

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

"อัมพาต" ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยติดปากในคนไทย ทางวงการแพทย์เรียกว่า โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Cerebrovascular disease (CVD) เป็นโรคที่คนทั่วไปหวาดหวั่นและสะพรึงกลัว ซึ่งต่างประสงค์จะหลีกเลี่ยง เพราะเป็นโรคหรือสภาวะที่มีความพิการรุนแรงและเรื้อรัง

คำจำกัดความ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

"Rapidly developed clinical signs of focal or global disturbance of cerebral function ; lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin" กล่าวคืออัมพาตเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดง หรือหลอดเลือดดำของสมองเอง หรือความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดสมองก็ได้ เช่น มีก้อนลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดของสมองที่หลุดมาจากหัวใจ เป็นต้น

จากสาเหตุดังกล่าวมีผลทำให้เนื้อสมองบางส่วนหรือทั้งหมดสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรคได้มากมายหลายรูปแบบแตกต่างกันไป เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีก พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ชัก สับสนหมดสติ และอาจถึงแก่กรรมได้ในเวลารวดเร็ว และความผิดปกติดังกล่าวต้องนานเกิน 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยถึงแก่กรรมก่อนเวลาดังกล่าว

ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์ ลาชาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า อัมพาตคือภาวะที่สมองขาดเลือด หรือมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ยังผลให้เซลล์ในสมองและการทำงานของสมอง

หยุดชะงักอันจะมีผลตามมาทำให้ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตแสดงอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งสองซีก โดยที่บางรายอาจจะหมดสติ, ตามองไม่เห็น, เดินไม่ได้, พูดไม่ได้หรือบางรายอาจจะสับสน ทั้งนี้ผู้ป่วยบางคนจะมีอาการชนิดถาวรหรือเป็นเพียงชั่วคราวชั่วคราวเรียกว่า อัมพฤกษ์

สาเหตุของอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีก

ปัจจุบันพบว่าโรคของหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุของการเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกมากที่สุด ซึ่งอาจเกิดจาก

1. ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 80-90

- หลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic stroke) เป็นชนิดที่พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 40 ของกลุ่มสมองขาดเลือด อาการจะเกิดขึ้นช้า ๆ ส่วนใหญ่จะเกิดขณะผู้ป่วยนอนหลับ เมื่อตื่นเช้าขึ้นมาพบว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยเหล่านี้บางรายมีอาการของ Transient Ischemic Attack นำมาก่อน บริเวณเนื้อสมองที่ตายจากหลอดเลือดสมองตีบค่อนข้างกว้าง เพราะมักเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ๆ เช่น หลอดเลือดแดง Internal carotid artery หรือ Middle cerebral artery จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการแตกต่างกันค่อนข้างมาก เนื่องจากเนื้อสมองที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือดเส้นนั้น ๆ ขาดออกซิเจน เกิดการตายและทำให้หน้าที่การควบคุมของสมองส่วนนั้น ๆ สูญเสียไป

- หลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic stroke) อาการเกิดขึ้นค่อนข้างจะรวดเร็วทันที (Sudden onset) เช่น ขณะผู้ป่วยทำงาน เกิดจากการที่มี emboli ลอยเข้าไปอุดตันเส้นเลือดในสมอง (cerebral embolism) อาการมักจะดีขึ้นเร็ว ความพิการหลงเหลืออยู่น้อย และพบในผู้ป่วยไม่มาก ผู้ป่วยพวกนี้มักจะมีอาการของโรคหัวใจ เช่น โรคลิ้นหัวใจ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจรูมาติก โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ เป็นต้น

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดที่มีอาการรุนแรงมากที่สุด อัตราตายในระยะแรกสูงถึงร้อยละ 50-90 อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะแรกและรอดชีวิตมาได้เลือดที่ออกมาถูกดูดซึมไป การฟื้นฟูสภาพจะดีกว่ากลุ่มสมองขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองแตกแยกออกเป็น 2 ชนิดคือ

- Intracerebral Hemorrhage เป็นการแตกเลือดในสมองซึ่งมักเกิดจากความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุสมองถูกกระทบกระเทือน

- Primary Subarachnoid Hemorrhage เป็นการแตกเลือดในชั้น Subarachnoid โดยตรง มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดโป่ง (Aneurysm)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีก

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก เพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3-17 เท่าของคนที่มีความดันโลหิตปกติ และร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยที่เป็นอัมพฤกษ์-อัมพาต มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตในแต่ละราย

2. โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานาน ๆ โดยมิได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดอัมพาตชนิดหลอดเลือดตีบได้สูง เพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ง่าย โดยจะมีหลอดเลือดแข็งทั่วร่างกาย และถ้าเป็นที่หลอดเลือดของสมองจะเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาตขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาตได้สูงกว่าผู้ป่วยปกติถึง 2-4 เท่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงที่มีน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้มีโอกาสเป็นอัมพาตมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของสาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้เคยศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน 400 ราย มีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงร้อยละ 28.5

3. โรคหัวใจและภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหัวใจรูมาติก (rheumatic heart disease) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคลิ้นหัวใจพิการ (Valvular heart disease) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเนื้อสมองตายจากการมีเส้นเลือดอุดตันในสมอง (cerebral embolism) นอกจากนี้ภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ โดยเฉพาะ atrial fibrillation ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหัวใจเอง โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อมไทรอยด์ หรือเกิดขึ้นเองก็ตามล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงได้ทั้งสิ้น จากรายงานของนายแพทย์สมชาย ไตวณะบุตร พบข้อมูลความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันถึงร้อยละ 57.10 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานจากต่างประเทศ พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติในผู้ป่วยโรคนี้ ร้อยละ 68

4. **ภาวะที่มีไขมันสูงในหลอดเลือด** ทั้งชนิด cholesterol และ triglyceride ซึ่งเป็นไขมันที่ไปเกาะผนังหลอดเลือดและจะทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (coronary artery) และหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) อันจะมีผลตามมาทำให้เกิดอัมพาตได้ง่าย

5. **การสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่นั้นจะเป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาตได้ง่าย โดยผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีโอกาสเป็นอัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า เพราะการสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับ Cholesterol ลดระดับของ high density lipoprotein และเพิ่มการหลั่งของ catecholamine ยิ่งกว่านั้นปริมาณ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดในผู้สูบบุหรี่ ยังมีผลเสียต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น

6. **อายุ** จากสถิติอุบัติการณ์การตายของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน จะพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น ตามอายุของผู้ป่วย เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจะพบมากขึ้นตามอายุ ดังนั้นอายุที่มากขึ้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ พบว่าอัตราความชุกของโรคจะเพิ่มตามอายุ

อายุต่ำกว่า 45 ปี ความชุกของโรค 66/100,000

อายุ 45-65 ปี ความชุกของโรค 998/100,000

อายุมากกว่า 65 ปี ความชุกของโรค 5,063/100,000

7. **แอลกอฮอล์** จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอันเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดอัมพาต และยังเชื่อว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิด thromboembolism โดยการกระตุ้นกลไกการแข็งตัวของเลือด และทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น และยิ่งกว่านั้นพิษของแอลกอฮอล์ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด

8. **ความอ้วน** พบว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและทำให้ผู้ป่วยมีไขมันในหลอดเลือดสูง นอกจากนี้ยังพบว่าโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน อันจะมีโอกาสเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาตได้มากกว่าคนธรรมดา

9. **ภาวะเครียด** การที่ผู้ป่วยเครียดมากเกินไปจะส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ และจะทำให้เกิดเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาตตามมาได้

10. **ภาวะขาดการออกกำลังกาย** การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วนและเกิดความเครียดซึ่งจะเป็นปัจจัยเสริมในการเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาต ยิ่งกว่านั้นยังพบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายลดลงและเพิ่มไขมันที่เป็นประโยชน์ กล่าวคือ ทำให้หลอดเลือดไม่แข็งตัวได้อีกด้วย

11. **ขามีเค็ดคุมกำเนิด** ในผู้หญิงอายุมากกว่า 35 ปี ที่รับประทานยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาตเพิ่มขึ้น 4-11 เท่าของผู้หญิงที่ไม่รับประทานยาคุมกำเนิด ผลของยาทำให้เส้นเลือดตีบตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง โดยเฉพาะในผู้ที่สูบบุหรี่หรือร่วมด้วยจะส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง และก่อให้เกิดเส้นเลือดแข็ง 2-17 เท่าของคนปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยด้วย

12. **การอยู่ในภาวะที่มีความดันโลหิตต่ำเป็นเวลานาน** เช่น ภาวะ Shock มีเลือดออกมากขณะผ่าตัด จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

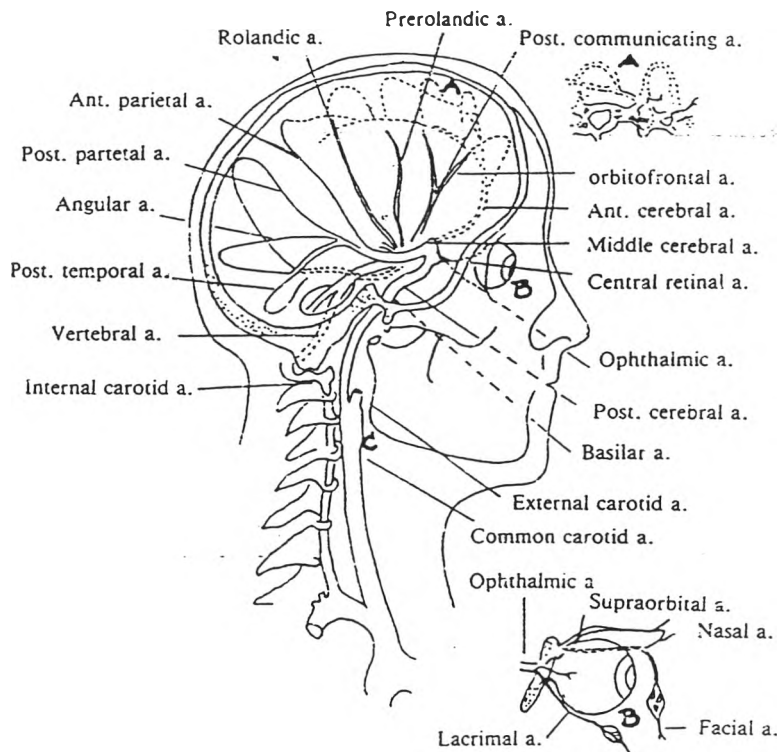
13. **ปัจจัยทางพันธุกรรม** มีการศึกษาพบว่าในครอบครัวที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าครอบครัวที่ไม่เป็นโรคนี้ถึง 4 เท่า

14. **โรคปวดศีรษะข้างเดียว (Migraine)** ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติของเส้นเลือด มีการหดตัวและขยายตัวมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นผลมาจาก Serotonin ทำให้เส้นเลือดหดตัว เลือดไปเลี้ยงสมองน้อย ทำให้เกิดอัมพฤกษ์-อัมพาตครั้งซีกตามมาได้ ซึ่งเรียกว่า Complicated migraine แต่พบได้น้อย

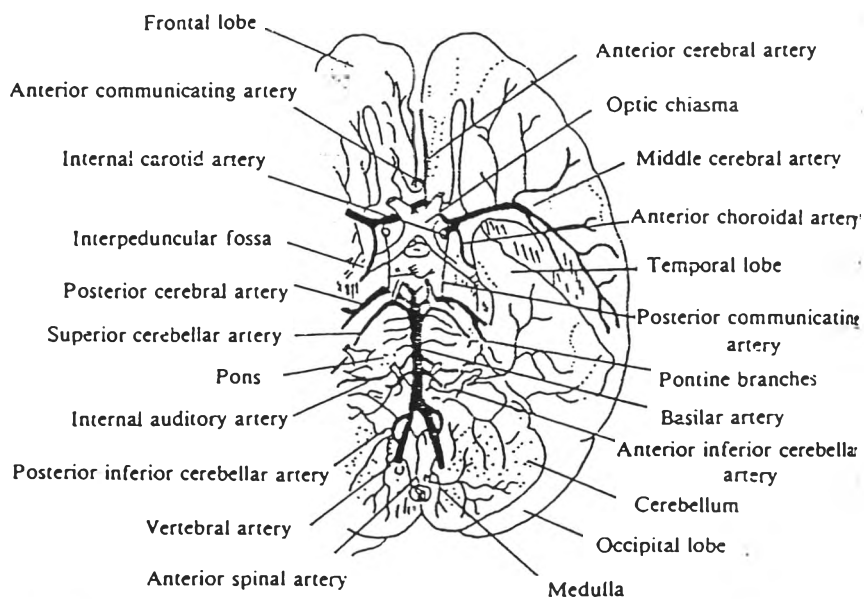
15. **ผู้ป่วยเคยเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาตมาก่อน (Previous stroke)** จากการศึกษา National survey of stroke ในสหรัฐอเมริกาพบว่า อุบัติการณ์เกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต ในผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อนจะสูงกว่าผู้ที่เป็นครั้งแรกถึง 36-50 เท่า ถ้าคำนวณเป็นค่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาตในผู้ป่วยจะมีค่าสูงถึงร้อยละ 4-7 ต่อปี

สภาพกายวิภาคและความสำคัญทางคลินิกของหลอดเลือดในสมอง

อาการอัมพฤกษ์-อัมพาตครั้งซีกเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง คือพบได้ร้อยละ 90 ของความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากอัมพฤกษ์-อัมพาตครั้งซีกเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมอง ดังนั้นอาการของผู้ป่วยจะมากหรือน้อยจึงขึ้นอยู่กับขนาดของหลอดเลือดและบริเวณของเนื้อสมองที่เส้นเลือดนั้น ๆ ไปเลี้ยง



ภาพที่ 1 ภาพแสดงหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงสมอง



ภาพที่ 2 ภาพทางด้านล่างของสมองแสดงหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมอง

อาการและอาการแสดงเมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง

หลอดเลือดแดง	การกระจาย	อาการและอาการแสดง
<p>1. Internal carotid</p> <p>1.1 proximal to ophthalmic artery</p> <p>1.2 distal to ophthalmic artery</p>	<p>ตา และสมองใหญ่ครึ่งซีก</p> <p>สมองใหญ่ครึ่งซีก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มองไม่เห็นด้านที่มีพยาธิสภาพ - อัมพาตครึ่งซีกด้านตรงข้าม - ชาครึ่งซีกด้านตรงข้าม - พูดไม่ได้ (global aphasia) ไม่เข้าใจภาษา อ่าน-เขียนหนังสือไม่ได้ การคำนวณง่าย ๆ ทำไม่ได้ หากมีพยาธิสภาพเกิดใน hemisphere dominant - อาการเหมือนข้อ 1.1 (ยกเว้น มองภาพได้ปกติทั้งสองตา)
<p>2. Anterior cerebral artery</p>	<p>ด้านในของสมองใหญ่ โดยเฉพาะบริเวณที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และการรับรู้ลึกของขา รวมทั้ง fronto-parietal-temporal artery</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัมพาตของขา และขาที่ขาด้านตรงข้าม - อาจมีสติปัญญาลดลง และความจำเสื่อมร่วมไปด้วย มีอาการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ มีอาการซึม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม - ความรู้สึกทางเพศลดลง
<p>3. Middle cerebral artery</p> <p>3.1 main trunk</p>	<p>สมองใหญ่ครึ่งซีกทางด้านนอกทั้ง Frontal, parietal, temporal และ Occipital Lobes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัมพาตของขาและขาด้านตรงข้าม ชนิดอ่อนแรง (flaccid) - พูดไม่ได้ (global aphasia) ไม่สามารถเข้าใจภาษา หากมีพยาธิสภาพเกิดใน dominant hemisphere

หลอดเลือดแดง	การกระจาย	อาการและอาการแสดง
<p>3.2 แขนงปลาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominant hemisphere - Non-Dominant hemisphere 	<p>Broca's area, motor area, Exner's area</p> <p>Cerebral cortex</p> <p>ครึ่งซีก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มองเห็นเพียงครึ่งเดียวด้านตรงข้าม - ซาที่ร่างกายครึ่งซีกด้านตรงข้าม - หมตสติ เกิดการตายได้ - พูดไม่ได้ แต่เข้าใจความหมายของภาษาพูด - อัมพาตอ่อนแรง (Flaccid paralysis) ของหน้าและแขนด้านตรงข้าม - อัมพาตของแขนด้านตรงข้าม - ผู้ป่วยได้ตอบไม่ตรงคำถาม - เขียนไม่ได้ - อัมพาตของแขนและหน้าด้านตรงข้าม - เกิด Apraxia (ความสามารถเลียนแบบได้ทั้งที่กำลังของกล้ามเนื้อแขนปกติ) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีปัญหาด้านการทำกิจกรรมซับซ้อนและกิจกรรมที่ต้องใช้ความชำนาญต่อเนื่องกัน
<p>4. Posterior cerebral artery</p>	<p>ด้านในของ Temporal lobe Occipital cortex</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดการสับสนบ้าง - ความจำเสื่อม - Homonymous hemianopsia ด้านตรงข้าม

หลอดเลือดแดง	การกระจาย	อาการและอาการแสดง
5. Basilar artery	Pontine tegmentum Pyramidal tract	- หมดสติ - มีอาการ decerebrate rigidity - ม่านตาเล็ก - ไข้สูง อัมพาตของแขนขา แบบหดเกร็ง (spastic quadriplegia)
6. Cerebellar artery	Dorsolateral Part ของ midbrain, (Ataxia) midpons และ medullar	- การทำงานของกล้ามเนื้อไม่สัมพันธ์กัน - การกระเะยะผิดไป (dysmetria) - มือสั่นขณะตั้งใจทำกิจกรรม (Intension tremor) - เสียความรู้สึกการเจ็บปวด และ อุณหภูมิของร่างกายด้านตรงข้าม - ตากระตุก (Nystagmus) - ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อาเจียน - อัมพาตของหน้า และขาที่หน้าด้านที่มีพยาธิสภาพ - กล้ามเนื้อในการเคี้ยวอาหารอ่อนแรงแกรกลืนลำบาก

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีก

1. อาการอัมพาตของกล้ามเนื้อแขน-ขา (motor deficit)

เกิดการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อและความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง (Flaccidities) และการหดเกร็ง (Spasticities) ของกล้ามเนื้อด้านที่เป็นอัมพฤกษ์-อัมพาต และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ทำให้มีข้อติดแข็ง

2. ปัญหาด้านสติปัญญาการเรียนรู้ (Cognition)

ผู้ป่วยที่เป็น-อัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกซ้าย-ขวาของร่างกายมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปสมองซีกซ้ายซึ่งถือว่าเป็นซีกที่เด่น (dominant hemisphere) นั้นจะควบคุมการทำงานของร่างกายด้านตรงกันข้าม และควบคุมในเรื่องของการสื่อความหมาย (communication ability) ส่วนสมองซีกขวา ซึ่งควบคุมการทำงานของร่างกายด้านซ้าย จะควบคุมในเรื่องของการเรียนรู้ (cognitive intellectual functions) ต่าง ๆ

ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกซ้ายของลำตัว (left hemiplegia)

ความสามารถจะถูกจำกัดในเรื่องของการเรียนรู้ เนื่องจากมีความบกพร่องของการรับรู้ด้านการเคลื่อนไหว สูญเสียความทรงจำจากการมองเห็น การไม่รับรู้ว่ามีซีกซ้าย การรู้จักตัวเองและการตัดสินใจเลวลง

ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถที่จะติดต่อพูดคุยได้ แต่เนื่องจากปัญหาบกพร่องในเรื่องดังกล่าวทำให้ขั้นตอนของการฝึกหัดเรียนรู้เป็นไปได้โดยลำบาก ประกอบกับผู้ป่วยมักจะขาดความสนใจ หรือมีความสนใจไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยประเภทนี้ไม่สามารถจะรับผิดชอบหรืออยู่ตามลำพังเพราะอาจจะเกิดอันตรายได้

ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกขวา (right hemiplegia)

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกขวามีปัญหาการพูด เป็นเรื่องสำคัญ อย่างไรก็ตามก็ตีพวงนี้จะมีปัญหาเรื่องของความบกพร่องของการรับรู้ด้านการเคลื่อนไหว หรือความบกพร่องทางความจำเพียงเล็กน้อย ดังนั้นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกขวาจึงสามารถให้การฝึกหัดฟื้นฟูได้ง่ายกว่า โดยสามารถฝึกหัดเรียนรู้ได้จากการใช้วิธีการกระตุ้นให้ทำซ้ำ ๆ เป็นขั้นเป็นตอนกระตุ้นการทำตามโดยเลียนแบบจากการแสดงให้ดูก่อนซ้ำ ๆ ทีละขั้นตอน

3. ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Behavior/emotion)

ปัญหาที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้ป่วยอัมพาตคือ เรื่องของการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจจะขึ้นอยู่กับ

- สภาพของจิตใจผู้ป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ก่อนเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
- (prestroke psychological profile)

- การตอบสนองทางด้านจิตใจต่อความบกพร่องทางกาย (psychological respond to deficit)

- พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมองโดยตรง (presence of organic behavior change)

ความผิดปกติทางอารมณ์หลังการเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาต

3.1 อาการซึมเศร้า (depression) พบบ่อยที่สุดประมาณ 25-60 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย อาการอาจจะไม่สัมพันธ์กับความรุนแรง พบได้ในระยะ 6 เดือน - 2 ปีหลังเกิดโรค อาการซึมเศร้า ได้แก่ หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตนเอง เกียจคร้าน ไร้อารมณ์ ไม่ร่วมมือ ทำอะไรตรงข้ามกับที่ถูกบอกกล่าว แยกตนเอง นอนไม่หลับ ทานอาหารไม่ได้ เป็นต้น

Robinson และคณะ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์จะเกิดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกขวา โดยมีพยาธิสภาพอยู่ที่สมองซีกซ้ายและอาการซึมเศร้าจะยิ่งรุนแรง ถ้าพยาธิสภาพอยู่ที่สมองซีกซ้ายส่วนหน้า

ประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยที่มีอัมพาตด้านซ้ายของลำตัว พบอาการซึมเศร้าได้ โดยพยาธิสภาพจะอยู่ที่สมองซีกขวาด้านหลัง (posterior brain region) จากการศึกษาของ Robinson และคณะดังกล่าว ได้รายงานว่ามี aphasia ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดซึมเศร้า สิ่งสำคัญคือความบกพร่องอย่างรุนแรงในเรื่องของการเรียนรู้ (cognitive function) และในเรื่องของการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่มีบทบาทต่อการเกิดอาการซึมเศร้า

3.2 กลุ่มอาการของ "undue cheerfulness"

ได้แก่ - ขาดความสนใจ (impulsivity)

- ความกังวลใจ (anxiety)

- อารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ หรืออารมณ์แปรปรวน (lability) ร้องไห้ออกมา เป็นต้น

กลุ่มอาการเหล่านี้มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกขวาส่วนหน้า อาการดังกล่าวอาจจะค่อย ๆ ดีขึ้น จนหมดไปภายในระยะเวลา 1 ปี หลังอาการเริ่มของโรค โดยเฉพาะอาการอารมณ์แปรปรวน

3.3 Apathy ความเฉยเมยไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมใด ๆ แม้แต่ในสิ่งที่เคยสนใจมาก่อน มักพบในผู้ป่วยที่มีอัมพาตทางซีกซ้ายของลำตัว โดยมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาส่วนหน้า เช่นกัน

3.4 Denial การปฏิเสธไม่ยอมรับอาจจะถือได้ว่าเป็นกลไกการป้องกันตัวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะเตรียมตัวในการรับรู้ถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้น โดยหวังว่าความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นเพียงชั่วคราว เป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดการซึมเศร้าอย่างหนึ่งกรณี อาการละเลยร่างกายครึ่งซีก (unilateral neglect) ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของ denial

4. ความบกพร่องทางการสื่อความหมาย (Communication disorder)

ความสามารถในการติดต่อสื่อความหมายกับผู้อื่นได้ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้ป่วยประการหนึ่ง

ความผิดปกติของการสื่อความหมายของผู้ป่วยอัมพาต แบ่งออกได้เป็น

4.1 ความผิดปกติในการสื่อภาษา (language disorder) คือความผิดปกติในความสามารถของการรับรู้เข้าใจ การแสดงออก หรือการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการพูด การเขียน การแปลความหมายที่ได้ยินหรือจากการอ่านให้ได้ถูกต้อง

ปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ เรื่องของ aphasia ซึ่งพบได้บ่อย ๆ aphasia เป็นความผิดปกติในการที่จะรับรู้ (receive) และส่งต่อ (transmit) ข้อมูล (verbal message) ทั้งในรูปแบบของการเขียน และคำพูด โดยส่วนใหญ่ความผิดปกติอาจจะเป็นในเรื่องของการรับรู้ (ฟัง อ่าน) และส่วนของการแสดงออก (พูด เขียน) ทั้งสองส่วน หรือส่วนใดส่วนหนึ่ง

ความผิดปกติของการสื่อภาษา อาจเกิดจากความบกพร่องในด้านสติ ปัญญาการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ visuospatial หรือ visuomotor function ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ การอ่าน การเขียนได้

สำหรับการฟื้นตัวของ aphasia นั้น ส่วนใหญ่จะกลับคืนมาได้เอง ภายในระยะเวลา 3-6 เดือน การฟื้นตัวสามารถจะมีต่อไปอีก 1-2 ปีได้ โดยเฉพาะถ้าได้รับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์-อัมพาตที่มีอายุน้อยจะฟื้นตัวดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก

4.2 ความผิดปกติทางการพูด (speech หรือ articulation disorder) คือความผิดปกติในส่วนของการแสดงออกทางภาษา ในการสื่อความหมาย โดยการพูด เช่น การพูดไม่ชัดเจน ระบบการออกเสียงผิดปกติ ขาดความคล่องตัวในการพูด จังหวะของการพูดผิดไปจากปกติ ลักษณะความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่

4.2.1 apraxia คือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้อวัยวะที่ควบคุมเกี่ยวข้องกับการพูด สำหรับการเริ่ม (initiate) กระตุ้นให้ออกเสียงเป็นคำพูดได้ ทั้ง ๆ ที่กล้ามเนื้อที่ใช้ควบคุม แข็งแรงเป็นปกติ

4.2.2 **dysarthria, slurred speech** คือความบกพร่องที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ปาก ลิ้น ฆากรรไกร เพดาน กล่องเสียง มาทำหน้าที่ประกอบกัน เพื่อทำให้การพูดเป็นไปตามปกติ ผู้ป่วยพวกนี้มักจะมีคามผิดปกติในเรื่องของการเคี้ยว การกลืน มีน้ำลายไหลยืดร่วมด้วย

4.2.3 **dysphonia** อาจเกิดขึ้นเป็นผลตามมาจากการใช้ tracheostomy tube เป็นระยะเวลาสั้น ๆ หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสายเสียง (vocal cord) ซึ่งพบได้ใน brainstem stroke ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมกล่องเสียง ผู้ป่วยจะพูดไม่มีเสียงออกมาได้

5. ความบกพร่องของประสาทรับรู้ (sensory)

5.1 ความบกพร่องของลานสายตา (visual field deficit)

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะหลอดเลือด middle cerebral ซึ่งพบได้บ่อย ๆ นั้น ทำให้เกิดการบกพร่องในการเห็นโดยมีลานสายตาแคบลงหรือเสียไปด้านหนึ่ง (hemianopsia) ได้

พยาธิสภาพอาจจะเกิดได้ในทุก ๆ ระดับของ visual pathway ตั้งแต่ส่วนของ retina ไปจนกระทั่งถึงส่วนของ occipital lobe บริเวณ cortex ของสมอง สามารถตรวจสอบความผิดปกติได้ง่ายด้วย การตรวจทาง perimeter

อาการ hemianopsia ในผู้ป่วยโรคัมพาตจะเกิดการฟื้นตัว และหายเป็นปกติได้ภายในเวลาประมาณ 6 เดือน สำหรับผู้ป่วยบางคนที่ไม่มีอาการฟื้นตัว ส่วนใหญ่สามารถจะปรับตัวกับอาการดังกล่าวได้

5.2 ความบกพร่องด้านการรับรู้ทางการมองเห็น (Visual perceptual deficit)

ภาระหน้าที่ที่เป็นปกติในด้านของ Visual-perceptual นั้น เป็นเรื่องสำคัญยิ่งในการที่จะใช้ชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน ให้ปลอดภัย และเป็นอิสระได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านของ visual-perceptual ซึ่งเป็นการผิดปกติในความสามารถที่จะรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากการมองเห็น แปรออกมาให้เกิดเป็นความหมายที่ถูกต้อง เช่น มองเห็นของสิ่งหนึ่ง แต่ไม่สามารถจะบอกได้ว่าของอันนี้คืออะไร ใช้ทำอะไร ทั้ง ๆ ที่มองเห็นได้ ความผิดปกติในด้านนี้มักจะถูกละเลยมองข้ามไปโดยอาจจะไม่ได้ถูกตรวจสอบ หรือตรวจสอบลำบาก ทำให้มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเกิดการทำความเข้าใจผิด ๆ ซาก ๆ ความผิดปกตินี้จะต้องตรวจแยกออกจากความบกพร่องของลานสายตาที่กล่าวมาแล้วด้วย

พยาธิสภาพที่ทำให้เกิด visual-perceptual loss จะอยู่ที่สมองซีกขวา โดยเฉพาะ inferior parietal ดังนั้นจึงพบอาการผิดปกติในผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกซ้ายของลำตัวได้มากกว่าอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกขวา

5.3 ความบกพร่องของประสาทสัมผัส (peripheral sensory deficit)

ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์-อัมพาตที่มีความผิดปกติของความรู้สึกสัมผัส อันได้แก่ proprioception, tactile vibration, pain และ temperature ความผิดปกติเหล่านี้ จะเสียไปมากน้อยแค่ไหน หรือเสียไปในระบบใดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ความรู้สึกดังกล่าวจะฟื้นตัวได้ โดยเฉพาะความรู้สึกต่อความเจ็บปวด (pin prick sensation) จะฟื้นตัวได้ดี โดยอาจเกิดขึ้นได้ภายใน 12 เดือน

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ proprioception ประมาณครึ่งหนึ่งไม่สามารถจะกระทำภารกิจวัตรประจำวันที่เป็นอิสระด้วยตนเองได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น

การเสียความรู้สึกสัมผัสโดยเฉพาะในเรื่องของ proprioception ต่อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตเป็นเครื่องถ่วงขั้นตอนของการฟื้นฟู โดยเฉพาะการฝึกการยืน เดิน

ผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกบางรายที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในส่วน of thalamus มักจะแปลผลการสัมผัสทั้งหลายออกไปในรูปของความเจ็บปวด แม้ว่าจะเป็นการสัมผัสหรือถูกต้องอย่างเบาบางก็ตาม

6. ความบกพร่องของประสาทสั่งการ (motor)

6.1 การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (spasticity)

ความรุนแรงของ spasticity จะเกิดขึ้นมากน้อยแค่ไหน ระยะเวลายาวนานเท่าใดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละคน อาการเกร็งที่เกิดขึ้นมานั้น เป็นตัวการสำคัญนำไปสู่การเกิดการยึดติดของกล้ามเนื้อและข้อ โดยเฉพาะแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต

6.2 ความบกพร่องในการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ

(incoordination)

การเกิด incoordination อาจจะพบร่วมกับ spasticity หรือพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของส่วน cerebellum หรือ cerebellar tract

6.3 อาการอ่อนแรง (weakness)

อาการอัมพาตของกล้ามเนื้อแขนขาจะเกิดขึ้นที่ส่วนใดของร่างกาย ขึ้นอยู่กับสาเหตุและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ดังได้กล่าวในตอนต้นแล้ว

6.4 apraxia (motor apraxia)

คือ ความผิดปกติที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะเริ่ม (Initiate) กระทำกิจกรรมที่ต้องการได้ทั้ง ๆ ที่ไม่มีความบกพร่องในด้านกำลังของกล้ามเนื้อ การควบคุมการทำงาน และความรู้สึกสัมผัส แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการชี้แนะบอกเล่าในเบื้องต้นก่อนแล้ว จะสามารถทำภารกิจที่ต้องการให้สำเร็จลุล่วงไปได้เองเช่น ถ้าผู้ป่วยต้องการสวมเสื้อ ผู้ป่วยจะเริ่มไม่ถูกว่าต้องทำอะไรก่อนแต่ถ้ามีผู้มาชี้แนะว่า ให้ใส่แขนเสื้อข้างหนึ่งเสียก่อน เช่นนี้ ผู้ป่วยจะสามารถต่อการสวมเสื้อให้เสร็จเรียบร้อยต่อไปด้วยตนเองได้

7. ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย และเพศสัมพันธ์

7.1 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

ผู้ป่วยในระยะแรก อาจจะยังไม่รู้สึกตัว สับสน หรือมีความผิดปกติด้านการติดต่อสื่อสาร ประกอบกับในระยะแรกนี้กระเพาะปัสสาวะอยู่ในสภาพ flaccid distention ผู้ป่วยจึงมักจะมีอาการปัสสาวะราด ปัสสาวะกระปริบกระปรอย (dribbling, overflow incontinence) การดูแลรักษาในระยะนี้ จึงควรที่จะใช้สายยางสวนคาท่อปัสสาวะไว้ก่อนเพื่อป้องกันอันตรายจากการขยายตัวของกระเพาะปัสสาวะมากเกินไป สายยางที่สวนคาท่อปัสสาวะนี้ควรรับเอาออกโดยเร็วที่สุด ให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเองโดยอาจให้ bed pan หรือ urinal ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะ และเป็นการลดการติดเชื้อที่อาจจะเกิดจากการคาสายสวนไว้นาน ๆ การถ่ายปัสสาวะเองในระยะเริ่มแรกถ้าเป็นไปได้ ควรให้ถ่ายบน commode หรือในห้องน้ำ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องนำเทคนิคของ การทำ CIC (clean intermittent catheterization) มาใช้เพื่อกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะให้หมด

ประมาณมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต สามารถจะควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้เองร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยยังกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) หลังจากการเกิดโรคไปแล้ว 1 ปี โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นเรื่องของภาวะอัมพฤกษ์-อัมพาตของร่างกายที่ทำให้การเคลื่อนไหวลำบาก ร่วมกับภาวะทางด้านจิตใจอารมณ์ ความรับรู้ ส่วนน้อยเกิดจากสาเหตุของความผิดปกติของระบบขับถ่ายปัสสาวะเอง เช่น การควบคุมบังคับ การบีบคลายตัวของหูรูดกระเพาะปัสสาวะเสียไป เกิดปัสสาวะกระปริบกระปรอยได้ง่าย การสูญเสียความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ หรือในผู้ป่วยชายบางรายที่มีอาการของโรคต่อมลูกหมากโตเป็นต้น อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้นี้ อาจจะช่วยได้ด้วยวิธีการกระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ตลอดจนหูรูดโดยใช้วิธีออกกำลังกล้ามเนื้อบริเวณ perineum อย่างสม่ำเสมอ เป็น

การช่วยปรับปรุงหน้าที่ดังกล่าวให้ดีขึ้นได้ ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถแก้ไขปรับปรุงอาการปัสสาวะรดให้ดีขึ้นได้นั้น คงจะต้องใช้ถุงยางอนามัยหรือผ้าอ้อมช่วย

7.2 การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระมักจะไม่ค่อยเป็นปัญหา หากใช้วิธีป้องกัน เช่น ป้องกันการท้องผูก ให้ดื่มน้ำมากพอสมควร รับประทานอาหารที่มีกาก ประเภทผักต่าง ๆ หรือใช้ยาระบายอ่อน ๆ

ผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตประมาณร้อยละ 75 สามารถถ่ายอุจจาระได้เอง ภายในเวลาประมาณ 2 อาทิตย์ ถ้าผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นมาถ่ายอุจจาระบน commode ช่างเตียงได้เองหรือห้องน้ำ จะดีกว่านอนถ่ายอยู่บน bed pan

การเกิดอุจจาระราด (incontinence) ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้

7.3 ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์

ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ อาจจะมีสาเหตุมาจากสาเหตุด้านร่างกายเอง เช่น อาการเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการปัสสาวะกระปริดกระปรอย ประกอบกับภาวะความผันผวนทางจิตใจ อารมณ์ ความกลัว วิดกกังวลต่าง ๆ เหล่านี้มีผลทำให้บทบาทของเพศสัมพันธ์ไม่สามารถเป็นไปตามปกติ

คู่สมรสผู้ป่วยเป็นผู้มีความสำคัญอย่างยิ่ง จะต้องมีความเข้าใจให้ความช่วยเหลือ เป็นผู้มีส่วนช่วยปรับปรุงในเรื่องดังกล่าวได้มาก

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีก

อาการอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นภาวะที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวเข้ามารับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนานเกิน 1 เดือน พบว่าร้อยละ 10 จะกลับฟื้นตัวได้เป็นปกติ ร้อยละ 10 ความพิการที่เกิดขึ้นมีมากจนไม่สามารถจะให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีอาการเด่นชัดแต่สามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้

ในปี ค.ศ.1988 Granger และคณะ ได้รายงานการศึกษาเรื่อง "Stroke Rehabilitation Outcome" โดยใช้ Barthel Index Score เป็นเครื่องมือวัดโดยดูถึงความสามารถใน

การช่วยตนเอง ในการกระทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) (A.D.L) และการเคลื่อนไหว (Mobility) ของผู้ป่วย หลังจากได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูครบถ้วนเต็มที่ (Comprehensive stroke rehabilitation program) โดยศึกษาผู้ป่วยจำนวน 220 ราย พบว่า

ร้อยละ 70 - สามารถช่วยตนเองได้ และกลับเข้าไปใช้ชีวิตร่วมอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ

ร้อยละ 17 - เป็นพวกที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือตลอดชีวิต

ร้อยละ 8 - ต้องถูกส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีปัญหาแทรกซ้อนเกิดขึ้น

ร้อยละ 4 - ถูกส่งตัวไปอยู่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพที่อื่น

ร้อยละ 1 - ถึงแก่กรรม

ขั้นตอนของการฟื้นตัว (Recovery)

ผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง จะมีการเปลี่ยนแปลงและการฟื้นตัวของระบบประสาทตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลากล้ามเนื้ออ่อนแรง (Flaccidity)

ระยะนี้แขน-ขาที่เป็นอัมพาตจะไม่สามารถขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวได้ สภาพของกล้ามเนื้อจะอยู่ในสภาพอ่อนปวกเปียก (flaccid หรือ hypotonia) ซึ่งอาจใช้เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการถึง 48 ชั่วโมง หรือบางรายประมาณ 3-21 วัน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลากล้ามเนื้อหดเกร็ง (Spasticities)

หลังจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงแล้ว กล้ามเนื้อจะมีการหดเกร็ง (Spasticities) ในระยะนี้ deep tendon reflex (DTR) จะค่อย ๆ กลับคืนมา โดยพบ DTR จะไวขึ้น ตรวจพบ clonus เพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อจะเริ่มเกิดขึ้นในรูปแบบของการมีแรงเสริม (Synergistic pattern) โดยมีการเคลื่อนไหวเป็น gross movement ของกลุ่มกล้ามเนื้อ ปกติแล้วกลุ่มกล้ามเนื้อที่อยู่ส่วนต้น เช่น หัวไหล่ จะเกิดการเคลื่อนไหวกลับคืนมาก่อน กลุ่มของกล้ามเนื้อส่วนปลาย เช่น กล้ามเนื้อของมือ นิ้วมือ ลักษณะของ Synergy ที่เกิดขึ้นค่อนข้างจะมีรูปแบบคือ กลุ่มกล้ามเนื้องอของแขน (flexor synergy) และกล้ามเนื้อเหยียดของขา (extensor synergy) จะเด่น ซึ่งระยะนี้อยู่ในช่วงตั้งแต่ 2-30 วัน (2-4 สัปดาห์แรก)

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาการหดเกร็งเพิ่มมากขึ้น

หากผู้ป่วยดีขึ้นจะควบคุมแรงเสริม (Synergies) ได้บ้าง

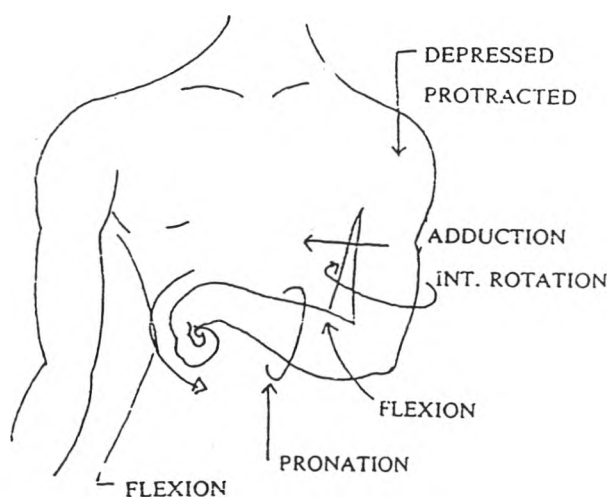
ขั้นตอนที่ 4 ระยะการหดเกร็งลดลง

ผู้ป่วยสามารถควบคุมแรงเสริม (Synergies) ได้ดีขึ้น ผู้ป่วยบางคนอาจฟื้นตัวได้ เพียงขั้นตอนนี้โดยอาจมีแรงเสริม (Synergies) ตลอดไป หรือแรงเสริมอาจลดลงเล็กน้อย

ขั้นตอนที่ 5-6 แรงเสริมลดลงเรื่อย ๆ และเริ่มมีพัฒนาการความสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหวส่วนของข้อแต่ละข้อได้

จากการเปลี่ยนแปลงการหดเกร็ง (Spasticities) ของกล้ามเนื้อและมีแรงเสริม (Synergies) เกิดขึ้น จึงทำให้เกิดความไม่สมดุลของกล้ามเนื้อ และรูปแบบของแขนด้านที่เป็นอัมพาตเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- ไหล่อยู่ในท่าหุบและหมุนเข้าด้านใน
- ข้อศอกงอ
- แขนส่วนปลาย (forearm) อยู่ในท่าคว่ำ
- ข้อมือและนิ้วมืองอ

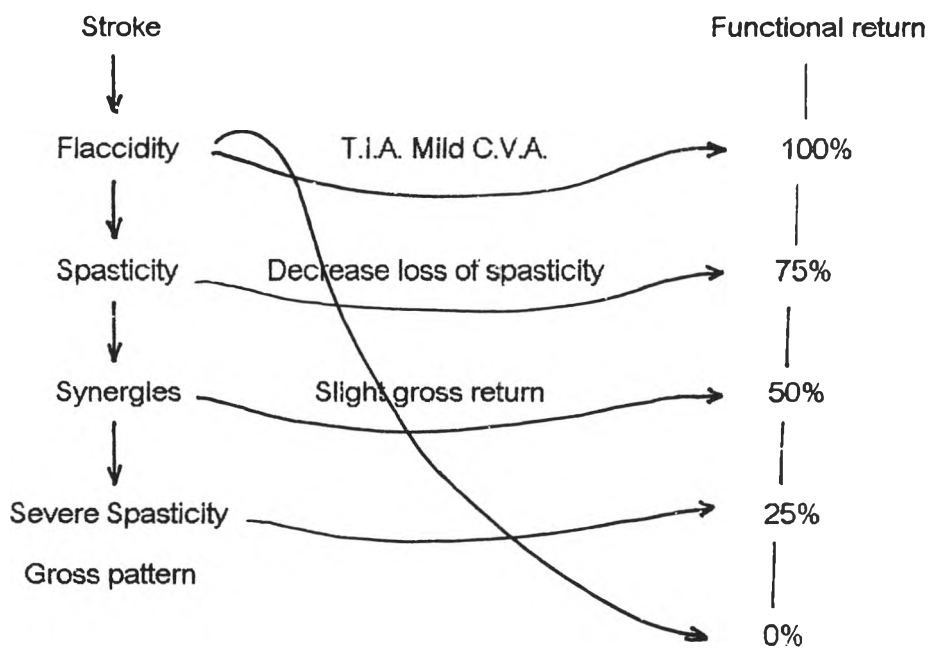


ภาพที่ 3 แสดงแรงเสริมท่างอที่เกิดขึ้นกับร่างกายส่วนบน (แขน)

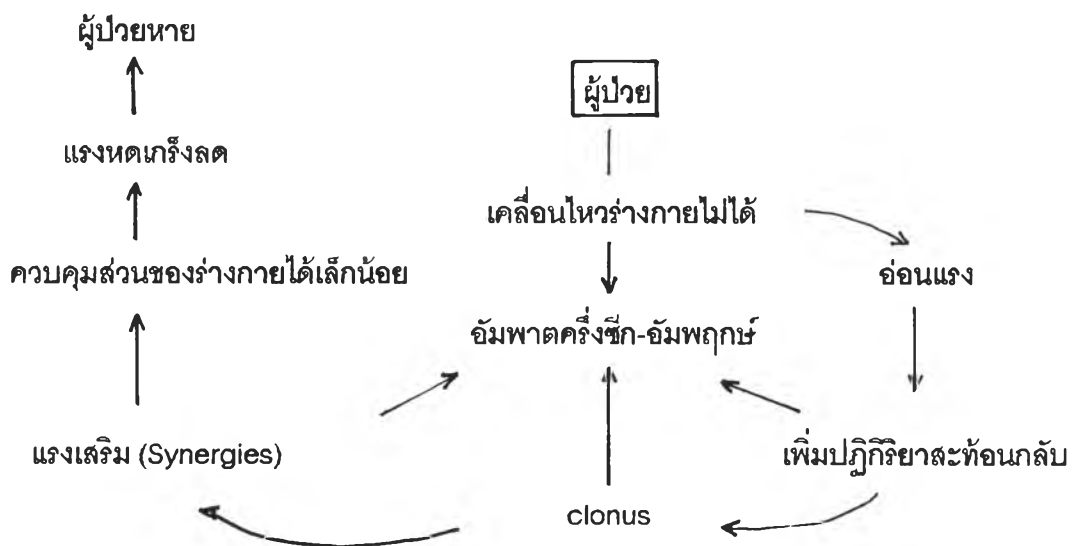
อย่างไรก็ตาม พบว่าถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจะขยับมือโดยตั้งใจได้ภายใน 4-6 สัปดาห์ หรืออย่างช้าภายใน 3 เดือน แสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยมีข้อข้างนั้นอาจจะไม่มีโอกาสฟื้นคืนสภาพหน้าที่ที่ปกติกลับขึ้นมาได้อีก

การฟื้นตัว (Spontaneous recovery) จะเกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ภายในระยะเวลา 1-3 เดือนแรก อย่างไรก็ตามอาจพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายมีการฟื้นตัวได้ในระยะ 6 เดือนหรือ 1-2 ปีภายหลังจากเกิดโรค โดยเฉพาะในเรื่องของการพูดและการใช้งานของแขน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเป็นเครื่องประกอบ

Rene Cailliet ในปี 1980 ได้ให้การคาดคะเนการฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ตามแผนภูมิดังนี้คือ



สรุปขั้นตอนการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้ดังนี้



ปัจจัยบ่งชี้ผลสำเร็จของการฟื้นฟู (prognostic indicators for rehabilitation outcome)

ปัจจัยที่จะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงผลสำเร็จของการฟื้นฟู ประกอบด้วยหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ เป็นปัจจัยที่ให้ผลไปในทางบวกและปัจจัยที่ให้ผลด้านลบต่อการฟื้นฟู

ปัจจัยที่ให้ผลดีต่อการฟื้นฟู (positive predictors)

1. การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม บทบาทของครอบครัวและสังคม ที่อยู่ใกล้ชิดของผู้ป่วยมีความสำคัญยิ่งต่อการฟื้นฟู ผู้ป่วยที่ครอบครัวสังคมให้ความสนใจเข้าใจสภาพผู้ป่วย ร่วมมือไม่ทอดทิ้งเป็นปัจจัยที่สำคัญ

2. มีการฟื้นตัวของความสามารถในการควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะได้เร็ว ภายใน 1-2 อาทิตย์ หลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

3. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อลำตัว สะโพก หัวไหล่ โดยเร็ว โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้น (proximal) ได้ภายใน 2-4 อาทิตย์ (6 อาทิตย์)

4. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อแต่ละมัดโดยเร็ว สามารถควบคุมกล้ามเนื้อแต่ละมัดได้ ภายใน 4-6 อาทิตย์ หรืออย่างช้า 3 เดือน

5. มีอารมณ์ที่ดี ไม่มีอาการซึมเศร้า

6. มีการรับรู้ (perception) ที่ดี

ปัจจัยที่ให้ผลลบต่อการฟื้นฟู (negative predictors)

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ coma นานเกินไป

2. อยู่ในระยะอ่อนปวกเปียก (flaccid) นานกว่าปกติ เช่น นานมากกว่า 2 เดือน

3. มีอาการเกร็งอย่างมากของกล้ามเนื้อต้นแขนต้นขา (severe proximal spasticity)

4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้เอง ภายใน 2-3 อาทิตย์

5. ผู้ป่วยที่มีอาการละเลยร่างกายครึ่งซีกอย่างรุนแรง (severe unilateral neglect)

6. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ความจำอย่างรุนแรง จนไม่สามารถจะติดตามขั้นตอนของการเรียนรู้ได้
 7. ผู้ป่วยที่มีการบกพร่องทางสายตา (visuo-spatial deficit) และการได้ยิน
 8. ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
 9. ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามาก ๆ
 10. ผู้ป่วยที่มีอาการโรคอย่างอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ (โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น) ทำให้การฝึกหัดขั้นตอนต่าง ๆ มีขีดจำกัด ผู้ป่วยที่มีปัญหาของ diffuse cerebral atherosclerosis with organic brain syndrome ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการเรียนรู้ ฝึกหัดลำบาก ผู้ป่วยที่มีปัญหาของหลอดเลือดส่วนปลาย และมีอาการ intermittent claudication อาจจะทำให้มีปัญหาในการฝึกหัด การยืน การเดิน เป็นต้น
- สำหรับในผู้สูงอายุ อายุที่มากขึ้นอย่างเดียวไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลลบ เว้นแต่ผู้สูงอายุนั้น จะมีอาการของโรคอย่างอื่นร่วมด้วย

อัมพฤกษ์-อัมพาตกับภาวะซึมเศร้า

เมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคทางกายที่เรื้อรัง มีความพิการทางกายเกิดขึ้น บุคคลจะพยายามปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์นั้น ๆ แต่เมื่อไม่สามารถปรับตัวหรือแก้ปัญหาได้ ก็แสดงอาการออกมาให้เห็น ซึ่งอาการที่แสดงออกมี 2 ชนิดคือ อาการแสดงทางด้านร่างกายและอาการแสดงทางด้านจิตใจ อาการแสดงทางด้านร่างกายนั้นสามารถตรวจพบได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์ ส่วนอาการแสดงทางด้านจิตใจนั้นเป็นเรื่องของนามธรรม เช่น อารมณ์ความรู้สึกซึ่งทราบได้จากการสังเกตและซักถาม และเป็นสิ่งที่แน่นอนว่า บุคคลที่มีโรคหรือมีความพิการทางกายอยู่ เช่น อัมพฤกษ์-อัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อไม่สามารถปรับตัวได้ หรือไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ตลอดจนใช้วิธีการปรับตัวที่ผิด ย่อมทำให้เกิดปัญหาทางจิตตามมาภายหลังเสมอ

ปัจจัยพื้นฐานที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาทางจิต (Basic psychopathogenetic factors) ในผู้ป่วยโรคทางกาย, แบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยคือ

1. Cerebral damage เกิดจากมีการทำลาย cerebral neurones (เซลล์ประสาทสมอง) ซึ่งอาจเป็นเฉพาะที่, หรือกระจัดกระจายทั่วไป สำหรับ cerebral dysfunction เป็นการ

บกพร่องของการทำงานของสมอง, อาจเป็นการเสียไปเพียงหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่ง หรือหลายหน้าที่, อาจเป็นการเสียไปชั่วคราว หรือเสียไปถาวร, ซึ่งเป็นผลจากการสูญเสียของเซลล์ หรือมีเมตาบอลิซึมของเซลล์ผิดปกติ หรือมีความผิดปกติในสารสื่อประสาท หรือสาเหตุที่กล่าวมานี้ รวมกันการแสดงออกของพยาธิสภาพทางจิตที่เกิดตามหลัง เป็นผลมาจากการมีการรบกวนโดยตรงต่อสารเคมีในสมอง ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจและ/หรือการแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งผลการเกิดพยาธิสภาพทางจิตขึ้นกับว่ามีการเสียหน้าที่ (functions) ไปมากน้อยแค่ไหน, เช่น ผู้ป่วย amnesic syndrome จะมีการเสียเฉพาะส่วนของความจำ ซึ่งเป็นการเสียเฉพาะอย่าง ในขณะที่ผู้ป่วย delirium และ dementia จะมีการเสียหรือมีความผิดปกติของส่วนของการเรียนรู้ความสนใจ อารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออก

2. Personal meaning ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคทางกายที่เป็นจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล, ขึ้นกับข้อมูลที่ได้จากตนเอง จากประสบการณ์ จากสังคมร่วมกับเขาว่าปัญญาที่ผู้ป่วยนำมาประเมินความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอยู่ และการประเมินในแต่ละลักษณะจะมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจะประเมินความเจ็บป่วยทางกายของตนเองออกเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

- Threat

ผู้ป่วยประเมินว่าโรคทางกายเป็นตัวเร้าที่คุกคามให้เกิดอันตรายต่อร่างกายจิตใจหรือทั้งร่างกายและจิตใจมากน้อยเพียงใด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการคาดคะเนว่าตนเองจะได้รับความทุกข์ทรมานหรือความตายจากโรคที่เป็นมากน้อยเพียงใด ทำให้มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ตอบสนองต่อการคาดคะเนนั้น เช่นเกิดความวิตกกังวล, ความกลัว ซึมเศร้า

ทางร่างกายจะมีปฏิกิริยา มีอาการทางกายซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความวิตกกังวล เช่น มีอาการใจสั่น, เจ็บหน้าอก, เหงื่อ, หายใจไม่ออก, กล้ามเนื้อเกร็ง, หูอื้อ เป็นต้น

พฤติกรรมปรับตัวจะแสดงออกมาใน 3 ลักษณะคือ

ก. การยอมแพ้ต่อโรค หมัดแรงต่อต้านโรค (capitulation) ปล่อยไปตามบุญตามกรรม

ข. หลีกเลี่ยง (avoidance) อ่างเหตุอ้างผลเพื่อลดความวิตกกังวล (anxiety) เช่น ลดความรุนแรงของโรคให้ต่ำกว่าความเป็นจริง, ไม่กล้าเผชิญกับความจริงที่ต้องรับรู้, ไม่มารับการรักษาหรือปล่อยให้เข้าเกินไป

ค. การยอมรับ ทำให้มารับการรักษาได้เหมาะสม มีความอยากต่อสู้กับโรคที่เป็น (tackling)

- Loss

เป็นการประเมินซึ่งแสดงออกมาได้ 2 ลักษณะคือ

Concrete loss เป็นการสูญเสียที่เห็นได้ชัดเจนจากความเจ็บป่วยทางกาย เช่น เสียส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายไป เสียหน้าที่ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งและเสียสิ่งต่าง ๆ ของร่างกายที่เป็นผลจากโรค

Symbolic loss เป็นการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจน เป็นเรื่องของความรู้สึกเสีย ความภูมิใจในตนเอง (self-esteem), เสียความรู้สึกมั่นคง (security), ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ, สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่เคยหวังไว้, มีปัญหาด้านสังคม, การงาน, การเงิน ฯลฯ

อารมณ์ที่ตอบสนองต่อ loss คือความเสียใจ (grief) ซึ่งเป็นอารมณ์ตอบสนองตามปกติเมื่อมีการสูญเสีย, ถ้าไม่สามารถปรับกลับขึ้นมาได้จะกลายเป็นพยาธิสภาพออกมาในลักษณะของอารมณ์เศร้า, กลายเป็น depressive disorder ในคนบางคนจะไม่แสดงความเสียใจเมื่อมีการสูญเสีย (loss) เกิดขึ้น, ทำให้ต้องพิจารณาถึงการใช้กลไกทางจิต ชนิด denial (การปฏิเสธ) ซึ่งจะมีผลเสียจะทำให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตใจตามมาได้มากในอนาคต

- Gain หรือ relief

พบในคนที่มีปัญหาทางจิตอยู่เดิม ซึ่งผู้ป่วยอาจแสดงหรือไม่แสดงออกมาให้เห็นในระยะก่อนป่วย, แบ่งออกได้เป็น

Primary gain พบในคนที่มีปัญหาที่มีความคับข้องใจในจิตใต้สำนึก (unconscious conflicts) หรือมีแนวโน้มต้องการลงโทษตนเอง, หรือต้องการพึ่งพาผู้อื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม เช่น (dependent personality) มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น (masochistic trait) เป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ฯลฯ เมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วยทางกายก็จะเป็นการตอบสนองต่อความต้องการนั้น

Secondary gain เป็นผลประโยชน์ที่ได้รับภายหลังจากเจ็บป่วยทางกาย เช่น มีคนดูแล ได้รับการยกเว้นในด้านต่าง ๆ ไม่ต้องรับผิดชอบ ไม่ต้องทำงาน ฯลฯ มีผู้อื่นรับภาระ หรือหน้าที่แทน โดยผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตำหนิหรือลงโทษตนเอง, เพราะได้รับการยกเว้นและสังคมยอมรับ

- Challenge

ผู้ป่วยมองความเจ็บป่วยตามความเป็นจริงของชีวิต เป็นสิ่งที่ต้องพบและเกิดขึ้นได้กับทุกคน เมื่อเกิดแล้วมีกำลังใจต้องการต่อสู้ เอาชนะโรค พฤติกรรมการปรับตัว จะแสดงออกมาในลักษณะการต่อสู้ (tackling) คือต่อสู้ร่วมกับทีมแพทย์ในทุกแง่มุม มีเหตุและผล การประเมินความเจ็บป่วยในลักษณะนี้จึงเป็นการประเมินแบบ healthy และ mature meaning ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมาก

- Insignificance

เป็นลักษณะแสดงออกเหมือนตนเองไม่ได้ป่วย ไม่เห็นความสำคัญของความเจ็บป่วยนั้นว่าจะมีผลต่อตนเองอย่างไร มักพบในคนที่มีปัญหาของเขาวัวปัญญาต่ำ หรือพวกที่ขาดความรู้ทางการแพทย์ หรือพวกที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง โรคจิต โรคสมองเสื่อม หรือในพวกที่ใช้กลไกทางจิต ชนิดปฏิเสธอย่างสิ้นเชิง

การประเมินความเจ็บป่วยในลักษณะนี้จะเป็นโทษอย่างมาก เพราะจะทำให้มารับการรักษาล่าช้า ไม่ร่วมมือในการรักษาตนเอง หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมแพทย์ จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย

Personal meaning ต่อความเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วย จะเป็นตัวบ่งชี้และทำให้เข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์และการตอบสนองทางพฤติกรรมต่อโรค รวมทั้งอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อโรคทางกาย จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งในด้านปริมาณ ความรุนแรง ระยะเวลา และผลที่ตามมา อารมณ์ที่เกิดมักเป็นอารมณ์หลายอย่างที่เกิดขึ้นร่วมกัน ไม่คงที่และเปลี่ยนแปลงไปมา ที่พบบ่อยคือผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล ความเศร้าโศกเสียใจ ความละอายใจ ความรู้สึกผิด โกรธ ประหลาดใจ และการยอมรับ ความเจ็บป่วยนั้น น้อยรายที่จะพบเป็น ความเพิกเฉย หรือมีอารมณ์เป็นสุข

ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสมอง จะพบปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เป็นแบบทั้งปฐมภูมิ (primary) เนื่องจากมีการทำลายเนื้อสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทำให้เสีย

หน้าที่ไปและแบบทุติยภูมิ (Secondary) คือการเจ็บป่วยทำให้มีผลต่อความสามารถของผู้ป่วย ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีปัญหาในการควบคุมตนเองและควบคุมอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางจิตและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย มีปฏิกริยาการปรับตัวได้ เป็น 5 ระยะนี้

ระยะที่ 1 Shock and Denial เป็นปฏิกริยาแรกที่พบและคงอยู่นานประมาณ 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือนหลังจากเป็นโรค ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดหรือทำความเข้าใจกับ ทั้งความรุนแรง และขอบเขตของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้เป็นการไม่ยอมรับความจริงซึ่งเป็นกลไกที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยมาก เพราะเป็นสิ่งที่เกินความสามารถของคนทั่ว ๆ ไปที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ด้วย ผู้ป่วยจะมีความหวังว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดีในอนาคต ผู้ป่วยจะไม่รู้สึก เศร้าเสียใจเพราะว่าในจิตสำนึกของเขายังไม่ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นนี้

การปฏิเสธและไม่ยอมรับนี้จะแสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ เช่น ไม่ยอมรับการรักษา ต่อต้าน ไม่ยอมปรับปรุงตนเพื่อให้เกิดความสะดวกสำหรับคนพิการ ยืนยันว่าตนเองจะสามารถเดินได้ทั้งที่หมดหวังแล้ว ระยะนี้อาจคงอยู่ชั่วคราว หรือคงอยู่ตลอดการ ดำเนินของโรคหรือตลอดชีวิตของผู้ป่วยก็ได้ แต่ที่พบบ่อยจะเป็นลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ ตลอด ระยะการดำเนินโรค

ระยะที่ 2 Anger อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการปฏิเสธหรือตามหลังก็ได้ ผู้ป่วยมี ปฏิกริยาต่อต้าน เป็นศัตรู (Hostility) ต่อบุคคลรอบด้าน เช่น การตอบสนองต่อความ เจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความไม่ยุติธรรมจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตัวเองนั้น เหมือนสิ่งบังคับให้เขาต้องเปลี่ยนแปลงชีวิตและความเป็นอยู่ โดยที่เขาและทีมผู้รักษา พยายามต่อต้านการรักษาความโกรธอาจพุ่งไปยังพระเจ้า โชคชะตา ครอบครัว มักจะคิด ทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในอดีต และไม่พบความผิดของตนเองในการดูแลสุขภาพ ทำให้น้อยใจ ขมขื่น และคิดว่าตนเองไม่ได้รับความยุติธรรม

ระยะที่ 3 Bargaining เป็นระยะต่อรอง ยอมรับการเจ็บป่วย แต่ต้องการรักษา ซึ่งอาจจะเป็นกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือตามความเชื่อ ศาสนา ประเพณี วิถีชีวิตของแต่ละคน หวังให้มีชีวิตอยู่จนได้สิ่งที่ตนเคยหวังไว้ หรือจะทำตามสัญญาเมื่อสิ่งที่ตนหวังไว้เป็นจริง

ระยะที่ 4 Depression ผู้ป่วยจะยอมรับว่าการเจ็บป่วยหรือความพิการนั้นเกิดขึ้นจริง รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจในโชคชะตาของตนเอง เกิดการแยกตัวเอง (withdrawal) และโกรธเกลียดตัวเอง (internalized hostility)

ซึ่งความจริง depression เป็นปฏิกิริยาของ Ego เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่ามีหนทางช่วยเหลือและทำให้สูญเสียความนับถือตนเอง (Self-Esteem) ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นความรู้สึกหมดหวัง เสียใจ ห่อเหี่ยว ไม่สนใจใคร ไม่พูด นั่งนอนบนเตียง ร้องไห้หรือปฏิเสธการกิน รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่นหรือตนเองไม่มีประโยชน์ บางครั้งความเศร้าอาจทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเก็บกดมาเป็นความโกรธต่อโชคชะตา บางครั้งอาจคิดถึงเรื่องความตายหรือการฆ่าตัวตาย

ระยะที่ 5 Acceptance เป็นระยะสุดท้าย เป็นการยอมรับความจริงด้วยอารมณ์สงบไม่ทุรนทุราย สามารถปรับตัวและวิถีชีวิตให้เข้ากับสภาพในขณะนั้นได้ พฤติกรรมของผู้ป่วยในขณะนี้อาจพึ่งตัวเองและต้องพึ่งผู้อื่นบ้าง เริ่มที่จะมองหาผู้ที่มีอาการเช่นเดียวกับตนเอง เพื่อที่จะได้พูดคุยกัน การพึ่งตนเองก็คือ การที่จะรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง ช่วงนี้อาจจะเกิดขึ้นช้ามากหลังการเจ็บป่วยนานเป็นปีก็ได้

ทั้ง 5 ระยะนี้อาจจะเกิดขึ้น หายไป แล้วเกิดขึ้นใหม่อีกได้ หรือคงอยู่ในระยะใดระยะหนึ่งนาน ๆ ก็ได้ เวลาที่ใช้ในแต่ละระยะไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน

โครงสร้างการปรับตัวของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัว โดยใช้กลไกทางจิตและความสามารถทางสมอง เพื่อปรับให้กายและใจทำงานประสานกันให้ดีที่สุด และปรับตัวเผชิญต่อความเจ็บป่วย การปรับตัวดังกล่าวนี้จะแสดงพฤติกรรมออกมา 3 ลักษณะคือ

1. การปะทะ (Tacking) การพยายามต่อสู้ทุกวิถีทาง เพื่อเอาชนะและท้าทายโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอยู่ พฤติกรรมแบ่งออกเป็นหลายระดับ

ระดับน้อยและระดับปานกลาง แสดงออกมาในลักษณะร่วมมือในการรักษาอย่างดี มีเหตุผล กระตือรือร้น ทำตามแพทย์แนะนำ เพื่อต้องการให้ตนเองหายจากโรคเร็วที่สุด

ระดับรุนแรง จะแสดงออกมาในลักษณะพยายามเอาชนะความเจ็บป่วยด้วยการทำตัวไม่เป็นคนป่วย แต่ทำตัวเป็นคนแข็งแรงมีสุขภาพดี ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ในกรณีที่เป็นโรคที่ควรพัก เช่น โรคหัวใจ แต่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

2. การยอมแพ้ (Capitulation) ไม่สนใจไม่รับการรักษา หรือออกมาในรูปแบบหาแพทย์ช้าหรือสายไป ทั้ง ๆ ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ถ้าเป็นมากจะแสดงออกมาในลักษณะหมดแรง ไม่ยอมต่อสู้และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตไปทั้ง ๆ ที่โรคที่เป็นอาจรักษาให้ทุเลาได้

3. การหลีกเลี่ยง (Avoiding) พยายามหลีกเลี่ยงจากการถูกคุกคาม หรือเผชิญกับความเจ็บป่วยถ้าเป็นมาก อาจแสดงออกมาในรูปแบบทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผลมาจากมีความวิตกกังวลอย่างท่วมท้น พยายามหลีกเลี่ยงหรือมาปรึกษาแพทย์ให้ช้าที่สุด เพราะกลัวได้รับการวินิจฉัยโรคร้ายแรงจากแพทย์ หรือมีความสงบเฉยเมยเกินไป ซึ่งเป็นผลมาจากใช้กลไกทางจิตหรือการประเมินความรุนแรงของโรคให้ต่ำไว้มาก ๆ (Masked Minimization)

องค์ประกอบที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) ในคนที่เจ็บป่วยย่อมมีอาการเหนื่อยหน่าย ไม่มีพลังที่จะเผชิญปัญหาซึ่งต่างจากคนที่มีสุขภาพดีจะมีความแข็งแรง คงทนต่อปัญหาและภาวะเครียดได้ดีกว่า

2. ความเชื่อในทางที่ดี (Positive Believes) ทำให้คนมีความหวังและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ โดยเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์เหล่านั้นได้ เช่น เชื่อในแผนการรักษา เชื่อในแพทย์ พระเจ้า แต่ความเชื่อก็ไม่ได้เป็นผลดีต่อการเผชิญปัญหาเสมอไป เช่น เชื่อเกี่ยวกับโชคชะตา ซึ่งเป็นความเชื่อในอำนาจนอกตน ซึ่งอาจทำให้บุคคลหมดหวัง ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ดี ผู้ที่เชื่อความสามารถของตนเองจะมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาแตกต่างจากผู้เชื่ออำนาจนอกตน

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skills) เช่น ความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งรวมถึงความสามารถในการหาข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ แยกแยะกับปัญหา โดยการคำนึงถึงผลได้ผลเสียของการกระทำนั้น

4. ทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่น (Social Skill) เป็นความสามารถเฉพาะบุคคล และเป็นแหล่งสำคัญในการเผชิญกับปัญหา เพราะจะบอกถึงความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อขอความร่วมมือต่อการแก้ปัญหา นั้น ๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเหล่านั้นจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

5. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ได้รับข้อมูลและสิ่งของเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา ซึ่งรวมทั้งลักษณะทางวัฒนธรรม และการเกื้อหนุนทางสังคมด้วย

6. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (Material Resources) ได้แก่ เงิน สิ่งของต่าง ๆ การบริการที่ต้องใช้เงินซึ่งเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ

โรคหลอดเลือดทางสมองเป็นโรคทางกายที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตใจได้มาก ดังนั้นผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอดเลือดสมองจึงมักเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจตามมาภายหลังเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีมาก่อน เมื่อมาประสบภาวะหลังเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาตย่อมเกิดความกลัว ความวิตกกังวลกับสภาพที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตนี้มักมีสาเหตุจาก

1. สาเหตุทางด้านร่างกาย การศึกษาของ Robinson และคณะ พบว่ามีความสัมพันธ์สูงระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายส่วนหน้า และภาวะนี้จะรุนแรงมากขึ้น เมื่อพยาธิสภาพเกิดใกล้บริเวณสมองส่วน Frontal นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายมีความบกพร่องทางกายพูด เกิดปัญหาทางด้านการสื่อสารกับสังคม ซึ่งอาจเป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเศร้าได้ง่าย

การศึกษาของ Gainotti (อ้างถึงใน Starkstein S.E. et al, 1989) พบว่าภาวะซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย ในขณะที่สมองซีกขวาจะสัมพันธ์กับความเฉยชา ไม่กระตือรือร้น แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกขวาก็พบความเศร้าได้เช่นกัน (Ross and Rush, 1981)

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผู้ป่วยจะเผชิญกับความเครียดตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย จนกระทั่งเมื่อกลับไปอาศัยอยู่ที่บ้าน ในสถานการณ์ 3 ด้านคือ

ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

ความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเอง

ความเครียดจากการเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างในชีวิต

หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านแล้ว ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของร่างกาย บทบาทในครอบครัว ชีวิตในสังคมและสภาวะการทำงานเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มเป็นไปได้ในทางลบ และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สิ่งเหล่านี้จะเพิ่มความเครียดมากขึ้น การที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่มีความเครียดเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อความผิดปกติทางจิตเพิ่มมากขึ้น

ความผิดปกติทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมองคือภาวะซึมเศร้า มีผู้ได้ศึกษาและรายงานถึงการพบภาวะซึมเศร้า (depression) ในระยะหลังเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมองมากมาย โดยพบความชุกร้อยละประมาณ 12-64 สาเหตุที่พบอัตราความชุกแตกต่างกันมาก เนื่องจากในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบการวิจัย เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า เหล่านี้ทำให้ผลที่ได้มีความแตกต่างกัน

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

อารมณ์เศร้าเป็นภาวะที่ขาดความสุข พบได้โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งเกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตและเกิดได้ทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ เป็นภาวะที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะสภาพสังคมปัจจุบัน เช่น การเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรง การตกงาน การสูญเสียต่าง ๆ ก็ทำให้เกิดความทุกข์แต่อาการดังกล่าวอาจจะเป็นเพียง Grief Reaction มีอารมณ์เศร้า เกิดในระยะเวลานั้น เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อาการต่าง ๆ ก็จะทุเลาลงอย่างรวดเร็วและหายไปที่สุดในที่สุด เช่น อาจเป็นระยะ 2-3 วัน ถึง 2-3 สัปดาห์

จำลอง ดิษยวณิช ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นอารมณ์เศร้าเสียใจ เศร้าโศก ผิดหวัง หดอาลัยในชีวิต ในคนปกติก็มีอารมณ์เช่นนี้ได้ ซึ่งจะผิดปกติก็ต่อเมื่ออารมณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ไม่สมส่วนกับการสูญเสียที่ผู้ป่วยประสบ

สมศรี เชื้อหิรัญ ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความเศร้าที่เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ เพราะความเศร้าเกิดจากความผิดหวัง ล้มเหลวหรือสูญเสีย ซึ่งการ

สูญเสียนั้นอาจจะเกิดในชีวิตจริงหรือเพียงการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ ความเศร้าซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงได้

ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้ได้หลายความหมาย ดังนี้

1. สภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงเวลาสั้น ๆ อาจจะเป็นช่วงขณะหนึ่งหรือยาวนานเป็นวัน (Transient state) โดยที่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นี้ ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน บางครั้งเราอาจรู้สึก depress หรือไม่มีความสุข (unhappy) เมื่อมีบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ถูกใจเกิดขึ้น

2. ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะอาการหนึ่ง (Depression as a symptom) หมายถึง สภาวะของความเสียใจ (sadness) หรือความทุกข์ (unhappiness) ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง และระยะเวลาอาจยาวนานเป็นสัปดาห์หรือเดือน

3. ภาวะซึมเศร้าที่มีกลุ่มอาการที่ผิดปกติทางคลินิก (Depression as a clinical Syndrome) หมายถึง ภาวะที่อาการซึมเศร้าเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่องและยาวนาน (ระยะเวลาเป็นเดือนขึ้นไป) มีลักษณะรุนแรง และรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงส่วนอื่น ๆ ในการทำงานของร่างกาย จิตใจและสังคม จนถือว่าเป็นอาการป่วยทางจิตเวช

อารมณ์เศร้าที่ควรได้รับการรักษา เป็นอาการที่แสดงออกทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และทางจิตใจ

โดยพบอาการบ่นไม่สบายของผู้ป่วยอารมณ์เศร้า แสดงออกได้ 3 ด้านคือ

Physical Complaints อาการไม่สบายทางด้านร่างกาย ได้แก่

นอนไม่หลับ มักปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น โดยระยะแรกผู้ป่วยอาจหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการตื่นนอนตอนดึก ๆ แล้วหลับอีกไม่ได้ หรือหลับไม่สนิท เมื่อเป็นบ่อย ๆ ผู้ป่วยจะกระวนกระวาย หงุดหงิด หรือในบางรายอาจมีอาการตื่นเช้ามากกว่าปกติ โดยผู้ป่วยจะหลับได้ดีแต่ตื่นเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง

อ่อนเพลีย แม้ไม่ต้องออกแรง ผู้ป่วยจะมีอาการนี้และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนนอนหลับจะไม่ทำให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขน ขา บางรายอาจคิดว่าเป็นโรคหัวใจ เพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความวิตกกังวล และถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก จะยิ่งกังวลมากขึ้น

เบื่ออาหาร มักเป็นตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากอาหาร การรับรู้จะเปลี่ยนไป แต่บางรายอาจกินอาหารได้ และได้มากกว่าธรรมดา

น้ำหนักลด โดยจะลดลงประมาณ 2-5 กิโลกรัม เมื่อพบแพทย์ครั้งแรก แต่บางรายอาจลดลงมากถึง 9-10 กิโลกรัม ในเวลา 1-2 เดือน ทำให้ผู้ป่วยตกใจ เพราะนึกถึงโรคร้ายเช่น มะเร็ง หรือวัณโรค

ความรู้สึกทางเพศลดลง ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเศร้า ความรู้สึกทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย และร้อยละ 10 เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุมักเป็นมากกว่าอายุน้อย เชื่อว่าความผิดปกตินี้เกิดจากการแปรปรวนของต่อม Hypothalamus

หายใจไม่อิ่ม เป็นลักษณะของการหายใจเข้าไม่เต็มปอด แต่หายใจออกเป็นปกติ ผู้ป่วยถอนหายใจอยู่ตลอดเวลา บางรายอาจคิดว่าตัวเองเป็นโรคปอดหรือหัวใจ ซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาได้

Emotional Complaints อาการไม่สบายซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่

อารมณ์เศร้า ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการอื่น โดยไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญ จึงไม่ได้บอก จึงต้องถามถึงอารมณ์และความรู้สึกประกอบกับสังเกตจากน้ำเสียงและสีหน้า เช่น อาจบอกว่า ใจคอเหี่ยวแห้ง หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส เศร้าหมอง

อารมณ์เศร้า ไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาไม่เศร้าผู้ป่วยจะรู้สึกสนุกและมีอารมณ์ขันได้ และอารมณ์เศร้าจะไม่คงที่ตลอดวัน ส่วนมากผู้ป่วยจะเศร้ายากในตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นและค่ำ

ร้องไห้ ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าย่อมร้องไห้ง่าย โดยเฉพาะเวลาที่อยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยจะเกิดความตื่นตันและร้องไห้ง่ายกว่าธรรมดา เพียงเหตุการณ์เล็กน้อยที่ทำให้สะเทือนใจหรือประทับใจก็ร้องไห้ได้ หรือบางครั้งมีความรู้สึกเหมือนจะร้องไห้ แต่ไม่มีน้ำตาจะไหล

ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถสติปัญญา มักจะโทษตัวเอง ความคิดเหล่านี้ถ้ามีมากและรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายได้

ความรู้สึกผิด ผู้ป่วยมักโทษตัวเองโดยที่ไม่มีความผิด หรือมีก็ไม่เป็นเรื่อง ไม่สำคัญ ไม่น่าตำหนิมากนัก ถ้าความรู้สึกผิดมีมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ทำให้คิดอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย

อารมณ์หงุดหงิดและฉุนเฉียวง่าย ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่มีเหตุผล ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิดง่ายและบ่อย และมักเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว

ความกลัวและวิตกกังวล ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มีอาการนี้ ความกลัวและวิตกกังวลมักจะวนเวียนอยู่ในความคิดของเขา ทำให้จิตใจไม่สงบ เช่น กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว กลัวตาย กลัวอนาคตจะลำบาก ผู้ป่วยมักคิดเสมอเมื่อมีเวลาว่าง เป็นความคิดเหมือนพายุเรื่อในอ่าง

Psychic Complaints เป็นอาการบ่นไม่สบายทางจิตใจ ได้แก่

ความคิดเชิงลบ โดยในตอนแรกสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยเงิบและซึมลง ความสนใจต่าง ๆ จะลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่แจ่มใสและร่าเริง และไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยจะพยายามฝืนตัวเอง เช่น การพูด แต่งตัวเพื่อให้เหมือนปกติ แต่ทำไม่ได้

สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่าย โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วไม่จำ โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำทำให้เกิดความวิตกกังวล

ความคิดอยากตาย ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง และเป็นอาการแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของอารมณ์เศร้า ผู้ป่วยที่เศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมาก (นอนไม่หลับ หงุดหงิดกระวนกระวาย ฯลฯ) มีความรู้สึกทรมานเมื่อเป็นมากขึ้นก็จะถึงจุดที่ทนไม่ได้ ผู้ป่วยก็หาทางหนีจากความทรมาน ความตายจะเป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยคิดถึง ยิ่งเศร้ามาก ทรมานมาก ความคิดอยากตายจะมีมากขึ้น

อาการหลงผิด ประมาณร้อยละ 28-50 ของผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลงผิด ที่พบบ่อยคือหลงผิดว่าตนเองไม่มีค่า มีความผิด บาป อาการหลงผิดอาจทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตายได้ เพราะผู้ป่วยจะคิดว่าถ้ามีชีวิตอยู่ต่อไปจะเป็นภาระทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน หรือสมควรถูกลงโทษเพราะมีผิดและบาป

ผู้ป่วยที่เศร้ามากจะมีอาการหลงผิดมากและรุนแรง ผู้สูงอายุจะมีอาการหลงผิดมากกว่าอายุน้อย

สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเศร้า

- ภาพพจน์ของตนเอง ในผู้ที่มาจากครอบครัวที่แตกแยก มักจะมองภาพพจน์ของตนเองไม่ดี ขาดความภูมิใจในตนเอง

- การอบรมสั่งสอนทั้งจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ ตลอดจนศาสนาและวัฒนธรรม เพื่อให้บุคคลประพฤติตนเป็นคนดี จะเป็นสิ่งช่วยเหลือรังจิตใจให้ประพฤติในสิ่งที่ดีชอบธรรม ดังนั้น การมีคุณธรรมซึ่งต่างศาสนากัน มีวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่ต่างกัน อาจมีคุณธรรมที่ต่างกันได้ ผู้ที่มีคุณธรรมสูงจะรู้สึกว่าคุณธรรมของตนเองมีต่ออยู่เสมอ

- อุดมคติ ที่ตั้งไว้สูงเกินไป ซึ่งขัดกับข้อเท็จจริง เมื่อบุคคลเหล่านี้ทำตนให้ดี ตามข้อกำหนดที่ตั้งไว้ไม่ได้ ก็เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ รู้สึกว่าตัวเองไร้ความสามารถ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า

- ความสามารถและทักษะของบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ถ้าไม่ประสบความสำเร็จ ความภาคภูมิใจก็ลดลง เกิดความเปล่าเปลี่ยว รู้สึกว่าตนเองไม่ดี และมีต่ออยู่เสมอ จึงเกิดอารมณ์เศร้า

ซึ่งนอกจากนี้ก็มีปัจจัยเสริมอื่น ๆ อีกเช่น

- พันธุกรรม ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า Affective Disorder เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ จึงมีการศึกษากันอย่างจริงจัง แต่ยังหารูปแบบของการถ่ายทอดทาง Gene ไม่ได้

- ลักษณะของรูปร่าง ซึ่ง Drestmer ได้แบ่งบุคลิกภาพของคนเราเป็น 4 พวกคือ Asthenic Type คือ พวกที่มีร่างกายผอมสูง แขนขายาว พวกนี้มีโอกาสเกิด Schizophrenia สูง

Athletic Type คือ ผู้ที่มีร่างกายสมส่วน เป็นนักกีฬา

Pyknic Type คือ เป็นพวกอ้วนเตี้ย พวกนี้มักเกิด Manic Depressive สูง

Dysplastic Type คือ ผู้ที่มีร่างกายพิการ

- เพศ อารมณ์เศร้าพบในหญิงมากกว่าชายประมาณ 3 : 1 ซึ่งอาจจะเป็นเพราะหญิงมีทางแสดงออกของอารมณ์น้อยกว่าชาย

- อายุ อารมณ์เศร้าจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ

- การได้รับการศึกษาและอบรมในวัยเด็ก นับว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากวัยเด็กเป็นวัยที่มีการพัฒนาทาง Ego และ Superego การให้การศึกษาและฝึกอบรมในเรื่อง ศาสนา ศิลธรรมและวัฒนธรรม ซึ่งมีส่วนเสริมสร้าง Superego เป็นอย่างมาก

- เหตุการณ์สะเทือนใจ ได้แก่ การสูญเสียชนิดต่าง ๆ การพลัดพรากจากกัน ความล้มเหลวในชีวิต การเสียชีวิตของผู้ใกล้ชิด

- สถานภาพทางเศรษฐกิจ-สังคม ความเปล่าเปลี่ยว การแยกตัวเองและความเครียดที่สะเทือนอารมณ์ ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โดยเฉพาะผู้ที่ล่อแหลมต่อการเกิดอารมณ์เศร้าอยู่แล้วเช่น ในวัยเกษียณอายุ การย้ายที่อยู่ การหย่าร้าง ในผู้ที่ยากจน เศรษฐกิจที่บีบรัดตัวทำให้เกิดความเครียด ความทุกข์ ขาดความผ่อนคลาย ขาดความสะดวกสบายต่าง ๆ ไม่นับเรื่องหนี้สิน ซึ่งเป็นสิ่งบีบคั้นอีกประการหนึ่ง และที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ที่อยู่อาศัยเพราะพบว่า ผู้ที่ถูกขับไล่ ในเรื่องที่อยู่อาศัยที่ดี การที่อยู่อย่างผู้ร่อนกดี ล้วนแต่ก่อให้เกิดภาวะที่เป็นความเครียดทั้งสิ้น

อารมณ์เศร้าของบุคคลเหล่านี้อาจจะออกมาในรูปของการนอนไม่หลับ การดื่มสุรา และสารเสพติด การเล่นการพนัน ส่วนปัญหาของอารมณ์เศร้าในผู้ที่ร่ำรวยหรือมีฐานะในระดับปานกลาง มักจะเกี่ยวกับปัญหาในครอบครัว เช่น ปัญหาในชีวิตสมรส การเรียน ความประพฤติของลูก ๆ และการเจ็บป่วย

- การย้ายถิ่นเข้าเมืองใหญ่ ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดความรู้สึกพลัดพรากจากที่อยู่อาศัยเดิม รวมทั้งญาติพี่น้องและคนคุ้นเคยแล้ว จะมีปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจสูง และต้องการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่เป็นอย่างมาก นอกจากนี้จะขาดความมั่นคงทางจิตใจ เศรษฐกิจ จึงมีปัญหาทางจิตประสาท และอารมณ์เศร้าไม่น้อย

ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดอารมณ์เศร้า

1. ทางด้านจิตใจ

- การสูญเสียของรัก ไม่ว่าจะเป็นข้าวของเงินทอง สัตว์เลี้ยง คน ซึ่งการสูญเสียเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าได้ และถ้าอารมณ์เศร้าโศกเกิดนานกว่า 6 เดือน ก็ถือว่าเป็นความซึมเศร้าได้

- ภาวะคับข้องใจที่เรื้อรัง ซึ่งหาทางออกไม่ได้ ซึ่งพวกนี้จะเชื่องช้าเชื่องซึม

- การสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งความเชื่อมั่นในตนเองเป็นความต้องการทางใจอย่างหนึ่ง การที่ทำให้ความเชื่อมั่นลดลง เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่การงานลดลง การสูญเสียเกียรติยศ ชื่อเสียง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่อารมณ์เศร้าได้

2. ทางด้านร่างกาย

Viral Infection เช่น อารมณ์เศร้าที่เกิดหลังเป็นไข้หวัด หรือตับอักเสบ

Bacterial Infection เช่น ในผู้ที่ป่วยวัณโรค

Endocrine Factors เช่น ในหญิงก่อนมีประจำเดือน บางคนอาจมีอาการตั้งเครียด เศร้าและวิตกกังวลได้ ซึ่งเชื่อว่าเป็นการเปลี่ยนแปลง hormone ในร่างกาย ในหญิงที่ตัดมดลูก ซึ่งถือว่าการสูญเสียที่ใหญ่หลวงสำหรับความเป็นผู้หญิง เพราะจะไม่สามารถมีบุตรได้ มักพบว่าหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักจะเกิดอารมณ์เศร้า

- น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ และอารมณ์เศร้าเองก็ทำให้น้ำหนักลดได้ แต่ไม่ใช่จากเจตนาลดความอ้วน

- การผ่าตัดใหญ่ที่ทำให้การสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น การผ่าตัดเต้านมตัดแขน ตัดขา

- การถอนฟันออกจากปากทั้งหมด เพราะถือว่าฟันเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของร่างกาย อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่อย่างหนึ่ง

3. การได้รับยา ที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เช่น ยาลดความดันโลหิต (Aldomet) ยาต้านโรคจิต

การประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living/ ADL)

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน

กิจกรรมต่าง ๆ ที่กระทำอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่

- กิจกรรมระดับพื้นฐาน : ประกอบด้วย

Self care ได้แก่ การรับประทานอาหาร (eating)

การทำความสะอาดร่างกาย (bathing)

การใส่เสื้อผ้า (dressing)

การแต่งตัว (grooming)

การขับถ่าย (toileting)

Mobility ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว (rolling)

การลุกนั่ง (sitting up)

การลุกยืน (standing up)

การเคลื่อนย้าย (transferring)

- กิจกรรมระดับพัฒนา : ได้แก่

การทำความสะอาดบ้านเรือน

การหุงหาอาหาร

การซื้อของ

การเดินทางไปทำงาน ฯลฯ

การดูแลตนเอง (Self-care)

โอเริ่มให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติ และเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ชนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งร่างกายและสติปัญญา ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health state) และลักษณะของการดูแลตนเองที่จำเป็นในขณะนั้นและในอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคล ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนร่วมส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอดมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) มี

ก. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self care operations)

เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถที่จะ

1. ตรวจสอบสถานะการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2. ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites)

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ด้านนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย ดังกล่าวแล้ว

ข. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : enabling capabilities for self-care) โอลิเวียและเทเลอร์ มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มเพื่อปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

ค. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำและการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล
2. หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความหวังใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จะเป็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

ความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care Deficit)

ความพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบไม่เพียงพอ

ความสามารถที่ผู้ป่วยจะช่วยตนเองได้ ในภาวะกิจวัตรประจำวัน อาศัยการทำหน้าที่ของมือ แขนเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะกิจกรรมขั้นพื้นฐานนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเกิดขึ้นกับแขน-ขา ซ้ำที่ไม่ถนัด เช่น เป็นอัมพาตครึ่งซีกของลำตัวในผู้ป่วยที่ถนัดขวา แม้ว่ามือ-แขน ซ้ายจะไม่มีกัมพืนตัวกลับคืนมาเป็นปกติ ผู้ป่วยดังกล่าวจะยังสามารถช่วยตนเองได้ในการดูแลภาวะกิจวัตรส่วนตัวโดยใช้มือข้างขวาที่ถนัดข้างเดียวได้ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าส่วนของมือแขนข้างที่ถนัดเป็นฝ่ายที่เสีย และไม่มีการฟื้นฟูตัวจำเป็นจะต้องฝึกหัดใช้มือแขนข้างที่ไม่ถนัด ให้เป็นมือที่สามารถใช้งานทดแทนข้างที่เสียขึ้นมา

การกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองนั้นเป็นสิ่งจำเป็นเพราะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองขึ้น ความคิดวิตกกังวลของผู้ป่วยอัมพาตส่วนใหญ่มักจะคิดอยู่ว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นอยู่เช่นนั้นจะได้ลดน้อยถอยลงไป ญาติผู้ป่วยควรจะต้องได้รับคำแนะนำบอกกล่าวถึงวิธีการที่จะช่วยกระตุ้นให้ช่วยตนเอง เพราะการที่ผู้ป่วยมีญาติหรือผู้อื่น คอยปฏิบัติดูแลให้ตลอดเวลา ยิ่งนานวันเข้าโอกาสที่จะฝึกฝนให้ผู้ป่วยช่วยตนเองได้จะลำบากยิ่งขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Nakayama และคณะ (1994)¹⁸ ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของอายุที่มีต่อผลของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าตัวแปรด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับชนิด หรือขนาดของรอยโรคในสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายในช่วง 3 เดือนแรกของผู้ป่วย, การฟื้นฟูสภาพของระบบประสาทหรือความเร็วในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

การศึกษาของ Herrmann และคณะ (1995)¹² เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิกายวิภาคของสมองกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 104 คน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้า กับรอยโรคในสมองทั้งซีกซ้าย

และชี้ขวา และไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ากับตำแหน่งของรอยโรค ปริมาณของรอยโรค หรือการฝ่อของสมอง

Davenport และคณะ (1996)¹⁹ ศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาด่วนอยู่ในโรงพยาบาล ที่พบบ่อยที่สุดคือหกล้ม ร้อยละ 22 แผลแตกบริเวณผิวหนัง ร้อยละ 18 และติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 16 ติดเชื้อปอด ร้อยละ 12 และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ รวมทั้งภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32 นอกจากนี้ยังพบว่า อาการชักและการติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการเจ็บป่วย ขณะที่ภาวะซึมเศร้าและอาการเจ็บบริเวณไหล่เป็นปัญหาในระยะหลัง

Roberts และ Counsell (1998)⁴ ศึกษาผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโรคหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการตาย 76% เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านต่าง ๆ (impairment) 76% สูญเสียสมรรถภาพในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ (disability) 42% และเกิดความพิการ (handicap) 2%

Duncan และคณะ (1997)⁶ ทำการศึกษาสภาวะทางสุขภาพ (Health Status) ในผู้ป่วย mild stroke TIA และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วย mild stroke มีความพร้อมในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) และด้านการทำงานต่าง ๆ มากกว่าผู้ป่วย TIA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Chang และ Mackenzie (1998)²⁰ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเองกับความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยที่ฟื้นสภาพจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 152 คน โดยทำการประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้งในช่วงเวลา 2 วัน 2 สัปดาห์ และ 3 เดือน หลังเข้ารับตัวไว้ในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าระดับของความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าระดับของความภาคภูมิใจในตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ทำนาย functional outcome ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Sharpe และคณะ (1994)²¹ ทำการศึกษาไปข้างหน้าเป็นเวลาเฉลี่ย 44 เดือนเพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้า คืออายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมี Cognitive impairment และขนาดของรอยโรคในสมองที่ใหญ่กว่า 10 cc.

Astrom และคณะ (1993)²² ทำการศึกษาติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 ปี เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและหาความสัมพันธ์ของประสาทชีววิทยา ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลา พบว่าในระยะเฉียบพลันมีอัตราภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25 ปัจจัยที่มีผลในการทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะนี้คือ รอยโรคในสมองด้านซ้าย dysphasia และการที่ผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียว เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือน อัตราภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31 โดยมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันเป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้า ในช่วงนี้ 1 ปี พบอัตราซึมเศร่าลดลงเหลือร้อยละ 16 ปัจจัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยเป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้า 2 ปี พบอัตราภาวะซึมเศร่าร้อยละ 19 และ 3 ปี พบร้อยละ 29 ไม่มีปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในช่วง 2 ปี และ 3 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Fuh และคณะ (1997)¹⁴ ทำการศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาต ร้อยละ 62.2 และผู้สูงอายุที่ไม่เป็นอัมพาต ร้อยละ 33.4 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร่ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ และจาก Multiple regression analysis พบว่าคะแนนของความซึมเศร่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาต ($R^2 = .19, P = .004$)

Kotila และคณะ²³ (1998) ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคและความรุนแรงของการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วย ในช่วงเวลา 3 เดือนและ 12 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม พบว่าช่วง 3 เดือนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟู มีภาวะซึมเศร่าร้อยละ 41 น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟู (ซึมเศร่าร้อยละ 54) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร่าช่วงนี้คือ เพศหญิงและการได้

คะแนนพยากรณ์ไม่ดีในระยะเริ่มแรกของการเป็นโรค แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เมื่อติดตามผู้ป่วยไปจนครบ 12 เดือนพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า (42%) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟู (55%) และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Herrmann และคณะ (1998)⁹ ทำการศึกษาเพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ของความซึมเศร้ากับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้า 22-27% ใน 3 เดือนแรก และ 21-22% ใน 1 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน 3 เดือน คือคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ยกเว้นในส่วนของควบคุมหูดและการสื่อสาร) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในช่วง 3 เดือนและ 1 ปี คือ Social cognition

Pohjasvaara และคณะ (1998)¹³ ศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 55-85 ปี จำนวน 486 คน พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.1 เป็น major depression ร้อยละ 26 minor depression ร้อยละ 14.1 และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันและมีประวัติเคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน

ปิยะภัทร ดันติแพทยางกูร และคณะ (1997)²⁴ ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ส่งมารักษาในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบความซึมเศร้าเท่ากับ 38% ส่วนปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการศึกษานี้ พบว่าจำนวนรายได้ในปัจจุบันเป็นเพียงปัจจัยเดียวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ