

# การศึกษาความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

อภิฤดี จิวะวีโรจน์<sup>1,3</sup>, ดร.ณิชาภัทร พุฒนิภาณ<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขานิติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>3</sup>กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทคัดย่อ

ปัญหาการหกล้มพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมักมีสาเหตุจากปัญหาการเคลื่อนไหวที่อ่อนแอ ซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและการทรงตัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โดยเป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ที่แผนกผู้ป่วยนอก เวชศาสตร์ฟื้นฟู แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หอผู้ป่วย AE 3 หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู และหอผู้ป่วย 9B ตึก สว โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 207 ราย ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall Prediction Index) ของ Nyberg and Gustafson (1997) ผลการ

ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.6 มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับต่ำ และร้อยละ 10.1 มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับสูง โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการหกล้ม ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, ความสามารถในการทรงตัว อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ และปัญหาการกลืนปัสสาวะทำให้ระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยที่มีผลกระทบน้อยคือ การมองเห็นเพียงครึ่งซีกและการใช้ยาต่างๆ มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ส่วนใหญ่มักพบว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง ดังนั้น หากพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ควรมีการวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้ม

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ความเสี่ยงต่อการหกล้ม

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งประสิทธิภาพการสั่งการ การรับสัมผัสและการมองเห็นที่ผิดปกติ<sup>1</sup> ส่งผลให้เกิดปัญหาความสมดุลของการทรงตัวและการประสานงานของอวัยวะ<sup>2</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาพูดลำบากทำให้เกิดการยากลำบากในการสื่อสารหรือแสดงออกถึงความต้องการ ทำให้มีแนวโน้มในการทำอะไรด้วยตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น<sup>3</sup> ปัญหาการหกล้มจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ<sup>1</sup> ในประเทศไทยอัตราการหกล้ม ร้อยละ 15.9<sup>4</sup> และร้อยละ 17.8<sup>5</sup> การหกล้มทำให้เกิดการบาดเจ็บถึงร้อยละ 80-90<sup>6</sup> และยังส่งผลให้เกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>7</sup> พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การทรงตัว, ปัญหาด้านสติปัญญาและการรับรู้, การกลืนปัสสาวะไม่ได้<sup>8</sup> อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, รอยโรค leukoaraiosis, ภาวะการมองเห็นเพียงครึ่งซีก, เพศ โดยเพศชายมีการหกล้มที่สูงกว่าเพศหญิง<sup>9</sup>, สภาวะทางจิตใจ<sup>10</sup>, ปัญหาการพูดลำบาก<sup>3</sup>, อายุ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น<sup>5</sup>, การได้รับยา ได้แก่ ยากลุ่มต้านการซึมเศร้า<sup>11</sup>, ยาขับปัสสาวะ<sup>8</sup>, ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท<sup>12</sup>, ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง<sup>13</sup> และประวัติการหกล้ม<sup>10</sup> การศึกษาที่ศึกษาอำนาจ

ในการทำนายเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของ Oliver, Britton, Seed, Martin, & Hopper (1997)<sup>14</sup> และการศึกษาของ Rosendahl et al. (2003)<sup>15</sup> พบว่าความเสี่ยงต่อการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 26.8 และร้อยละ 36 ตามลำดับ และพบว่ายังไม่มีการนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ไปใช้ประเมินและอธิบายระดับความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ The Downton Index<sup>16</sup>, The STRATIFY falls risk<sup>14</sup>, Fall Prediction Index<sup>9</sup> และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่ามีเพียงเครื่องมือเดียว คือ Fall Prediction Index ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือ Fall Prediction Index มาศึกษาความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยคาดว่าผลจากการศึกษาจะสามารถอธิบายระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพและนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ
2. เพื่ออธิบายปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

## ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเป็นผู้ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ กล่าวคือ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะปอดบวม การล้าล้า การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะความดันโลหิตต่ำเกินไปจากการเปลี่ยนท่าสามารถทำตามคำสั่งได้อย่างน้อย 1 ขั้นตอน เช่น ทำตามคำบอกให้ยกมือได้ สามารถนั่งทรงตัวได้ โดยมีหรือไม่มีการพุงก็ได้<sup>17</sup> ที่มารับบริการการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หอผู้ป่วย AE 3 หอผู้ป่วย 9B ตึก สว และหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ทั้งการฟัง พูด

เขียนและการมองเห็น

3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีปัญหาในขณะประเมิน ได้แก่ มีภาวะใจสั่น หน้ามืด

### 2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการนำค่าอัตราการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัตราการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Chaiwanichsiri et al. (2006)<sup>4</sup> เรื่อง Falls among stroke patients in Thai Red Cross Rehabilitation Center โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กรณีทราบสัดส่วนแต่ไม่ทราบจำนวนประชากรของ เดชาวูช นิติยสุทธิ (2531)<sup>18</sup> ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 207 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยใช้ดัชนีแคทซ์ เอ. ดี. แอล ค่าคะแนนที่ได้มีอยู่ในช่วง A ถึง G โดยที่ E-G คือ การพึ่งพากิจวัตรประจำวันมาก<sup>19</sup>, ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้, ความ

สามารถในการทรงตัว ประเมินด้วย The Fugl-Meyer sensorimotor assessment of balance performance (The FM-B) ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-14 คะแนนน้อยกว่า 10/14 คะแนน หมายถึง มีปัญหาในการทรงตัว<sup>20</sup>, อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ ประเมินด้วย short form of the Fugl-Meyer assessment scale (S-FM) มีข้อคำถาม 12 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-24 คะแนน ส่วนการแปลผลคะแนนใช้วิธีการเทียบบัญญัติไตรยางค์ โดยระบุค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-100 คะแนน ค่าคะแนน < 96 แสดงถึงการมีปัญหาเรื่องระบบประสาทสั่งการทั้ง 2 ด้าน<sup>21</sup>, การมองเห็นเพียงครึ่งซีก ประเมินโดยการแบ่ง

ครึ่งเส้นที่กำหนด (line bisection) ค่าคะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-9 โดยค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 แสดงถึงภาวะการมองเห็นเพียงครึ่งซีก<sup>22</sup>, การมีรอยโรค leukoaraiosis ในสมองทั้งสองซีก โดยดูจากผลการตรวจ magnetic resonance imaging (MRI) และการใช้ยาต่างๆ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ, ยาด้านอารมณ์ซึมเศร้าหรือยานอนหลับ ค่าคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-11 แบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ โดยที่คะแนน 0-4 หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำ คะแนน 5-7 หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง และคะแนน 8-11 หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การให้คะแนนของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall Prediction Index)

ข้อคำถาม	การให้คะแนน	
	หญิง	ชาย
เพศ	หญิง 0	ชาย 2
ดัชนีแคทซ์ เอ. ดี. แอล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)	A-D 0	E-G 2
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ จาก ดัชนีแคทซ์ เอ. ดี. แอล	กลืนปัสสาวะได้ 0	กลืนปัสสาวะไม่ได้ 2
ความสามารถในการทรงตัว ประเมินโดย Fugl-Meyer sensorimotor assessment of balance performance (Fugl-Meyer, Jaasko, Leyman, et al., 1975)	> 10/14 0	< 10/14 1

ข้อคำถาม	การให้คะแนน	
อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ ประเมินโดย short form of the FM (S-FM) (Hsieh, Hsueh, Chou, Sheu, Hsieh, & Kwakkel, 2007)	ไม่มีหรือมีด้านเดียว > 96 0	ทั้งสองด้าน < 96 1
การมองเห็นเพียงครึ่งซีก ประเมินโดย Line bisection (Eschenbeck, Vossel, Weiss, Saliger, Karbe, & Fink, 2010)	ไม่ใช่ > 7 0	ใช่ < 7 1
การมีรอยโรค leukoaraiosis ในสมองทั้ง 2 ซีก ดูจากผลการตรวจ MRI	ไม่ใช่ 0	ไม่ใช่ 1
การใช้ยาต่างๆ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ, ยาต้านอาการซึม เศร้าหรือยานอนหลับ	ไม่ใช่ 0	ใช่ 1

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ Fall Prediction Index ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย<sup>23</sup> แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ KR-20 ของ Kuder and Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (r) เท่ากับ 0.80

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการหัวข้อ “จริยธรรมวิจัยในมนุษย์” และทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้ผ่านการรับรองในวันที่ 4 เดือนมกราคม พ.ศ. 2556 (เลขที่ HE551344)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 207 ราย ร้อยละ 52.2 มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม รองลงมาร้อยละ 18.8 มารับการรักษาที่หอผู้ป่วย AE 3 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30 - 90 ปี อายุเฉลี่ย 62.4 ปี (SD = 12.9 ) ร้อยละ 60.4 เป็นเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 1 สัปดาห์ - 18 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 17.2 เดือน (SD = 30.6) ร้อยละ 24.6 มีปัญหาพูดไม่ชัด ร้อยละ 58.9 มีโรคประจำตัว และ ในกลุ่มนี้ร้อยละ 66.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.3 มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย

รองลงมาร้อยละ 36.2 มีอาการอ่อนแรงด้านขวา และร้อยละ 0.5 อ่อนแรงทั้งสองข้าง ร้อยละ 7.7 เคยหกล้ม ในกลุ่มนี้ร้อยละ 43.8 หกล้ม 1 ครั้ง โดยสถานที่ที่หกล้มทั้งหมด คือ ภายในบ้าน และร้อยละ 62.5 ไม่มีผลกระทบจากการหกล้ม และร้อยละ 37.5 มีผลกระทบ โดยพบว่าร้อยละ 50 มีเพียงรอยถลอกเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 87.4 เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และร้อยละ 12.6 เป็นชนิดผลการตรวจ CT brain พบว่าร้อยละ 94.2 มีรอยโรค และร้อยละ 5.8 ไม่มีรอยโรค โดยร้อยละ 55.6 พบรอยโรคที่สมองซีกขวา ร้อยละ 33.3 พบรอยโรคที่สมองซีกซ้าย ร้อยละ 4.8 พบรอยโรคที่สมองทั้งสองซีก และร้อยละ 0.5 พบรอยโรคที่ก้านสมอง ร้อยละ 87 รับประทานยาประจำ และในกลุ่มนี้ร้อยละ 87 รับประทานแอสไพริน

จากการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยใช้แบบประเมิน Fall Prediction Index พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.6 มีระดับการพึ่งพากิจวัตรประจำวันมาก คือ ช่วง E-G ร้อยละ 69.6 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 65.7 มีปัญหาในการทรงตัว ร้อยละ 76.3 มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อทั้งสองด้าน ร้อยละ 19.3 มีภาวะการมองเห็นเพียงครึ่งซีก ร้อยละ 2.9 ใต้รับการตรวจ MRI brain และพบว่าไม่มีรอยโรค leukoaraiosis ในสมองทั้งสองซีก และร้อยละ 8.7 มีการใช้ยาต่างๆ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ, ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้าหรือยานอนหลับ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.6 มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 33.3

มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับต่ำ และ ร้อยละ 10.1 มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับสูง

## วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.6 รองลงมาที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 33.3 และความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับสูง ร้อยละ 10.1 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Oliver et al. (1997)<sup>14</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 26.8 และน้อยกว่าการศึกษาของ Rosendahl et al. (2003)<sup>15</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 36 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแตกต่างกัน โดยในการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และปัจจัยที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มแตกต่างกัน และเครื่องมือที่ใช้ประเมินปัจจัยการหกล้มในการศึกษาที่ผ่านมาเน้นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ และไม่ได้ประเมินปัจจัยบางประการที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามระดับความเสี่ยงต่อการหกล้ม พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับสูง พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน, ปัญหาการทรงตัว และมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ส่วนในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ในระดับปานกลาง พบว่าส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับต่ำ พบว่าส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และปัญหาในการทรงตัว ทั้งนี้ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับต่ำ พบปัญหาการมองเห็นเพียงครึ่งซีกและการใช้ยาต่างๆเพียงเล็กน้อย และไม่พบปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่ได้เลย สามารถอธิบายได้ว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับสูง พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน, ปัญหาการทรงตัว และมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงภาวะพึ่งพาและการลดความสามารถในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของ Nyberg & Gustafson (1997)<sup>9</sup>; Chaiwanichsiri et al. (2006)<sup>4</sup>; Campbell & Matthews, (2010)<sup>9</sup> ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญที่มีผลต่อการหกล้ม คือ การทรงตัว อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้ระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน คือ การคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ โดยพบว่าผู้ที่มีปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับสูง ซึ่งปัญหาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการได้รับบาดเจ็บที่สมองหรือมีการทำงานของสมองลดลง<sup>24</sup> และมักพบว่าผู้ที่มีปัญหาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ส่วนใหญ่มี

รอยโรคที่บริเวณสมองส่วนหน้า<sup>25</sup>

นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ได้ระบุไว้ในแบบประเมิน Fall Prediction Index ได้แก่ ภาวะความเจ็บป่วย, อาการเป็นลมหรือหน้ามืด, การมีปัญหาคือ, การพูดลำบาก, ภาวะซึมเศร้า, ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (ปัจจัยเรื่องความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประเมินโดยการประมวลข้อมูลจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมีโรคประจำตัว รอยโรคบริเวณสมองซีกเด่นและชนิดของโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก) โดยพบว่าปัจจัยเหล่านี้ทั้งหมดพบในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหกล้ม<sup>3,10,11,13</sup> ส่วนปัจจัยด้านภาวะสูงอายุและประวัติการหกล้ม พบว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>10,11</sup> ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาการคลื่นไส้สภาวะ ทำให้ความรุนแรงของโรคไม่สูงและความเสี่ยงต่อการหกล้มลดลง

## สรุป

ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการหกล้ม ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, ความสามารถในการทรงตัว, อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ และภาวะคลื่นไส้สภาวะ โดยพบว่าปัญหาการคลื่นไส้สภาวะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยที่มีผลกระทบน้อยคือ การ

มองเห็นเพียงครึ่งซีกและการใช้ยาต่างๆ

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาหากลั้นปัสสาวะไม่ได้ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง ดังนั้น หากพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาหากลั้นปัสสาวะไม่ได้พยาบาลควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการหกล้ม

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปอาจมีการติดตามศึกษาอุบัติการณ์ การหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความเสี่ยงแตกต่างกัน

### ขอขอบคุณ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมศักดิ์ เทียมเก่า และกลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ทุนสนับสนุนการค้นคว้าและวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- Czemuszenko A. Risk factors for falls in post-stroke patients treated in neurorehabilitation ward. *Neurol Neurochir Pol* 2007; 41: 28-35.
- Byers V, Arrington ME, Finstuen K. Predictive risk factors associated with stroke patient falls in acute care settings. *Journal of Neuroscience Nursing* 1990; 22: 147-54.
- Sze KH, Wong E, Leung HY, Woo J. Falls among Chinese stroke patients during rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001; 82: 1219-25.
- Chaiwanichsiri D, Jiamworakul A, Kitisomprayoonkul W. Falls among stroke patients in Thai Red Cross Rehabilitation Center. *Med AssociThai* 2006; 89(suppl 3): S47-52.
- วีรธมา โอชา, ปรีดา อารยาวิชานนท์, ณัฐเศรษฐ์ มนินนากร. อุบัติการณ์ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหกล้มหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู* 2553; 20: 15-19.
- Nyberg L, Gustafson B. Patient falls in stroke rehabilitation. *Stroke* 1995; 26: 838-42.
- Adler M, Haty D, Brown C, Potts H. Medical audit of stroke rehabilitation: a critique of medical care review. *Journal of Chronic Diseases* 1977; 30: 461-71.
- Campbell GB, Matthews JT. An integrative review of factors associated with falls during post-stroke rehabilitation, *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42: 395-404.
- Nyberg L, Gustafson Y. Fall Prediction Index for Patients in Stroke Rehabilitation. *Stroke* 1997; 28: 716-21.
- Kerse N, Parag V, Feigin VL, et al. Falls after stroke results from the Auckland Regional Community Stroke study, 2002 to 2003. *Stroke* 2008; 39: 1890-3.
- Stolze H, Klebe S, Zechlin C, et al. Falls in frequent neurological diseases--prevalence, risk factors and aetiology, *Journal of Neurology* 2004; 251: 79-84.
- Tsur A. Epidemiology of falls among stroke patients hospitalized in a rehabilitation unit: a three year survey. *Harefuah* 2005; 144: 88-91.
- Schmid AA, Kapoor JR, Dallas M, Bravata DM. Association between stroke severity and fall risk among stroke patients, *Neuroepi-*



- demiology 2010; 34: 158-62.
14. Oliver D, Britton M, Seed P, et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: casecontrol and cohort studies. *British Medical Journal* 1997; 315: 1049-53.
  15. Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Kallin K, et al. Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. *Aging Clinical and Experimental Research* 2003; 15: 142-7.
  16. Downton JH. *Falls in the elderly 1993*; London: Edward Arnold.
  17. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. 2550; กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
  18. เดชาวุธ นิตยสุทธิ. เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ (หน่วยที่ 1-8). 2531; พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
  19. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ แบบสหสาขาวิชา. 2548; มปท.: ชุมหมุสทกรณการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
  20. Fugl-Meyer A, Jaasko L, Leyman I, et al. The post-stroke hemiplegic patient: A method of evaluation of physical performance. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1975; 7: 13-31.
  21. Hsueh IP, Hsu MJ, Sheu CF, et al. Psychometric comparisons of 2 versions of the Fugl-Meyer Motor Scale and 2 versions of the stroke rehabilitation assessment of movement. *Neurorehabil Neural Repair* 2008; 22: 737-44.
  22. Eschenbeck P, Vossel S, Weiss PH, et al. Testing for neglect in right-hemispheric stroke patients using a new assessment battery based upon standardized activities of daily living (ADL). *Neuropsychologia* 2010, 48: 3488-96.
  23. บุญใจ ศรีสถิตรากร. (2550). พิมพ์ครั้งที่ 4. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.
  24. Wade DT, Wood VA, Hower RL. Recovery after stroke-the first 3 months. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 1985; 48: 7-13.
  25. Andrew J, Nathan PW. Lesions of the anterior frontal lobes and disturbances of micturition and defaecation. *Brain* 1964; 87: 233-62.