

บทความปริทัศน์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันรับ : 11 มิถุนายน 2563
วันแก้ไข : 15 พฤษภาคม 2564
วันตอบรับ : 17 พฤษภาคม 2564

วีรนนท์ แยมรัตน์กุล, ปร.ด.¹, เอมอร จิระพันธุ์, พ.บ.²,
สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹
สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินคุณภาพ ขอบเขต และความสอดคล้องของคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิธีการ : สืบค้นและคัดเลือกแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัย 2 คน ทำการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE-II อย่างเป็นอิสระต่อกัน และนำแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูงมาทำการสังเคราะห์

ผล : จากแนวปฏิบัติ 330 ฉบับ ผ่านเกณฑ์ 18 ฉบับ เมื่อประเมินด้วย AGREE-II พบแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูง จำนวน 13 ฉบับ (คะแนนรวมเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 75) นำมาสังเคราะห์คำแนะนำพบว่า การจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวปฏิบัติสอดคล้องกัน 4 หมวด ได้แก่ การคัดกรอง การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด และการให้ความรู้ สำหรับการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวปฏิบัติสอดคล้องกัน 7 หมวด ได้แก่ การคัดกรอง การป้องกัน การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด การรักษาร่วมกันระหว่างการให้ยาและการทำจิตบำบัด การออกกำลังกาย และการให้ความรู้

สรุป : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลควรได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ หรือพิจารณาใช้ยารักษาซึมเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัด การออกกำลังกาย และควรให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำและการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยทั้งที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งญาติและผู้ดูแล

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางคลินิก ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล โรคหลอดเลือดสมอง

ติดต่อผู้พิมพ์ : วีรนนท์ แยมรัตน์กุล; e-mail: yweerana@medicine.psu.ac.th

Review article

Clinical practice guidelines for the management of anxiety and depression in patients with stroke: a systematic review

Received : 11 June 2020

Revised : 15 May 2021

Accepted : 17 May 2021

Weeranan Yaemrattanakul, Ph.D.¹, Aimorn Jiraphan, M.D.²

Department of Physical Therapy, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University¹

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University²

Abstract

Objective: This is a systematic review of clinical practice guidelines investigating the quality, scope and consistency of guideline recommendations for the management of anxiety and depression in patients with stroke.

Methods: The guidelines were searched and selected following the criteria. Two researchers independently appraised the guidelines according to the AGREE-II tool. High-quality guidelines were synthesized.

Results: Of 330 guidelines identified and screened, 18 met the inclusion criteria. According to the AGREE-II, thirteen high-quality guidelines (mean domain scores $\geq 75\%$) were synthesized. It was found that the management of anxiety in patients with stroke guidelines consistently focused on four aspects: screening, pharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation. For the management of depression in the stroke patients guidelines consistently focused on seven aspects: screening, prevention, pharmacotherapy, psychotherapy, combined pharmacotherapy with psychotherapy, exercise, and psychoeducation.

Conclusion: All patients with stroke should be screened for anxiety and depression. For the treatment of patients with post-stroke anxiety, pharmacotherapy and problem-solving therapy should be considered. For the treatment of those patient with depression, selective serotonin reuptake inhibitors as well as motivational interviewing, combined antidepressants with psychotherapy and exercise should be considered. Educating, advising and supporting should be provided to both groups of patients, as well as their families and caregivers.

Keywords: anxiety, clinical practice guideline, depression, stroke

Corresponding author: Weeranan Yaemrattanakul; e-mail: yweerana@medicine.psu.ac.th

ความรู้เดิม : การจัดการภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นบทบาทของจิตแพทย์ซึ่งอาจทำให้ล่าช้าไปเนื่องจากได้รับการปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากแล้ว

ความรู้ใหม่ : แนวปฏิบัติการจัดการภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวทางการดูแลรักษามาตรฐาน เน้นตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่รวดเร็วตั้งแต่ระยะต้น บำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา และแนะนำให้ยารักษาซึมเศร้ากลุ่ม SSRI การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจและออกกำลังกายด้วยความเข้มสูง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ทีมผู้ให้การรักษหรือทีมสหวิชาชีพสามารถนำแนวปฏิบัติ นี้ไปใช้ ถือเป็นการประกันคุณภาพขั้นต้นสำหรับการดูแลรักษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาตรฐานสากล

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบบ่อยทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย^{1,2} ในแต่ละปีมีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 16 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.2 ล้านคน³⁻⁷ ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 62 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 77 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573⁸ โดยอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองพบได้ประมาณ 800,000 คนต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกา⁹⁻¹¹ และมากกว่า 100,000 คนต่อปีในประเทศอังกฤษ^{5,12} สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 300,000 คน ในแต่ละปี¹³

ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{9,14,15} โดยพบภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 20 ถึง 25^{14,16-18} และมีอาการต่อเนื่องไปอีกหลายปี¹⁷ สำหรับภาวะซึมเศร้าพบประมาณร้อยละ 30^{6,9,19,20} หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและจะมีอาการต่อเนื่องไปอีกหลายปีเช่นกัน^{5,16,21} ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย

จากอาการอ่อนแรงครึ่งซีกร่วมกับความบกพร่องของความสามารถทางสมอง (cognitive impairment) ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ รายได้ลดลง ทำให้การยอมรับตนเองลดลง ส่งผลต่อสภาพจิตใจและเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลตามมา^{17,22} นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติของการใช้ภาษา (aphasia) จะมีภาวะวิตกกังวลในระดับรุนแรงถึงร้อยละ 44⁵ ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิตกกังวลมักพบภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย⁹ ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง^{6,9,21,23} ความบกพร่องหรือภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง ความบกพร่องของความสามารถทางสมอง^{6,9,21} ความบกพร่องของการใช้ภาษา การพึ่งพาผู้อื่น การอาศัยตามลำพัง การแยกตัวออกจากสังคม⁶ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน⁹ หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น⁶ และเพศหญิงมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย^{6,9}

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ไม่สบายใจ เกิดความกังวลและความกลัว^{1,9} เป็นอุปสรรคในการเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟู ทำให้ปริมาณและคุณภาพของการรักษาลดลง ส่งผลให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลง การเคลื่อนไหวหรือการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ทำได้ด้วยความยากลำบาก^{6,9,16, 20,21,23} คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง^{14,19,23,24} ส่งผลต่อการเข้าสังคม⁹ และทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด^{20,23} เกิดความคิดอยากตายและพยายามฆ่าตัวตาย^{19,20} และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น^{6,9,16,19,20,23} แต่ทว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักไม่ค่อยได้รับความสนใจจากทีมผู้ให้การรักษและไม่ได้รับการวินิจฉัย ทำให้ผู้ป่วยแทบจะไม่ได้รับการจัดการเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติและการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยลดลง²⁵ ดังนั้นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines; CPGs) สามารถ

ช่วยบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น²⁶ ดังนั้นการเผยแพร่และกระตุ้นทีมสหสาขาวิชาชีพให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิก จะสามารถเพิ่มองค์ความรู้ในการปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วย ลดความแตกต่างของการปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรักษาและท้ายที่สุดทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดียิ่งขึ้น²⁷

หลายประเทศมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับบริบทของประเทศ ทีมพัฒนา ขอบเขตของหัวข้อ รายละเอียดของเนื้อหา และระยะเวลาที่มีการจัดทำแนวปฏิบัติ ดังนั้นในแต่ละแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงมีความแตกต่างกันในเรื่องของระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (level of evidence; LOE) ระดับของคำแนะนำ (level of recommendation) และรายละเอียดของคำแนะนำในแต่ละหัวข้อ²⁸ การศึกษารุ่นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพขอบเขตและความสอดคล้องของคำแนะนำจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิธีการ

การระบุและการคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งดัดแปลงจากเกณฑ์ของ physiotherapy evidence database (PEDro)²⁸ ดังนี้คือ 1) จัดทำขึ้นภายใต้การสนับสนุนของสมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกจะต้องประกอบด้วยข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ได้แก่ คำแนะนำ วิธีการ หรือข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม 3) แนวปฏิบัติทางคลินิกจัดทำขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีโดยไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 4) มีคำแนะนำอย่างน้อยหนึ่งข้อเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) ตีพิมพ์หรือเผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป

การสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Medline, Cochrane Library, PEDro, American Physical Therapy Association (APTA), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Guidelines International Network และ Google Scholar นอกจากนี้มีการตรวจสอบเอกสารอ้างอิงของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านเกณฑ์ร่วมด้วย คำที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (“stroke” หรือ “post-stroke” หรือ “cerebrovascular disease” หรือ “CVA”) ร่วมกับภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า (“anxiety” หรือ “depression”) และแนวปฏิบัติ (“guidelines”) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สืบค้นได้จะเก็บรวบรวมด้วยโปรแกรม EndNote X7 และคัดกรองแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ซ้ำกันออก หลังจากนั้นจึงทำการคัดกรองแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความเป็นไปได้บ่งชี้จะถูกพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างเป็นอิสระต่อกันโดยผู้วิจัยสองคน หากความคิดเห็นไม่ตรงกันจะมีการอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน

การประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก ด้วยแบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II)²⁹ เพื่อประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย 6 หมวด 23 หัวข้อ ดังนี้ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์; หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย; หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ; หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ; หมวดที่ 5 การนำไปใช้; และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ โดยแบบประเมินทั้ง 23 หัวข้อ ใช้ระบบการให้คะแนน 7 ระดับ จาก 1 คือ ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก ถึง 7 คือ เห็นด้วยเป็นอย่างมาก คะแนนที่ได้จากการประเมินมากขึ้นบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพสูงขึ้น โดยกำหนดให้แนวปฏิบัติที่ได้คะแนนรวมเฉลี่ย

ทุกหมวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 เป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูงและนำไปใช้สำหรับการสังเคราะห์ข้อมูลต่อการประเมินกระทำโดยผู้วิจัย 2 คน อย่างเป็นอิสระต่อกัน ในแต่ละแนวปฏิบัติทางคลินิกและรายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย

การสังเคราะห์คำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ด้วยระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและระดับของคำแนะนำในแต่ละแนวปฏิบัติทางคลินิกจะถูกนำมาแปลงให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ตามเกณฑ์ของ National Health and Medical Research Council (NHMRC)³⁰ เพื่อความสะดวกในการเปรียบเทียบ โดยระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 คือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม; ระดับ 2 คือการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม; ระดับ 3 - 1 คือการทดลองแบบสุ่มหกลอกและมีกลุ่มควบคุม; ระดับ 3 - 2 คือการทดลองที่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมไปพร้อมกัน เช่น การทดลองที่ไม่มีการสุ่ม การศึกษาจากเหตุไปหาผลหรือการศึกษาจากผลมาหาเหตุ; ระดับ 3 - 3 คือการทดลองที่มีการเปรียบเทียบโดยกลุ่มควบคุมไม่ได้ทำพร้อมกัน เช่น การวิจัยเชิงทดลองที่เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในอดีต; และระดับ 4 คือกรณีศึกษา ระดับของคำแนะนำมีทั้งหมด 4 เกรด ดังนี้ เกรด A หมายถึงหลักฐานสามารถเชื่อถือได้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ; เกรด B หมายถึงหลักฐานสามารถเชื่อถือได้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติในสถานการณ์ส่วนใหญ่; เกรด C หมายถึงหลักฐานให้การสนับสนุนคำแนะนำแต่ควรใช้ความระมัดระวังในการนำไปใช้; และเกรด D หมายถึงหลักฐานอ่อนและต้องใช้คำแนะนำด้วยความระมัดระวัง

ผล

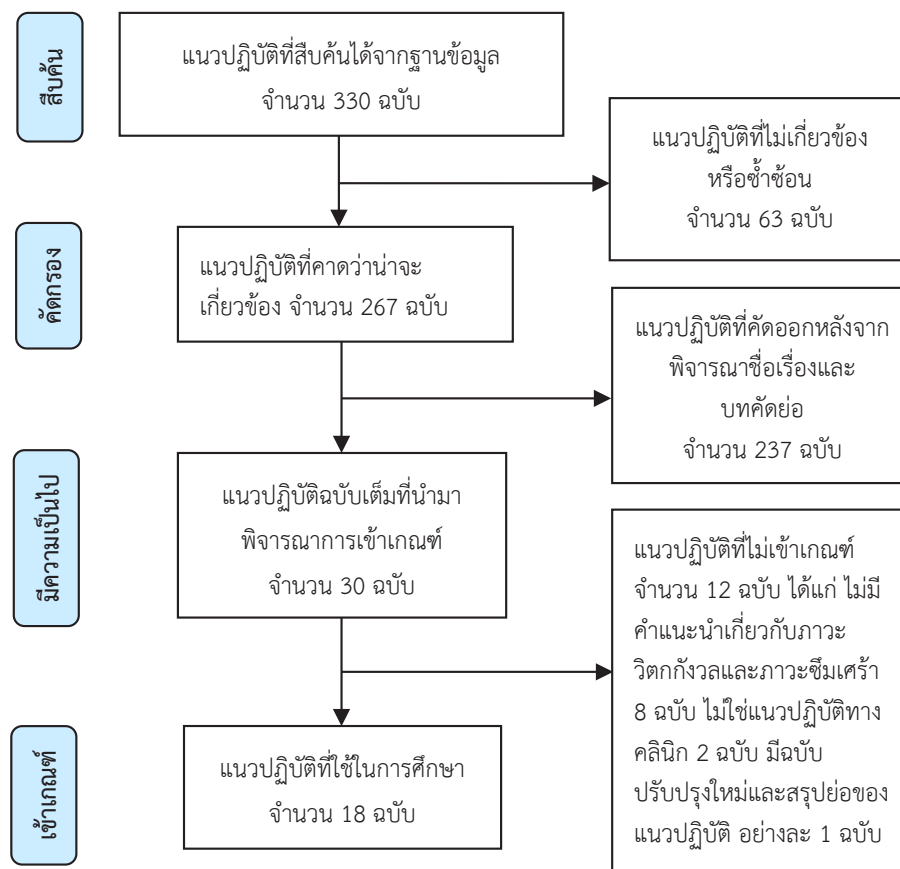
การสืบค้นและลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ผลของการสืบค้นจากฐานข้อมูลทั้งหมดพบแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 330 ฉบับ หลังคัดแนวปฏิบัติที่ไม่เกี่ยวข้องหรือซ้ำซ้อนออก มีแนวปฏิบัติที่น่าจะเกี่ยวข้องจำนวน 267 ฉบับ หลังจากพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อ มีแนวปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้จำนวน 30 ฉบับ และทำการ

พิจารณาแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับเต็มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านเข้าเกณฑ์ จำนวน 18 ฉบับ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 18 ฉบับตีพิมพ์หรือเผยแพร่ ในปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกประเภท จำนวน 15 ฉบับ จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 2 ฉบับ และจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 1 ฉบับ โดยทั้ง 18 ฉบับมาจากกลุ่มพัฒนาของประเทศสหรัฐอเมริกา 3 ฉบับ^{9,31,32} (2 หน่วยงาน) ประเทศแคนาดา 9 ฉบับ^{6,7,27,33-38} (2 หน่วยงาน) ประเทศไทย 2 ฉบับ^{1,39} (1 หน่วยงาน) ประเทศอังกฤษ¹⁶ ประเทศออสเตรเลีย⁴⁰ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน⁴¹ และประเทศสาธารณรัฐเกาหลี⁴² ประเทศละ 1 ฉบับ ดังแสดงในตารางที่ 1

คุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

คะแนนการประเมินของแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วย AGREE-II ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยคะแนน AGREE-II ของแต่ละหมวด มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ร้อยละ 71 (ร้อยละ 29 - 100) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร้อยละ 65.6 (ร้อยละ 29 - 100) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำร้อยละ 59.8 (ร้อยละ 18 - 91) ความชัดเจนในการนำเสนอร้อยละ 93 (ร้อยละ 86 - 100) การนำไปใช้ร้อยละ 32.6 (ร้อยละ 14 - 83) และความเป็นอิสระของบรรณาธิการร้อยละ 55.7 (ร้อยละ 14 - 100) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีค่าเฉลี่ยของทุกหมวดรวมกันมากกว่าร้อยละ 75 ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพสูงมีจำนวน 13 ฉบับ ซึ่งจะนำไปใช้สำหรับการสังเคราะห์ข้อมูลโดยมาจากสมาคมโรคหัวใจ/สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศสหรัฐอเมริกา 2 ฉบับ^{9,31} กรมกิจการทหารผ่านศึกและกระทรวงกลาโหม ประเทศสหรัฐอเมริกา 1 ฉบับ³² มูลนิธิโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา 8 ฉบับ^{6,7,27,33-35,37,38} คณะทำงานโรคหลอดเลือดสมองระหว่างวิทยาลัย ประเทศอังกฤษ 1 ฉบับ¹⁶ และมูลนิธิโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศออสเตรเลีย 1 ฉบับ⁴⁰ และแนวปฏิบัติทางคลินิก



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก

ที่เหลืออีก 5 ฉบับ มีคะแนนเฉลี่ยของทุกหมวดรวมกัน ไม่ถึงร้อยละ 50 ซึ่งมาจากประเทศแคนาดา³⁶ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน⁴¹ ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี⁴² ประเทศละ 1 ฉบับ และประเทศไทย 2 ฉบับ^{1,39}

การสังเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิก

การสังเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำเฉพาะแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพสูง จำนวน 13 ฉบับ มาทำการสังเคราะห์และเปรียบเทียบเท่านั้น การจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคำแนะนำสอดคล้องกันเพียงแค่ 5 ฉบับเท่านั้น โดยแบ่งคำแนะนำออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ การคัดกรอง การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด และการให้ความรู้ โดยสรุปมีการแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยง^{6,40} ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิตกกังวลควรพิจารณาการรักษาด้วยยา การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (problem-solving therapy; PST)^{6,16} และควรได้รับความรู้ข้อมูล การสนับสนุนและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล^{16,34,38} ดังแสดงในตารางที่ 3

การจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคำแนะนำสอดคล้องกันทุกฉบับ โดยแบ่งคำแนะนำออกเป็น 7 หมวด ได้แก่ การคัดกรอง การป้องกัน การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด การรักษาร่วมกันระหว่างการใช้ยาและการทำจิตบำบัด การออกกำลังกายและการให้ความรู้ โดยสรุปมีการแนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า^{33,37} และตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า^{6,31,34,35} โดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือที่ได้

มาตรฐานและมีความเที่ยง^{6,40} และควรตรวจคัดกรองในสองสัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{7,27} การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา^{6,40} ส่วนการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคำแนะนำที่สอดคล้องกันหลายวิธีโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้าในกรณีที่ไม่มีความ^{6,9,31,40} มีการแนะนำให้ใช้ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)^{6,9,32,40} และหากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาด้วยยาไปแล้ว 2 ถึง 4 สัปดาห์ ควรตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนพิจารณาเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยา^{6,16} การบำบัดด้วยวิธีการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ควรได้รับการพิจารณาสำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{6,16} และพบว่าการใช้ยารักษาซึมเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัดทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น^{6,9} และควรพิจารณาการออกกำลังกายเป็นการรักษาเสริมสำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{9,32} อีกทั้งผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองคำแนะนำและโอกาสในการพูดคุยเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย^{9,16,27,38} ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

จากการทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 18 ฉบับ มีคำแนะนำที่สอดคล้องกัน 17 คำแนะนำ ดังนั้นคำแนะนำที่สังเคราะห์ขึ้นนี้แก่ทีมผู้ให้การรักษาหรือทีมสหสาขาวิชาชีพถือเป็นการประกันคุณภาพขั้นต้นสำหรับการดูแลรักษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาตรฐานสากล จากการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วย AGREE-II มีเพียงแนวปฏิบัติเดียวจากมูลนิธิโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศออสเตรเลีย⁴⁰ ที่มีคะแนนทุกหมวดสูงกว่าร้อยละ 75 โดยมีคะแนนรวมทุกหมวดเฉลี่ยสูงสุด คือร้อยละ 96 และจากแนวปฏิบัติทางคลินิก

ทั้งหมด หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือความชัดเจนในการนำเสนอ คิดเป็นร้อยละ 93 และหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือการนำไปใช้ คิดเป็นร้อยละ 33 ส่วนหมวดอื่น ๆ ได้คะแนนเฉลี่ยไม่ถึงร้อยละ 75 ดังนั้นในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในอนาคตควรพิจารณาให้ครอบคลุมทุกหมวดเพื่อทำให้นวปฏิบัติทางคลินิกมีคุณภาพดีขึ้น

การจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยง^{6,40} และตรวจประเมินโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือมาแล้ว⁴⁰ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือความบกพร่องของความสามารถทางสมอง ควรเลือกใช้แบบประเมินที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น แบบประเมินที่อาศัยการสังเกต (observational tool) เป็นต้น⁶ อย่างไรก็ตาม ไม่พบคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นโอกาสที่จะได้พัฒนางานวิจัยและแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อไปในอนาคต

ในด้านการรักษา การรักษาด้วยยานำว่าผู้ป่วยควรได้รับยารักษาซึมเศร้าอย่างน้อย 4 เดือนและควรตรวจสอบผลข้างเคียงของยา หากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาไปแล้ว 2 ถึง 4 สัปดาห์ ควรตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนพิจารณาเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยา¹⁶ การทำจิตบำบัดควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา^{6,16} และอาจพิจารณาใช้การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นก่อนพิจารณาการใช้ยารักษาซึมเศร้า และควรปรับรูปแบบการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือความบกพร่องของความสามารถทางสมอง¹⁶ นอกจากนี้ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ควรได้รับข้อมูล การสนับสนุน และคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจประเมินและการจัดการภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย^{1,16,34,38} วิธีการรักษาอื่น ๆ ที่มีการรายงานในแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบผสมผสานกายใจ (mind-body exercise) เช่น ไทชิ โยคะ และซิงกิ้ง^{11,32} นอกจากนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ทั้ง 18 ฉบับ

ฉบับที่	ผู้เขียน/องค์กร/สังคม ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก	ชื่อแนวปฏิบัติทางคลินิก	ปีที่ตีพิมพ์	ชนิดของ โรคหลอดเลือด สมอง	ระดับของ หลักฐาน	ระดับของ คำแนะนำ
ประเทศสหรัฐอเมริกา						
1.	Powers WJ และคณะ ³¹ สมาคมโรคหัวใจ/ สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง สหรัฐอเมริกา	แนวทางการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประเภทย่อย : ปรับปรุง ปี พ.ศ. 2562 แนวทางสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจากสมาคม โรคหัวใจ/สมาคมโรคหลอดเลือดสมองของสหรัฐอเมริกา	2562	ตีบ	ระดับ 1 - 4#	A - C+
2.	กรมกิจการทหารผ่านศึกและกระทรวง กลาโหม สหรัฐอเมริกา ³²	แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองของ กรมกิจการทหารผ่านศึกและกระทรวงกลาโหม	2562	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 3.2#	E#
3.	Winstein CJ และคณะ ⁹ สมาคมโรคหัวใจ/ สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง สหรัฐอเมริกา	แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นฟูของโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้ใหญ่ : แนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์จากสมาคมโรคหัวใจ/สมาคม โรคหลอดเลือดสมองของสหรัฐอเมริกา	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
ประเทศแคนาดา						
4.	Teasele R และคณะ ³³ มูลนิธิโรคหัวใจและโรค หลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดโรคหลอดเลือดสมองของประเทศแคนาดา : การฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสภาพและการเข้าร่วมในชุมชนในการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่หนึ่ง : การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นฟูสภาพ ปรับปรุงปี พ.ศ. 2562	2563	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
5.	Mountain A และคณะ ³³ มูลนิธิโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : การฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสภาพและการเข้าร่วมในชุมชน ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่สอง : การเปลี่ยนสถานที่และการ มีส่วนร่วมของชุมชนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2563	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
6.	Lanctôt KL และคณะ ⁶ มูลนิธิโรคหัวใจและ โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : อารมณ์ ความรู้ความเข้าใจและความเหนื่อยล้า ภายหลังการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2562	2563	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
7.	Boulanger JM และคณะ ³⁴ มูลนิธิโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดโรคหลอดเลือดสมองของประเทศแคนาดา สำหรับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : ก่อนเข้าโรงพยาบาล แผนฉุกเฉิน และการดูแลผู้ป่วยในของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2561	2561	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
8.	Wein T และคณะ ³⁵ มูลนิธิโรคหัวใจและโรค หลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : การป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แนวปฏิบัติ ปรับปรุง ปี พ.ศ. 2560	2561	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
9.	Saikaley M และคณะ ³⁶ มูลนิธิโรคหัวใจและ โรคหลอดเลือดสมอง ความร่วมมือของประเทศ แคนาดาเพื่อการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง	การทบทวนโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ โรคหลอดเลือดสมอง	2561	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	E#

ฉบับที่	ผู้เขียน/องค์กร/สังคม ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก	ชื่อแนวปฏิบัติทางคลินิก	ปีที่พิมพ์	ชนิดของ โรคหลอดเลือด สมอง	ระดับของ หลักฐาน	ระดับของ คำแนะนำ
ประเทศแคนาดา (ต่อ)						
10.	Cameron JJ และคณะ ³⁷ มูลนิธิโรคหัวใจและ โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : การจัดการการเปลี่ยนสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2559	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C#
11.	Casabon LK และคณะ ³⁸ มูลนิธิโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : แนวทางการดูแลผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลัน ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2558	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C#
12.	Hebert D และคณะ ³⁷ มูลนิธิโรคหัวใจและ โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2558	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C#
ประเทศอังกฤษ						
13.	Rudd AG และคณะ ¹⁶ คณะทำงาน โรคหลอดเลือดสมองระหว่างวิทยาลัย	แนวปฏิบัติทางคลินิกแห่งชาติสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง	2560	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 3#	E#
ประเทศออสเตรเลีย						
14.	มูลนิธิโรคหลอดเลือดสมอง ⁴⁰	แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง	2560	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4	A - D
ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน						
15.	Lou M และคณะ ⁴¹ สมาคมโรคหลอดเลือด สมอง สาธารณรัฐประชาชนจีน	แนวทางของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองของสาธารณรัฐประชาชนจีนสำหรับ การจัดการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดสมอง : บทสรุปเกี่ยวกับการบริหาร และการปรับปรุง ปี พ.ศ. 2562 เกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองใน องค์กร	2563	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C#
ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี						
16.	Cho WS และคณะ ⁴² สมาคมศัลยแพทย์ หลอดเลือดสมอง สาธารณรัฐเกาหลี	แนวปฏิบัติทางคลินิกของสาธารณสุขเกาหลีสำหรับภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้ม สมองจากเส้นเลือดโป่งพอง	2561	แตก	ระดับ 1 - 4#	A - C#
ประเทศไทย						
17.	แพทย์หญิงทัศนีย์ ต้นติฤทธิ์ศักดิ์ และคณะ ³⁹ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์	2562	ตีบ	ระดับ 1 - 4#	A - D#
18.	แพทย์หญิงพรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ ¹ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - D#

หมายเหตุ : # หมายถึง ระดับของหลักฐานและ/หรือระบบการให้คะแนน แปลงเป็นการจำแนกประเภทของหลักฐานตามระบบของ NHMRC

E หมายถึง ไม่ระบบการให้การ จึงเปลี่ยนมาใช้ตามความหนักของหลักฐานและมติของกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ตารางที่ 2 การประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกตามเครื่องมือ AGREE-II

ลำดับ	ผู้เขียน/องค์กร/สังคม ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก	คะแนนของแต่ละหมวด (ร้อยละ)				การนำไปใช้	ความเป็นอิสระ ของบรรณาธิการ	ค่าเฉลี่ยของ แต่ละหมวด (ร้อยละ)
		ขอบเขตและ วัตถุประสงค์	การมีส่วนร่วมของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความเข้มงวดของ ขั้นตอนการจัดทำ	ความชัดเจน ในการนำเสนอ			
ประเทศสหรัฐอเมริกา								
1.	สมาคมโรคหัวใจ/สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง สหรัฐอเมริกา ^{9,31}	100	52.4	82.1	100	28.6	85.7	75
2.	กรมกิจการทหารผ่านศึกและกระทรวงกลาโหม สหรัฐอเมริกา ³²	95.2	90.5	78.6	95.2	21.4	78.6	77
ประเทศแคนาดา								
3.	มูลนิธิโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง แคนาดา ^{6,7,27,33-35,37,38}	100	91.7	87.5	94.4	66.7	100	90
4.	มูลนิธิโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ความร่วมมือของ ประเทศแคนาดาเพื่อการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง ³⁶	52.4	28.6	55.4	90.5	14.3	14.3	43
ประเทศอังกฤษ								
5.	คณะทำงานโรคหลอดเลือดสมองระหว่างวิทยาลัย ¹⁶	100	97	91	97	54	100	90
ประเทศออสเตรเลีย								
6.	มูลนิธิโรคหลอดเลือดสมอง ⁴⁰	100	100	90.6	100	83.3	100	96
ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน								
7.	สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง สาธารณรัฐประชาชนจีน ⁴¹	52.4	28.6	30.4	90.5	14.3	21.4	40
ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี								
8.	สมาคมศิษย์แพทย์หลอดเลือดสมอง สาธารณรัฐเกาหลี ⁴²	28.6	52.4	39.3	85.7	14.3	28.6	42
ประเทศไทย								
9.	แพทย์หญิงทัศน์ย์ ตันติฤทธิศักดิ์ และคณะ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ³⁹	38.1	52.4	17.9	90.5	14.3	14.3	38
10.	แพทย์หญิงพรพิมล มาศสกุลพรหม และคณะ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ¹	42.9	61.9	25	85.7	14.3	14.3	41

ตารางที่ 3 การสังเคราะห์คำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หัวข้อและคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิก	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	17	18
1. การคัดกรอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยง						●							●		
2. การรักษา															
2.1 การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิตกกังวลควรได้รับการรักษาด้วยยา						●					●				
2.2 การทำจิตบำบัด ควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหาเพื่อรักษาภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						●					●				
3. การให้ความรู้ ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลควรได้รับข้อมูล การสนับสนุน และคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจประเมินและการจัดการภาวะวิตกกังวล							●			●		●			●

ตารางที่ 4 การสังเคราะห์คำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หัวข้อและคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิก	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	17	18
1. การคัดกรอง															
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า					●				●						
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า หากมีความเหมาะสมทางการแพทย์	●					●		●							
- ควรตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยง						●							●		
- การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรพิจารณาตรวจภายในสองสัปดาห์หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				●						●					
2. การป้องกัน ควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						●									
3. การรักษา															
3.1 การรักษาด้วยยา															
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้าในกรณีที่ไม่ดีขึ้น	●		●			●							●	●	●
- ควรพิจารณาใช้ยากลุ่ม SSRI เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		●				●							●		
- หากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาด้วยยาไปแล้ว 2 ถึง 4 สัปดาห์ ควรตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ก่อนพิจารณาเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยา						●					●				
3.2 การทำจิตบำบัด ควรพิจารณาใช้การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						●						●			
3.3 การรักษาร่วมกันระหว่างการบำบัดและการทำจิตบำบัด ควรพิจารณาใช้การรักษาซึมเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัดเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			●			●									●
3.4 การออกกำลังกาย ควรพิจารณาการออกกำลังกายเป็นการรักษาเสริมสำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		●												●	
3.5 การให้ความรู้ ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูล คำแนะนำและโอกาสในการพูดคุยเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิต			●							●				●	●

ได้แนะนำให้มีการออกกำลังกายในน้ำ (aquatic therapy) การฝังเข็ม (acupuncture) หรือการทำสมาธิของวัดป่า (forest meditation) อาจทำให้ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น³⁶ แต่สำหรับการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based interventions) ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม⁴⁰

การจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า^{6,33,37} และตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า หากมีความเหมาะสมทางการแพทย์^{6,34,35} โดยต้องตรวจโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยงมาก่อน^{6,40} แนะนำให้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถามก่อน (2Q)^{1,9,31,39} แต่เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความไว (0.79) และความจำเพาะ (0.76) ต่ำ⁴³ ดังนั้นหากพบผลบวก จำเป็นต้องตรวจประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)⁴⁴ ปัจจุบันจึงมีการใช้แบบประเมินอื่นมากขึ้น ได้แก่ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), และ Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)²⁰ ถึงแม้ว่า CES-D และ HDRS จะมีความไวสูง แต่พบว่าไม่เหมาะกับการนำมาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ส่วน HADS พบว่ามีความจำเพาะสูงที่สุด⁴³ นอกจากนี้ มีการแนะนำให้ตรวจคัดกรองภายในสองสัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{7,27} และควรระบุประวัติอดีตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย^{34,38} ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผลการตรวจคัดกรองบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างทันท่วงทีโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยงมาแล้ว⁶ ร่วมกับการสัมภาษณ์ทางคลินิกแบบมีโครงสร้างตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติ

ทางจิต^{6,40} (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5) ซึ่งเป็นระบบการวินิจฉัยตามสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association)⁴⁴ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับการตรวจประเมินภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย¹⁶ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือความบกพร่องของความสามารถทางสมอง ควรเลือกใช้กลยุทธ์ที่มีความเหมาะสม เช่น เครื่องมือที่อาศัยการสังเกตเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่เหมาะสม^{6,40}

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{6,40} ส่วนการใช้ยารักษาซึมเศร้า เช่น ยากลุ่ม SSRI หรือ serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะหาข้อสรุปเพื่อใช้ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{6,9,40} เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกหัก¹¹

การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย^{1,9,42} ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเล็กน้อยอาจได้รับการดูแลเริ่มต้นด้วยการเฝ้าดูเหตุการณ์ (watchful waiting) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คอยติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยในช่วง 2 ถึง 4 สัปดาห์ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองและการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยร่วมด้วย⁶ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับยารักษาซึมเศร้าในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม^{1,6,9,31,39,40} โดยแนะนำให้ใช้ยากลุ่ม SSRI^{6,9,32,40} และหากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นภายหลังการใช้ยาไปแล้ว 2 ถึง 4 สัปดาห์ ควรตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ก่อนพิจารณาเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยา^{6,16} นอกจากนี้อาจพิจารณาใช้ยากลุ่ม SNRI หรือ nortriptyline, citalopram, mianserin และ reboxetine

ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้^{11,32} และหากผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาซึมเศร้าได้ดี ควรให้การรักษาท่อเนื่องไปอีก อย่างน้อย 6 ถึง 12 เดือน และหากพิจารณาที่จะหยุดการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้า ควรใช้เวลาในการปรับลดขนาดของยาประมาณ 1 ถึง 2 เดือน⁶ สำหรับวิธีการรักษาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา มีการแนะนำให้พิจารณาใช้การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ^{6,16} การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)³² การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (PST)¹⁶ การออกกำลังกายด้วยความเข้มสูง (high intensity)^{9,32} ซึ่งควรมีระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด⁹ เช่น สามครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้คงสภาพการออกกำลังกายเอาไว้เพื่อให้ได้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง⁴⁰ และมีการแนะนำการออกกำลังกายแบบผสมผสานกายใจ เช่น โทชิ โยคะและซิงเกิ้ล^{11,32} อีกทั้งควรให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษา (counseling) แก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับการกำเริบของภาวะซึมเศร้า การสังเกตอาการสัญญาณเตือนของการเกิดซ้ำและอารมณ์ของผู้ป่วย ในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิต^{1,6,9,16,39} นอกจากนี้ยังมีการแนะนำการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การใช้ดนตรีบำบัดหรือการฝึกสติเป็นรายบุคคล⁶ และการฝังเข็ม⁴⁰ แต่ไม่แนะนำให้ใช้การกระตุ้นสมองแบบไม่รุกราน (non-invasive) สำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้ากระแสตรงผ่านกะโหลกศีรษะ (transcranial direct current stimulation) และการกระตุ้นซ้ำด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านกะโหลกศีรษะ (repetitive transcranial magnetic stimulation) เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลเนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคยและผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกไม่สุขสบายเป็นเพียงการแนะนำให้ใช้สำหรับการวิจัยเท่านั้น⁴⁰

สรุป

แนวทางสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวล

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลควรพิจารณาให้การรักษาด้วยยา การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห และควรให้ข้อมูล คำแนะนำ และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล สำหรับแนวทางการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการประเมินตรวจคัดกรองความเสี่ยงและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากพบความเสี่ยงสูงควรได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างทันท่วงที ควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับยา กลุ่ม SSRI ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ หรือพิจารณาใช้ยารักษาซึมเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัด การออกกำลังกาย และควรให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา รุ่งทอง, พรทิพย์พา ธิมายอม, พรพิมล วิเชียรไพศาล, บรรณาธิการ. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation]. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด; 2559.
2. Whitehead S, Baalbergen E. Post-stroke rehabilitation. S Afr Med J. 2019;109(2):81-3. doi:10.7196/SAMJ.2019.v109i2.00011.
3. Erafeij J, Clark W, France B, Desando S, Moore D. Effectiveness of upper limb functional electrical stimulation after stroke for the improvement of activities of daily living and motor function: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2017;6(1):40. doi:10.1186/s13643-017-0435-5.
4. World Health Organization. Global health observatory (GHO) data; top 10 causes of death [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2020 [cited 2020 Dec 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

5. Stroke Association. State of the nation stroke statistics. London: Stroke Association House; 2018.
6. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian stroke best practice recommendations: mood, cognition and fatigue following stroke, 6th edition update 2019. *Int J Stroke*. 2020;15(6):668-88. doi:10.1177/1747493019847334.
7. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong Ad, et al. Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part one: rehabilitation and recovery following stroke; 6th Update 2019. *Int J Stroke*. 2020;15(7):763-88. doi:10.1177/1747493019897843.
8. Lawrence M, Booth J, Mercer S, Crawford E. A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. *Int J Stroke*. 2013;8(6):465-74. doi:10.1111/ijis.12135.
9. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169. doi:10.1161/STR.0000000000000098.
10. Jasne AS, Sucharew H, Alwell K, Moomaw CJ, Flaherty ML, Adeoye O, et al. Stroke center certification is associated with improved guideline concordance. *Am J Med Qual*. 2019;34(6):585-9. doi:10.1177/1062860619835317.
11. Sall J, Eapen BC, Tran JE, Bowles AO, Bursaw A, Rodgers ME. The management of stroke rehabilitation: a synopsis of the 2019 U.S. department of veterans affairs and U.S. department of defense clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2019;171(12):916-24. doi:10.7326/M19-1695.
12. National Guideline Centre (UK). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019.
13. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2559 ถึง ปี พ.ศ. 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [Number and rate of patients in 2016 - 2018 (High blood pressure, diabetes, coronary artery, cerebrovascular disease, COPD)]. นนทบุรี: สำนัก; 2561.
14. Wright F, Wu S, Chun HY, Mead G. Factors associated with poststroke anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Stroke Res Treat*. 2017;2017:2124743. doi:10.1155/2017/2124743.
15. Taylor-Rowan M, Momoh O, Ayerbe L, Evans JJ, Stott DJ, Quinn TJ. Prevalence of pre-stroke depression and its association with post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(4):685-96. doi:10.1017/S0033291718002003.
16. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. 5th ed. London: Royal College of Physicians; 2016.
17. Knapp P, Campbell Burton CA, Holmes J, Murray J, Gillespie D, Lightbody CE, et al. Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD008860. doi:10.1002/14651858.CD008860.pub3.
18. Chun HY, Newman R, Whiteley WN, Dennis M, Mead GE, Carson AJ. A systematic review of anxiety interventions in stroke and acquired brain injury: efficacy and trial design. *J Psychosom Res*. 2018;104:65-75. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.11.010.
19. Shen X, Liu M, Cheng Y, Jia C, Pan X, Gou Q, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Affect Disord*. 2017;211:65-74. doi:10.1016/j.jad.2016.12.058.

20. Cai W, Mueller C, Li YJ, Shen WD, Stewart R. Post stroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2019;50:102-9. doi:10.1016/j.arr.2019.01.013.
21. Teasell R, Cotoi A, Chow J, Wiener J, Iliescu A. Evidence-based review of stroke rehabilitation: executive summary. 18th ed. Canada: Canadian partnership for stroke recovery; 2016.
22. Sianturi R, Anna Keliat B, Yulia Wardani I. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enferm Clin.* 2018;28 Suppl 1:94-7. doi:10.1016/S1130-8621(18)30045-7.
23. Bucur M, Papagno C. A systematic review of noninvasive brain stimulation for post-stroke depression. *J Affect Disord.* 2018;238:69-78. doi:10.1016/j.jad.2018.05.026.
24. Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen KS. Anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med.* 2018;50(9):769-78. doi:10.2340/16501977-2384.
25. Menlove L, Crayton E, Kneebone I, Allen-Crooks R, Otto E, Harder H. Predictors of anxiety after stroke: a systematic review of observational studies. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015;24(6):1107-17. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.12.036.
26. O'Sullivan SB. National physical therapy examination review and study guide. Illinois: International Educational Resources; 2019.
27. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke.* 2016;11(4):459-84. doi:10.1177/1747493016643553.
28. Jolliffe L, Lannin NA, Cadilhac DA, Hoffmann T. Systematic review of clinical practice guidelines to identify recommendations for rehabilitation after stroke and other acquired brain injuries. *BMJ Open.* 2018;8(2):e018791. doi:10.1136/bmjopen-2017-018791.
29. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล [Appraisal of guideline for research & evaluation II; agree II] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบัน; 2556 [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ส.ค. 2563]. จาก: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>
30. National Health and Medical Research Council. NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines [Internet]. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2009 [cited 2020 Aug 27]. Available from: <https://www.mja.com.au/sites/default/files/NHMRC.levels.of.evidence.2008-09.pdf>
31. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke.* 2019;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211.
32. The management of stroke rehabilitation work group. VA/DoD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. Washington DC. Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2019.
33. Mountain A, Lindsay MP, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke part two: transitions and community participation following stroke. *Int J Stroke.* 2020;15(7):789-806. doi:10.1177/1747493019897847.
34. Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, Smith EE, Stotts G, Foley N, et al. Canadian stroke best practice recommendations for acute stroke management: prehospital, emergency department, and acute inpatient stroke care, 6th ed. *Int J Stroke.* 2018;13(9):949-84. doi:10.1177/1747493018786616.

35. Wein T, Lindsay MP, Côté R, Foley N, Berlingieri J, Bhogal S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke, 6th edition. *Int J Stroke*. 2018;13(4):420-43. doi:10.1177/1747493017743062.
36. Saikaley M, Iruthayarajah J, Harnett A, Salter K, Foley N. Evidence-based review of stroke rehabilitation. Canada: Canadian Partnership for Stroke Recovery; 2018.
37. Cameron JI, O'Connell C, Foley N, Salter K, Booth R, Boyle R, et al. Canadian stroke best practice recommendations: managing transitions of care following stroke, guidelines update 2016. *Int J Stroke*. 2016;11(7):807-22. doi:10.1177/1747493016660102.
38. Casaubon LK, Boulanger JM, Glasser E, Blacquiére D, Boucher S, Brown K, et al. Canadian stroke best practice recommendations: acute inpatient stroke care guidelines, update 2015. *Int J Stroke*. 2016;11(2):239-52. doi:10.1177/1747493015622461.
39. ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ชน ชีระวงศ์, บรรณาธิการ. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ [Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke]. กรุงเทพฯ. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์; 2562.
40. Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management [Internet]. Melbourne: Stroke Foundation; 2017 [cited 2020 08 27]. Available from: <https://informme.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management>
41. Lou M, Ding J, Hu B, Zhang Y, Li H, Tan Z, et al. Chinese stroke association stroke council guideline writing committee, Chinese stroke association guidelines for clinical management of cerebrovascular disorders: executive summary and 2019 update on organizational stroke management. *Stroke Vasc Neurol*. 2020;5(3):260-9. doi:10.1136/svn-2020-000355.
42. Cho WS, Kim JE, Park SQ, Ko JK, Kim DW, Park JC, et al. Korean clinical practice guidelines for aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J Korean Neurosurg Soc*. 2018;61(2):127-66. doi:10.3340/jkns.2017.0404.005.
43. Towfighi A, Ovbiagele B, El Hussein N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2017;48(2):e30-43. doi:10.1161/STR.0000000000000113.
44. Maurer DM, Raymond TJ, Davis BN. Depression: screening and diagnosis. *Am Fam Physician*. 2018;98(8):508-15.