0.945	1	0.331
ไม่ประกอบอาชีพ	21 (70.0%)	9 (30.0%)			
ประกอบอาชีพ	18 (81.8%)	4 (18.2%)			
ระดับการศึกษา			0.642	1	0.423
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	19 (70.4%)	8 (29.6%)			
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	20 (80.0%)	5 (20.0%)			
รายได้			4.457	1	0.056 ^a
ไม่เพียงพอ	3 (42.9%)	4 (57.1%)			
เพียงพอ	36 (80.0%)	9 (20.0%)			

a = Fisher's exact test

ตารางที่ 10 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการเคลื่อนไหว(ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน MAS		X ²	df	p-value
	เพิ่มขึ้น	คงที่/ลดลง			
	n (%)	n (%)			
ผู้ดูแล			0.340	1	1.000 ^a
ไม่มี	1 (100.0%)	0 (0.0%)			
มี	38 (74.5%)	13 (25.5%)			
นักกายภาพบำบัดส่วนตัว			6.603	1	0.010
ไม่มี	14 (58.3%)	10 (41.7%)			
มี	25 (89.3%)	3 (10.7%)			

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 10 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา อาชีพ การศึกษา รายได้ และผู้ดูแล กับความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ได้จากการวัดด้วย Motor Assessment Scale หรือ MAS ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

2.2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 11 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการเคลื่อนไหว

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน MAS		X ²	df	p-value
	เพิ่มขึ้น n (%)	คงที่/ลดลง n (%)			
ข้างนัด			0.074	1	1.000 ^a
ขวา	35 (74.5%)	12 (25.5%)			
ซ้าย	4 (80.0%)	1 (20.0%)			
ข้างอ่อนแรง			0.262	1	0.609
ขวา	12 (70.6%)	5 (29.4%)			
ซ้าย	27 (77.1%)	8 (22.9%)			
ตำแหน่งของพยาธิสภาพ			5.278	1	0.022
สองซีกขวา	31 (83.8%)	6 (16.2%)			
สมองซีกซ้าย	8 (53.3%)	7 (46.7%)			
หลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ			0.165	1	1.000 ^a
เส้นเดียว	31 (73.8%)	11 (26.2%)			
หลายเส้น	8 (80.0%)	2 (20.0%)			
อาการปวดข้อไหล่			1.020	1	0.334 ^a
ไม่มี	27 (79.4%)	7 (20.6%)			
มี	12 (66.7%)	6 (33.3%)			
บุหรี			0.118	1	1.000 ^a
ไม่สุข	37 (75.5%)	12 (24.5%)			
สุข	2 (66.7%)	1 (33.3%)			
เหี่ยว			3.059	1	0.250 ^a
ไม่ดี	39 (76.5%)	12 (23.5%)			
ดี	0 (100.0%)	1 (0.0%)			

a = Fisher's exact test

ตารางที่ 11 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการเคลื่อนไหว(ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน MAS		X ²	df	p-value
	เพิ่มขึ้น n (%)	คงที่/ลดลง n (%)			
โรคเบาหวาน			0.945	1	0.331
ไม่เป็น	24 (80.0%)	6 (20.0%)			
เป็น	15 (68.2%)	7 (31.8%)			
โรคความดันโลหิตสูง			0.495	1	0.664 ^a
ไม่เป็น	6 (85.7%)	1 (14.3%)			
เป็น	33 (73.3%)	12 (26.7%)			
โรคไขมันในเลือดสูง			0.240	1	0.624
ไม่เป็น	15 (71.4%)	6 (28.6%)			
เป็น	24 (77.4%)	7 (22.6%)			
โรคไต			0.055	1	1.000 ^a
ไม่เป็น	34 (75.6%)	11 (24.4%)			
เป็น	5 (71.4%)	2 (28.6%)			
โรคหัวใจ			0.165	1	1.000 ^a
ไม่เป็น	31 (73.8%)	11 (26.2%)			
เป็น	8 (80.0%)	2 (20.0%)			
โรคอื่นๆ			0.251	1	1.000 ^a
ไม่มี	34 (73.9%)	12 (26.1%)			
มี	5 (83.3%)	1 (16.7%)			
โรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้า			0.281	1	0.733 ^a
ไม่มี	27 (73.0%)	10 (27.0%)			
มี	12 (80.0%)	3 (20.0%)			

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 11 พบว่า ช้างถนัด ช้างอ่อนแรง จำนวนหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพ อาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตำแหน่งของพยาธิสภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองซีกขวาจะมีพัฒนาการทางด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย

2.3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับความสามารถในการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 12 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับความสามารถในการเคลื่อนไหว

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน MAS		X^2	df	p-value
	เพิ่มขึ้น n (%)	คงที่/ลดลง n (%)			
อาการวิตกกังวลและ/หรือ อาการซึมเศร้า			9.381	1	0.002
ไม่มีอาการ	22 (95.7%)	1 (4.3%)			
มีอาการ	17 (58.6%)	12 (41.4%)			
อาการวิตกกังวล			1.486	1	0.244 ^a
ไม่มีอาการ	33 (78.6%)	9 (21.4%)			
มีอาการ	6 (60.0%)	4 (40.0%)			
อาการซึมเศร้า			11.324	1	0.001
ไม่มีอาการ	24 (96.0%)	1 (4.0%)			
มีอาการ	15 (55.6%)	12 (44.4%)			

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 12 พบว่า อาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และผู้ที่มีอาการซึมเศร้าก็มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ เช่นกัน โดยจากข้อมูลข้างต้นพบว่า ผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้าส่งผลให้ระดับการฟื้นตัวด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นกว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้า

2.4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 13 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน Bathel ADL		X ²	df	p-value
	เพิ่มขึ้น n (%)	คงที่/ลดลง n (%)			
เพศ			0.509	1	0.476
ชาย	16 (72.7%)	6 (27.3%)			
หญิง	19 (63.3%)	11 (36.7%)			
อายุ			5.191	1	0.023
น้อยกว่า 75 ปี	24 (80.0%)	6 (20.0%)			
ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป	11 (50.0%)	11 (50.0%)			
สถานภาพ			0.777	1	0.378
เดี่ยว	14 (60.9%)	9 (39.1%)			
คู่	21 (72.4%)	8 (27.6%)			
ศาสนา			0.590	1	0.589 ^a
พุทธ	33 (68.8%)	15 (31.3%)			
อื่นๆ	2 (50.0%)	2 (50.0%)			
อาชีพ			1.721	1	0.190
ไม่ประกอบอาชีพ	18 (60.0%)	12 (40.0%)			
ประกอบอาชีพ	17 (77.3%)	5 (22.7%)			
ระดับการศึกษา			0.482	1	0.488
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	17 (63.0%)	10 (37.0%)			
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	18 (72.0%)	7 (28.0%)			

a = Fisher's exact test

ตารางที่ 13 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน Bathel ADL		X ²	df	p-value
	เพิ่มขึ้น	คงที่/ลดลง			
	n (%)	n (%)			
รายได้			5.516	1	0.031 ^a
ไม่เพียงพอ	2 (28.6%)	5 (71.4%)			
เพียงพอ	33 (73.3%)	12 (26.7%)			
ผู้ดูแล			0.495	1	1.000 ^a
ไม่มี	1 (100.0%)	0 (0.0%)			
มี	34 (66.7%)	17 (33.3%)			
นักกายภาพบำบัดส่วนตัว			9.341	1	0.003 ^a
ไม่มี	11 (58.3%)	13 (41.7%)			
มี	24 (89.3%)	4 (10.7%)			

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 13 พบว่า ปัจจัยทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ คือ อายุ รายได้ และนักกายภาพบำบัดส่วนตัว โดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปี มีรายได้ที่เพียงพอ และมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว จะมีพัฒนาการทางด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีรายได้ไม่เพียงพอ และไม่มือนักกายภาพบำบัดส่วนตัว

2.5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 14 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน Bathel ADL		X ²	df	p-value
	เพิ่มขึ้น n (%)	คงที่/ลดลง n (%)			
ข้างถนัด			0.134	1	1.000 ^a
ขวา	32 (68.1%)	15 (31.9%)			
ซ้าย	3 (60.0%)	2 (40.0%)			
ข้างอ่อนแรง			0.078	1	0.780
ขวา	11 (64.7%)	6 (35.3%)			
ซ้าย	24 (68.6%)	11 (31.4%)			
ตำแหน่งของพยาธิสภาพ			1.871	1	0.171
สองซีกขวา	27 (73.0%)	10 (27.0%)			
สมองซีกซ้าย	8 (53.3%)	7 (46.7%)			
หลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ			0.906	1	0.407 ^a
เส้นเดียว	27 (64.3%)	15 (35.7%)			
หลายเส้น	8 (80.0%)	2 (20.0%)			
อาการปวดข้อไหล่			3.748	1	0.068 ^a
ไม่มี	24 (76.5%)	8 (23.5%)			
มี	9 (50.0%)	9 (50.0%)			
บุหรี			1.670	1	0.246 ^a
ไม่สุข	34 (69.4%)	15 (30.6%)			
สุข	1 (33.3%)	2 (66.7%)			
เหล้า			2.099	1	0.327 ^a
ไม่ดื่ม	35 (68.6%)	16 (31.4%)			
ดื่ม	0 (100.0%)	1 (0.0%)			

a = Fisher's exact test

ตารางที่ 14 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน Bathel ADL		X ²	df	p-value
	เพิ่มขึ้น n (%)	คงที่/ลดลง n (%)			
โรคเบาหวาน			1.170	1	0.279
ไม่เป็น	22 (73.3%)	8 (26.7%)			
เป็น	13 (59.1%)	9 (40.9%)			
โรคความดันโลหิตสูง			1.245	1	0.404 ^a
ไม่เป็น	6 (85.7%)	1 (14.3%)			
เป็น	29 (64.4%)	16 (35.6%)			
โรคไขมันในเลือดสูง			0.467	1	0.494
ไม่เป็น	13 (61.9%)	8 (38.1%)			
เป็น	22 (71.0%)	9 (29.0%)			
โรคไต			0.380	1	0.670 ^a
ไม่เป็น	31 (68.9%)	14 (31.1%)			
เป็น	4 (57.1%)	3 (42.9%)			
โรคหัวใจ			0.300	1	0.711 ^a
ไม่เป็น	29 (69.0%)	13 (31.0%)			
เป็น	6 (60.0%)	4 (40.0%)			
โรคอื่นๆ			0.792	1	0.650 ^a
ไม่มี	30 (65.2%)	16 (34.8%)			
มี	5 (83.3%)	1 (16.7%)			
โรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้านี้			0.004	1	1.000 ^a
ไม่มี	25 (67.6%)	12 (32.4%)			
มี	10 (66.7%)	5 (33.3%)			

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 14 พบว่า ปัจจัยทางการแพทย์ด้านต่างๆ ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ไม่มีปัจจัยใดสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

2.6. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 15 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับความสามารถในการเคลื่อนไหว

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน Bathel ADL		X ²	df	p-value
	เพิ่มขึ้น n (%)	คงที่/ลดลง n (%)			
อาการวิตกกังวลและ/หรือ			7.236	1	0.007
อาการซึมเศร้า					
ไม่มีอาการ	20 (87.0%)	3 (13.0%)			
มีอาการ	15 (51.7%)	14 (48.3%)			
อาการวิตกกังวล			4.196	1	0.062 ^a
ไม่มีอาการ	31 (73.8%)	11 (26.2%)			
มีอาการ	4 (40.0%)	6 (60.0%)			
อาการซึมเศร้า			6.097	1	0.014
ไม่มีอาการ	21 (84.0%)	4 (16.0%)			
มีอาการ	14 (51.9%)	13 (48.1%)			

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 15 พบว่า อาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า รวมทั้งอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้าส่งผลให้พัฒนาการด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าผู้ที่มีอาการ ซึ่งจะเห็นว่าอาการวิตกกังวลไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

2.7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ตารางที่ 16 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วงองศาของข้อไหล่		X ²	df	p-value
	Full/เพิ่มขึ้น n (%)	คงที่/ลดลง n (%)			
เพศ			0.004	1	0.947
ชาย	13 (59.1%)	9 (40.9%)			
หญิง	18 (60.0%)	12 (40.0%)			
อายุ (ปี)			1.464	1	0.226
37 - 74	20 (66.7%)	10 (33.3%)			
75 - 91	11 (50.0%)	11 (50.0%)			
สถานภาพ			0.164	1	0.686
เดี่ยว	13 (56.5%)	10 (43.5%)			
คู่	18 (62.1%)	11 (37.9%)			
ศาสนา			0.426	1	0.639 ^a
พุทธ	28 (58.3%)	20 (41.7%)			
อื่นๆ	3 (75.0%)	1 (25.0%)			
อาชีพ			1.162	1	0.281
ไม่ประกอบอาชีพ	16 (53.3%)	14 (46.7%)			
ประกอบอาชีพ	15 (68.2%)	7 (31.8%)			
ระดับการศึกษา			0.003	1	0.957
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	16 (59.3%)	11 (40.7%)			
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	15 (60.0%)	10 (40.0%)			
รายได้			6.904	1	0.013 ^a
ไม่เพียงพอ	1 (14.3%)	6 (85.7%)			
เพียงพอ	30 (66.7%)	15 (33.3%)			

a = Fisher's exact test

ตารางที่ 16 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่
(ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วงองศาของข้อไหล่		X ²	df	p-value
	Full/เพิ่มขึ้น	คงที่/ลดลง			
	n (%)	n (%)			
ผู้ดูแล			1.505	1	0.404 ^a
ไม่มี	0 (0.0%)	1 (100.0%)			
มี	31 (60.8%)	20 (39.2%)			
นักกายภาพบำบัดส่วนตัว			12.788	1	<0.001
ไม่มี	8 (58.3%)	16 (41.7%)			
มี	23 (89.3%)	5 (10.7%)			

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 16 พบว่า รายได้ และนักกายภาพบำบัดส่วนตัว มีความสัมพันธ์กับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ที่มีรายได้เพียงพอก็จะมีช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่เต็มช่วงหรือมีการเพิ่มขึ้นของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวจะมีช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มช่วงหรือมีการเพิ่มขึ้นของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มือนักกายภาพบำบัดส่วนตัว

2.8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ตารางที่ 17 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วงองศาของข้อไหล่		X ²	df	p-value
	Full/เพิ่มขึ้น n (%)	คงที่/ลดลง n (%)			
ข้างถนัด			0.000	1	1.000 ^a
ขวา	28 (59.6%)	19 (40.4%)			
ซ้าย	3 (60.0%)	2 (40.0%)			
ข้างอ่อนแรง			0.007	1	0.935
ขวา	10 (58.8%)	7 (41.2%)			
ซ้าย	21 (60.0%)	14 (40.0%)			
ตำแหน่งของพยาธิสภาพ			0.001	1	0.971
สองซีกขวา	22 (59.5%)	15 (40.5%)			
สมองซีกซ้าย	9 (60.0%)	6 (40.0%)			
หลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ			4.748	1	0.036 ^a
เส้นเดียว	22 (52.4%)	20 (47.6%)			
หลายเส้น	9 (90.0%)	1 (10.0%)			
อาการปวดข้อไหล่			4.912	1	0.027
ไม่มี	24 (70.6%)	10 (29.4%)			
มี	7 (38.9%)	11 (61.1%)			
บุหรี			0.066	1	1.000 ^a
ไม่สุข	29 (59.2%)	20 (40.8%)			
สุข	1 (33.3%)	2 (66.7%)			
เหี่ยว			1.505	1	0.404 ^a
ไม่ดีมี	31 (60.8%)	20 (39.2%)			
ดีมี	0 (100.0%)	1 (0.0%)			

a = Fisher's exact test

ตารางที่ 17 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการแพทย์กับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่(ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วงองศาของข้อไหล่		X ²	df	p-value
	Full/เพิ่มขึ้น	คงที่/ลดลง			
	n (%)	n (%)			
โรคเบาหวาน			0.004	1	0.947
ไม่เป็น	18 (60.0%)	12 (40.0%)			
เป็น	13 (59.1%)	9 (40.9%)			
โรคความดันโลหิตสูง			0.021	1	1.000 ^a
ไม่เป็น	4 (57.1%)	3 (42.9%)			
เป็น	27 (60.0%)	18 (40.0%)			
โรคไขมันในเลือดสูง			2.106	1	0.147
ไม่เป็น	10 (47.6%)	11 (52.4%)			
เป็น	21 (67.7%)	10 (32.3%)			
โรคไต			0.944	1	0.420 ^a
ไม่เป็น	28 (62.2%)	17 (37.8%)			
เป็น	3 (42.9%)	4 (57.1%)			
โรคหัวใจ			0.300	1	1.000 ^a
ไม่เป็น	25 (59.5%)	17 (40.5%)			
เป็น	6 (60.0%)	4 (40.0%)			
โรคอื่นๆ			0.792	1	1.000 ^a
ไม่มี	37 (58.7%)	19 (41.3%)			
มี	4 (66.7%)	2 (33.3%)			
โรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้านี้			0.435	1	0.509
ไม่มี	21 (56.8%)	16 (43.2%)			
มี	10 (66.7%)	5 (33.3%)			

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 17 พบว่า ปัจจัยทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่คือ จำนวนของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ และอาการปวดข้อไหล่ข้างอ่อนแรง โดยมี

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ คือ ผู้ป่วยรายที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดจำนวนหนึ่งเส้นจะมีช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ได้เต็มช่วงหรือมีการเพิ่มขึ้นของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายที่มีพยาธิสภาพกับหลอดเลือดจำนวนมากกว่าหนึ่งเส้น ส่วนผู้ที่มีอาการปวดบริเวณข้อไหล่ข้างอ่อนแรงจะทำให้ช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างดังกล่าวเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มช่วงและไม่มีการเพิ่มขึ้นขององศาการเคลื่อนไหวในการวัดครั้งที่ 2

2.9. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ตารางที่ 18 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วงองศาของข้อไหล่		X^2	df	p-value
	Full/เพิ่มขึ้น	คงที่/ลดลง			
	n (%)	n (%)			
อาการวิตกกังวลและ/หรือ อาการซึมเศร้า			22.246	1	<0.001
ไม่มีอาการ	22 (95.7%)	1 (4.3%)			
มีอาการ	9 (31.0%)	20 (69.0%)			
อาการวิตกกังวล			8.071	1	0.009
ไม่มีอาการ	29 (69.0%)	13 (31.0%)			
มีอาการ	2 (20.0%)	8 (80.0%)			
อาการซึมเศร้า			20.974	1	<0.001
ไม่มีอาการ	23 (92.0%)	2 (8.0%)			
มีอาการ	8 (29.6%)	19 (70.4%)			

a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 18 พบว่า อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ที่ไม่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าจะส่งผลให้ช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะสามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้เต็มช่วงหรือมีองศาที่เพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

3.1. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการเคลื่อนไหว

ตัวแปร	B	S.E.	OR	95% C.I.		p-value
				Lower	Upper	
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*
อาการวิตกกังวล	0.89	0.75	2.44	0.57	10.57	0.232
อาการซึมเศร้า	2.96	1.09	19.20	2.26	163.12	0.007*

Chi-square = 38.40 df = 7 p-value < 0.001 Nagelkerke R Square = 0.77

จากตารางที่ 19 พบว่า มีตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ นักกายภาพบำบัดส่วนตัว ตำแหน่งของพยาธิสภาพ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ที่สามารถเป็นปัจจัยทำนายความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีนักกายภาพบำบัดไปทำเพิ่มเติมที่บ้าน หรือมีตำแหน่งพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า จะทำให้เสี่ยงต่อการมีพัฒนาการในการเคลื่อนไหวที่ลดลง

3.2. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตัวแปร	B	S.E.	OR	95% C.I.		p-value
				Lower	Upper	
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*
นักกายภาพบำบัดส่วนตัว	1.06	0.55	2.88	0.98	8.45	0.055
อาการวิตกกังวล-ซึมเศร้า	1.83	0.72	6.22	1.51	25.62	0.011*
อาการวิตกกังวล	1.44	0.74	4.23	1.00	17.84	0.050*
อาการซึมเศร้า	1.58	0.67	4.88	1.32	18.05	0.018*

Chi-square = 24.34 df = 7 p-value = 0.001 Nagelkerke R Square = 0.52

จากตารางที่ 20 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการลดลงของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ป่วยมีอายุ 75 ปีขึ้นไป หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรายได้ไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า หากมีปัจจัยดังกล่าวจะเสี่ยงต่อการลดลงของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

3.3. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรง

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรง

ตัวแปร	B	S.E.	OR	95% C.I.		p-value
				Lower	Upper	
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*
จำนวนหลอดเลือด	-2.10	1.10	0.12	0.01	1.05	0.056
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*
อาการวิตกกังวล	2.19	0.86	8.92	1.66	47.97	0.011*
อาการซึมเศร้า	3.31	0.85	27.31	5.17	144.27	<0.001*

Chi-square = 34.57 df = 7 p-value < 0.001 Nagelkerke R Square = 0.66

จากตารางที่ 21 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะข้อไหล่ติดและการไม่เพิ่มของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ที่ไม่เพียงพอ การไม่มีนักกายภาพบำบัดไปทำให้เพิ่มเติมที่บ้าน และการมีอาการปวดไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพหรือข้างอ่อนแรง รวมทั้งการมีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าวร่วมด้วย ก็จะมีโอกาสเสี่ยงให้เกิดภาวะข้อไหล่ติดหรือช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ลดลงเมื่อติดตามผลเป็นระยะเวลาหนึ่งเดือน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และการศึกษาหาความสัมพันธ์ของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยทำการแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้ากับกลุ่มที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการเยี่ยมบ้านภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไปแล้ว 1 เดือน ผู้วิจัยจะทำการซักประวัติเพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไปจากตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย ส่วนข้อมูลทางการแพทย์จะทำการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน Thai Hospital Anxiety and Depression scale: Thai HADS จากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Motor Assessment Scale: MAS) และประเมินช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทั้งข้างปกติและข้างอ่อนแรง ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมินดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นการประเมินในครั้งที่ 1 ก่อนผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับโปรแกรมการดูแลและฟื้นฟูตนเองที่บ้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัด และพยาบาลในทีมเยี่ยมบ้านจะเป็นผู้สอนและให้ความรู้แก่ตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ดูแล ถึงวิธีการดูแลรักษาและการบริหารร่างกายตามคู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด และให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยปฏิบัติตามคู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดเป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้านจะเข้าพบผู้เข้าร่วมการวิจัยที่บ้านอีกครั้ง เพื่อทำการประเมินในครั้งที่ 2 และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยด้านต่างๆ ทั้งด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางการแพทย์ รวมทั้งความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และช่วงองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ออกมาในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และทำการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และช่วงองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านด้วย Pearson Chi-square และนอกจากนี้ยังใช้ Logistic Regression Analysis เพื่อทำการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วย

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางการแพทย์

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสัดส่วนเพศหญิงและเพศชายของผู้เข้าร่วมการวิจัยใกล้เคียงกัน โดยเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 87 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 71.79 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด อาชีพก่อนที่จะป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือบ้านานาญ ในส่วนของระดับการศึกษาสูงสุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ข้อมูลรายได้พบว่าส่วนมากมีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บ ในส่วนของการดูแล ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยส่วนมากจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงของร่างกายซีกซ้าย ซึ่งพยาธิสภาพเกิดขึ้นในสมองซีกขวาเป็นส่วนใหญ่ และจำนวนหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพมักเกิดเพียงหนึ่งเส้น โดยหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพมากที่สุดคือ Middle Cerebral Artery หรือ MCA ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างจะมีอาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา โรคประจำตัวหรือโรคที่พบร่วมของผู้เข้าร่วมการวิจัยมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, เบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคไต และโรคอื่นๆ (เช่น ข้อเข่าเสื่อม เก๊าท์ เนื้องอกในสมอง) ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้เป็นครั้งแรก ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชมาก่อน แต่หลังจากติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่ามีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 6 รายที่ได้รับยาต้านเศร้า หรือจิตบำบัดขณะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

จะเห็นได้ว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาในครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในงานวิจัยมีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย หรือพอๆ กัน สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากส่งผลให้ข้อมูลการประกอบอาชีพของผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพหรือบ้านานาญ ในส่วนของโรคที่พบร่วมกับภาวะสมองขาดเลือดในผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้น เป็นโรคที่เป็นความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบเป็นปกติในทุกๆ งานวิจัยก่อนหน้านี้ นอกจากนี้การที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีอายุที่ค่อนข้างสูง มีโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย มีภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากความอ่อนแรงเหลืออยู่ และต้องพึ่งพิงผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดจึงได้รับการส่งต่อจากแพทย์ทางระบบประสาทเพื่อเข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

เมื่อติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่าครั้งที่ 1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 55.8 แต่เมื่อคิดแยกกันระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการซึมเศร้ามากกว่าอาการวิตกกังวล ส่วนครั้งที่ 2 พบว่า จำนวนผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้าพบเพียงร้อยละ 25.0 เท่านั้น

ในระหว่างทำการติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 เดือนมีผู้ที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชจำนวน 6 ราย และเมื่อทำการตัดผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชขณะเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 6 รายออกพบว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตเวชมีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีแนวโน้มที่ลดลงเช่นกัน โดยพบว่าผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้าจากการวัดในครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 21.7 ซึ่งแยกเป็นอาการวิตกกังวลร้อยละ 8.7 และอาการซึมเศร้าร้อยละ 17.4

การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ส่วนใหญ่มีคะแนนระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวที่วัดด้วย Motor Assessment Scale หรือ MAS ในครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1 เพิ่มขึ้นหรือมีพัฒนาการในการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นนั่นเอง ในส่วนของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นเช่นกัน ส่วนช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรงเมื่อทำการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการวัดในครั้งที่ 1 และ 2 พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะข้อไหล่ติด แต่สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มที่มีภาวะข้อไหล่ติดจะมีการลดลงขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ 1-2 ทิศทาง ซึ่งทิศทางที่พบว่ามี การลดลงขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มากที่สุดคือ การหมุนข้อไหล่เข้า (Medial rotation) และการหมุนข้อไหล่ ออก (Lateral rotation) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการฟื้นฟูสภาพร่างกายในครั้งนี้พบว่า การที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวไปทำให้ที่บ้าน และมีตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองซีกขวา จะส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปี มีรายได้ที่เพียงพอ และมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว ยังมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีรายได้ที่เพียงพอ มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวไปทำให้ที่บ้าน มีจำนวนหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพเพียงหนึ่งเส้น และไม่มีอาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ ส่งผลให้มีช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่เต็มช่วงหรือมีองศาที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ปัจจัยที่มีผลต่อทุกผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพร่างกายคือ การมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการทำกายภาพบำบัดตามโปรแกรมได้อย่างเต็มที่ ปัจจัยอื่นที่พบความสัมพันธ์สามารถอธิบายผลลัพธ์ของการฟื้นฟูได้อย่างตรงไปตรงมา เช่น การไม่มีอาการปวด อายุที่น้อย และพยาธิสภาพที่ไม่รุนแรง

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจะมีระดับคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างอ่อนแรงที่เต็มช่วงหรือช่วงองศาที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ปัจจัยทำนายการฟื้นฟูสภาพร่างกายในด้านต่างๆ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพัฒนาการในด้านความสามารถที่ดีในการเคลื่อนไหวของผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ การมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว ตำแหน่งพยาธิสภาพของสมองซีกขวา ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยผู้ที่ไม่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว มีตำแหน่งพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย หรือผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า เมื่อผ่านไป 1 เดือนจะเสี่ยงต่อการลดลงของความสามารถในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้พบว่าผู้ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ไม่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า จะเสี่ยงต่อการฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง และนอกจากนี้ปัจจัยที่ทำนายว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติดหรือไม่มีการเพิ่มขึ้นของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ คือ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ไม่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว มีอาการปวดบริเวณข้อไหล่ข้างอ่อนแรง มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า จากการสำรวจในครั้งแรก

การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

จากการศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าหลังจากที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปฟื้นฟูตัวที่บ้านเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 55.8 จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 52 ราย และร้อยละ 56.5 จากจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย 46 รายซึ่งได้คัดจำนวนผู้ที่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชระหว่างเข้าร่วมการวิจัยออกจำนวน 6 ราย โดยแยกเป็นผู้ที่มีอาการวิตกกังวลร้อยละ 19.2 และ 21.7 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มีค่าใกล้เคียงกับผลการวิจัยอื่นๆ โดยการวิจัยที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มประชากรมีความชุกของอาการวิตกกังวลอยู่ในช่วงร้อยละ 10-30⁽²²⁻²⁶⁾ ส่วนผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีอาการซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 51.9 และ 52.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่ากลุ่มประชากรมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 50-75^(6, 22, 23, 28-30, 34) ซึ่งการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุเยอะ ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้สามารถพบอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้มากกว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอายุน้อย

นอกจากนี้การมีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สามารถพบอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอัตราที่สูงขึ้น^(4,8)

หลังจากติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลและผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอาการซึมเศร้ามักมีปริมาณลดลงเช่นกัน สำหรับกลุ่มที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าพบว่า ส่วนใหญ่ยังคงไม่มีอาการเช่นเดิม แต่พบผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร่ารายใหม่ปรากฏขึ้นภายหลังได้ทำการติดตามผลไปแล้วเพียง 3 ราย โดยแบ่งเป็นอาการวิตกกังวล 1 ราย และอาการซึมเศร้า 2 ราย

การที่อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ลดลงเนื่องจากอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร่าจะสูงขึ้นระยะ 1 เดือนแรกแต่จะลดลงในเวลาต่อมา ดังผลการศึกษาของ พนมกร หิรัญญัตติ ที่ได้ศึกษาถึงความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่วัดในเดือนที่ 1 และ 3 หลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองพบว่า เดือนที่ 1 กลุ่มประชากรมีอาการซึมเศร่ามากกว่าเดือนที่ 3⁽³⁴⁾ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของ N. B. Lincoln และ A. De Ryck พบว่าในระยะ 1 เดือนแรกหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มประชากรมีอาการซึมเศร่าที่ไม่สูงมาก แต่จะมีอาการเพิ่มขึ้นในระยะต่อมาในช่วงเดือนที่ 3 และ 6 และจะลดลงอีกครั้งในช่วงเดือนที่ 12^(25, 31) ซึ่ง N. B. Lincoln และคณะ พบว่ากลุ่มประชากรจะมีอาการซึมเศร่าสูงที่สุดในปีที่ 5 หลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง⁽²⁵⁾ อย่างไรก็ตามประเด็นดังกล่าวจึงอาจจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

การศึกษาในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายจะได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมของโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งประกอบไปด้วย ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัคร เข้าไปดูแลผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างสม่ำเสมอ ผลของโปรแกรมห้ดังกล่าวทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้เข้าร่วมการวิจัยดีขึ้น จึงส่งผลให้อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร่าดีขึ้นด้วยเช่นกัน^(6,7) อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบจึงไม่สามารถสรุปได้ว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับโปรแกรมของโครงการเยี่ยมบ้านจะมีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร่าดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

นอกจากนี้จำนวนผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ลดลง ภายหลังจากได้เข้าร่วมโครงการเยี่ยมบ้านเป็นระยะเวลา 1 เดือน อาจเป็นเพราะทีมสหวิชาชีพ รวมถึงตัวผู้วิจัยซึ่งกำลังศึกษาทางด้านสุขภาพจิต ได้เข้าไปมีบทบาทในการดูแลปัญหาทางด้านจิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ดูแลร่วมด้วย

ในส่วนของการฟื้นฟูทางด้านร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัย ที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยนั้น ส่วนใหญ่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะข้อไหล่ติด ซึ่งการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปี การมีรายได้ที่เพียงพอ การมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวดูแลเพิ่มเติมที่บ้าน ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับสมองซีกขวา และจำนวนหลอดเลือดที่เกิดรอยโรคเพียงเส้นเดียว เป็นปัจจัยที่มีผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอายุน้อยย่อมมีพัฒนาการของร่างกายที่ดีกว่า รวมทั้งการมีรายได้ที่เพียงพอ และการมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้สภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยดีขึ้น นอกจากนี้การมีจำนวนหลอดเลือดที่เกิดรอยโรคเพียงเส้นเดียวก็อาจทำให้ความเสียหายของเนื้อเยื่อในสมองน้อยกว่า ส่งผลให้การฟื้นตัวของความสามารถของกล้ามเนื้อและร่างกายดีขึ้นเร็วกว่าผู้ที่มีรอยโรคเกิดขึ้นกับหลอดเลือดสมองจำนวนมากว่าหนึ่งเส้น อันจะส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง ซึ่งอาการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะมีความรุนแรงมากกว่า⁽¹³⁾

อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยหลายๆ ปัจจัยที่ได้ทำการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทั่วไป คือ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ผู้ดูแล หรือปัจจัยทางด้านการแพทย์ ประกอบด้วย ข้างถนัด ข้างอ่อนแรง การวินิจฉัยโรค การใช้บุหรี่ การดื่มสุรา และโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นพัฒนาการทางด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน หรือแม้แต่ช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย และติดตามผลการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาที่สั้นเกินไป จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคตเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวที่อาจมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการติดตามผลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งพบว่า อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ นั้นหมายถึงผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอาการวิตกกังวลหรือมีอาการซึมเศร้าจะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะข้อไหล่ติด เป็นไปในทิศทางที่แย่ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เหมือนกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Matthew P และคณะ ที่พบว่าอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ ของกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง⁽²²⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาที่พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ การทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตลดลง⁽²⁷⁻³³⁾

โดยการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ทำนายความเสี่ยงถึงการลดลงของความสามารถในการเคลื่อนไหวและการฟื้นฟูตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อของผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายเป็นปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾ ดังนั้นการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายจะก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าและส่งผลต่อพัฒนาการของร่างกายที่ลดลงได้ และการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงถึงการลดลงของความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วย

นอกจากนี้ปัจจัยที่ทำนายความเสี่ยงต่อการลดลงของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเป็นตัวชี้วัดปัจจัยสนับสนุนทางสังคมตัวหนึ่งที่บ่งถึงคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็ส่งผลให้มีการฟื้นฟูร่างกายที่ดีขึ้น^(14, 41)

การศึกษาของ Vered Gadidi และคณะ⁽⁴²⁾ ค้นพบว่าปัจจัยทำนายภาวะจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 71 ราย คือ อายุ โดยพบว่ากลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งวัดด้วย Barthel Index

(B) ต่ำกว่ากลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้นี้ที่พบว่าปัจจัยที่ทำนายความเสี่ยงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป

ส่วนปัจจัยที่ทำนายว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยจะมีภาวะข้อไหล่ติดหรือไม่มีการเพิ่มขึ้นของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ คือ การไม่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว และมีอาการปวดบริเวณไหล่ข้างอ่อนแรง ซึ่งการศึกษาของ Ingrid Lindgren และคณะ ถึงปัจจัยการทำนายภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า อาการปวดไหล่ข้างที่อ่อนแรงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะข้อไหล่ติดในอนาคตได้ โดยกลุ่มประชากรที่มีอาการปวดไหล่ในช่วง 4 เดือนแรก จะมีภาวะข้อไหล่ติดโดยเฉพาะทิศทางกางแขนออก ในเดือนที่ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.02$ ⁽⁴³⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้นี้พบว่าทิศทางที่มีการลดลงของช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มากที่สุดคือ การหมุนข้อไหล่เข้า (Medial rotation) และการหมุนข้อไหล่ออก (Lateral rotation) อาจเป็นเพราะเนื่องจากทิศทางดังกล่าวเป็นทิศทางที่ในชีวิตประจำวันของคนทั่วไปไม่ได้ใช้งานหรือใช้งานในลักษณะที่ไม่เต็มช่วง (Full range) เช่นเดียวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนจะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองก็อาจมีช่วงองศาทิศทางดังกล่าวที่ไม่เต็มช่วงอยู่ก่อนแล้ว นอกจากนี้ในผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจะบริหารร่างกายในทิศทางดังกล่าวยากกว่าทิศทางอื่นๆ ประกอบกับจากการสอบถามผู้ดูแลมักไม่ให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยในทิศทางดังกล่าวด้วยเช่นกัน

จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่า นักกายภาพบำบัดส่วนตัว หรือนักกายภาพบำบัดที่ได้รับการว่าจ้างให้ทำกายภาพบำบัดผู้เข้าร่วมการวิจัยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายถึงความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยพบว่าหากผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใดที่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวจะมีความสามารถในการเคลื่อนไหว และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น และยังพบอีกว่าการมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัว จะช่วยลดภาวะข้อไหล่ติดและเพิ่มช่วงองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ เนื่องด้วยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้มีความสามารถและเชี่ยวชาญในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับการที่นักกายภาพบำบัดได้รับการว่าจ้างอาจมีความสม่ำเสมอของการบริหารร่างกายมากกว่า รวมทั้งอาจเป็นการเสริมกันระหว่างการทำกายภาพบำบัดด้วยผู้เข้าร่วมการวิจัยเองและผู้ดูแล เนื่องจากในช่วง 1 เดือนที่ทำการติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มดังกล่าว ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ดูแลจะต้องทำ

กายภาพบำบัดด้วยตนเองที่บ้านตามโปรแกรมที่ทีมเยี่ยมบ้านได้เข้าไปสอนในครั้งแรก ซึ่งระหว่างนั้นจะมีเพียงแค่อสาภษาชาติที่เข้าไปดูแลเพียง 1 ครั้ง ประกอบกับทางโครงการเยี่ยมบ้านและการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีระบบการโทรเพื่อกระตุ้นและทบทวนวิธีการ รวมถึงความสม่ำเสมอในการทำกายภาพบำบัดของผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ดูแล ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ดูแลบางรายจึงไม่ได้ทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอตามที่ผู้วิจัยได้แนะนำ ผู้วิจัยคิดว่าหากสามารถควบคุมความสม่ำเสมอในการทำกายภาพบำบัดของผู้ดูแลและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวไม่แตกต่างกับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวมาทำให้ที่บ้าน อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าวยังมีน้อยมาก อาจจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

และผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงถึงการลดลงของการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Matthew P และคณะ ที่พบว่ากลุ่มประชากรที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจะมีพัฒนาการของร่างกายในด้านต่างๆ ลดลง⁽²²⁾ และการศึกษาของ Lawson Wulsin และคณะ พบว่าอาการซึมเศร้าสามารถทำนายผลการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้⁽²⁹⁾

กล่าวโดยสรุปคือ การศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมีความสุขของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามาน้อยลง แต่จะลดลงหลังจากที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมบ้านไปแล้ว 1 เดือน นอกจากนี้ผู้ที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยหรือนักกายภาพบำบัดกำหนดให้ มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยปัจจัยที่มีผลคือ รายได้ที่เพียงพอ การมีนักกายภาพบำบัดส่วนตัวนอกเหนือจากโครงการเยี่ยมบ้านจัดสรรให้ ตำแหน่งของพยาธิสภาพของสมองซีกขวา จำนวนหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพเพียงเส้นเดียว และการมีสุขภาพจิตที่ดี คือ ไม่มีอาการวิตกกังวลและไม่มีอาการซึมเศร้า จะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการฟื้นฟูไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัยและตัวกวน (Limitations and Confounders)

1. การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัดเองที่บ้าน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเท่านั้น จึงอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยสถานที่หรือกลุ่มอื่น
2. จำนวนประชากรตัวอย่างมีน้อย ประกอบกับการนำเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกมาพิจารณาเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการวิจัย และการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการเก็บข้อมูลมีจำนวนน้อยลง จึงยากที่จะเก็บข้อมูลให้ได้ตามจำนวนที่คำนวณไว้ในตอนต้น
3. การศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ทำการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งอาจมีผลต่ออาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้
4. ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ จึงอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่มารบกวนผลการศึกษาได้
5. โปรแกรมกายภาพบำบัดที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ เป็นโปรแกรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องทำเองที่บ้าน ซึ่งเป็นโปรแกรมในรูปแบบเดียวกัน แต่ยากที่จะควบคุมให้มีความหนักและความถี่ของการบริหารร่างกายให้เหมือนกัน
7. การวิจัยในครั้งนี้ติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 เดือน ด้วยระยะเวลาดังกล่าวอาจเห็นความแตกต่างของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ไม่ชัดเจนนัก
8. ระยะเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลที่บ้านของอาสาสมัครในแต่ละครั้งไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง จึงทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ถูกต้องหรือเที่ยงตรงมากนัก
9. ระหว่างที่ติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 เดือนไม่มีการเข้าไปพบทวนหรือโทรติดตามถึงวิธีการและความสม่ำเสมอของการทำกายภาพบำบัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาในประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือดำเนินการเก็บข้อมูลในระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่คำนวณไว้
2. ทำการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล เพื่อศึกษาว่ามีผลต่ออาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือไม่

3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยควรเป็นช่วงอายุที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งอาจรบกวนผลการศึกษาได้
4. ผู้เข้าร่วมการวิจัยควรได้รับโปรแกรมที่มีความหนักและความถี่ในการทำกายภาพบำบัดในแต่ละวันที่เหมือนกัน อาจมีการโทรเพื่อสอบถาม ทบทวนทำการบริหารร่างกาย และเน้นย้ำถึงความสม่ำเสมอในการบริหารร่างกายด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด
5. อาจเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน
6. เพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลที่มากกว่า 1 เดือน หรืออาจจะเพิ่มจำนวนครั้งในการติดตามผล
7. เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละรายควรเพียงพอและเหมาะสม
8. โทรสอบถามเพื่อทบทวนความถูกต้องและความสม่ำเสมอของการทำกายภาพบำบัดระหว่างที่ติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 เดือน เพื่อเพิ่มความถูกต้องและความสม่ำเสมอของการทำกายภาพบำบัดระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมของโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและเข้าร่วมการทำวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับ

การศึกษาในครั้งนี้นอกจากได้ทราบถึงอุบัติการณ์ของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยแล้ว ยังเป็นการศึกษาถึงผลกระทบของสภาวะทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นพัฒนาการทางด้านการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะข้อไหล่ติด ซึ่งก่อนหน้านี้ยังไม่มีการศึกษาใด ทำการศึกษาความสัมพันธ์ในรูปแบบดังกล่าวกับผู้ป่วยไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ผลจากการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นตัวช่วยให้ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้คำนึงถึงสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วย ไม่เพียงแต่คำนึงถึงอาการทางกายเพียงอย่างเดียว

รายการอ้างอิง

1. Alwan A, World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Italy2011. 176 p.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปลัทธิที่สำคัญ พ.ศ. 2556. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2555.
4. สุขเจริญญ์ ตั้งวงษ์ไชย. Neuropsychiatric Aspects of Stroke: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. 229-47 p.
5. นันทกา ภักดีพงษ์, เจียมจิต แสงสุวรรณ. ภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์. 2552:66-79.
6. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, พรชัย สติธิปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2548:229-37.
7. ช่อผกา สุทธิพงษ์, ศิริอร ลินธู. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2555:28-39.
8. มณฑล ว่องวันดี, cartographer ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรค [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
9. น้อมจิตต์ นवलเนตร์. หลักการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยทางระบบประสาท. ขอนแก่น: ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
10. อัญชลี ฝูงชมเชย. กายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง: อัญชลี ฝูงชมเชย, บรรณาธิการ. กายภาพบำบัดทางระบบประสาท1. กรุงเทพฯ: ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
11. กัมมันต์ พันธุมจินดา, ยุทธชัย ลิขิตเจริญญ์. แนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

12. 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.
13. นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
14. กฤษณา พิวเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
15. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. ตำราจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
16. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต. อาการวิตกกังวล(ออนไลน์). เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2559. สืบค้นจาก www.cumentalhealth.com.
17. สุรศักดิ์ ศรีสุข, วิมลวรรณ เขียงแก้ว, มณฑนา วงศ์ศิรินวรรตน์. กายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: หจก.วี.เจ.พรินติ้ง; 2547.
18. รสลัย กัลยาณพจน์พร. การวัดช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่ออย่างค้ำและทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างค้ำ. กรุงเทพฯ: ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
19. อัครเดช ศิริพร. Prescription aids for spinal cord injury: อัญชลี ฝูงชมเชย, บรรณาธิการ. กายภาพบำบัดทางระบบประสาท2. กรุงเทพฯ: ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
20. รุ่งทิศา ขอบชื่น. การพยาบาลผู้ป่วยมีแผลกดทับ. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
21. อนงค์ ตันตีสู่วัฒน์. การตรวจร่างกายทางระบบหัวใจและปอด: เปรมทิพย์ ทวีดิธรรม, บรรณาธิการ. กายภาพบำบัดทางระบบหัวใจและปอด1. กรุงเทพฯ: ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
22. 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. Neurology, Psychiatry and Brain Research. 2012;18(3):122-8.

23. Barker-Collo SL. Depression and anxiety 3 months post stroke: Prevalence and correlates. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2007;22(4):519-31.
24. 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. *International Journal of Stroke*. 2013;8(7):545-59.
25. N. B. Lincoln, N. Brinkmann, S. Cunningham, E. Dejaeger, W. De Weerd, W. Jenni, et al. Anxiety and depression after stroke: a 5 year follow-up. *Disability and Rehabilitation*. 2013(6):140-5.
26. 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. *International Journal of Stroke*. 2015;10(6):897-902.
27. Hadidi N, Treat-Jacobson DJ, Lindquist R. Poststroke depression and functional outcome: A critical review of literature. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2009;38(2):151-62.
28. 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. *Journal of Affective Disorders*. 2010;127(1-3):211-8.
29. Wulsin L, Alwell K, Moomaw CJ, Lindsell CJ, Kleindorfer DO, Woo D, et al. Comparison of two depression measures for predicting stroke outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012;72(3):175-9.
30. Haghgoo HA, Pazuki ES, Hosseini AS, Rassafiani M. Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences*. 2013;328(1-2):87-91.
31. De Ryck A, Franssen E, Brouns R, Geurden M, Peij D, Mariën P, et al. Poststroke depression and its multifactorial nature: Results from a prospective longitudinal study. *Journal of the Neurological Sciences*. 2014;347(1-2):159-66.
32. Guajardo VD, Terroni L, Sobreiro MdFM, Zerbini MIdS, Tinone G, Scaff M, et al. The Influence of Depressive Symptoms on Quality of Life after Stroke: A Prospective Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2015;24(1):201-9.

33. Schmid AA, Damush T, Tu W, Bakas T, Kroenke K, Hendrie HC, et al. Depression Improvement Is Related to Social Role Functioning After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2012;93(6):978-82.
34. พนมกร หิรัญญัตติ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
35. Chulaluk Komoltri. Sample Size Estimation. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2000.
36. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. Sample size and Power (ออนไลน์). เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2558. สืบค้นจาก www.hpc4.go.th/director/data/r2r/SampleSizeCalculation.pdf.
37. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม. 2539:18-30.*
38. สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ 2550.
39. Janet H. Carr, Roberta B. Shepherd, Lena Nordholm, Denise Lynne. Investigation of a New Motor Assessment Scale for Stroke Patients. *PHYSTHER Volume 65. Number 2, February. 1985:175-80.*
40. กฤษณา พิวเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
41. อุ่นเรือน ศรอากาศ, วรรณิ เตียววิศเรศ, จินตนา วัชรสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล. *JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH*. 2015.
42. Gadidi V, Katz-Leurer M, Carmeli E, Bornstein NM. Long-Term Outcome Poststroke: Predictors of Activity Limitation and Participation Restriction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011;92(11):1802-8.
43. Lindgren I, Lexell J, Jönsson A-C, Brogårdh C. Left-Sided Hemiparesis, Pain Frequency, and Decreased Passive Shoulder Range of Abduction Are Predictors of Long-Lasting Poststroke Shoulder Pain. *PM&R*. 2012;4(8):561-8.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ที่ จว. พิเศษ ๕30 /2558

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐300

19 กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression scale: Thai HADS)

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิท

ด้วยนายวิระชัย จิตภักดี เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับ ช่วงของการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่กับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression scale: Thai HADS) แปลและพัฒนาโดย นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิท, นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และอาจารย์อุมาภรณ์ โศบาลสุทธิเดช ในการเก็บข้อมูล โดยมี อาจารย์ นายแพทย์ สมรภัช สันติเบญจกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใ้ข้ขออนุญาตให้ นายวิระชัย จิตภักดี ใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression scale: Thai HADS) ซึ่งแปลและพัฒนาโดย นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิท, นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และอาจารย์อุมาภรณ์ โศบาลสุทธิเดช เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเวียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

วิระชัย จิตภักดี
(นายวิระชัย จิตภักดี)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(อ.นพ.สมรภัช สันติเบญจกุล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ คุมปีติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นายวิระชัย จิตภักดี

โทร/โทรสาร 0-22564298 , 0-22564346 , โทรศัพท์มือถือ 085-0818401

ภาพที่ 5 หนังสือขอใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ฉบับภาษาไทย



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
๒๗๐ พระรามที่ ๖ ราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

ที่ พิเศษ HADS

วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

อ้างถึง หนังสือภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ จว.พิเศษ ๐๓๖/๒๕๕๘

ลงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นายวีระชัย จิตภักดี นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิต มีความประสงค์ขออนุญาตนำแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ไปใช้ในการทำวิจัยประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ช่วงองค์การเคลื่อนของข้อต่อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ กับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ผมยินดีอนุญาตให้นำแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ไปใช้ในการทำวิจัยดังกล่าว และโปรดแจ้งผลการใช้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์)

โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๒๗๕

โทรสาร ๐๒-๓๕๕-๗๒๙๙

“มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ”

ภาพที่ 6 หนังสืออนุญาตให้ใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ฉบับภาษาไทย



ที่ จว. พิเศษ 214 /2558

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10300

22 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินดัชนี บาร์เรล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา
เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

ด้วย นายวีระชัย จิตภักดี เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาคเรียนที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับ ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน กับการฟื้นตัวของระบบสิ่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย: การศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า 1 เดือน ซึ่งใช้แบบประเมินดัชนี บาร์เรล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยาในการเก็บข้อมูล โดยมี อาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกฤษณา พิรเวช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใ้ข้ขออนุญาตให้ นายวีระชัย จิตภักดี ใช้แบบประเมินดัชนี บาร์เรล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

วีระชัย จิตภักดี

(นายวีระชัย จิตภักดี)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(อ.พ.สมรักษ์ สันติเบญจกุล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ คุปติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์


ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นายวีระชัย จิตภักดี

โทร/โทรสาร 0-22564298 , 0-22564346 , โทรศัพท์มือถือ 085-0818401

ภาพที่ 7 หนังสือขอใช้แบบประเมินดัชนี บาร์เรล เอ ดี แอล ของสถาบันประสาท

ภาคผนวก ข.
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย: ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน กับการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย: การศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า 1 เดือน

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ: นายวีระชัย จิตภักดี

นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต: สาขาสุขภาพจิต (ภาคในเวลาราชการ)

ที่อยู่: 18/181 หมู่บ้านเพอร์เฟคเพลสพัฒนาการ-ศรีนครินทร์ ซอยอ่อนนุช 80 แยก 5 ถนนอ่อนนุช แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250

โทร: 085-0818401

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ชื่อ: อาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล

ที่อยู่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10300

โทร: 0-2256-4298

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ชื่อ: รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงกฤษณา พิวเวช

ที่อยู่: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10300

โทร: 0-2256-4433

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารที่แสดงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตามก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมโครงการนี้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของโครงการวิจัยนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามรายละเอียดจากผู้ทำการวิจัยโดยตรง

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจากสมาชิกในครอบครัว แพทย์หรือนักกายภาพบำบัดประจำตัวของท่านได้ หากท่านได้ตัดสินใจแล้วว่าต้องการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงชื่อยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease : CVD) เป็นภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่มีสาเหตุจากการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือดในสมอง จนเกิดความเสียหายหรือการตายของเนื้อเยื่อสมองขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของร่างกายในระยะยาวคือ ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาวะความพิการ บกพร่องหรือสูญเสียการทำงานที่ของแขนและขา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยผลของความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน เช่น อารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด ซึมเศร้า มีภาวะความเครียด ไม่รับรู้ปัญหา รู้สึกท้อแท้ ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง หรือแม้แต่ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และต้องการศึกษาถึงผลของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ทีมแพทย์และนักกายภาพบำบัดได้ตระหนักถึงความสำคัญทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่อาจจะส่งผลต่อความก้าวหน้าในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของความพิการ และเป็นการเพิ่มความสามารถ รวมถึงจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรค

ตลอดเลื่อดสมอง ที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในระยะเวลา 1 เดือน จากอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 96 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติเหมาะสมและยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ชุดที่หนึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามชุดแรกประมาณ 5-10 นาที ชุดที่สองคือ แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย (Hospital Anxiety and Depression scale: HADS) โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามชุดดังกล่าวประมาณ 15-30 นาที และท่านจะได้รับการตรวจประเมินร่างกายโดยนักกายภาพบำบัด 3 ชุดประกอบด้วย การวัดช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (Shoulder Range of Motion: Shoulder ROM) ความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ (Motor Assessment Scale: MAS) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที จากนั้นนักกายภาพบำบัดจะทำการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อให้ท่านนำไปฝึกขณะที่พักฟื้นอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยระหว่างนี้ผู้วิจัยจะไม่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาท่าน เมื่อครบ 1 เดือนแล้ว ผู้วิจัย นักกายภาพบำบัด และทีมเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะทำการนัดท่านเพื่อตรวจวัด อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า(HADs) ช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่(Shoulder ROM) ความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ (MAS) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL) อีกครั้งหนึ่ง ถือเป็นการเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโครงการวิจัย

คุณสมบัติของผู้วิจัย

1.) ได้รับการฝึกอบรมและมีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือแบบวัดทางสุขภาพจิตแบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) และแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression scale: Thai HADS)

2.) เป็นนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการฝึกอบรมและมีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือเพื่อตรวจวัดช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Range of Motion: ROM) และแบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ (Motor Assessment Scale: MAS)

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของงานวิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย รวมทั้งแจ้งถึงความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเอง ให้ผู้วิจัยรับทราบอย่างชัดเจนและตรงกับความเป็นจริง

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านอาจจะเสียเวลาจากการซักประวัติและตรวจร่างกายที่มากขึ้นกว่าปกติ ในระหว่างที่มีการซักประวัติและทำการตรวจประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจ ท่านอาจรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ ไม่สบาย ไม่พร้อม ไม่ปลอดภัย หรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมใดที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ หรือมีความผิดปกติอื่นๆที่ร่วมด้วย ท่านควรแจ้งให้ผู้วิจัยทราบโดยเร็ว

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัย แต่การที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะได้รับการตรวจและประเมินภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำหน้าที่ได้ละเอียดมากขึ้น รวมทั้งผลจากการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นตัวบอกถึงความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ผลที่ได้ อาจจะช่วยส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกายได้คำนึงถึงสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วย ไม่เพียงแต่คำนึงถึงอาการทางกายเพียงอย่างเดียว

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่นๆ หลายแบบสำหรับการรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษากับแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดผู้ให้การรักษาท่านก่อนการตัดสินใจ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย

สิ่งที่ท่านควรปฏิบัติคือ

- ท่านต้องให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยตามความเป็นจริง
- ท่านต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้วิจัยตลอดช่วงการเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ท่านต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการ

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และพิสูจน์ได้ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ที่วิจัยแล้ว ผู้สนับสนุนโครงการยินดีจะรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน การเซ็นเอกสารในฉบับนี้ไม่ใช่ว่าคุณสละสิทธิทางกฎหมายที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยที่หมายเลข 085-0818401(นายวีระชัย จิตภักดี), 0-22564298(อ.นพ.สมรภัช สันติเบญจกุล) หรือ 02-2564433(รศ.พญ.กฤษณา พิวเวช) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

คำตอบแทนสำหรับอาสาสมัคร

ท่านจะได้รับการตรวจประเมินร่างกายตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเพิ่มเติมโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมใดๆ ทั้งสิ้น

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่าน

ผู้วิจัยอาจขอถอนท่านออกจากการเป็นอาสาสมัครในโครงการ เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อโครงการวิจัยนี้ยุติลงก่อนกำหนด หรือกรณีต่อไปนี้

- ท่านไม่ให้ความร่วมมือ หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ภาวะสุขภาพของท่านไม่เอื้อต่อการเป็นอาสาสมัครในโครงการ

การปกป้องข้อมูลของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่านจะได้รับการปกปิด และจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้สนับสนุนการวิจัยมีสิทธิสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้ตลอดเวลาแม้สิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ชื่อผู้รับ นายวีระชัย จิตภักดี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำไปใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับเข้าร่วมโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นต่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้วิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการนี้ให้แพทย์ผู้รักษาท่านทราบได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย: ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน กับการฟื้นตัวของระบบกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย: การศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า 1 เดือน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาในฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้ยินยอมจากข้าพเจ้า บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย หรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้การตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถเลิกการใช้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีลงนามหรือประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายและอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมโครงการตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....นายวีระชัย.....จิตภักดี.....) ชื่อผู้ทำวิจัยตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยานตัวบรรจง


วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) ชื่อผู้ผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เครื่องมือที่ใช้ในโครงการวิจัย</p>
--	---------------------------------------

ส่วนที่1: เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1) ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมายถูกต้องลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เป็นคำตอบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ชัดเจน

1. เพศ

ชาย ₁

หญิง ₂

2. อายุปี

3. สถานภาพ

โสด ₁

คู่ ₂

หม้าย ₃

หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ₄

4. ศาสนา

พุทธ ₁

คริสต์ ₂

อิสลาม ₃

อื่นๆระบุ..... ₄

5. อาชีพก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ₁

เอกชน/รับจ้าง ₂

ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ₃

เกษตรกร ₄

ไม่ประกอบอาชีพ/บำนาญ ₅

อื่นๆระบุ..... ₆

6. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้เรียนหนังสือ ₁
- ประถมศึกษา ₂
- มัธยมศึกษา ₃
- อนุปริญญา/ปวส. ₄
- ปริญญาตรี ₅
- สูงกว่าปริญญาตรี ₆

7. รายได้

- เพียงพอและเหลือเก็บ ₁
- เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ₂
- ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้ ₃
- ไม่เพียงพอและมีหนี้ ₄

8. ผู้ดูแล

- มีผู้ดูแลตลอดเวลา ₁
- มีผู้ดูแลแค่บางช่วงเวลา ₂
- ไม่มีผู้ดูแล ₃

9. นักกายภาพบำบัดส่วนตัว

- มี ₁
- ไม่มี ₂

1.2) ข้อมูลทางการแพทย์

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมายถูกต้องลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เป็นคำตอบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยให้ชัดเจน

1. ช้างที่ถนัด

ขวา ₁

ซ้าย ₂

2. ช้างที่อ่อนแรง

ขวา ₁

ซ้าย ₂

3. การวินิจฉัยโรค

หลอดเลือดสมองตีบ ₁

หลอดเลือดสมองแตก ₂

4. ตำแหน่งของพยาธิสภาพ

สมองซีกขวา ₁ ระบุ.....

สมองซีกซ้าย ₂ ระบุ.....

5. อาการปวดข้อไหล่ข้างที่มีพยาธิสภาพ

มี ₁

ไม่มี ₂

6. สารเสพติด

ไม่ใช้ ₁

บุหรี่ยี่ ₂ -Active ₁

-Abuse/Dependent ₂

เหล้า ₃ -Active ₁

-Abuse/Dependent ₂

7. โรคประจำตัว/โรคที่พบร่วม.....

8. การรักษาทางจิตเวช

ไม่มี ₁

มี ₂ ด้วยวิธี.....

ส่วนที่2: เครื่องมือด้านสุขภาพจิต

2.1) แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพอารมณ์ ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือ และดูแลท่านได้ดียิ่งขึ้น

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่ช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่าน ในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมายถูกต้องลงใน ให้ตรงกับคำตอบของท่าน

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด	คะแนน	2. ฉันมีความรู้สึกเพิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้	คะแนน
เป็นส่วนใหญ่ <input type="checkbox"/>	3	เหมือนเดิม <input type="checkbox"/>	0
บ่อยครั้ง <input type="checkbox"/>	2	ไม่มากเท่าแต่ก่อน <input type="checkbox"/>	1
เป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/>	1	มีเพียงเล็กน้อย <input type="checkbox"/>	2
ไม่เป็นเลย <input type="checkbox"/>	0	เกือบไม่มีเลย <input type="checkbox"/>	3
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	คะแนน	4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้	คะแนน
มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย <input type="checkbox"/>	3	เหมือนเดิม <input type="checkbox"/>	0
มี แต่ไม่มากนัก <input type="checkbox"/>	2	ไม่มากนัก <input type="checkbox"/>	1
มีเพียงเล็กน้อย ไม่ทำให้กังวลใจ <input type="checkbox"/>	1	มีน้อย <input type="checkbox"/>	2
ไม่มีเลย <input type="checkbox"/>	0	ไม่มีเลย <input type="checkbox"/>	3
5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล	คะแนน	6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	คะแนน
เป็นส่วนใหญ่ <input type="checkbox"/>	3	ไม่มีเลย <input type="checkbox"/>	3
บ่อยครั้ง <input type="checkbox"/>	2	ไม่บ่อยนัก <input type="checkbox"/>	2
เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย <input type="checkbox"/>	1	เป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/>	1
นานๆครั้ง <input type="checkbox"/>	0	เป็นส่วนใหญ่ <input type="checkbox"/>	0
7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย	คะแนน	8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม	คะแนน
ได้ดีมาก <input type="checkbox"/>	0	เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/>	3
ได้โดยทั่วไป <input type="checkbox"/>	1	บ่อยครั้ง <input type="checkbox"/>	2
ไม่บ่อยนัก <input type="checkbox"/>	2	เป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/>	1
ไม่ได้เลย <input type="checkbox"/>	3	ไม่เป็นเลย <input type="checkbox"/>	0

<p>9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจจนทำให้ปั่นป่วนในท้อง</p> <p>ไม่เป็นเลย <input type="checkbox"/></p> <p>เป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/></p> <p>ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/></p> <p>บ่อยมาก <input type="checkbox"/></p>	<p>คะแนน</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง</p> <p>ใช่ <input type="checkbox"/></p> <p>ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร <input type="checkbox"/></p> <p>ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน <input type="checkbox"/></p> <p>ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม <input type="checkbox"/></p>	<p>คะแนน</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับอยู่หนึ่งๆไม่ได้</p> <p>เป็นมากที่สุด <input type="checkbox"/></p> <p>ค่อนข้างมาก <input type="checkbox"/></p> <p>ไม่มากนัก <input type="checkbox"/></p> <p>ไม่เป็นเลย <input type="checkbox"/></p>	<p>คะแนน</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ</p> <p>มากเท่าที่เคยเป็น <input type="checkbox"/></p> <p>ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น <input type="checkbox"/></p> <p>น้อยกว่าที่เคยเป็น <input type="checkbox"/></p> <p>เกือบจะไม่มีเลย <input type="checkbox"/></p>	<p>คะแนน</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p>13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน</p> <p>บ่อยมาก <input type="checkbox"/></p> <p>ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/></p> <p>ไม่บ่อยนัก <input type="checkbox"/></p> <p>ไม่มีเลย <input type="checkbox"/></p>	<p>คะแนน</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคยเพลิดเพลินได้</p> <p>เป็นส่วนใหญ่ <input type="checkbox"/></p> <p>เป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/></p> <p>ไม่บ่อยนัก <input type="checkbox"/></p> <p>น้อยมาก <input type="checkbox"/></p>	<p>คะแนน</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p>รวม.....คะแนน</p>		<p>รวม.....คะแนน</p>	

ส่วนที่3: เครื่องมือด้านกายภาพบำบัด

3.1) แบบประเมินดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาทวิทยา

กิจกรรม/ คะแนน	ครั้งที่1	ครั้งที่2
1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)		
0 = ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้		
5 = ช่วยใช้ช้อนดักอาหารไว้ให้ หรือ ตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า		
10 = ดักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ		
2. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)		
0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น		
5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้		
10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย		
15 = ทำได้เอง		
3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)		
0 = ต้องการความช่วยเหลือ		
5 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)		
4. Toilet Use (การเข้าห้องน้ำ)		
0 = ช่วยตัวเองไม่ได้		
5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง)		
10 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระแล้ว ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)		
5. Bathing (การอาบน้ำ)		
0 = ต้องมีคนช่วย หรือทำให้		
5 = อาบน้ำได้เอง		

กิจกรรม/ คะแนน	ครั้งที่1	ครั้งที่2
6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)		
0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้		
5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมหรือประตูได้		
10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย		
15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง		
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)		
0 = ไม่สามารถทำได้		
5 = ต้องการคนช่วยเหลือ		
10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)		
8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)		
0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อย		
5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย		
10 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)		
9. Bowels (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)		
0 = กลั่นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ		
5 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)		
10 = กลั่นได้ปกติ		
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)		
0 = กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้		
5 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)		
10 = กลั่นได้ปกติ		
รวมคะแนน		
การแปลผลคะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)		
0-20 Very severity disabled		
25-45 Severity disabled		
50-70 Moderately disabled		
75-90 Mildly disabled		
100 Physically independent but not necessary normal or social independent		

3.2) แบบบันทึกองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่แบบทำให้ (Passive Range of Motion: PROM)

ข้อต่อ/ท่าทาง	องศาปกติ	ครั้งที่1				ครั้งที่2			
		ข้างปกติ		ข้างอ่อนแรง		ข้างปกติ		ข้างอ่อนแรง	
		เริ่ม	สุด	เริ่ม	สุด	เริ่ม	สุด	เริ่ม	สุด
ข้อไหล่(Shoulder)									
งอ(Flex)	180								
เหยียด(Extend)	60								
กาง(Abduct)	180								
หุบ(Adduct)	45								
หมุนนอก(Lat.rotate)	90								
หมุนใน(Med.rotate)	70								

ผลการวินิจฉัยภาวะข้อไหล่ติด

ไม่มีภาวะข้อไหล่ติด

₁

มีภาวะข้อไหล่ติด

₂

ทิศทางที่มีการยึดติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- Flexion ₁

- Extension ₂

- Abduction ₃

- Adduction ₄

- Lateral rotation ₅

- Medial rotation ₆

3.4) แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่ (Motor Assessment Scale : MAS)

คะแนน	รายการประเมิน	#1	#2
Supine to Side-lying onto intact side (starting position: supine with knees straight)			
1	Uses intact arm to pull body toward intact side. Uses intact leg to hook impaired leg to pull it over		
2	Actively moves impaired leg across body to roll but leaves impaired arm behind		
3	Actively moves impaired leg across body to roll but leaves impaired arm behind. 3. Impaired arm is lifted across body with other arm. Impaired leg moves actively & body follows as a block.		
4	Actively moves impaired arm across body. The rest of the body moves as a block.		
5	Actively moves impaired arm and leg rolling to intact side but overbalances.		
6	Rolls to intact side in 3 seconds without use of hands.		
Supine to Sitting over side of bed			
1	Pt assisted to the side-lying position: Patient lifts head sideways but can't sit up.		
2	Pt may be assisted to side-lying & is assisted to sitting but has head control throughout.		
3	Pt may be assisted to side-lying & is assisted with lowering LEs off bed to assume sitting		
4	Pt may be assisted to side-lying but is able to sit up without help.		
5	Pt able to move from supine to sitting without help.		
6	Pt able to move from supine to sitting without help in 10 seconds.		

คะแนน	รายการประเมิน	#1	#2
Balance Sitting			
1	Pt is assisted to sitting and needs support to remain sitting.		
2	Pt sits unsupported for 10 seconds with arms folded, knees and feet together & feet on the floor		
3	Pt sits unsupported with weight shifted forward and evenly distributed over both hips / legs. Head and thoracic spine extended.		
4	Sits unsupported with feet together on the floor. Hands resting on thighs. Without moving the legs the patient turns the head and trunk to look behind the right and left shoulders.		
5	Sits unsupported with feet together on the floor. Without allowing the legs or feet to move & without holding on the patient must reach forward to touch the floor (10 cm or 4 inches in front of them) The affected arm may be supported if necessary.		
6	Sits on stool unsupported with feet on the floor. Pt reaches <u>sideways</u> without moving the legs or holding on and returns to sitting position. Support affected arm if needed.		
Sitting to Standing			
1	Pt assisted to standing – any method.		
2	Pt assisted to standing. The patient's weight is unevenly distributed & may use hands for support.		
3	Pt stands up. The patient's weight is evenly distributed but hips and knees are flexed – No use of hands for support.		
4	Pt stands up. Remains standing for 5 seconds with hips and knees extended with weight evenly distributed.		
5	Pt stands up and sits down again. When standing hips & knees are extended with weight evenly distributed		
6	Pt stands up and sits down again 3 x in 10 seconds with hips & knees extended & weight evenly distributed		

คะแนน	รายการประเมิน	#1	#2
Walking			
1	With assistance the patient stands on affected leg with the affected weight bearing hip extended and steps forward with the intact leg.		
2	Walks with the assistance of one person		
3	Walks 10 feet or 3 meters without assistance but with an assistive device.		
4	Walks 16 feet or 5 meters without a device or assistance in 15 seconds.		
5	Walks 33 feet or 10 meters without assistance or a device. Is able to pick up a small object from the floor with either hand and walk back in 25 seconds.		
6	Walks up and down 4 steps with or without a device but without holding on to a rail 3 x in 35 seconds.		
Upper Arm Function			
1	Supine: Therapist places affected arm in 90 degrees shoulder flexion and holds elbow in extension – hand toward ceiling. The patient protracts the affected shoulder actively		
2	Supine: Therapist places affected arm in above position. The patient must maintain the position for 2 seconds with some external rotation and with the elbow in at least 20 degrees of full extension		
3	Supine: Patient assumes above position and brings hand to forehead and extends the arm again. (flexion & extension of elbow) Therapist may assist with supination of forearm.		
4	Sitting: Therapist places affected arm in 90 degrees of forward flexion. Patient must hold the affected arm in position for 2 seconds with some shoulder external rotation and forearm supination. No excessive shoulder elevation or pronation		
5	Sitting: Patient lifts affected arm to 90 degrees forward flexion - holds it there for 10 seconds and then lowers it with some shoulder external rotation and forearm supination. No pronation.		
6	Standing: Have patient's affected arm abducted to 90 degrees with palm flat against wall. Patient must maintain arm position while turning body toward the wall.		

คะแนน	รายการประเมิน	#1	#2
Hand Movements			
1	Sitting at a table (Wrist Extension): Affected forearm resting on table. Place cylindrical object in palm of patient's hand. Patient asked to lift object off table by extending the wrist – no elbow flexion allowed.		
2	Sitting at a table (Radial Deviation of Wrist): Therapist should place forearm with ulnar side on table in mid-pronation/supination position. Thumb in line with forearm and wrist in extension. Fingers around cylindrical object. Patient is asked to lift hand off table. No wrist flex or extend		
3	Sitting (Pronation / Supination): Affected arm on table with elbow unsupported at side. Patient asked to supinate and pronate forearm (¾ range acceptable).		
4	Place a 5" ball on the table so that the patient has to reach forward with arms extended to reach it. Have the patient reach forward with shoulders protracted, elbows extended, wrist in neutral or extended, pick up the ball with both hands and put it back down in the same spot.		
5	Have the patient pick up a polystyrene cup with their affected hand and put it on the table on the other side of their body without any alteration to the cup.		
6	Continuous opposition of thumb to each finger 14 x in 10 seconds. Each finger in turn taps the thumb, starting with the index finger. Do not allow thumb to slide from one finger to the other or go backwards		

คะแนน	รายการประเมิน	#1	#2
Advanced Hand Activities			
1	Have the patient reach forward to pick up the top of a pen with their affected hand, bring the affected arm back to their side and put the pen cap down in front of them.		
2	Place 8 jellybeans, (beans), in a teacup an arm length away on the affected side. Place another teacup an arm length away on the intact side. Have the patient pick up one jellybean with their affected hand and place the jellybean in the cup on the intact side.		
3	Draw a vertical line on a piece of paper. Have the patient draw horizontal lines to touch the vertical line. The goal is 10 lines in 20 seconds with at least 5 lines stopping at the vertical.		
4	Have the patient pick up a pen/pencil with their affected hand, hold the pen as for writing, and position it without assistance and make rapid consecutive dots (not strokes) on a sheet of paper. Goal: at least 2 dots a second for 5 seconds.		
5	Have the patient take a dessert spoon of liquid to their mouth with their affected hand without lowering the head toward the spoon or spilling.		
6	Have the patient hold a comb and comb the back of their head with the affected arm in abduction and external rotation, forearm in supination.		

คะแนน	รายการประเมิน	#1	#2
General Tonus (check one – add “6” to score if tone on affected side is normal)			
1	Flaccid, limp, no resistance when body parts are handled.		
2	Some resistance felt as body parts are moved.		
3	Variable, sometimes flaccid, sometimes good tone, sometimes hypertonic.		
4	Consistently normal response		
5	Hypertonic 50% of the time		
6	Hypertonic all of the time		
รวมคะแนน			
<p>*****หมายเหตุ</p> <p>This test is designed to assess the return of function following a stroke or other neurological impairment. The test looks at a patient’s ability to move with low tone or in a synergistic pattern and finally move actively out of that pattern into normal movement.</p> <p>The higher the score – the higher functioning the patient is on the affected side.</p> <p>High Score: 54</p> <p>Low Score: 0</p>			

ภาคผนวก ง.
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย



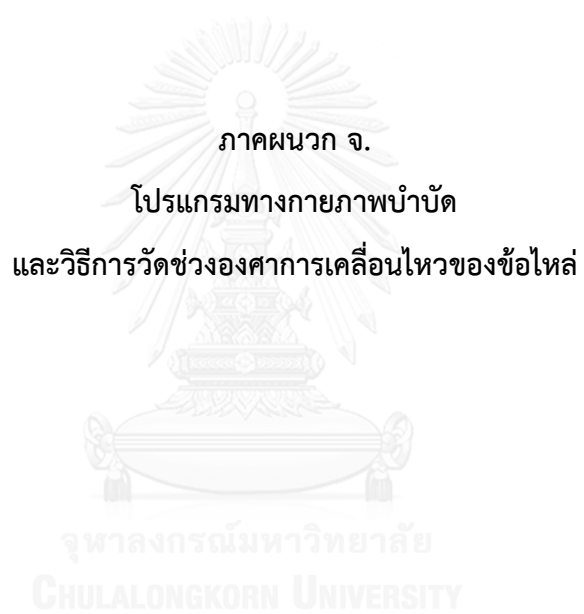
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

	
โกนิโอมิเตอร์ (Goniometer)	
	
นาฬิกาจับเวลา	ถุงทราย 0.5 กิโลกรัม
	
แก้วกระดาษ	ถั่วเขียว
	
ถ้วยกาแฟ	ลูกบอล

ภาพที่ 8 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

	
หวี	ปากกาชนิดฟาคกรอบ
	
ช้อน	ถ้วย
	
กระดาษพร้อมเส้นขนานระยะ 10 เซนติเมตร	วัตถุทรงกระบอก

ภาพที่ 8 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย(ต่อ)



โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด
 โครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

รศ.พญ.กฤษณา พิวเวช

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- การอ่อนแรงของแขน ขา และลำตัวครึ่งซีก ทำให้มีผลต่อการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมประจำวัน
- การพูดและการสื่อสาร
- การกลืนอาหาร
- การขับถ่าย
- การนอนหลับ
- การมีเพศสัมพันธ์

จุดประสงค์ในการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต

- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ข้อยึดติด การเกิดการติดเชื้ทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น
- เพิ่มระดับความสามารถของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหว การเดิน การทำกิจวัตรประจำวัน
- เกื้อหนุนการปรับสภาพจิตใจ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและญาติ
- กระตุ้นให้มีการฟื้นฟูตัวของระบบประสาท

การจัดทำในการนอน/นั่ง

การจัดทำที่เหมาะสมและถูกต้องจะช่วยป้องกันแผลกดทับ ลดอาการบวมของมือและเท้า ป้องกันข้อเคลือบ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อและเอ็นหดตัว

1. ท่านอนหงาย

- หมอนหนุนศีรษะไม่ควรสูงมาก
- ควรมีหมอนหนุนใต้ข้อไหล่ แขน มือ และสะโพกข้างที่อ่อนแรง
- ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง
- แขนเหยียดสบายวางข้างลำตัว กางออกเล็กน้อย
- ข้อมือกระดูกข้อมือเล็กน้อย นิ้วมือเหยียดตรง
- ขาเหยียดตรง ข้อเท้ากระดูกข้อมือเล็กน้อย



ภาพที่ 9 การจัดท่านอนหงาย

2. ท่านอนตะแคง

- ศีรษะโน้มไปข้างหน้าเล็กน้อย
- มีหมอนรองแขนข้างที่อ่อนแรงตั้งแต่แขนจนถึงปลายแขน โดยใช้แขนยื่นไปข้างหน้า ข้อศอกเหยียด
- ข้อมือตรง มือคว่ำบนหมอน นิ้วมือเหยียดออก
- ขาข้างที่อ่อนแรงมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า โดยให้ข้อสะโพกและข้อเข่าองเล็กน้อย
- ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ



ภาพที่ 10 การจัดท่านอนตะแคง

3. ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง



- ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย
- ใช้หมอนรองแขนข้างที่อ่อนแรง และให้แขนยื่นมาข้างหน้า ข้อศอกเหยียดตรง หงายมือ
- สะโพกและเข่าข้างดี ควรมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า ระวังไม่ให้ทับข้างที่อ่อนแรง
- ขาข้างที่อ่อนแรง เหยียดขา เข่าองเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

ภาพที่ 11 การจัดท่านอนตะแคงทับข้างอ่อนแรง

4. ทานั่ง

- นั่งศีรษะ ลำตัว และแขนขาอยู่ในแนวกึ่งกลางตามปกติ น้ำหนักตัวกระจายระหว่างสะโพกทั้ง 2 ข้างเท่าๆ กัน
- สะโพก เข่า และข้อเท้าอยู่ในแนวตั้งฉาก เท้าวางราบกับพื้น
- มีหมอนรองใต้แขนข้างที่อ่อนแรง



ภาพที่ 12 การจัดท่านั่ง

การออกกำลังกายเพื่อเคลื่อนไหวข้อต่างๆ

การออกกำลังกายเพื่อเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ของผู้ป่วยทำเพื่อป้องกันข้อยึดติด กล้ามเนื้อและเอ็นหดยึด ลดอาการบวมของมือและเท้า นอกจากนี้ช่วยป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน

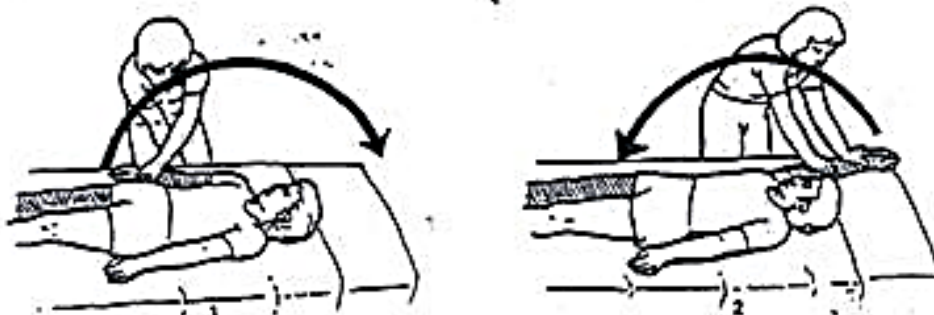
โดยมีข้อควรปฏิบัติในการเคลื่อนไหวข้อ ดังนี้

- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนและขา ผู้ดูแลควรทำให้ผู้ป่วย
- การเคลื่อนไหวข้อควรทำช้าๆ
- ควรทำการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ให้สอดคล้องการเคลื่อนไหวที่ปกติ
- แต่ละท่าควรทำช้าๆ ท่าละ 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ
- ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ หรือขณะที่ผู้ป่วยมีไข้
- ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวดหรือมีปัญหาอย่างอื่นตามมา ควรหยุดและปรึกษาแพทย์

1. การบริหารส่วนแขน

1.1. การยกแขนขึ้นและลง

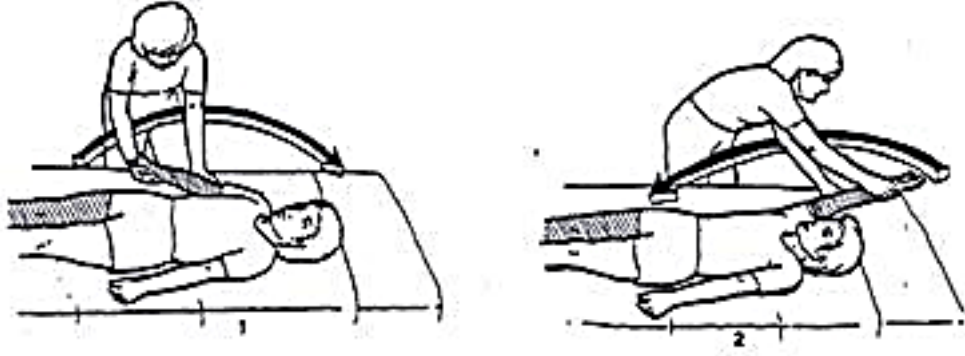
เริ่มต้นผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย ค่อยๆ ยกแขนผู้ป่วยขึ้นบนจนถึงเหนือศีรษะ แล้วค่อยๆ ยกแขนผู้ป่วยลง ทำซ้ำ



ภาพที่ 13 ทำบริหารส่วนแขน-การยกแขนขึ้นและลง

1.2. การกางแขนออกและหุบแขนเข้า

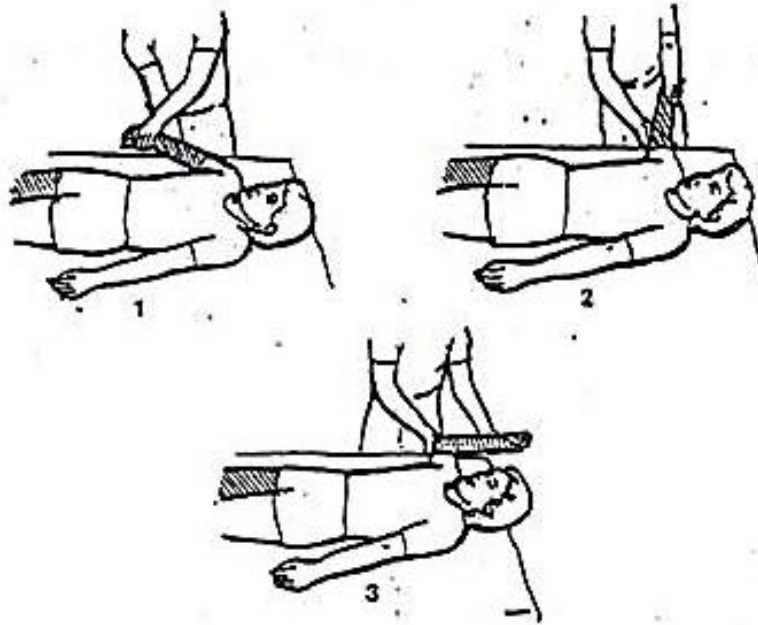
เริ่มต้นผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย ค่อยๆ กางแขนผู้ป่วยออกไปด้านข้างออกจากลำตัวจนถึงศีรษะ แล้วค่อยๆ หุบแขนเข้า ทำซ้ำ



ภาพที่ 14 ทำบริหารส่วนแขน-การกางแขนออกและหุบแขนเข้า

1.3. การหมุนข้อไหล่เข้าและออก

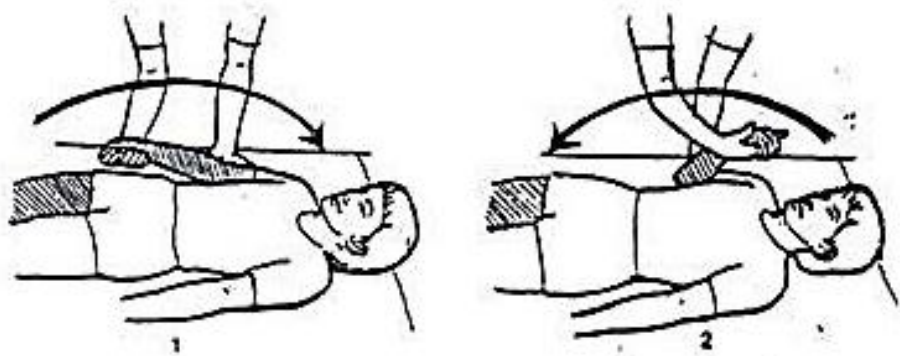
เริ่มต้นจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วยให้แขนกาง 90 องศา หมุนแขนผู้ป่วยขึ้นไปทางเพดาน โดยให้ข้อศอกวางอยู่บนเตียง แล้วหมุนแขนผู้ป่วยลงไปยังปลายเท้า แล้วทำซ้ำ



ภาพที่ 15 ทำบริหารส่วนแขน-การหมุนข้อไหล่เข้าและออก

1.4. การงอข้อศอกและเหยียดข้อศอก

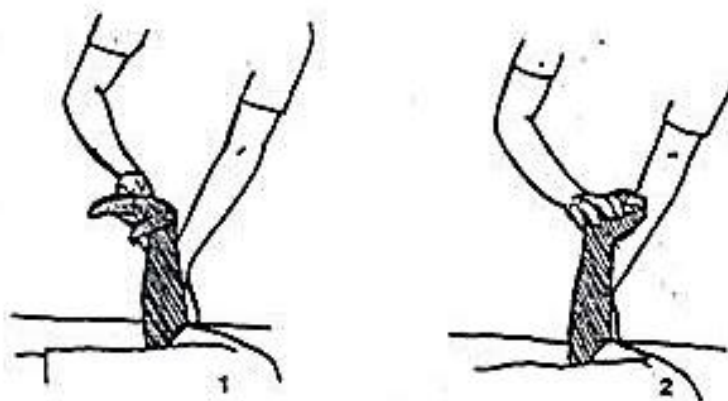
เริ่มต้นจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย งอแขนผู้ป่วยเข้าไปยังศีรษะ แล้วเหยียดแขนผู้ป่วยออก ทำซ้ำ



ภาพที่ 16 ทำบริหารส่วนแขน-การงอข้อศอกและเหยียดข้อศอก

1.5. การกระดกข้อมือขึ้นและลง

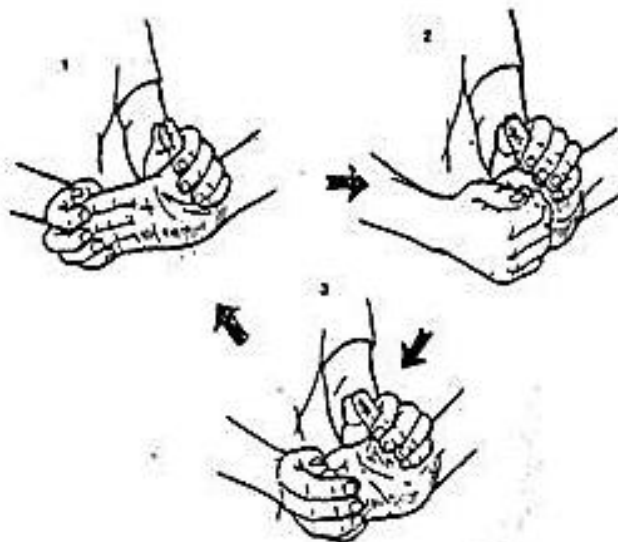
เริ่มต้นจับข้อมือและนิ้วมือทั้งสองของผู้ป่วย โดยให้ข้อศอกอยู่ในแนวตั้งฉาก แล้วกระดกข้อมือขึ้นและลงซ้ำๆ ทำซ้ำ



ภาพที่ 17 ทำบริหารส่วนแขน-การกระดกข้อมือขึ้นและลง

1.6. การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก

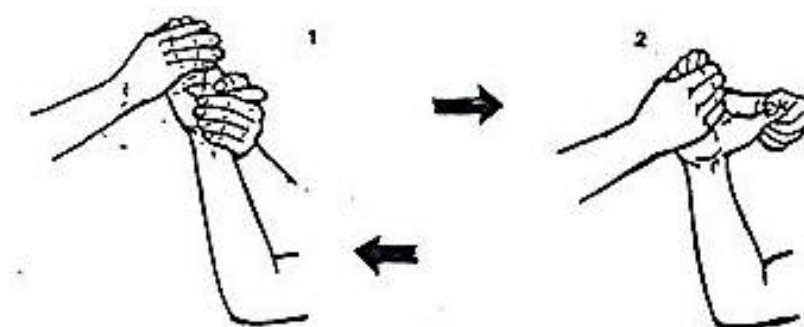
เริ่มต้นจับนิ้วหัวแม่มือและนิ้วมือทั้งสี่ กำนิ้วมือทั้งสี่เข้า แล้วเหยียดนิ้วมือทั้งสี่ออก ทำซ้ำ



ภาพที่ 18 ท่าบริหารส่วนแขน-การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก

1.7. การกระตักนิ้วโป้งขึ้นและลง

เริ่มต้นจับนิ้วหัวแม่มือและนิ้วมือทั้งสี่ แล้วจับนิ้วหัวแม่มือขึ้นและลง ทำซ้ำ



ภาพที่ 19 ท่าบริหารส่วนแขน-การกระตักนิ้วโป้งขึ้นและลง

2. การบริหารส่วนขา

2.1. การงอขาเข้าและเหยียดขาออกของข้อสะโพกและข้อเข่า

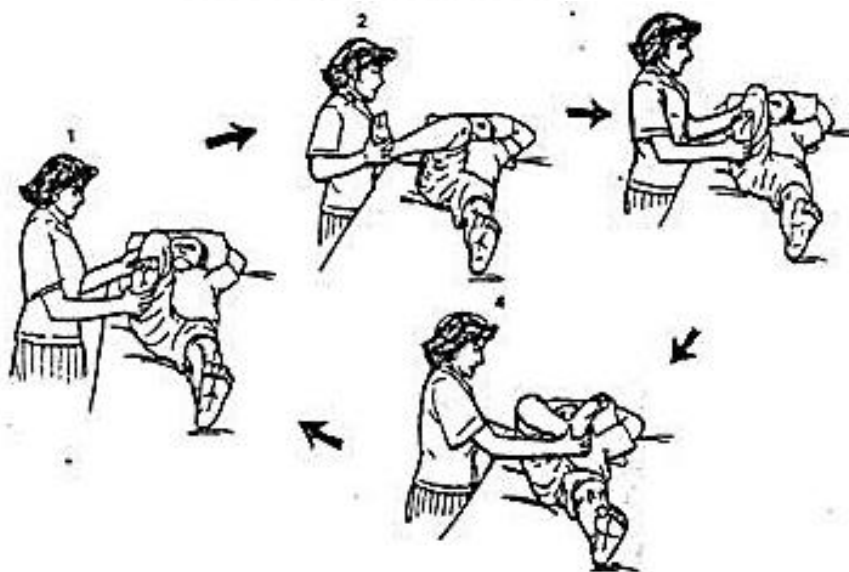
เริ่มต้นจับข้อเข่าและข้อเท้าผู้ป่วย ยกขาผู้ป่วยขึ้นโดยให้ข้อเข่างอมากที่สุด แล้วค่อยๆ เหยียดขาออกค้างไว้ 10 วินาที แล้วจึงวางขาาลงกลับที่เดิม ทำซ้ำ



ภาพที่ 20 ท่าบริหารส่วนขา-การงอและเหยียดขาออกของข้อสะโพกและข้อเข่า

2.2. การหมุนข้อสะโพกเข้าและหมุนข้อสะโพกออก

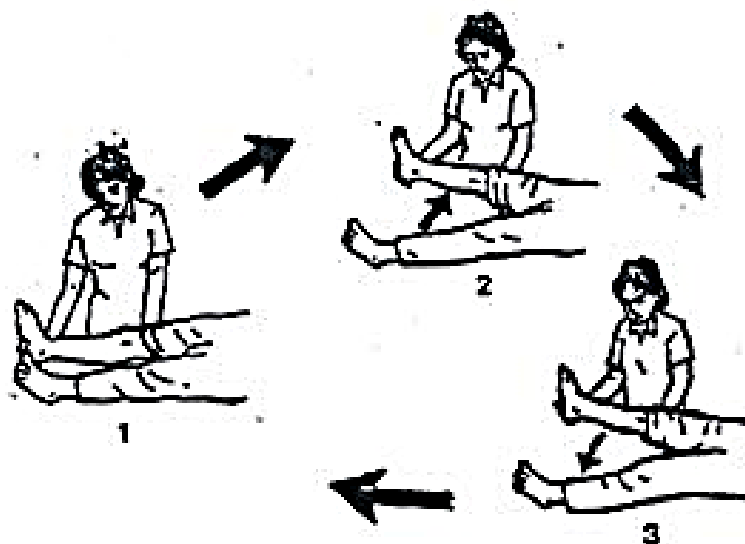
เริ่มต้นจับข้อเข่าและข้อเท้าของผู้ป่วย งอสะโพกและข้อเข่าให้ตั้งฉาก หมุนปลายเท้าออกด้านนอก แล้วหมุนกลับที่เดิม จากนั้นหมุนให้ปลายเท้าเข้าด้านใน ทำซ้ำ



ภาพที่ 21 ท่าบริหารส่วนขา-การหมุนข้อสะโพกเข้าและหมุนข้อสะโพกออก

2.3. การกางขาออกและหุบขาเข้าของข้อสะโพก

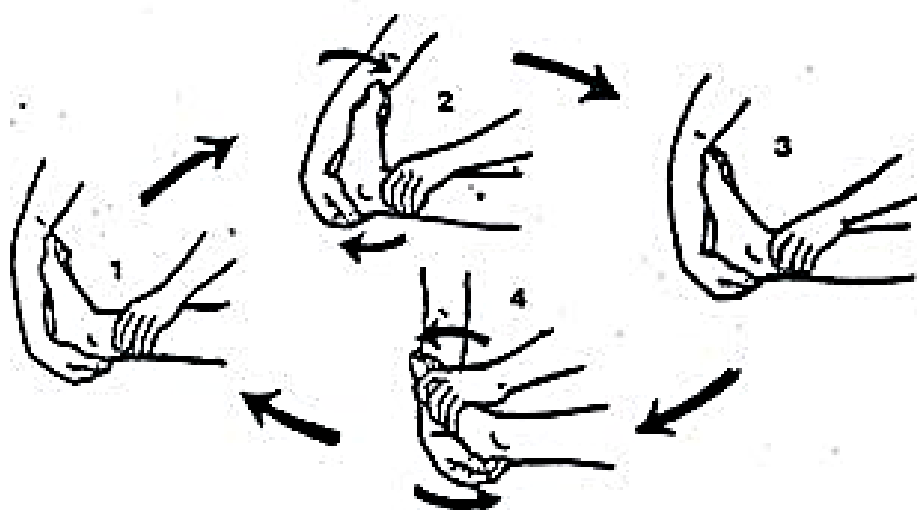
เริ่มต้นจับข้อเข่าและข้อเท้าผู้ป่วย กางขาออกตรงๆ แล้วยกให้สูงจากเตียงประมาณ 5 เซนติเมตร ค้างไว้ 10 วินาที แล้วค่อยๆ หุบขาเข้า ทำซ้ำ



ภาพที่ 22 ทำบริหารส่วนขา-การกางขาออกและหุบขาเข้าของข้อสะโพก

2.4. การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง

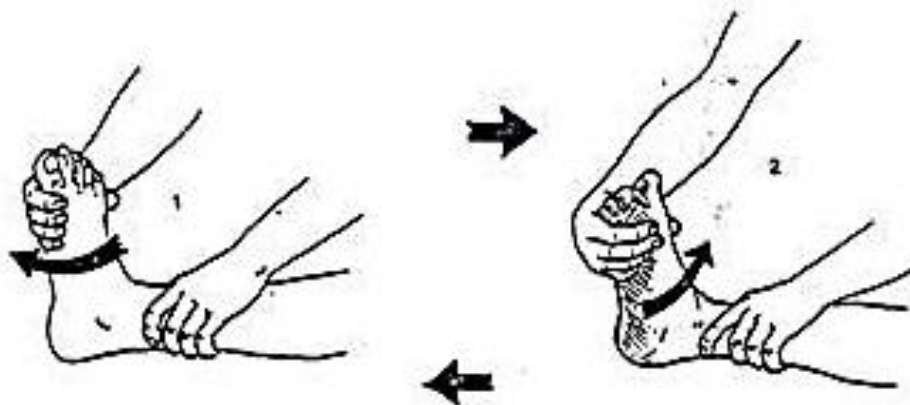
เริ่มต้นจับเหนือข้อเท้าและส้นเท้าผู้ป่วย กระดกข้อเท้าขึ้น ค้างไว้ 10 วินาที แล้วกระดกข้อเท้าลง ทำซ้ำ



ภาพที่ 23 ทำบริหารส่วนขา-การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง

2.5. การหมุนปลายเท้าเข้าและออก

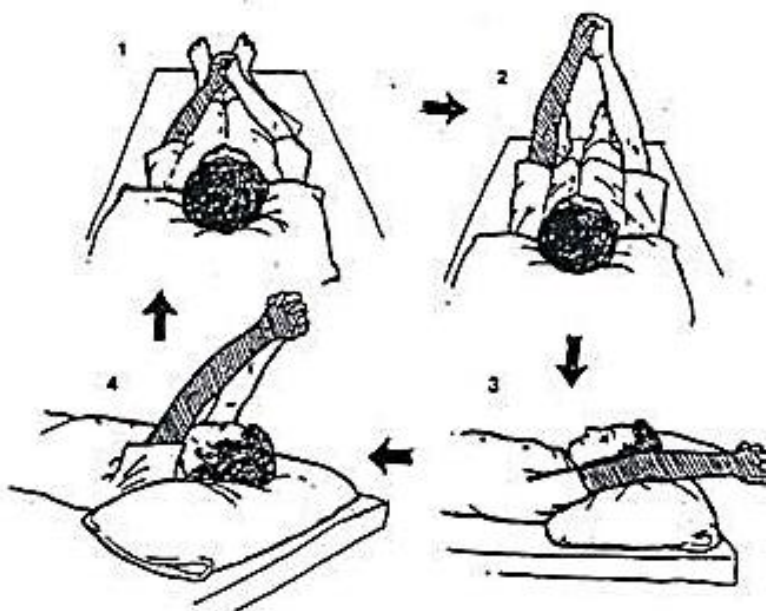
เริ่มต้นจับเหนือข้อเท้าและปลายนิ้วเท้า บิดปลายเท้าเข้าด้านใน ค้างไว้ 10 วินาที และบิดปลายเท้าออกค้างไว้ 10 วินาที ทำซ้ำ



ภาพที่ 24 ท่าบริหารส่วนขา-การข้อเท้าเข้าและออก

การเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตัวผู้ป่วยเอง

ประสานมือข้างดีกับข้างที่อ่อนแรง โดยใช้นิ้วหัวแม่มือของข้างที่อ่อนแรงอยู่บนข้างที่ดี ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ ค้างไว้ 10 วินาที และเอาลง ทำซ้ำประมาณ 5-10 ครั้ง สามารถทำได้ทั้งท่านอนและท่านั่ง



ภาพที่ 25 การเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตัวผู้ป่วยเอง

การนั่งข้างขอบเตียง

นั่งให้ศีรษะตั้งตรง บ่าทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน ลำตัวตรงและทิ้งน้ำหนักให้เท่ากันทั้งสองข้าง มือทั้งสองข้างวางบนเตียง เท้าวางบนพื้นหรือที่รองเท้าโดยให้ทิ้งน้ำหนักเท่ากันทั้งสองข้าง



ภาพที่ 26 การนั่งข้างเตียง

การพลิกตะแคงตัวบนเตียง

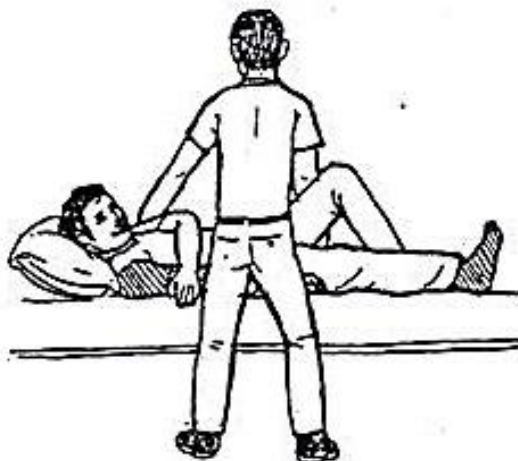
การพลิกตะแคงไปยังข้างที่เป็นอัมพาต ทำได้โดย

1. เอาแขนข้างที่ดีของผู้ป่วยเอื้อมไปด้านที่อ่อนแรง และชันเข้าขึ้น



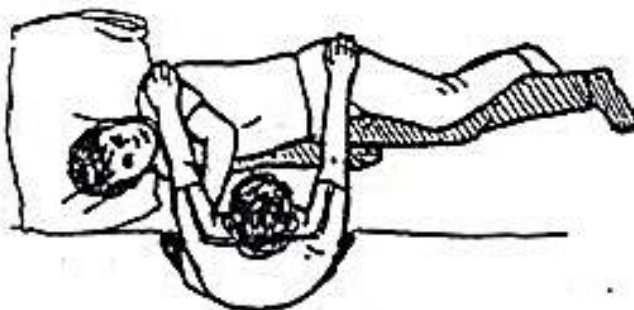
ภาพที่ 27 การพลิกตะแคงตัวบนเตียง-ขั้นตอนที่ 1

2. ผู้ช่วยยืนด้านที่อ่อนแรง แล้วเอามือสอดไปใต้หัวไหล่และสะโพกข้างแข็งแรง



ภาพที่ 28 การพลิกตะแคงตัวบนเตียง-ขั้นตอนที่ 2

3. ผู้ช่วยค่อยๆ พลิกเพื่อตะแคงตัวผู้ป่วย โดยเอนตัวไปด้านหลังแล้วเหยียดข้อศอก



ภาพที่ 29 การพลิกตะแคงตัวบนเตียง-ขั้นตอนที่ 3

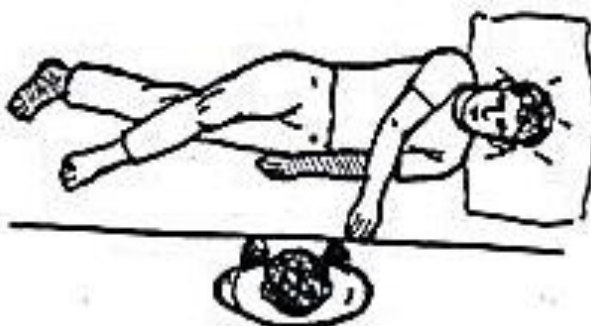
4. จากนั้นจัดท่าผู้ป่วยให้ถูกต้อง โดยใช้หมอนหนุน อย่าให้แขนและขาข้างที่ดีไปทับข้างที่อ่อนแรง



ภาพที่ 30 การพลิกตะแคงตัวบนเตียง-ขั้นตอนที่ 4

การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง

1. ผู้ช่วยยืนทางข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย จับแขนและขาข้างที่ดีให้เอื้อมมาด้านตรงข้าม



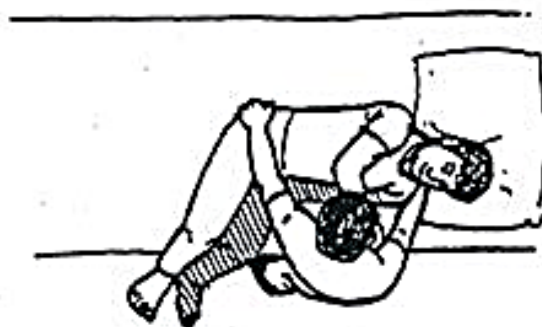
ภาพที่ 31 การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง-ขั้นตอนที่ 1

2. งอเข่าทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยแล้วยกลงให้พื้นขอบเตียง



ภาพที่ 32 การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง-ขั้นตอนที่ 2

3. ผู้ช่วยเอามือข้างหนึ่งจับบริเวณสะโพกข้างดีของผู้ป่วย ส่วนมืออีกข้างสอดไปใต้หัวไหล่ข้างอ่อนแรง โดยผู้ช่วยยืนกางขาออกเล็กน้อย และหลังให้อยู่ในแนวตรง



ภาพที่ 33 การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง-ขั้นตอนที่ 3

4. จากนั้นให้ยกตัวผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่ง โดยผู้ช่วยถ่างน้ำหนักจากขาหนึ่งไปยังอีกขาหนึ่ง



ภาพที่ 34 การเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง-ขั้นตอนที่ 4

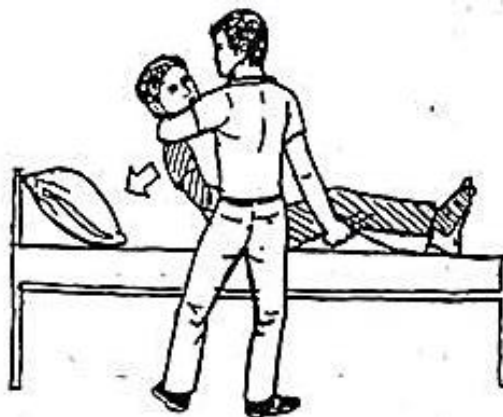
การเปลี่ยนท่าจากนั่งเป็นนอน

1. ผู้ช่วยยืนทางข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย เอื้อมแขนข้างหนึ่งไปโอบไหล่ผู้ป่วย



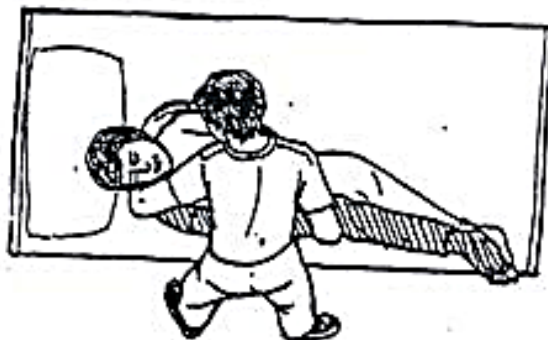
ภาพที่ 35 การเปลี่ยนท่าจากนั่งเป็นนอน-ขั้นตอนที่ 1

2. มืออีกข้างหนึ่งของผู้ช่วยสอดไปได้ข้อพับเข้าข้างอ่อนแรงของผู้ป่วย ค่อยๆ ประคองผู้ป่วยให้เอนตัวลงบนเตียง



ภาพที่ 36 การเปลี่ยนท่าจากนั่งเป็นนอน-ขั้นตอนที่ 2

3. ค่อยๆ วางผู้ป่วยลงบนเตียง โดยตัวผู้ช่วยพยายามให้หลังตรงแต่ขา 2 ข้างแยกออกจากกัน และงอเข่าลงเล็กน้อย



ภาพที่ 37 การเปลี่ยนท่าจากนั่งเป็นนอน-ขั้นตอนที่ 3

การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย

1. ผู้ช่วยจับตัวผู้ป่วยให้นั่งขอบเตียง เท่าที่
สองวางราบบนพื้น ผู้ช่วยเอามือสองข้างโอบบริเวณ
หัวไหล่ของผู้ป่วย ปลายเท้าประกบเท้าทั้งสองข้าง
ของผู้ป่วย รถเข็นต้องหันหน้าทแยงมุมเข้าข้างที่ดี
ของผู้ป่วย และล็อครถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง

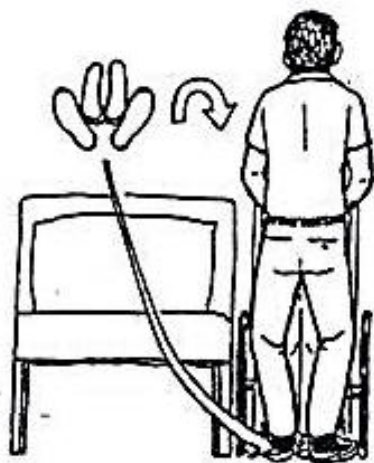


ภาพที่ 38 การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย-ขั้นตอนที่ 1

2. ผู้ช่วยค่อยๆ ประคองตัวผู้ป่วยให้โน้มมาข้างหน้า
โดยการเหยียดเข่าและเหยียดหลังให้ตรง



ภาพที่ 39 การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย-ขั้นตอนที่ 2



3. เมื่อยืนได้มั่นคงแล้ว ค่อยๆ หมุนตัวผู้ป่วย
ช้าๆ ไปยังข้างที่ดีแต่ต้องมั่นใจไม่ให้เขาผู้ป่วยทรุดลง ตัว
ผู้ช่วยต้องค่อยๆ หมุนตัวไปพร้อมๆ กับผู้ป่วยโดย
หลีกเลี่ยงการบิดตัว

ภาพที่ 40 การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย-ขั้นตอนที่ 3

4. ค่อยๆ หย่อนตัวผู้ป่วยลงนั่ง โดยผู้ช่วยย่อเข้าตนเองลง พยายามให้หลังตรงอยู่เสมอ แต่ต้องมั่นใจว่าขาของผู้ป่วยอยู่ติดกับรถเข็นก่อนจะหย่อนตัวผู้ป่วยลง

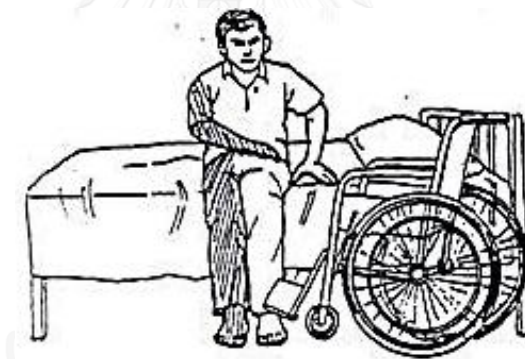


ภาพที่ 41 การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้อื่นช่วย-ขั้นตอนที่ 4

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถเข็น หรือเก้าอี้ไปยังเตียงก็มีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน

การเคลื่อนย้ายด้วยตัวเอง

1. จัดรถเข็นหรือเก้าอี้วางทแยงมุมกับเตียง หันหน้าเข้าชิดทางแขน-ขาข้างที่ดี ล้อครกเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง



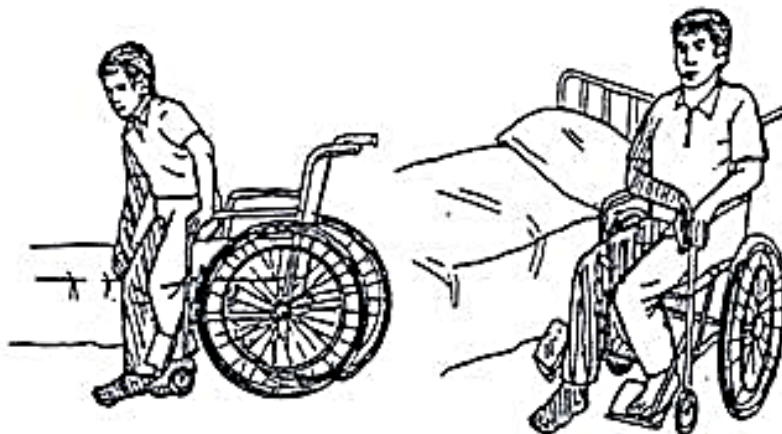
ภาพที่ 42 การเคลื่อนย้ายด้วยตัวเอง-ขั้นตอนที่ 1

2. ผู้ป่วยโน้มตัวไปข้างหน้า ใช้มือข้างที่ดียันขอบเตียง ดันตัวให้ลุกขึ้นยืนให้น้ำหนักอยู่บนขาข้างที่ดี



ภาพที่ 43 การเคลื่อนย้ายด้วยตัวเอง-ขั้นตอนที่ 2

2. เอ็มแขนข้างที่ดีจับพนักเก้าอี้หรือขอบรถเข็นด้านนอก ค่อยๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้เก้าอี้ แล้วหย่อนตัวลงนั่งในเก้าอี้หรือรถเข็น



ภาพที่ 44 การเคลื่อนย้ายด้วยตัวเอง-ขั้นตอนที่ 3

การเคลื่อนย้ายจากรถเข็น หรือเก้าอี้มายังเตียงนอน ก็มีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน

การเดิน

1. การเดินโดยมีผู้ช่วยประคอง



ผู้ช่วยควรยืนข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย โดยข้อมือข้างหนึ่งประคองบริเวณเอวของผู้ป่วย อาจใช้การคาดเข็มขัดแล้วจับบริเวณเข็มขัด ส่วนมืออีกข้างหนึ่งประคองแขนข้างที่อ่อนแรง หลีกเลี่ยงการดึงรั้ง

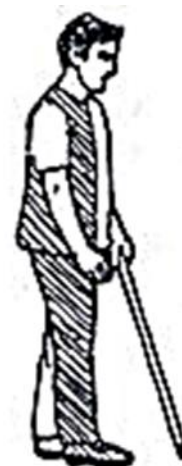
ภาพที่ 45 การเดินโดยมีผู้ช่วยประคอง

2. การเดินด้วยตัวเอง

โดยใช้เครื่องช่วยเดิน เช่นไม้เท้าขาเดียว ไม้เท้าสามขา เป็นต้น



ก. เริ่มจากทำยืนตรงโดยเฉลิยน้าหนัก
ขาทั้งสองข้างเท่าๆ กัน



ข. นำไม้เท้าวางเอื้อมไปด้านหน้า



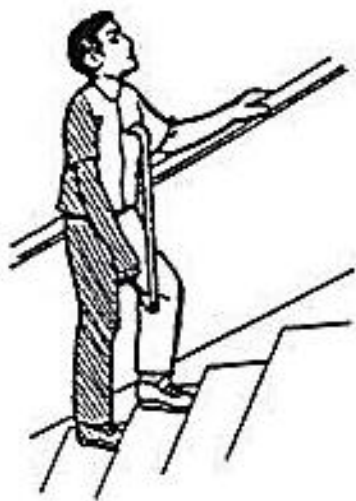
ค. ก้าวขาข้างที่เป็นอัมพาตมาด้านหน้า
ก่อน โดยถ่านน้ำหนักลงไปที่ไม้เท้า
และขาข้างที่เป็นอัมพาต



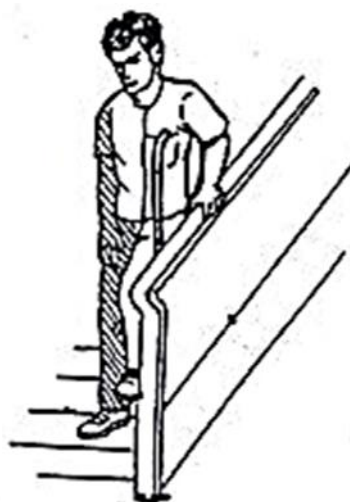
ง. แล้วจึงก้าวขาข้างที่ดีตามมา

ภาพที่ 46 การเดินด้วยตัวเอง

3. การขึ้นและลงบันได



ก. การขึ้นบันไดให้ก้าวขาข้างดีขึ้นก่อน



ข. การลงบันไดให้ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงลงก่อน

ภาพที่ 47 การเดินขึ้นและลงบันได

การวัดช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

วิธีการวัดช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Range of Motion: ROM) ทางกายภาพบำบัด จะใช้เครื่องมือที่เรียกว่า “โกนิโอมิเตอร์ (Goniometer)” ซึ่งประกอบด้วยส่วนมาตรวัด (Scale) มีลักษณะเป็นแผ่นกลม จากมาตรวัดจะเชื่อมต่อกับแขน 2 แขน โดยแบ่งเป็น แขนตายตัว (Static arm) ซึ่งยึดติดกับมาตรวัด ทำหน้าที่เป็นระดับอ้างอิงสำหรับการวัด และแขนที่สามารถเคลื่อนได้ (Dynamic arm) ทำหน้าที่วัดองศาการเคลื่อนไหวโดยแขนดังกล่าวจะเคลื่อนตามทิศทางการเคลื่อนไหวของร่างกายที่จะทำการวัด

การวัดช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อทางกายภาพบำบัด ประกอบด้วย 2 วิธี

1. การวัดช่วงองศาขณะผู้ถูกวัดมีผู้อื่นเคลื่อนข้อต่อให้ (Passive Range of Motion)
2. การวัดช่วงองศาขณะผู้ถูกวัดเคลื่อนข้อต่อด้วยตนเอง (Active Range of Motion)

สำหรับการวัดช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ด้วย Goniometer สามารถวัดได้ตามทิศทางการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ 6 ทิศทาง ดังนี้

1. Flexion (ท่านอน) – ยกแขนขึ้น กวาดแขนไปข้างหน้า จนสุดช่วง ต้นแขนแนบไหล่

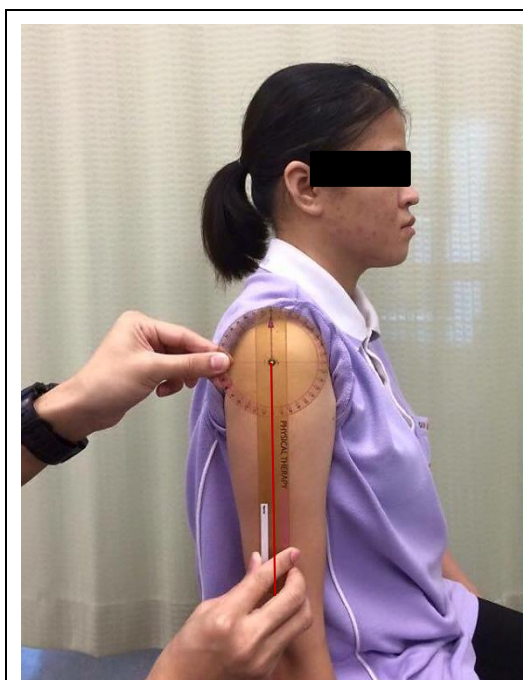


ภาพที่ 48 การวัดช่วงองศาการยกแขนในท่า นอน(ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 49 การวัดช่วงองศาการยกแขนในท่า นอน(ท่ายกแขน)

2. Flexion (ท่านั่ง) – ยกแขนขึ้น กวาดแขนไปข้างหน้า จนสุดช่วง ต้นแขนแนบใบหน้า

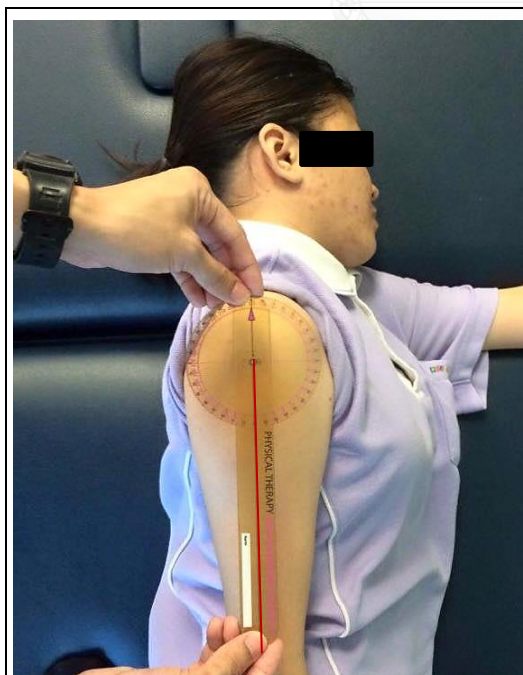


ภาพที่ 50 การวัดช่วงองศาการยกแขนในท่า
นั่ง (ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 51 การวัดช่วงองศาการยกแขนในท่า
นั่ง (ท่ายกแขน)

3. Extension (ท่านอนตะแคง) - เหยียดแขนไปข้างหลัง

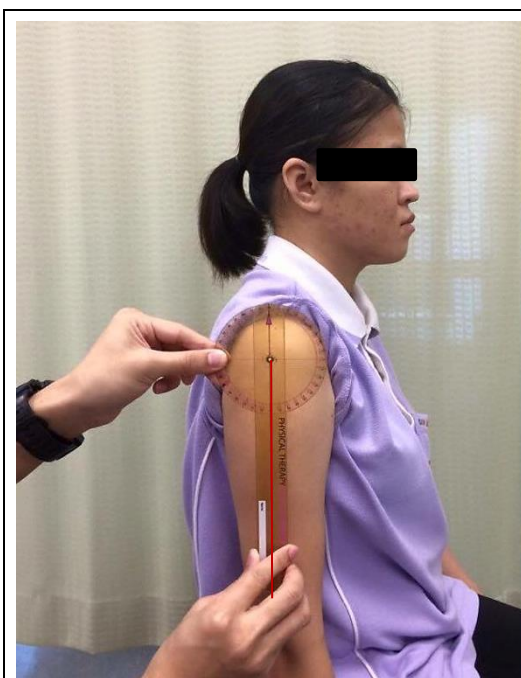


ภาพที่ 52 การวัดช่วงองศาการเหยียดแขนใน
ท่านอนตะแคง (ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 53 การวัดช่วงองศาการเหยียดแขนใน
ท่านอนตะแคง (ท่าเหยียดแขน)

4. Extension (ทำนั่ง) - เขยียดแขนไปข้างหลัง



ภาพที่ 54 การวัดช่วงองศาการเขยียดแขนใน
ทำนั่ง(ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 55 การวัดช่วงองศาการเขยียดแขน
ในทำนั่ง(ท่าเขยียดแขน)

5. Abduction (ทำนอน) - กางแขนออกด้านข้าง จนสุดช่วง ต้นแขนแนบใบหู



ภาพที่ 56 การวัดช่วงองศาการกางแขนในท่า
นอน(ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 57 การวัดช่วงองศาการกางแขนใน
ทำนอน(ท่ากางแขน)

6. Abduction (ท่าห่าง) – กางแขนออกด้านข้าง ยกขึ้นจนสุดช่วง ต้นแขนแนบใบหู



ภาพที่ 58 การวัดช่วงองศาการกางแขนในท่า
ห่าง(ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 59 การวัดช่วงองศาการกางแขนใน
ท่าห่าง(ท่ากางแขน)

7. Adduction (ท่าอน) - หุบแขนเข้าพาดลำตัวไปฝั่งตรงข้าม



ภาพที่ 60 การวัดช่วงองศาการหุบแขนในท่า
อน(ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 61 การวัดช่วงองศาการหุบแขนในท่า
อน(ท่าหุบแขน)

8. Adduction (ทำนั่ง) - หุบแขนเข้าพาดลำตัวไปฝั่งตรงข้าม

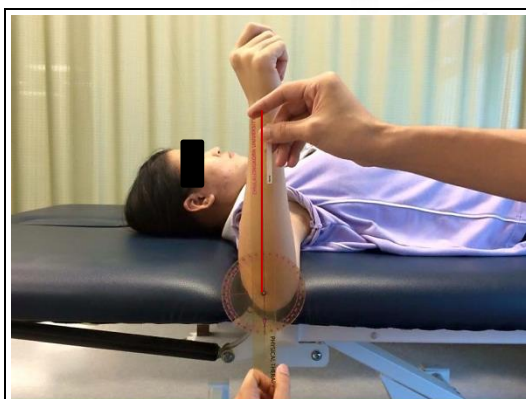


ภาพที่ 62 การวัดช่วงองศาการหุบแขนในทำ
นั่ง(ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 63 การวัดช่วงองศาการหุบแขนในทำ
นั่ง(ท่าหุบแขน)

9. Medial rotation (ทำนอน) - กางแขนออก งอศอกตั้งฉาก มือชี้เพดาน หมุนแขนลงชี้ปลายเท้า



ภาพที่ 64 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนเข้า
ในทำนอน(ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 65 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนเข้า
ในทำนอน(ท่าหมุนแขนเข้า)

10. Medial rotation (ท่านั่ง) – กางแขนออก งอศอกตั้งฉาก มือชี้ไปข้างหน้า หมุนแขนลง



ภาพที่ 66 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนเข้า
ในท่านั่ง(ท่าเริ่มต้น)

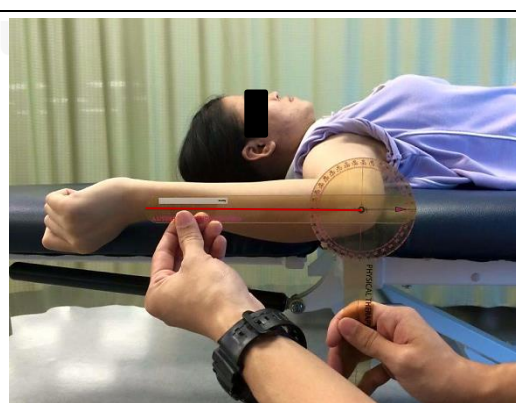


ภาพที่ 67 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนเข้า
ในท่านั่ง(ท่าหมุนแขนเข้า)

11. Lateral rotation (ท่านอน) - กางแขนออก งอศอกตั้งฉาก มือชี้เพดาน หมุนแขนไปทางศีรษะ



ภาพที่ 68 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนออก
ในท่านอน(ท่าเริ่มต้น)



ภาพที่ 69 การวัดช่วงองศาการหมุนแขนออก
ในท่านอน(ท่าหมุนแขนออก)

12. Lateral rotation (ท่านี้) - กางแขนออก งอศอกตั้งฉาก ชี้ไปข้างหน้า หมุนแขนขึ้น



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ-สกุล นายวีระชัย จิตภักดี

เกิดวันที่ 23 มีนาคม 2534 ที่ จังหวัดสงขลา

พ.ศ. 2556 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต
สาขา กายภาพบำบัด ภาควิชากายภาพบำบัด
คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด
สถานที่ทำงาน คลินิกฟื้นฟูผู้สูงอายุก้าวหน้า ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
และ เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา สุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เมื่อปี 2557

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY