วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 32 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2566

Journal of Health Science
Vol. 32 No. 5, September - October 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original article*

ผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านภาษาและการพูดชนิดอะเฟเซียที่มารับบริการงานแก้ไขการพูด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

สมจิต รวมสุข ศศ.ม. (ความผิดปกติของการสื่อความหมาย)
ภรภัทร ธนะศรีสืบวงศ์ วท.บ. (ความผิดปกติของการสื่อความหมาย)
งานแก้ไขการพูด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

วันรับ: 29 พ.ค. 2566
วันแก้ไข: 10 ก.ย. 2566
วันตอบรับ: 20 ก.ย. 2566

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านภาษาและการพูดชนิดอะเฟเซียที่มารับบริการงานแก้ไขการพูด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และศึกษาแนวโน้มทักษะด้านภาษาและการพูดที่เปลี่ยนแปลง เป็นการศึกษาแบบ prospective study ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2565 โดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านระบบ hospital information system ใช้แบบประเมิน Western Aphasia Battery ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา independent t-test และ post hoc จากผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 68) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 32) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.44 ปี (SD=9.12) มีคะแนนเฉลี่ยก่อนการฟื้นฟูในด้านความคล่องทางภาษา ด้านการฟังเข้าใจภาษา ด้านการพูดตาม และด้านการเรียกชื่อ เท่ากับ 4.04 (SD=2.60), 4.79 (SD=3.10), 6.2 (SD=3.08) และ 4.15 (SD=3.02) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยหลังการฟื้นฟูเท่ากับ 5.08 (SD=2.36), 6.13 (SD=2.69), 7.69 (SD=2.30) และ 5.63 (SD=2.71) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือน (3 ราย) ในด้านความคล่องทางภาษา การฟังเข้าใจภาษา การพูดตาม และการเรียกชื่อ เท่ากับ 2.66 (SD=1.52), 4.73 (SD=4.30), 4.10 (SD=3.96) และ 2.93 (SD=2.65) ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือน (22 ราย) เท่ากับ 0.81 (SD=1.43), 0.87 (SD=1.32), 1.13 (SD=1.60) และ 1.31 (SD=1.88) ตามลำดับ สรุปผลวิจัยได้ว่า ผลคะแนนเฉลี่ยก่อนการฟื้นฟูในกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนน้อยกว่าผลคะแนนเฉลี่ยหลังการฟื้นฟูในทุกด้าน แสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถดีขึ้น และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือนและได้รับการฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความคล่องทางภาษา การฟังเข้าใจภาษา และการพูดตาม แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการเรียกชื่อ จึงพบว่าด้านการเรียกชื่อ เป็นปัญหาที่ยังหลงเหลืออยู่เป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วย ทำให้มีการพูดไม่คล่อง นึกคำลำบาก ซึ่งเป็นสิ่งที่นักแก้ไขการพูดควรตระหนัก ถึงปัญหาด้านนี้โดยเฉพาะ ในการวางแผนการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยพูดสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

คำสำคัญ: **อะเฟเซีย; โรคหลอดเลือดสมอง; การฟื้นฟูทักษะด้านภาษาและการพูด**

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดในระบบประสาทส่วนกลางซึ่งเป็นศูนย์กลางในการควบคุมการพูด ความเข้าใจภาษา ความคิด จินตนาการและความสามารถอื่น ๆ ปัญหาด้านภาษาและการพูดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ประมาณร้อยละ 4 – 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจากภาวะเฉียบพลันทั้งหมด ความผิดปกติของการสื่อความหมายมีลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกันได้หลายชนิด ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลายไปและสาเหตุของความผิดปกตินั้น ปัญหาด้านภาษาและการพูดในบางรายอาจมีความรุนแรงจนพูดไม่ได้หรือฟังคำพูดไม่เข้าใจ หรือทั้งสองลักษณะรวมกัน รายที่มีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยอาจมีเพียง การพูดไม่ชัด หรือการนึกคำพูดลำบาก แม้จะเป็นคำพูดที่ใช้บ่อย[1]

ภาวะเสียการสื่อความ (aphasia) หมายถึง ความผิดปกติทางภาษาที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทโดยมีพยาธิสภาพในสมอง ผู้ป่วยต้องไม่มีความผิดปกติของระบบรับสัมผัส เช่น ตาบอด หูหนวก และต้องไม่มีความผิดปกติในการควบคุมกล้ามเนื้อ เช่น เป็นอัมพาต (paresis) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ (abnormal tone) หรือการทำงานของกล้ามเนื้อที่ไม่ประสานกัน (in-coordination)[2,3] ภาวะเสียการสื่อความจากโรคหลอด-เลือดสมอง (poststroke aphasia) สามารถแบ่งออกเป็น 8 ประเภท ตามตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองและลักษณะการพูดที่ผิดปกติ ดังนี้[4]

- Global aphasia มีอาการพูดไม่คล่อง บกพร่องด้านความเข้าใจภาษา การพูดตามและการนึกคำพูด
- Broca's aphasia มีอาการพูดไม่คล่อง บกพร่องด้านการพูดตามและการนึกคำพูด แต่เข้าใจภาษา
- Isolation aphasia มีอาการพูดไม่คล่อง บกพร่องด้านความเข้าใจภาษาและการนึกคำพูด แต่พูดตามได้ดี
- Transcortical motor aphasia มีอาการพูดไม่คล่อง บกพร่องในการนึกคำพูด แต่เข้าใจภาษาและพูดตามได้ดี
- Wernicke' aphasia มีอาการพูดคล่อง บกพร่องในด้านความเข้าใจภาษาและการพูดตาม การนึกคำพูดปานกลาง
- Transcortical sensory aphasia มีอาการพูดคล่อง บกพร่องในด้านความเข้าใจภาษา แต่พูดตามได้ดีและการนึกคำพูดปานกลาง
- Conduction aphasia มีอาการพูดคล่อง ความเข้าใจภาษาดี บกพร่องในด้านการพูดตาม การนึกคำพูดปานกลาง
- Anomic aphasia มีอาการพูดคล่อง ความเข้าใจภาษาดี พูดตามได้ดี แต่บกพร่องในการนึกคำพูด

อุบัติการณ์ของภาวะเสียการสื่อความ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยภาวะเสียการสื่อความรายใหม่ที่ระบุในช่วงเวลาที่กำหนด มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยภาวะเสียการสื่อความรายใหม่จำนวน 180,000 รายต่อปีในสหรัฐอเมริกา ภาวะเสียการสื่อความจากโรคหลอดเลือดสมองพบได้บ่อยในผู้สูงอายุมากกว่าผู้ใหญ่ที่อายุยังน้อย ร้อยละ 15 ในผู้ที่อายุต่ำกว่า 65 ปี มีภาวะเสียการสื่อความจากหลอดเลือดสมองตีบในครั้งแรก และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43 ในบุคคลอายุ 85 ปีขึ้นไป[5]

ดังนั้น จำเป็นที่นักแก้ไขการพูดจะต้องใช้แบบประเมินความสามารถทางภาษาและการพูด สำหรับผู้ป่วยอะเฟเซีย ซึ่งในการประเมินมีทั้งแบบประเมินคัดกรองเบื้องต้น และแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน ทั้งนี้ เพื่อแยกผู้ป่วยอะเฟเซียออกจากบุคคลที่ไม่ได้เป็นอะเฟเซีย เพื่อให้ทราบประเภทความบกพร่องและความรุนแรง ซึ่งจะทำให้เห็นปัญหาทางภาษาและการพูดอย่างละเอียด ส่งผลต่อการวางแผนการฟื้นฟูต่อไป ในประเทศไทยแบบประเมินมาตรฐานที่นักแก้ไขการพูดนิยมใช้มากที่สุด ได้แก่ แบบประเมิน Western Aphasia Battery (WBA) ฉบับภาษาไทย[3] มีค่าความเชื่อมั่น 0.990 ($p<0.01$) จากการทำ test- retest ในคนไทยปกติจำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในทุกแบบทดสอบย่อยจากการประเมินโดยนักแก้ไขการพูดผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน

ซึ่งสรุปว่า สามารถใช้ประเมินความสามารถทางภาษาของผู้ป่วยอะเฟเซียในคนไทยได้ และเป็นแบบประเมินที่ใช้ระยะเวลาไม่นาน นอกจากนี้ยังครอบคลุมทักษะทางภาษาและการพูดทุกด้าน[3,6]

งานแก้ไขการพูด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยคนพิการที่มีความบกพร่องทางภาษาและการพูด ปัจจุบันผู้ป่วยที่มารับบริการมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความ[7,8]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ได้มีการศึกษาผลการฟื้นฟูโดยใช้แบบทดสอบมาตรฐานในประเทศไทยในการให้ข้อมูลทักษะแต่ละด้านของภาษาและการพูดอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ขาดข้อมูลผลการฟื้นฟูเชิงประจักษ์ และขาดตัวชี้วัดประสิทธิผลด้านการฟื้นฟูภาษาและการพูดในผู้ป่วยกลุ่มอะเฟเซีย ดังนั้น ทีมวิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อทราบแนวโน้มของการฟื้นฟูว่าผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่อย่างไร โดยดูจากคะแนนที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการฟื้นฟูจากการใช้แบบประเมิน Western aphasia battery (WAB) ฉบับภาษาไทย และดูการเปลี่ยนแปลงชนิดอะเฟเซีย รวมถึงจำนวนความถี่ในการฟื้นฟูที่ทำให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงความสามารถทางภาษาและการพูด เพื่อเป็นแนวทางในการใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานที่ชัดเจน และวางแผนการฟื้นฟูที่เหมาะสม รวมถึงการจัดระบบบริการต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาไปข้างหน้า (prospective research) เพื่อศึกษาผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านภาษาและการพูดชนิดอะเฟเซีย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565 ที่มารับบริการงานแก้ไขการพูด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเสียการสื่อความ ที่มารับบริการในหน่วยงานแก้ไขการพูด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ทั้งฝึกพูดแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565 สถานที่ศึกษา ณ งานแก้ไขการพูด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ โดยมีเกณฑ์การเลือกตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

1. ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านภาษาและการพูด
2. อายุระหว่าง 20-70 ปี
3. ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน ที่เป็นอุปสรรคต่อการประเมินและการฝึกพูด
4. ไม่มีปัญหาด้าน Perception และ Cognition จากการประเมินของนักกิจกรรมบำบัด
5. นักแก้ไขการพูดได้มีการประเมินความสามารถผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน WAB ฉบับภาษาไทยทั้งก่อนและหลังจากฟื้นฟูต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
6. กรณีผู้ป่วยในที่มารับบริการ หลังจากพ้นระยะพักนอนแล้ว ต้องสามารถมาเป็นผู้ป่วยนอกต่อเนื่องได้อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
7. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ หากเปลี่ยนมาเป็นผู้ป่วยใน ต้องสามารถมาฟื้นฟูได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก ได้แก่

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินแบบประเมิน WAB ฉบับภาษาไทย ทั้งก่อนและหลังฟื้นฟูหรือได้รับการประเมินเพียงครั้งเดียว
2. มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ชัก recurrent stroke ในระหว่างการเก็บข้อมูลตลอด 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบประเมิน WAB ฉบับภาษาไทย และแบบกรอกข้อมูลผู้ป่วย (CRF) โดยแบบทดสอบดังกล่าวจะประกอบด้วยแบบทดสอบย่อย 7 ด้าน ดังนี้ (1) การทดสอบด้านการพูดเอง (2) การทดสอบด้านการฟังเข้าใจ (3) การทดสอบด้านการพูดตาม (4) การทดสอบด้านการเรียกชื่อคำศัพท์ (5) การทดสอบด้านการอ่าน และ (6) การทดสอบด้านการเขียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและจากใบบันทึกผล

การฟื้นฟูของนักแก้ไขการพูด โดยเก็บข้อมูลต่อไปนี้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการ ระยะเวลาเกิดโรค (onset) ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาทางการสื่อความหมาย ประเภทของความผิดปกติทางการสื่อความหมาย มี motor speech disorders ร่วมด้วยหรือไม่ จากการประเมิน oral motor examination เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวอวัยวะในการพูดได้ทันที ต้องทวนคำสั่ง หรือต้องเลียนแบบ[9] ผลคะแนนจากการประเมินก่อนฟื้นฟูและหลังฟื้นฟูไปแล้วอย่างน้อย 3 เดือน จากการใช้แบบประเมิน WAB ฉบับภาษาไทย[3] และจำนวนครั้งที่มาฟื้นฟูตั้งแต่แรกรับจนถึงการประเมินหลังฟื้นฟู ข้อมูลทั้งหมดจะบันทึกในรูปแบบไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ Microsoft excel จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้ลงรหัส และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ประเมินเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการฟื้นฟู ของประชากรทั้งหมดโดยใช้ t-test

3. วิเคราะห์กลุ่มย่อย โดยเปรียบเทียบคะแนนประเมินก่อนและหลังการฟื้นฟูของกลุ่มที่ฟื้นฟู 3 เดือน กับกลุ่มที่ฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป ใช้ post hoc

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ วันที่ 12 พฤษภาคม 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 รายที่เข้าเกณฑ์ เป็นเพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 68) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 32) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.44 ปี อายุต่ำสุด 46 ปี และอายุสูงสุด 77 ปี (SD=9.125) เป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภท Hemorrhagic stroke 15 ราย (ร้อยละ 60) ประเภท Ischemic stroke 10 ราย (ร้อยละ 40) มีระยะเวลาภายหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในวันที่ทำการประเมินครั้งแรก (post onset) เฉลี่ยเท่ากับ 6.96 เดือน ต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 45 เดือน (SD=9.83) จำนวนครั้งที่ได้รับการฟื้นฟูในระหว่างการประเมิน 2 ครั้ง โดยเฉลี่ยเท่ากับ 16.4 ครั้ง ต่ำสุด 4 ครั้ง สูงสุด 41 ครั้ง (SD=10.0) ระยะห่างระหว่างการประเมินทั้ง 2 ครั้ง โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.8 เดือน ต่ำสุด 3 เดือน สูงสุด 28 เดือน (SD=6.15)

ผลการวินิจฉัยประเภทของอะเฟเซียจากการประเมินด้วยแบบประเมิน WAB ฉบับภาษาไทย โดยนักแก้ไขการพูดก่อนและหลังการฟื้นฟู พบว่า ก่อนการฟื้นฟูมีประเภท Broca's มากที่สุดและหลังจากการฟื้นฟู พบว่า มีประเภท Anomic มากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ผลคะแนนเฉลี่ยก่อนการฟื้นฟูและหลังการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนกลุ่มตัวอย่างในทุกด้านที่ประเมิน = 25 ยกเว้นทักษะด้าน naming = 23) ทุกด้านมีคะแนนเต็มเท่ากับ 10 พบว่า ทักษะทางภาษาทุกด้านของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการฟื้นฟู ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนภายหลังและก่อนการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำคะแนนภายหลังการฟื้นฟูลบคะแนนก่อนการฟื้นฟู จากนั้นนำมาหาค่าเฉลี่ย พบว่า ด้านความคล่องทางภาษา (fluency) มีผลต่างโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.04 (SD=1.54, SE=0.30) ด้านการฟังเข้าใจภาษา (comprehension) มีผลต่างโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.33 (SD=2.17, SE=0.43) ด้านการพูดตาม (repetition) มีผลต่างโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 (SD=2.12, SE=0.42) และด้านการเรียกชื่อ(naming) มีผลต่างโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.48 (SD=1.54, SE=0.32) ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือนและมากกว่า 3 เดือน

ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่ม

ตารางที่ 1 ผลการวินิจฉัยประเภทของอะเฟเซียจากผลการประเมินก่อนและหลังการฟื้นฟู

ชนิดอะเฟเซีย	ก่อนฟื้นฟู		หลังฟื้นฟู	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Broca's	6	24	6	24
Anomic	5	20	8	32
Global	5	20	3	12
Transcortical Mixed	4	16	2	8
Transcortical Sensory	3	12	4	16
Transcortical Motor	1	4	2	8
Wernicke's	1	4	0	0

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการฟื้นฟู

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ความคล่องทางภาษา (Fluency)	ก่อนการฟื้นฟู	25	4.04	2.60	0.52
	หลังการฟื้นฟู	25	5.08	2.36	0.47
ความเข้าใจภาษา (Comprehension)	ก่อนการฟื้นฟู	25	4.79	3.10	0.62
	หลังการฟื้นฟู	25	6.13	2.69	0.53
การพูดตาม (Repetition)	ก่อนการฟื้นฟู	25	6.20	3.08	0.61
	หลังการฟื้นฟู	25	7.69	2.30	0.46
การเรียกชื่อ (Naming)	ก่อนการฟื้นฟู	23	4.15	3.02	0.63
	หลังการฟื้นฟู	23	5.63	2.71	0.56

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนภายหลังการฟื้นฟูและคะแนนก่อนการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทของ Aphasia	ความแตกต่าง (หลังฟื้นฟู - ก่อนฟื้นฟู)		Std. Error Mean	95%CI of the Difference		t	df	p-value (2-tailed)
	Mean	SD		Lower	Upper			
Fluency	1.04	1.54	0.30	0.40	1.67	3.37	24	0.003
Comprehension	1.33	2.17	0.43	0.43	2.22	3.07	24	0.005
Repetition	1.49	2.12	0.42	0.61	2.36	3.51	24	0.002
Naming	1.48	1.54	0.32	0.81	2.14	4.60	22	<0.001

ตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือน (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 3) และค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือน (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 22) ในทักษะทั้ง 4 ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือนมีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือนในทุกด้านของทักษะทางภาษา ดังแสดง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน

ระยะเวลา		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error of Mean
ผลต่างของคะแนนประเมินด้าน fluency	3 เดือน	3	2.66	1.52	0.88
	>3 เดือน	22	0.81	1.43	0.30
ผลต่างของคะแนนประเมินด้าน comprehension	3 เดือน	3	4.73	4.30	2.48
	>3 เดือน	22	0.87	1.32	0.28
ผลต่างของคะแนนประเมินด้าน repetition	3 เดือน	3	4.10	3.96	2.28
	>3 เดือน	22	1.13	1.60	0.34
ผลต่างของคะแนนประเมินด้าน naming	3 เดือน	3	2.93	2.65	1.53
	>3 เดือน	22	1.31	1.88	0.40

ในตารางที่ 4

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความคล่องทางภาษา (fluency; $p=0.049$) การฟังเข้าใจภาษา (comprehension; $p=0.002$) และการพูดตาม (repetition; $p=0.020$) แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการเรียกชื่อ (naming; $p=0.192$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง ผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือน และผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู มากกว่า 3 เดือน

Independent Samples Test	t-test for equality of Means					95%CI of the Difference	
	t	df	p-value (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Fluency							
Equal variances assumed	2.08	23	0.049*	1.84	0.88	0.01	3.68
Equal variances not assumed	1.98	2.5	0.16	1.84	0.93	-1.48	5.17
Comprehension							
Equal variances assumed	3.5	23	0.002*	3.86	1.1	1.58	6.14
Equal variances not assumed	1.54	2.05	0.259	3.86	2.49	-6.63	14.36
Repetition							
Equal variances assumed	2.5	23	0.020*	2.96	1.18	0.51	5.41
Equal variances not assumed	1.28	2.09	0.324	2.96	2.31	-6.58	12.51
Naming							
Equal variances assumed	1.34	23	0.192	1.62	1.2	-0.87	4.11
Equal variances not assumed	1.02	2.28	0.402	1.62	1.58	-4.45	7.69

วิจารณ์

1. ผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสียการสื่อความประเภทอะเฟเซีย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565 ที่มารับบริการงานแก้ไขการพูด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 ราย เป็นเพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 68) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 32) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.44 ปี อายุต่ำสุด 46 ปี และอายุสูงสุด 77 ปี ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 159 ราย แต่ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้ามีเพียง 25 ราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มาเริ่มฟื้นฟูในช่วงที่เก็บข้อมูล ผู้ป่วยบางรายมาฟื้นฟูตามนัด แต่ไม่ได้รับการประเมินซ้ำเนื่องจากถูกจำหน่ายออกไปก่อนหรือระยะเวลาฟื้นฟูไม่เพียงพอ เช่น ผู้ป่วยมารับ home program เพียงครั้งเดียว หรือมาฟื้นฟูเดือนละ 1 ครั้ง เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง

ผลการวินิจฉัยของนักแก้ไขการพูดจากการประเมินด้วยแบบประเมิน WAB ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ในช่วงแรกของการประเมินผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทของอะเฟเซีย ประเภทที่พบมากที่สุดเรียงลำดับได้แก่ Broca's aphasia, anomic aphasia, global aphasia และ transcortical mixed aphasia ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาภายหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในวันที่ทำการประเมินครั้งแรก (post onset) เฉลี่ยเท่ากับ 6.96 เดือน ต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 45 เดือน (SD=9.83) โดยทั่วไปผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจะมีช่วงระยะเวลาการฟื้นตัวได้มากที่สุดใน 1 – 2 สัปดาห์แรก ประมาณร้อยละ 46 และภายใน 1 ปี หลังจากเป็น[9] ดังนั้น กลุ่มอาสาสมัครในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีการฟื้นตัวมาในช่วงหนึ่งแล้ว ประกอบกับสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยจากทั่วประเทศ ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาและฟื้นฟูจากโรงพยาบาลที่มีสิทธิการรักษาก่อนมาฟื้นฟูต่อที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

ในการศึกษาครั้งนี้ มีระยะห่างระหว่างการประเมินทั้ง 2 ครั้ง โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.8 เดือน ต่ำสุด 3 เดือน สูงสุด 28 เดือน (SD=6.15) ในข้อแนะนำของแบบประเมิน WAB ฉบับภาษาไทย ควรประเมินห่างกันอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดของแบบทดสอบ

ผลการวินิจฉัยจากการประเมินด้วยแบบประเมิน WAB ครั้งที่ 2 แสดงให้เห็นว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูมาระยะหนึ่งหรืออย่างน้อย 3 เดือน มีความก้าวหน้าที่ดีขึ้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนประเภทของอะเฟเซีย ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของภาษาและการพูดมากที่สุด คือผู้ป่วยประเภท global หากได้รับการกระตุ้นจะมีทักษะทางภาษาและการพูดดีขึ้น กลายเป็นประเภท wernicke หรือ Broca's และสามารถพัฒนาต่อขึ้นไปได้เป็นประเภท Transcortical หรือ conductive หลังจากนั้นหากดีขึ้นอีกจะสามารถเปลี่ยนไปเป็นประเภท anomic ซึ่งเป็นประเภทของอะเฟเซียที่ผู้ป่วยจะมีทักษะทั้ง 4 ด้านดีที่สุด และสุดท้ายผู้ป่วยจะสามารถพัฒนาทักษะทางภาษาและการพูดให้อยู่ในช่วงการพูดปกติได้ในที่สุด[10]

จะเห็นได้ว่า หลังจากที่อาสาสมัครได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยประมาณ 16 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประเภทของอะเฟเซีย ไปในทางที่ดีขึ้นใกล้เคียงการพูดที่ปกติ (ตารางที่ 1) เนื่องจาก มีการเปลี่ยนประเภทอะเฟเซียเป็นชนิดที่ไม่รุนแรง ได้แก่ ประเภท anomic จำนวน 3 ราย ซึ่งเป็นประเภทที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากที่สุดในช่วงท้าย[8]

เมื่อพิจารณาผลคะแนนเฉลี่ยของ WAB ก่อนการฟื้นฟูและหลังการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยก่อนการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนน้อยกว่าผลคะแนนเฉลี่ยหลังการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่างในทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาจันทร์และคณะปี 2019 ที่ศึกษาการฝึกพูดแบบกลุ่ม พบว่า คะแนนความสามารถทางภาษาและการพูดหลังฝึกสูงกว่าคะแนนก่อนฝึกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11]

2. ศึกษาเพื่อดูแนวโน้มทักษะด้านภาษาและการพูดที่เปลี่ยนแปลง พบว่า ภายหลังการฟื้นฟู ผู้ป่วยมีคะแนนทางภาษาและการพูดดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ p<0.05 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูกับนักแก้ไขการพูดรวมทั้งได้รับ home program อย่างสม่ำเสมอภายในระยะเวลา 3 เดือน ส่งผลให้มีความสามารถด้านภาษาและการพูดดีขึ้นทุกด้าน

นอกจากนี้ได้มีการวิเคราะห์กลุ่มย่อย โดยเปรียบเทียบคะแนนประเมินก่อนและหลังการฟื้นฟูของกลุ่มที่ฟื้นฟู 3 เดือน กับกลุ่มที่ฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป ใช้ Post hoc ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ผลต่างของคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความคล่องทางภาษา (fluency; p=0.049) การฟังเข้าใจภาษา (comprehension; p=0.002) และการพูดตาม (repetition; p=0.020) แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการเรียกชื่อ (naming; p=0.192) เนื่องจากในอาสาสมัครกลุ่มที่ฟื้นฟู 3 เดือน มีเพียง 3 ราย แต่กลุ่มที่ฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือนมีถึง 22 ราย ซึ่งแตกต่างกันมาก อาจไม่สามารถนำผลมาเปรียบเทียบกันได้ทางสถิติ แต่แนวโน้มคะแนนในกลุ่มที่ฟื้นฟู 3 เดือนมีคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือน ในทุกด้านของภาษา เนื่องมาจาก 3 รายนี้ มีการเปลี่ยนประเภทของอะเฟเซียจาก Global เป็น transcortical motor ทำให้คะแนนเพิ่มขึ้นมาก ในขณะที่กลุ่มที่ฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือน นั้นมีการเปลี่ยนประเภทของอะเฟเซียไม่ห่างกันมาก ทำให้คะแนนเพิ่มขึ้นน้อย และอีกประเด็นที่น่าสนใจ คือ post onset ของกลุ่มที่ฟื้นฟู 3 เดือน ใน 3 รายนี้ มี onset ที่ 1, 3 และ 6 เดือน ทำให้มี recovery ในช่วงนี้ร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือน และมีผู้ป่วยไม่สามารถเก็บคะแนนด้าน naming ได้ 2 ราย อาจทำให้คะแนนมีความคลาดเคลื่อนได้ อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟูมาจากหลายปัจจัย เช่น ระดับความรุนแรงของโรค ตำแหน่งของพยาธิสภาพ ระดับการศึกษา ระดับสติปัญญา ลักษณะบุคลิกภาพ ความถนัดของมือ ระดับความเข้าใจ การพูดคล่อง สาเหตุของโรค อายุ ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ และครอบครัว เป็นต้น[12] จากผลของคะแนนด้านภาษาและการพูด พบว่า คะแนนด้าน naming ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าเป็นปัญหาที่ยังหลงเหลืออยู่เป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีการพูดไม่คล่องตามมา เป็นสิ่งที่นักแก้ไขการพูดควรตระหนัก ถึงปัญหาด้านนี้โดยเฉพาะในการวางแผนการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยพูดสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ต่อไป

สรุป

ผลคะแนนเฉลี่ยก่อนการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนน้อยกว่าผลคะแนนเฉลี่ยหลังการฟื้นฟูในทุกด้าน แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยมีความสามารถดีขึ้น และค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนของกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟู 3 เดือน และได้รับการฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความคล่องทางภาษา การฟังเข้าใจภาษา และการพูดตาม แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการเรียกชื่อ ดังนั้น พบว่า ด้านการเรียกชื่อ เป็นปัญหาที่ยังหลงเหลืออยู่เป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วย ทำให้มีการพูดไม่คล่อง นึกคำลำบาก เป็นสิ่งที่นักแก้ไขการพูดควรตระหนักถึงปัญหาด้านนี้โดยเฉพาะในการวางแผนการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยพูดสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเก็บข้อมูลในปีงบประมาณ 2565 ทั้งปี เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้นและสามารถเปรียบเทียบกลุ่มที่ฟื้นฟู 3 เดือนและกลุ่มที่ฟื้นฟูมากกว่า 3 เดือนได้

2. ในการประเมิน WAB ฉบับภาษาไทย ควรประเมินให้ครบทุกทักษะทางภาษา เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกต้อง

3. นักแก้ไขการพูดต้องมีการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนและประเมินซ้ำตามระยะเวลาที่เหมาะสม คือ หลังฟื้นฟูไปแล้วอย่างน้อย 3 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณนิชา กฤปานันท์ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมายชำนาญการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ที่ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติงานวิจัย และขอขอบคุณนักเวชศาสตร์การสื่อความหมายในหน่วยงานแก้ไขการพูด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ทุกท่าน ที่ได้ร่วมมือกันเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการให้บริการที่เข้าเกณฑ์การวิจัยครบถ้วน สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์ชัย เจรียงประเสริฐ. การฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการพูด. วิชัยยุทธจุลสาร 2548; 32:35-43.
2. รจนา ทรรทรานนท์, ชนัตถ์ อาคมานนท์, สุมาลี ดีจงกิจ. ความผิดปกติทางการพูด. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2529.
3. วรวรรณ ธีระพงษ์. เปรียบเทียบความสามารถทางภาษาของผู้ป่วยไทยอะเฟเซียกับคนไทยปกติโดยใช้ แบบทดสอบ Thai adaptation of Western Aphasia Battery [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
4. Ferro JM, Kertesz A. Comparative classification of aphasic disorders. Journal of clinical and experimental Neuropsychology 1987;9(4):365-75.
5. American Speech-Language-Hearing Association. Aphasia [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 15]. Available from: https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Aphasia/.
6. สมจิต รวมสุข, อมรรัตน์ งามศรี. ค่าคะแนนความสามารถทางภาษาและการพูดในคนไทยปกติช่วงอายุ 15-24 ปี โดยใช้แบบทดสอบ WAB ฉบับภาษาไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2558;40(3):66-79.
7. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. รายงานประจำปีสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. ปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: กรมการแพทย์;2563.
8. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. รายงานประจำปีสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กรมการแพทย์;2564.
9. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ; 2555.
10. Pashek GV, Holland AL. Evolution of aphasia in the first-year post-onset [Internet]. 1988 [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3191724/
11. Jiaranai T, Jeeraumporn J, Dechongkit S, Tiensuwan M. Outcomes of speech and language abilities and quality of life in thai people with aphasia by group therapy. Journal of Health science and Medical Research 2019;37(2):133-44.
12. Papathanasiou I, Coppens P, Constantin P. Aphasia and related neurogenic communication disorders. Burlington: Jones & Bartlett Learning Publishers; 2011.

Abstract: **Effectiveness of Speech and Language Rehabilitation for Stroke Patients with Aphasia at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute**

Somjit Ruamsuk, M.A. (Communication Disorders); Pornpat Thanasriseabwong, B.Sc. (Communication Disorders)

Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, Thailand

Journal of Health Science 2023;32(5):896-905.

The objectives of this research were to study the effectiveness of therapeutic progress in stroke-related Aphasic patients, and to review its prognosis for each speech and language skills. This prospective study used speech therapy notes in medical records from both out-patients and in-patients, and the Hospital Information System. Scores from intake session and after at least 3 months period using standardized test (Thai adaptation of Western Aphasia Battery test). The data were analyzed using descriptive statistics, independent T-test and post hoc analysis. The results showed that there were 25 participants comprised of 17 males (68%) and 8 females (32%). Average age was at 63.44 years old, with the range of 46 and 77 years old (SD=9.12). The mean scores for pre-intervention in fluency, comprehension, repetition, and naming skills were at 4.04 (SD=2.60), 4.79 (SD=3.10), 6.2 (SD=3.08), and 4.15 (SD=3.02) respectively, while the scores for post-intervention in the aforementioned skills were at 5.08 (SD=2.36), 6.13 (SD=2.69), 7.69 (SD=2.30), and 5.63 (SD=2.71), respectively. The mean differences in assessment scores among participants who received therapy in 3 months period (n=3) were at 2.66 (SD=1.52), 4.73 (SD=4.30), 4.10 (SD=3.96), and 2.93 (SD=2.65) in fluency, comprehension, repetition, and naming skills, respectively, while mean differences in assessment scores from participants receiving therapy more than 3 months period (n=22) in aforementioned skills were at 0.81 (SD=1.43), 0.87 (SD=1.32), 1.13 (SD=1.60) and 1.31 (SD=1.88). In conclusion, the mean scores for pre-intervention in all participants were lower than post-intervention in all skills, reflecting the recovery and improved conditions. Statistically, the mean differences of evaluation scores among participants who received therapy within 3 months period and exceeded 3 months were also significantly different in fluency, comprehension, and repetition skills. However, no significant differences were observed in naming skills. Consequently, impairment in naming skills remained common among aphasic patients, resulting in dysfluency and word finding difficulty. Speech therapists should be aware of this particular problem to efficiently establish intervention for patients to communicate effectively and efficiency.

Keywords: **aphasia; stroke; speech therapy**