

ความซุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวชุติมา หุ่มเรืองวงษ์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-4253-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE OF ANXIETY AFTER STROKE IN PHYSICAL REHABILITATION PATIENTS
AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

MISS CHUTIMA ROOMRUANGWONG

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-4253-3

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือด
สมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย นางสาวชุตินา หุ่มเรืองวงษ์
สาขาวิชา จิตเวชศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์เอม อินทกรณ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

..... กรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

ชุตติมา หุ่มรุ่งเรืองวงศ์ : ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
จากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
(PREVALENCE OF ANXIETY AFTER STROKE IN PHYSICAL
REHABILITATION PATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL
HOSPITAL) อาจารย์ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ, 95 หน้า,
ISBN 974-17-4253-3

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล
และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล
และความซึมเศร้า (Hospital anxiety and depression ฉบับภาษาไทย) แบบสอบถาม
ความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) , แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ II (The
Personal Resource Questionnaires : PRQ part II) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
SPSS for Windows สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi – square test และ
stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า

จากการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มาเข้ารับการทำ
กายภาพบำบัด เท่ากับร้อยละ 24.7 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคที่มากกว่า 6 เดือน ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่เป็นแบบ
ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (severe dependence และ total dependence) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่น้อย
โดยทั้ง 3 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และเมื่อนำตัว
แปรทั้ง 3 นี้มาทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าทั้ง 3 ตัวแปร ยังคงมีผลต่อภาวะวิตกกังวลอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.01$ ทุกตัวแปร

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต.....

สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา 2546

4575215630 MAJOR : PSYCHIATRY

KEY WORDS : ANXIETY / STROKE / PHYSICAL REHABILITATION / KING

CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

CHUTIMA ROOMRUANGWONG : PREVELENCE OF ANXIETY OF
AFTER STROKE IN PHYSICAL REHABILITATION PATIENTS AT KING
CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. THESIS ADVISOR :

ASSOC. PROF. NANTIKA THAVICHACHART,MD. ; 95 pp. ISBN :974-17-4253-3

The purpose of this study was to examine the prevalence of anxiety and associated factors of 85 stroke patients who come to attend physical rehabilitation programs at King Chulalongkorn Memorial Hospital. The instruments used comprised of demographic data, Thai version of Hospital Anxiety and Depression scale, The Barthel ADL index, The personal Resource Questionires. : PRQ part II. and psychiatric interview. The data were analyzed for descriptive statistic : percentage, mean, standard division, Chi-square test and stepwise multiple regression analysis by SPSS for Windows.

The result of this study were as follows :

Prevalence rate of study was 24.7% and found that there are 3 factors associated significantly with anxiety .These factors are duration of the illness more than 6 months ,Bathel ADL index at the level severe dependence and total dependence , and low social support .they are associated significantly with anxiety at statistical level $p < 0.01$.

From Stepwise Multiple Regression Analysis showed that all 3 factors still statistically associated with anxiety at level $p < 0.01$.

Department Psychiatry Student's Signature

Field of study Psychiatry Advisor's Signature

Academic year 2003

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ตลอดจนข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา และเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดตลอดการทำวิจัย รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้วิจัย รู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยใช้เหตุผลและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น เสนอแนะต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ยิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์เอม อินทกรณ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องของการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ได้ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูล รวมทั้งความช่วยเหลือจากบุคลากรทุกท่าน ณ แผนกกายภาพบำบัด ที่ช่วยอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลยถ้าปราศจากความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบพระคุณบุคลากรของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยเหลือในการทำวิจัย และเพื่อนนิสิตร่วมชั้นปี ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และอบรมสั่งสอนผู้วิจัยด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้เสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความรู้เกี่ยวกับโรคอัมพาตครึ่งซีก.....	7
ภาวะวิตกกังวล.....	21
การทำกายภาพบำบัด.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	49

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
	รูปแบบการวิจัย.....	52
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	58
	1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย.....	58
	1.2 ตำแหน่งของรอยโรค ชนิดของการขาดเลือด ระยะเวลา ที่เป็นโรค.....	61
	1.3 ประวัติโรคจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวช ในครอบครัว.....	62
	1.4 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วย.....	63
	1.5 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย.....	64
	ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วย.....	65
	ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย.....	66
	3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วย กับภาวะวิตกกังวล.....	66
	3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งรอยโรคชนิดของการ ขาดเลือด และระยะเวลาที่เป็นโรคกับภาวะวิตกกังวล.....	69
	3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม ประวัติ โรคทางจิตเวชในครอบครัวกับภาวะวิตกกังวล.....	70

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย (ต่อ)

3.4	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน กับภาวะวิตกกังวล.....	71
3.5	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะ วิตกกังวล.....	73
3.6	ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล.....	75
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	76
	สรุปผลการวิจัย.....	76
	อภิปรายผลการวิจัย.....	77
	ข้อเสนอแนะ.....	79
	รายการอ้างอิง.....	81
	ภาคผนวก.....	83
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	95

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

	หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย..... 58
2	ตำแหน่งรอยโรค ชนิดของการขาดเลือด ระยะเวลาที่เป็นโรค..... 61
3	ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว..... 62
4	ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index)... 63
5	แรงสนับสนุนทางสังคม..... 64
6	ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วย..... 65
7	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวล 66
8	ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งรอยโรค ชนิดของการขาดเลือด และ ระยะเวลาที่เป็นโรคกับภาวะวิตกกังวล..... 69
9	ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม ประวัติโรคทางจิตเวช ในครอบครัวกับภาวะวิตกกังวล..... 70
10	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กับภาวะวิตกกังวล วิเคราะห์โดย ANOVA..... 71
11	วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวันกับภาวะวิตกกังวลโดย Post Hoc Analysis..... 72
12	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล วิเคราะห์โดย ANOVA..... 73
13	วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล โดย Post Hoc Analysis..... 74
14	ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะวิตกกังวล..... 74
15	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ที่มาทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาล- จุฬาลงกรณ์..... 75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาของ กฤษณา พีระเวช⁽³⁾ พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องดูแลแบบองค์รวม (holistic) โดยปัญหาทางด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคม เป็นสิ่งที่สำคัญและพบเสมอๆ ในผู้ป่วย stroke ที่จะต้องคำนึงถึง และให้ความช่วยเหลือสนับสนุน โดยการให้ psychotherapy และ promote ให้มี coping strategy ที่เหมาะสมทั้งผู้ป่วยและญาติ, ให้ความรู้, คำแนะนำ และวางแผนเพื่อเตรียมสิ่งต่างๆ ให้พร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหรือ กลับสู่สังคมได้อย่างมีความสุข และพบว่าปัจจัยที่ทำให้การกายภาพบำบัดได้ผลดี ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และสังคม มีอารมณ์ดี ไม่ซึมเศร้า และมีความตั้งใจในการฝึก มีการรับรู้ (Perception) ที่ดี

นอกจากนี้จากการศึกษาอีกหลายอันได้แก่ การศึกษาของ Ruud M. และคณะ⁽⁵⁾ ในปี 1989 ถึง Psychosocial aspects in stroke patients พบว่า 50% ของผู้ป่วยมีภาวะ anxiety และ/หรือ depression การศึกษาของ Ahlsio B. และคณะ⁽⁷⁾ ปี ค.ศ. 1984 ถึง Disablement and quality of life ในผู้ป่วย stroke จำนวน 96 ราย พบว่า anxiety มีผลต่อ QOL และ physical disable อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Shimoda K และคณะ⁽¹⁴⁾ ปี ค.ศ. 1998 ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่อาการเริ่มดีขึ้นแล้วจำนวน 142 ราย พบว่า depression และ anxiety เกิดจากคนละกลไกภาวะ anxiety เป็นปัจจัยที่ทำให้ความรุนแรงและการดำเนินโรคของภาวะ depression รุนแรงและยาวนานขึ้น โดยทำให้เกิดผลกระทบต่อ social function และ outcome ของ ADL การศึกษาของ Schultz SK และคณะ⁽¹⁵⁾ ปี ค.ศ. 1997 โดยติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเป็นเวลา 2 ปี พบว่าภาวะวิตกกังวลสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วงแรกของโรคและ ADL impairment โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีอายุน้อย การศึกษาของ Chemerinski E และคณะ⁽¹⁸⁾ ปี ค.ศ. 2000 ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล (anxiety) จะไป inhibit physical recovery จากโรคหลอดเลือดสมองและ limit quality of life (QoL) การศึกษาของ Bond J และคณะ⁽¹⁹⁾ ปี

ค.ศ. 1998 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันและผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ severe disability และ social contact ที่น้อย

และจากประสบการณ์ทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นประชากรกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด เพื่อฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คงระยะการเคลื่อนไหว (maintain ROM) ป้องกันภาวะข้อติด ช่วยให้ไอ และขับเสมหะได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ถือเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยและญาติอย่างมาก แต่กลับพบว่าผู้ป่วยหลายรายที่ไม่ร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ทำให้การบำบัดไม่ก้าวหน้า อันเนื่องมาจากภาวะความวิตกกังวลของตัวผู้ป่วยเอง

และจากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่มีการวัดความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาทำกายภาพบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลนั้นโดยตรงมีเพียงการศึกษาในผู้ป่วยใน stroke unit หรือ จากการตรวจติดตามแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย สื่อสารให้แพทย์ และบุคลากรที่ทำกายภาพบำบัดได้ตระหนักถึงภาวะนี้เพื่อที่จะได้เข้าใจผู้ป่วย และหาแนวทางป้องกันรักษาอย่างถูกต้องโดยดูแลร่วมกับจิตแพทย์เพื่อผู้ป่วยจะได้การดูแลรักษาที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัดเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อหาค่าความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าของภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มาเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถามที่มีตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรอิสระ คือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว
2. ปัจจัยทางกาย ได้แก่ ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค สาเหตุของการขาดเลือด ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)
3. ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ

1. ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ โดยไม่ได้รวมถึงผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเข้าใจ และการพูด (aphasia) จากโรคที่สมอง ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปอธิบายในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ทุกราย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ได้แก่ ภาวะที่มีความกังวลเกินกว่าเหตุ จนทำให้เกิดอาการทางกายต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. Autonomic Nervous System Hyperactivity ได้แก่ อาการใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ตาพร่า เหงื่อแตก มือเท้าเย็น ปั่นป่วนในท้อง
 2. Muscle Tension ได้แก่ อาการปวดตึงศีรษะ ชมับ ทำยทอย ปวดตึงกล้ามเนื้อตามตัว
 3. Cognitive Hypervigilance ได้แก่ อาการหงุดหงิด ตกใจง่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ
- โดยอาการทั้งหมดนี้สามารถวินิจฉัยได้จากคะแนนของ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-ฉบับภาษาไทย) ได้คะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป

อัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้แก่โรคที่มีการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือหลายส่วน ไม่ว่าจะเกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดสมอง หรือการแตกของเส้นเลือด ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองในการควบคุมกล้ามเนื้อต่างๆ แสดงออกโดยมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา หรือใบหน้า หรืออัมพาตครึ่งซีก

กายภาพบำบัด (Physical rehabilitation) ได้แก่วิธีการบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกายในผู้ป่วย stroke โดยวิธีต่างๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย บริหารกล้ามเนื้อ การเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ การฝึกเดิน การฝึกใช้เครื่องมือต่างๆ ในการพยุงการทรงตัวที่ทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ประจำบ้านแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งนักกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคต่างๆ ที่ถูกส่งมารับการบำบัด ณ. หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อ้างอิงจากเอกสารประกอบการเรียนเรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ กฤษณา พิระเวช⁽³⁾

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL index) ได้แก่ความสามารถในการดูแลตัวเองในแบบต่างๆ อันประกอบไปด้วย ความสามารถในการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว (feeding) ความสามารถในการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (grooming) ความสามารถในการลุกจากที่นอนเองหรือลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ (transfer) ความสามารถในการใช้ห้องสุขา (toilet use) ความสามารถในการเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือในห้อง (mobility) ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า (dressing) ความสามารถในการลงบันได 1 ชั้น (stairs) ความสามารถในการอาบน้ำเอง (bathing) ความสามารถในการกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (bowels) ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (bladder) โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ฉบับภาษาไทยของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (assistance and guidance) การมีโอกาสได้ดูแลผู้อื่น (opportunity for nurturance) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (self-worth) ความผูกพันใกล้ชิด (intimacy) โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมฉบับภาษาไทย ซึ่งดัดแปลงมาจาก The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II ของ Beand and Weinert

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

(Independent variables)

ตัวแปรตาม

(Dependent variable)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วย stroke ที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและติดตามอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าว
3. เพื่อให้ญาติ และบุคลากรในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ตระหนักถึงภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อจะได้เข้าใจผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยมารับการรักษา หรือส่งแพทย์และบุคลากรมาผ่านการอบรม ณ. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
4. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย และปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไปนี้

1. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. ภาวะวิตกกังวล
3. การทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะอัมพาตครึ่งซีกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากหนังสือประสาทศาสตร์พื้นฐานของ กัมมันต์ พันธุมจินดา, มีชัย ศรีไส (1) เรื่อง โรคหลอดเลือดแดงของสมอง (Cerebrovascular diseases) ได้อธิบายว่า โรคหลอดเลือดแดงของสมอง (Cerebrovascular diseases) แยกเป็น 2 ชนิด คือ

1. OCCLUSIVE DISEASES โรคที่เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงในสมองแยกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 THROMBOSIS หลอดเลือดตีบส่วนใหญ่เกิดจากผนังของหลอดเลือดหนาและแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการเสื่อม (degeneration) ของหลอดเลือดแดง ส่วนน้อยเกิดจากความผิดปกติชนิดอื่นของผนังหลอดเลือดแดง เช่น หลอดเลือดแดงอักเสบ (arteritis) หรือเกิดจากความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงและส่วนประกอบอื่นๆ ของเลือด เช่น polycythemia เป็นต้น ถ้าพยาธิสภาพเป็นมากขึ้นไม่ว่าเกิดจากสาเหตุใดหลอดเลือดก็จะอุดตันได้ในที่สุด

1.2 EMBOLISM หลอดเลือดอุดตันจาก emboli อาจเกิดจากโรคของหัวใจหรือโรคของหลอดเลือดเองก็ได้ embolism ที่เกิดจากโรคหัวใจ เช่น โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart diseases) หรือหัวใจเต้นผิดปกติ เช่น atrial fibrillation ส่วน embolism ที่เกิดจากหลอดเลือด เช่น มีการแตกของ atherosclerotic plaque ของหลอดเลือดแดง carotid ทำให้เกิด emboli ซึ่งมักจะเป็นก้อนของเกล็ดเลือด (platelets) หลุดไปอุดตันหลอดเลือดแดงในสมอง

2. HEMORRHAGIC DISEASES โรคที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงในสมอง แยกออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 INTRACEREBRAL HEMORRHAGE เป็นการแตกเลือดในสมองซึ่งมักเกิดจากความดันโลหิตสูง (hypertension)

2.2 PRIMARY SUBARACHNOID HEMORRHAGE เป็นการแตกเลือดในชั้น subarachnoid โดยตรง มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดโป่ง (aneurysms)

อาการของ occlusive vascular disease และ intracerebral hemorrhage มักจะคล้ายคลึงกัน คือ ทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท (neurological deficits) เช่น อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) เด่นชัดขึ้นจะกล่าวรวมกันไว้ ส่วน primary subarachnoid hemorrhage นั้นให้อาการแตกต่างออกไปซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอาการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมอง เช่น ปวดศีรษะ, คอแข็ง เป็นต้น ส่วนอาการของความผิดปกติทางระบบประสาทนั้นเกิดน้อย หรืออาจพบได้ในระยะหลังของโรคซึ่งจะแยกกล่าวไว้ต่างหากในเรื่อง subarachnoid hemorrhage

อาการและอาการแสดงของ OCCLUSIVE และ HEMORRHAGIC C.V.D.

1. กลุ่มอาการที่บ่งว่าน่าจะเป็น C.V.D. Occlusive diseases และ Intracerebral hemorrhage เป็นโรคที่พบบ่อย ถ้าเราพบผู้ป่วยคนหนึ่งมาด้วยอาการทางระบบประสาท เราพอจะบอกได้ว่าผู้ป่วยนั้นน่าจะเป็น cerebrovascular disease หรือ C.V.D. หรือไม่โดยอาศัยลักษณะสำคัญ 3 ประการ (triads) คือ

1.1 TIME COURSE ระยะเวลาของการดำเนินโรคถ้าเป็นเลือดออกในสมอง (hemorrhage หรือ hematoma) หรือ embolism จะเริ่มต้นเร็วมากหรือเป็นทันทีทันใด ถ้าเป็น thrombosis อาจค่อยเป็นค่อยไปภายใน 5-6 ชม. อาการต่อไปอาจดีขึ้น, เลวลง หรือคงเดิมก็ได้ซึ่งจะกล่าวในเรื่องระยะ (stages) ของโรคต่อไป

1.2 FOCAL OR LOCALIZABLE DISEASE เนื่องจาก C.V.D. เป็นโรคของหลอดเลือด ดังนั้นอาการที่เกิดขึ้นก็จะเป็นไปตามลักษณะการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามบริเวณที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือดแดงนั้นๆ

หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแบ่งเป็น 2 ระบบ คือ carotid และ vertebrobasilar systems ถ้าเป็น C.V.D. ที่เกิดจากการอุดตัน (occlusive C.V.D.) อาการก็จะเป็นไปตามกลุ่มอาการทางระบบประสาทเนื่องจากหลอดเลือดแดงอุดตัน (neurovascular syndrome) คือ อึดตันเส้นใหนักเกิดอาการทางประสาทเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงที่บริเวณนั้นๆ เช่น ถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือดแดง medulla ขาดเลือดไปเลี้ยงที่เรียกว่า Lateral medullary (Wallenberg's)

syndrome เป็นต้น ส่วน C.V.D. ที่เกิดจากหลอดเลือดในสมองแตก (Hemorrhagic C.V.D.) พยาธิสภาพมักเป็นก้อนเลือดซึ่งอาจกินเนื้อที่มากกว่า neurovascular syndrome ก็ได้ เช่น ก้อนเลือดใน medulla อาจทำให้เกิดอาการทั้ง Wallenberg's และ medial medullary syndromes หรือเกิดอาการทั้งสองข้างของ medulla ก็ได้

1.3 RISK FACTORS เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค C.V.D. เนื่องจากโรคนี้ส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) หรือ ความดันโลหิตสูง (hypertension) ผู้ป่วยที่เป็น C.V.D. จึงมักมีโรคที่ทำให้เกิดหลอดเลือดโลหิตแข็งอยู่เสมอ เช่น โรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, อายุมาก, ไขมันในเลือดสูง, สูบบุหรี่จัด เป็นต้น จะทำให้เกิด occlusive และ hemorrhagic C.V.D. ส่วนพวกที่เป็นจาก embolism จากหัวใจ ก็มักมีปัญหาโรคหัวใจร่วมด้วย เช่น mitral stenosis เป็นต้น

ผู้ป่วยมาหาแพทย์ด้วยลักษณะ 3 อย่าง (Triads) ดังกล่าวแล้วนี้ โอกาสที่จะเป็น C.V.D. มีมาก ถ้าไม่ครบ 3 อย่าง เช่น มีแต่เป็นทันที (sudden onset) ผู้ป่วยอาจเป็นโรคอื่นก็ได้ เช่น ลมชัก (epilepsy) หรือผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทคล้าย C.V.D. แต่อาการเป็นช้าๆ (gradual onset) และไม่มีปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ผู้ป่วยอาจเป็นโรคเนื้องอกในสมองก็ได้

2. กลุ่มอาการที่แยกว่า C.V.D. นั้นอยู่ใน CAROTID หรือ VERTEBRO-BASILAR SYSTEMS

หลังจากตรวจผู้ป่วยดูว่าน่าจะเป็น C.V.D. จากลักษณะทั้ง 3 อย่าง (Triads) ดังกล่าวแล้ว ต่อไปพยายามแยกว่าโรคอยู่ใน carotid หรือ vertebrobasilar systems ดังนี้

2.1 CAROTID SYSTEM (Occlusive C.V.D. หรือ Cerebral hemorrhage) อาการและอาการแสดงจะเป็นดังนี้

2.1.1 ความผิดปกติจะเป็นซีกเดียวตลอด เช่น แขนขาอ่อนแรง (hemiparesis) ซีกขวา, เส้นประสาทสมองพิการซีกขวา, การรับความรู้สึกของร่างกายลดลง (hypesthesia) หรือ ความรู้สึกเจ็บลดลง (hypalgesia) ซีกขวา เป็นต้น

2.1.2 มีความผิดปกติของลานสายตา (visual field defect)

2.1.3 ตาเสีย conjugate gaze ซึ่งแก้ได้โดยการทำ Doll's eye และ caloric test และตามักจะมองไปทางด้านเดียวกันกับรอยโรค

2.1.4 มีลักษณะความผิดปกติของสมองใหญ่เฉพาะที่ เช่น

- Aphasia เกิดจากรอยโรคของสมองใหญ่ซีกซ้าย
- ไม่รับรู้ (neglect) ส่วนของร่างกายที่อยู่ตรงข้ามกับรอยโรคที่พบในพยาธิสภาพของสมองใหญ่ซีกขวา
- Cortical astereognosis
- ชัก (Seizure)
- Monocular visual loss เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดง ophthalmic ซึ่งเป็นแขนงของหลอดเลือดแดง internal carotid

หมายเหตุ: ใน cerebral hemorrhage เราไม่ควรบอกว่ารอยโรคเป็นที่หลอดเลือดเส้นหนึ่งเส้นใดเพราะไม่สามารถบอกได้แน่นอน บอกได้แต่ว่าอยู่ที่ส่วนใดของสมอง เช่นใน basal ganglia เพราะพยาธิสภาพเป็นก้อนเลือดจึงไม่เป็นไปตามการกระจายของหลอดเลือดเส้นหนึ่งเส้นใด แต่ใน occlusive disease พยาธิสภาพจะเป็นไปตามการกระจายของหลอดเลือดนั้นๆ จึงสามารถบอกได้ว่าเป็นการอุดตันของหลอดเลือดแดง middle cerebral หรือหลอดเลือดแดงเส้นอื่น ๆ

2.2 VERTEBRO-BASILAR SYSTEM (หรือก้านสมองและสมองเล็ก)

2.2.1 อาการมักเป็นทั้งสองข้างของร่างกายเนื่องจากก้านสมองมีขนาดเล็ก รอยโรคจึงมีโอกาสเกิดขึ้นทั้งสองข้างได้ง่าย ความผิดปกติของ motor และ sensory อาจมีลักษณะพิเศษ เช่น อัมพาตของร่างกายซีกหนึ่ง และ อัมพาตของประสาทสมองข้างหนึ่ง (crossed hemiparesis) หรือหมดความรู้สึกที่ลำตัวซีกหนึ่งและที่หน้าอีกซีกหนึ่ง (alternating hemianesthesia).

2.2.2 อาจมีความผิดปกติของลานสายตา เช่น homonymous hemianopia และมี macular sparing บ่งว่ามีการอุดตันของหลอดเลือดแดง posterior cerebral.

2.2.3 มักมี dysconjugate gaze และ diplopia

2.2.4 มีลักษณะจำเพาะของโรคใน posterior fossa หรือ vertebrobasilar system เช่น

- ม่านตาผิดปกติ เช่น Horner's syndrome
- มี nystagmus และ vertigo
- มีการหายใจผิดปกติ เช่น central neurogenic hyperventilation
- อาการพูดลำบาก (dysarthria) และกลืนลำบาก (dysphagia) มักรุนแรง

- มีอาการแสดงทางโรคของสมองเล็ก (cerebellar signs) เช่น ataxia, dysmetria, action tremor, adiadokokinesia เป็นต้น

3. กลุ่มอาการในระยะต่างๆ (STAGES) ของ C.V.D.

C.V.D. ไม่ว่าจะเกิดจากหลอดเลือดตีบ, ตัน หรือแตก ลักษณะของการดำเนิน (progression) ของโรคอาจคล้ายคลึงกันหรือปะปนกันได้ ระยะต่างๆ ของ C.V.D. มีลักษณะอาการแสดงแตกต่างกันดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ต้นฉบับไม่มีภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปที่ 10-1 แผนภาพแสดงตัวอย่างของตำแหน่งต่าง ๆ ในสมองที่อาจเกิด Neurovascular syndromes

(A= ระดับ forebrain ; B = ระดับ pons ; C = ระดับ medulla)

3.1 TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK (T.I.A.) เป็น C.V.D. ซึ่งมีอาการชั่วคราว และจะหายสนิทภายใน 24 ชม. สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก occlusive C.V.D. จำพวก emboli. Emboli อาจเกิดจากหลอดเลือดหนึ่งไปยังอีกหลอดเลือดหนึ่ง เช่น carotid bifurcation ไปยังหลอดเลือดแดงในสมองหรือ emboli จากหัวใจไปยังหลอดเลือดแดงในสมองก็ได้แต่พบน้อยกว่า Emboli ที่เกิดขึ้นมีขนาดเล็กเมื่ออุดตันหลอดเลือดแดงจะทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง แต่ยังไม่ทันทำให้เกิดเนื้อสมองตาย (infarction) emboli ก็ถูกกำจัดไปทำให้การทำงานของสมองกลับเป็นปกติ สาเหตุของ T.I.A. ที่พบน้อยก็คือ มีการบีบตัว (spasm) ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองสาเหตุจากเลือดออกในชั้น subarachnoid space

3.2 REVERSIBLE ISCHEMIC NEUROLOGICAL DEFICIT (R.I.N.D.) อาการเป็นและหายใน 3 สัปดาห์ เกิดจากสาเหตุคล้ายกับ T.I.A. แต่หายช้ากว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการอุดตัน และการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองเป็นระยะเวลานานกว่าจึงหายช้ากว่านั่นเอง

3.3 STROKE-IN-EVOLUTION (S.I.E.) หรือ PROGRESSIVE STROKE เป็น C.V.D. ที่มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ อาจเกิดในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันก็ได้ สาเหตุอาจเกิดจาก occlusive C.V.D. ซึ่งการตีบตันเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ หรือ เกิดอาการบวมรอบบริเวณเนื้อสมองที่ตาย (infarction) ทำให้อาการเลวลง หรือ เกิดจาก hemorrhagic C.V.D. ที่มีก้อนเลือดเซาะไปรอบๆ รอยโรคเดิมหรือมีอาการบวมรอบก้อนเลือด ทำให้อาการมากขึ้น (ใน hemorrhagic C.V.D อาการที่เลวลงมักไม่เกิดเลือดออกซ้ำอีก)

3.4 COMPLETE STROKE เป็น C.V.D. ที่มีอาการคงที่ไม่เป็นมากขึ้น อาจเกิดจาก occlusive C.V.D. ที่การตีบตันไม่เป็นมากขึ้น หรือ Hemorrhagic C.V.D. ที่ไม่มีการเซาะของก้อนเลือดก็ได้หรือ C.V.D. ที่ไม่มีอาการบวมของสมองรอบรอยโรคนั้น

4. กลุ่มอาการที่ใช้แยกว่าเป็น OCCLUSIVE หรือ HEMORRHAGIC

4.1 OCCLUSIVE C.V.D.

4.1.1 อาจมีอาการเตือนก่อน เช่น T.I.A. หรืออาการค่อยเป็นค่อยไปเป็นขั้นๆ (stepwise)

4.1.2 มักไม่เสียความรู้สึกตัวเนื่องจากไม่มีผลจากก้อนในสมอง (mass effect) และการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะที่จะทำให้ผู้ป่วยซึม (ยกเว้น infarct ของหลอดเลือดแดง basilar ซึ่งจะมีผลต่อ ascending reticular activating system โดยตรงซึ่งจะทำให้เกิดอาการซึมได้)

4.1.3 มีอาการเนื่องจากความผิดปกติของสมองใหญ่ (cortical deficit) เช่น aphasia

4.1.4 ไม่มีลักษณะของการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น ปวดศีรษะและอาเจียนในระยะแรก ในระยะหลังอาจมีได้เนื่องจากสมองที่ตายบวมขึ้นมา

4.1.5 ไม่มีอาการแสดงการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมอง เช่น คอแข็ง (stiff neck) เนื่องจากไม่มีเลือดออกในชั้น subarachnoid space นั้นเอง

4.1.6 อาการมักเป็นไปตามกลุ่มอาการทางระบบประสาทเนื่องจากหลอดเลือดแดงอุดตัน (neurovascular syndrome) (ดูตารางที่ 10-2 ประกอบ)

4.2 HEMORRHAGIC C.V.D.

4.2.1 อาการเป็นทันทีทันใดไม่มีอาการเตือน (warning sign)

4.2.2 อาจมีอาการซึมเนื่องจากมีก้อนเลือดในสมอง (mass effect) และการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ

4.2.3 มักไม่มีอาการเนื่องจากความผิดปกติของสมองใหญ่ (cortical deficit) เช่น aphasia เนื่องจากตำแหน่งที่เลือดออกมักอยู่ลึก แต่ถ้าก้อนอยู่บริเวณผิของสมองก็มีอาการเหล่านี้ได้

4.2.4 มีอาการแสดงของการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเร็ว

4.2.5 อาจมีคอแข็ง (stiff neck) เนื่องจากมี secondary subarachnoid hemorrhage

4.2.6 อาการแสดงอาจไม่เป็นไปตามกลุ่มอาการทางระบบประสาทเนื่องจากหลอดเลือดแดงอุดตัน (neurovascular syndromes, ดูตารางที่ 10-2 และรูปที่ 10-1)

4.3 การแยก OCCLUSIVE C.V.D. ระหว่าง THROMBOSIS และ EMBOLISM

4.3.1 ใน embolism อาการเกิดขึ้นเร็ว, อาจมีซีกและมีแหล่งของ emboli เช่น โรคหัวใจ และอาจมี emboli ไปอุดตันหลอดเลือดที่อื่นนอกจากสมอง เช่น แขน, ขา

4.3.2 ใน thrombosis อาการเป็นช้ากว่า, มักไม่ซีกและอาจมีอาการแสดงของหลอดเลือดแข็งที่อื่นด้วย

4.3.3 ทั้ง embolism และ thrombosis อาการแสดงมักจะเป็นไปตามกลุ่มอาการทางระบบประสาทเนื่องจากหลอดเลือดอุดตัน (neurovascular syndrome, ตารางที่ 10-2) เนื่องจาก emboli โดยเฉพาะที่มาจากหัวใจอาจจะกระจายไปตามส่วนต่างๆ ของสมองพร้อมๆ กัน จึงอาจมีอาการหลายๆ ที่พร้อมกันได้

พยาธิวิทยาใน C.V.D

1. พยาธิวิทยาของหลอดเลือด

1.1 กลุ่มที่เกิดจากการเสื่อมของหลอดเลือด มักเป็นในคนสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยง (risk factors) เช่น ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง พยาธิสภาพในกลุ่มนี้แบ่งเป็น

1.1.1 ในหลอดเลือดใหญ่มักเป็น atherosclerosis ทำให้ เกิด emboli จากหลอดเลือดหนึ่งไปยังอีกหลอดเลือดหนึ่ง เช่น จากหลอดเลือดแดง common carotid ขึ้นไปสู่สมอง ในระยะแรกทำให้เกิด T.I.A. เมื่อเป็นมากขึ้นก็จะเกิด thrombosis ในที่สุด

1.1.2 ในหลอดเลือดเล็ก (penetrating branches) มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิด fibrinoid necrosis เป็นผลให้หลอดเลือดเล็กๆ อุดตันและเกิดการตายของเนื้อสมองในส่วนลึก เรียกว่า lacunar infarction (Infarct ขนาดเล็กทำให้เกิดอาการน้อย และอาจเป็นในระบบเดียว เช่นมีแต่กล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างเดียวได้) นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงอาจทำให้แขนง penetrating นี้โป่งออกเกิด Charcot-Bauchard aneurysm ซึ่งเมื่อแตกออกแล้วจะทำให้เกิดการตกเลือดในสมอง

1.1.3 Embolism ที่ไปจากหัวใจหลอดเลือดจะดีแต่หัวใจผิดปกติ

1.2 กลุ่มที่ไม่เกิดจากการเสื่อมของหลอดเลือด มักเป็นในคนอายุน้อย สาเหตุอาจเกิดจาก arteritis, polycythemia, และยาบางอย่าง เช่น amphetamine และยาคุมกำเนิด เป็นต้น

2. พยาธิวิทยาของสมอง

2.1 สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) แต่เนื้อสมองยังไม่ตาย

2.2 สมองขาดเลือดแล้วเนื้อสมองตาย (infarct)

2.3 เลือดออกในสมองมีก้อนเลือด (hematoma) ในเนื้อสมอง ทั้ง infarction และ hematoma อาจทำให้เนื้อสมองบวม (brain edema) และผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงได้

พยาธิสรีรวิทยา

1. OCCLUSIVE C.V.D.

เมื่อหลอดเลือดเกิดการอุดตันถ้าการอุดตันเป็นระยะสั้นๆ สมองยังไม่ทันตายและถ้าการอุดตันนั้นหมอบไปเนื่องจากเซลล์ macrophages เก็บกิน emboli อาการต่างๆ ก็จะหายเกิดเป็น T.I.A. หรือ R.I.N.D. แต่ถ้าการอุดตันยังมีอยู่ต่อไปสมองจะตาย (infarct) เมื่อสมองตายแล้วจะเกิดสมองบวมตามมาใน 3-4 วันหลังการอุดตัน การมีสมองบวมอาจทำให้มีอาการเลวลงได้ เมื่อสมองหายบวมอาการบางส่วนของผู้ป่วยจะดีขึ้นเนื่องจากมี collateral circulations มาช่วย และ

ส่วนอื่นขอสมองช่วยทำงานแทน ดังนั้นใน infarction ของสมองแม้อาการจะดีขึ้นแต่ก็ไม่หายสนิท เพราะส่วนของสมองที่ตายก็จะเสียไปเลย

2. HEMORRHAGIC C.V.D

ผลของการตกเลือดจะทำให้เกิดก้อนเนื้อสมองโดยรอบและทำให้เนื้อสมองบวม ในพวก hemorrhagic C.V.D. เนื่องจากมีก้อนจึงทำให้มีการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะแต่แรก เมื่อเวลาผ่านไปอาการบวมยุบลงและก้อนเลือดถูกดูดซึมไปทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้แต่จะไม่หายขาด เนื่องจากสมองบางส่วนถูกทำลายจากการมีก้อนเลือดไปกดไว้นาน หรือก้อนเลือดอาจไปดึงรั้งทำลายเนื้อสมองโดยตรงก็ได้

การตรวจร่างกายในผู้ป่วย C.V.D.

1. การตรวจร่างกายในระบบต่างๆ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยง (risk factors)
2. การตรวจทางระบบประสาทเพื่อแยกชนิดและตำแหน่งของ C.V.D. ที่เกิดขึ้น
3. การตรวจหลอดเลือด ได้แก่ การคลำหลอดเลือดในตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะบริเวณศีรษะและคอเพื่อดูว่ามีการอุดตันของหลอดเลือดเส้นใด นอกจากนี้ก็ฟังเสียง bruit ที่คอและศีรษะเพื่อดูว่ามีการตีบของหลอดเลือดเส้นใด นอกจากนี้ก็ฟังเสียง bruit ที่คอและศีรษะเพื่อดูว่ามีการตีบของหลอดเลือดหรือไม่ ถ้าเป็น occlusive C.V.D. นอกศีรษะอาจคลำการเต้นของหลอดเลือดแดง (pulse) ได้เบาลงและได้ยินเสียง bruit ส่วนใน hemorrhagic C.V.D.

การวินิจฉัยโรค C.V.D.

1. ดูว่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยน่าจะเป็น C.V.D. หรือไม่โดยอาศัยกลุ่มอาการ 3 อย่าง (triads) ซึ่งประกอบด้วย time course, focal diseases และ risk factors ดังกล่าวแล้วในตอนต้น
2. ถ้าเป็น C.V.D. เป็นในระบบ carotid หรือ vertebro-basilar
3. ดูว่าอาการที่เป็นในขณะนั้นอยู่ในระยะ (stage) ไหน เช่น T.I.A., R.I.N.D., S.I.E. หรือ complete stroke ดังกล่าวมาแล้ว
4. ดูว่ารอยโรคน่าจะเป็น occlusive หรือ hemorrhagic C.V.D.
5. ดูว่าพยาธิสภาพของหลอดเลือดและในสมองเป็นอย่างไร อาจต้องอาศัยการตรวจค้นต่างๆ เช่น ทำ angiography ดูลักษณะของหลอดเลือด ทำ CAT scan ดูว่าเป็น hemorrhage หรือ infarct ถ้าไม่ใช่เป็นโรคเสื่อมของหลอดเลือดก็หาสาเหตุต่อไป เช่น arteritis เป็นต้น

การวินิจฉัยแยกโรค

แยกตามอาการ เช่น พวกที่มีอาการของ T.I.A. อาจต้องแยกจากโรคที่มีอาการเป็นๆ หายๆ เช่น โรคลมชัก, migraine เป็นต้น ใน S.I.E. อาจต้องแยกจากรอยโรคที่มีการขยาย (expanding lesions) ในสมอง เช่น ฝีในสมอง, เนื้องอกในสมอง เป็นต้น ใน complete stroke อาจต้องแยกจากเนื้องอกในสมองที่มีเลือดออกซึ่งให้อาการเร็ว เป็นต้น

การรักษา C.V.D.

1. กลุ่มที่เกิดจากโรคเสื่อมของหลอดเลือด (degenerative vascular disease) ส่วนใหญ่เน้นหนักการป้องกัน โดยการกำจัดปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ต่างๆ ส่วนที่เกิดอาการแล้วก็รักษาตามชนิดของโรค เช่น T.I.A. อาจให้ aspirin เพื่อป้องกัน platelet emboli กลุ่มที่เกิดจากการตีบตันซึ่งเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive thrombosis) หรือ emboli จากหัวใจอาจให้ยาต้านเลือดแข็ง (anticoagulant) กลุ่มที่เป็นก้อนเลือด (hematoma) ก็อาจพิจารณาทำการผ่าตัดออกในบางราย เป็นต้น

2. กลุ่มที่ไม่ใช่เกิดจากโรคเสื่อมของหลอดเลือด ต้องหาสาเหตุให้ได้ และรักษาเหตุที่ทำให้เกิด C.V.D.

3. SUBARACHNOID HEMORRHAGE

Subarachnoid hemorrhage เป็นภาวะตกเลือดใน subarachnoid space อาจเกิดเอง เช่น หลอดเลือดโป่ง (aneurysm) แตก หรือเกิดหลังได้รับบาดเจ็บ เช่น ภัยอันตรายต่อสมองหรือหลังผ่าตัดสมองก็ได้ Subarachnoid hemorrhage แยกออกเป็น 2 ชนิด คือ

3.1 PRIMARY SUBARACHNOID HEMORRHAGE เป็นการแตกของหลอดเลือดในชั้น subarachnoid space เองทำให้เลือดเข้าสู่ subarachnoid space โดยตรงผู้ป่วยจะมีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง เช่น ปวดศีรษะ, ปวดกระบอกตา, คอแข็ง และ Kernig's sign ให้ผลบวก เป็นต้น สาเหตุที่พบบ่อย คือ หลอดเลือดโป่งแตกออก (ruptured aneurysm), arteriovenous malformation (A.V.M. หรือ angioma) แตก สาเหตุที่พบบ่อยไม่บ่อย คือ โรคเลือดทำให้มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (coagulation defect) หรือความผิดปกติของเกล็ดเลือด (anticoagulant therapy), หลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) และการให้ยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด (anticoagulant therapy) เป็นต้น

3.2 SECONDARY SUBARACHNOID HEMORRHAGE เป็นการตกเลือดใน subarachnoid space ที่เกิดตกเลือดในส่วนอื่นของสมองก่อน เช่นมีการตกเลือดในเนื้อสมอง

หรือ subdural hematoma แล้วเลือดนั้นจะเข้าสู่ subarachnoid space อาการแสดงของโรคในกลุ่มนี้มักเป็นอาการของรอยโรคเดิมเด่นชัด เช่น ถ้ามีการแตกเลือดที่ internal capsule ผู้ป่วยจะมีอัมพาตของร่างกายด้านตรงข้าม (dense hemiplegia) ชัดเจน ส่วนอาการแสดงของการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมองจะเป็นอาการรอง และเกิดตามภายหลัง

ในที่นี้จะกล่าวถึง primary subarachnoid hemorrhage ซึ่งเกิดจาก Berry aneurysm เป็นส่วนใหญ่ ส่วนหลอดเลือดโป่งจากสาเหตุอื่นๆ เช่น mycotic aneurysm ก็ให้อาการคล้ายๆ กัน แต่ตำแหน่งที่เกิดโรคมักแตกต่างกันไป

BERRY ANEURYSMS

ตำแหน่งของ Berry aneurysm ที่พบบ่อยบริเวณตรงง่ามแฉก (bifurcation) ของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองใหญ่ (cerebral arteries) โดยเฉพาะพบบ่อยบริเวณส่วนหน้าของ circle of Willis และบางครั้งอาจพบบ่อยมากกว่าหนึ่งอัน สาเหตุของการเกิดมีหลายทฤษฎีซึ่งพอสรุปได้ว่าอาจเป็นความผิดปกติแต่กำเนิด ทำให้ผนังหลอดเลือดบางและมีสาเหตุเสริมได้แก่ผนังโลหิตแข็ง (atherosclerosis) หรือความดันโลหิตสูงทำให้ความผิดปกตินั้นเป็นมากขึ้นและโป่งพองออก (aneurysm)

อาการแสดง ก่อนที่หลอดเลือดโป่งจะแตกผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดศีรษะนำมาก่อน และเมื่อแตกแล้วจะมีอาการของการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมอง คือ ปวดศีรษะ, ปวดกระบอกตา, คอแข็ง และ Kernig's sign ให้ผลบวก อาการส่วนมากเป็นทันทีทันใดและมักเกิดขณะทำงาน หรือออกกำลังกาย อาการอาจเป็นรุนแรงทำให้ผู้ป่วยตาย หรือมีอาการปวดศีรษะและซีมลงหรือมีอาการปวดศีรษะอย่างเดียวก็ได้ ในระยะแรกจะไม่ค่อยพบความพิการทางระบบประสาท (neurological deficit) นอกจากมีการแตกเข้าไปในเนื้อสมองทำให้เกิดก้อนเลือด (hematoma) ในสมอง แต่หลอดเลือดโป่งในบางตำแหน่งอาจให้อาการเฉพาะที่เนื่องจากการกดสมองหรือส่วนประกอบของสมองบริเวณนั้นๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงอาการและอาการแสดงของหลอดเลือดโป่ง

หลอดเลือดโป่งที่	อาการและอาการแสดง
1. Internal carotid (ส่วน cavernous)	แตกเข้า cavernous sinus ทำให้เกิด carotidcavernous fistula และไปกดประสาทสมองเส้นที่ 3, 4, 6 ได้
2. Internal carotid (ส่วน supraclinoid)	กดประสาทตา (optic nerve), ประสาทตาไขว้ (optic chiasm) และประสาทสมองเส้นที่ 3
3. Ophthalmic	กดประสาทตาและต่อมใต้สมอง (pituitary gland)
4. Middle cerebral	ระคายเคืองต่อผิวของสมองใหญ่ทำให้ชัก
5. Ant rior cerebral	กดประสาทตาไขว้และ olfactory tract
6. Posterior Communicating	กดประสาทสมองเส้นที่ 3
7. Posterior cerebral	กด midbrain
8. Basilar	กดประสาทสมองเส้นที่ 5, 7 และ pons
9. Vertebral	กดประสาทสมองเส้นที่ 9, 10 และ medulla

เมื่อหลอดเลือดโป่งกดส่วนใดของสมอง ก็จะทำให้การทำงานของสมองส่วนนั้นเสียไป ในระยะแรกๆ ของการกดอาจมีอาการคล้ายการกระตุ้น ทำให้ชัก หรือรู้สึกเจ็บปวด ถ้ากดนานไปจะ ทำให้หน้าที่ของสมองส่วนนั้นเสียไป เช่น เกิดอัมพาต หรือประสาทสมองพิการ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดหลอดเลือดแดงโป่ง

1. ตกเลือดซ้ำซึ่งพบได้บ่อยแะมักทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต
2. มีการบีบตัว (spasm) ของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองใหญ่ทำให้เกิดความพิการทางระบบประสาท เนื่องจากสมองบริเวณที่เลี้ยงโดยหลอดเลือดนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง อาการอาจเกิดห่างจากตำแหน่งของหลอดเลือดโป่ง เนื่องจากการบีบตัวของหลอดเลือดเป็นผลจากเลือดที่กระจายไปทั่วในชั้น subarachnoid space
3. เกิด communicating hydrocephalus
4. ก้อนเลือด (hematoma) กดเนื้อสมองทำให้เกิดความพิการทางระบบประสาท
3. ในหลอดเลือดโป่ง (aneurysm) มีก้อนเลือดแข็ง (clot) ซึ่งอาจหลุดไปอุดหลอดเลือดที่อยู่ไกลไปจากตำแหน่งของหลอดเลือดโป่งทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโป่ง

อาศัยประวัติ, การตรวจร่างกาย และการทำ cerebral nagiography

การวินิจฉัยแยกโรค

แยกจากโรคที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมองเช่น โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) และแยกจากโรคที่ทำให้เกิดความพิการทางระบบประสาทในตำแหน่งต่างๆ ดังกล่าวแล้ว (ตารางที่ 1)

การรักษา

ทำการผ่าตัดเอาหลอดเลือดโป่ง (aneurysm) ออก รักษาตามอาการ เช่น ใส่ shunt รักษา hydrocephalus.

4. ARTERIO-VEINUS MALFORMATION (A.V.M.)

A.V.M. เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดมาแต่กำเนิด ทำให้เกิดอาการสำคัญ คือ

1. อาการชักเนื่องจาก A.V.M. ไปรับกวนสมองใหญ่
2. การตกเลือดเนื่องจาก A.V.M. จะแตกเข้าไปทั้งในเนื้อสมองและใน subarachnoid space อาการมักไม่รุนแรงเท่าในโรคหลอดเลือดโป่ง (aneurysm) และอัตราการตายก็ต่ำกว่าแม้ว่าจะแตกซ้ำกันหลายๆ หน เพราะการแตกของ A.V.M. มักแตกทางหลอดเลือดดำ (venous side)
3. A.V.M. อาจทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดและทำให้เกิดอาการของ cerebral thrombosis
4. A.V.M. อาจจะลัก (shunt) เลือดจากบริเวณอื่นของสมอง เข้ามาใน A.V.M. ถ้าเป็นทันทีแล้วอาการหายไปจะเกิด transient ischemic attack (T.I.A.) แต่ถ้าเป็นนานๆ จะทำให้สมองเสื่อมเนื่องจากถูกลักเลือดไปเลี้ยง A.V.M. เป็นระยะเวลานาน
5. A.V.M. ขนาดใหญ่ เช่น aneurysm of vein of Galen (ชื่อเป็น aneurysm แต่พยาธิสภาพเป็น A.V.M.) อาจทำให้เกิดหัวใจวาย (high output heart failure) ได้โดยเฉพาะในเด็ก

การตรวจร่างกาย

ที่สำคัญ คือ อาจฟังเสียง bruit ได้ที่ศีรษะ A.V.M. ถ้าไม่แตกมักไม่แสดงอาการของการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ ทั้งนี้เพราะ A.V.M. เป็นมาแต่กำเนิดและแทรกตัวอยู่ในเนื้อสมองได้เป็นอย่างดีเปรียบเหมือนเนื้อสมองธรรมดา แต่มีหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

การวินิจฉัย

จากประวัติ และการตรวจร่างกาย และ angiography

การรักษา

ในรายที่ผ่าตัดได้ก็ผ่าตัด ถ้าผ่าตัดไม่ได้ก็รักษาตามอาการ เช่น ชักก็ให้ยาแก้ชัก เป็นต้น หรือรักษาทางรังสีวิทยา

ภาวะวิตกกังวล

จากตำราจิตเวชศาสตร์รามาริบัติ ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ มาโนช หล่อตระกูล⁽²⁾ ได้อธิบายเกี่ยวกับความวิตกกังวล (anxiety) ว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักจะมีอาการตึงเครียด ระแวงระวัง หรือบางครั้งอาจจะตื่นตระหนกกับเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด จะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (disorder) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของการทำงานต่าง ๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

Anxiety disorders ใน DSM-IV ได้แบ่งออกเป็นโรคย่อย ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงโรคในกลุ่ม anxiety disorders

Panic disorder and agoraphobia
Specific phobia and social phobia
Obsessive – compulsive disorder
Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder
Generalized anxiety disorder

Panic disorder and agoraphobia

ลักษณะอาการทางคลินิก

คนปกติโดยทั่วไปอาจมีอาการของ panic attack ได้ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยในตารางที่ 2 แต่ผู้ที่เป็น panic disorder นั้นจะมีอาการแสดงของ panic attack เกิดขึ้นซ้ำบ่อย ๆ และเกิดเอง โดยที่ไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น อาการที่เกิดจะเป็นขึ้นมาอย่างรวดเร็ว รุนแรง และเป็นแบบ paroxysmal

ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ป่วยต้องมีอาการขึ้นมาเองอย่างน้อย 2 ครั้ง อย่างไรก็ตาม พบบ่อยว่าผู้ป่วยมักมีอาการเมื่อพบกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง (situationally predisposed panic attack) โดยเฉพาะในช่วงหลัง ๆ ของโรค

ผู้ป่วยจะรู้สึกกังวล กลัวว่าอาการเหล่านั้นจะเป็นขึ้นมาอีก หรืออาจกลัวผลซึ่งเกิดตามมาจากการมีอาการนั้น เช่น กลัวว่าจะคุมตัวเองไม่ได้ กลัวว่าจะเป็นโรคหัวใจ กลัวว่าจะเป็นบ้า หรือในบางคนอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปซึ่งเกิดจากอาการดังกล่าว จนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

บางรายอาจมี agoraphobia ร่วมด้วย คือ กลัวการอยู่ในสถานการณ์ที่ซึ่งตนเองอาจเกิดอาการ panic attack ขึ้นมาแล้วจะไม่สามารถได้รับการช่วยเหลือ หรือจะหนีไปไหนไม่ได้ คือการที่ไม่สามารถเดินทางไปในที่สาธารณะเพียงคนเดียวได้

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ได้แบ่ง panic disorder และ agoraphobia เป็น 3 อย่าง คือ

1. Panic disorder without agoraphobia คือ ผู้ป่วย panic disorder ที่ไม่มี agoraphobia
2. Panic disorder with agoraphobia คือ ผู้ป่วย panic disorder ที่มี agoraphobia ร่วมด้วย
3. Agoraphobia without history of panic disorder คือ ผู้ป่วยที่ไม่เคยมี panic disorder เลย แต่กลัวว่าถ้าไปอยู่ในที่ชุมชนแล้วจะเกิด panic attack หรืออาการที่คล้าย panic ขึ้นมาได้

ตารางที่ 3 อาการของ panic attack

มีอาการในหัวข้อต่อไปนี้ตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และถึงระดับสูงสุดในเวลา 10 นาที

1. ใจสั่น ใจเต้นแรง หรือหัวใจเต้นเร็วมาก
2. เหงื่อแตก
3. ตัวสั่น
4. หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจขัด
5. รู้สึกอึดอัด หรือแน่นอยู่ข้างใน
6. เจ็บหน้าอก หรือแน่นหน้าอก
7. คลื่นไส้ ท้องไส้ปั่นป่วน
8. มึนงง วิงเวียน ปวดหัว หรือเป็นลม
9. Derealization หรือ depersonalization
10. กลัวคุมตัวเองไม่ได้ หรือกลัวเป็นบ้า
11. กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย

การวินิจฉัย

1. มีทั้งข้อ 1 และ 2
 - 1) มี recurrent panic attack โดยคาดไม่ได้ว่าจะเกิดเมื่อไร
 - 2) อย่างน้อยใน 1 ครั้ง ของ panic attack จะมีอาการต่อไปนี้ตามมาเป็นเวลานาน อย่างน้อย 1 เดือน
 - (a) กังวลอยู่ตลอดเวลาว่าจะมีอาการเกิดขึ้นมาอีก
 - (b) กังวลว่าจะบ่งถึงโรคอะไรที่ร้ายแรง หรือกลัวจะเป็นอะไรไป
 - (c) มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน โดยเกี่ยวเนื่องกับการมีอาการนี้
2. อาการ panic attack นี้มิได้เป็นจากสารหรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

ระบาดวิทยา

ความชุกของ panic disorder ในประชากรทั่วไปเท่ากับร้อยละ 3.8 ผู้หญิงเป็นมากกว่าผู้ชาย 2.3 เท่า มักเกิดในช่วงอายุ 25 ปี

ส่วน agoraphobia พบได้ร้อยละ 0.6 ในบางการศึกษาพบได้ถึงร้อยละ 6 จากการศึกษาในผู้ป่วย agoraphobia พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็น agoraphobia without history of panic disorder

โรคที่พบร่วมได้บ่อยใน panic disorder และ agoraphobia คือ โรคซึมเศร้า บางรายมีโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ โรคที่อาจพบร่วมได้อีก คือ phobias, obsessive-compulsive disorder, alcohol และ substance abuse

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ

ทฤษฎี cognitive behavioral เชื่อว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการเลียนแบบมาจากพ่อแม่ที่มีอาการเหมือนกับผู้ป่วย หรือจาก classical conditioning เชื่อว่า panic disorder และ agoraphobia เกิดจากการที่ผู้ป่วยเคยมีอาการ panic attack ในขณะที่มี stimuli หรืออยู่ในสถานที่ใดที่หนึ่ง ก็จะทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะเกิด panic attack ขึ้นอีกเมื่อเจอ stimuli หรือสถานการณ์ที่นั้นซ้ำอีก

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) Peripheral and central nervous system จากการศึกษาในผู้ป่วย panic disorder พบว่า autonomic nervous system ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเพิ่มขึ้นของ sympathetic tone อย่างมากเมื่อถูกกระตุ้นด้วย stimuli ต่าง ๆ

2) Neurotransmitters ตัวที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ norepinephrine โดยเฉพาะที่บริเวณ locus ceruleus, serotonin ที่ median raphe nucleus และ gamma-aminobutyric acid (GABA)

3) Panic inducing substance พบว่ามีสารหลายชนิดที่เมื่อใช้ในผู้ป่วย panic disorder แล้วจะเหนี่ยวนำให้เกิด panic attack ได้ง่ายขึ้น เช่น carbondioxide (5-35%), sodium lactate, bicarbonate; alpha-2-adrenergic receptor antagonist (yohimbin), serotonin releasing agent (fenfluramine) และ caffeine เป็นต้น

การวินิจฉัยแยกโรค

Panic disorder ควรวินิจฉัยแยกจากโรคทางกายหลายหลายโรค ดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ภาวะความเจ็บป่วยทางกายและสารที่สัมพันธ์กับ panic disorder

Drug withdrawal	Alcohol, opiates, opioid, sedative, hypnotics
Drug intoxication	Anticholinergic drugs, caffeine, cocaine, marijuana, sympathomimetics
Neurological diseases	Cerebrovascular disease, epilepsy, Huntington's disease, Wilson's disease, Meniere's disease, migraine
Pulmonary diseases	Asthma, hyperventilation, hypoxia, embolus, infection
Endocrine diseases	Hyperthyroidism, hypoglycemia, hypoparathyroidism, pheochromocytoma, Addison's disease, Carcinoid syndrome, premenstrual syndrome
Cardiovascular diseases	Anemia, angina, coronary insufficiency, congestive heart failure, hyperactive beta-adrenergic state, hypertension, mitral valve prolapse

นอกจากนี้ยังต้องแยกกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่อาจมีอาการคล้าย panic ได้เช่นกัน เช่น phobia ชนิดต่าง ๆ ผู้ป่วยมักจะมีอาการกลัว หรืออาจมีอาการ panic ได้เมื่อเผชิญกับสิ่งที่ตนกลัว หรือใน posttraumatic stress disorder ผู้ป่วยมักมีอาการ panic ได้ แต่ผู้ป่วยพวกนี้มักมีอาการหลังจากที่เผชิญหน้าต่อเหตุการณ์ที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิต นอกจากนี้ อาการ panic ยังสามารถพบในโรคทางจิตเวชอื่นได้อีก เช่น depressive disorders, schizophrenia, depersonalization disorder, somatoform disorder เป็นต้น

การดำเนินโรค

โรคนี้มักเกิดในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยทั่วไปมักเป็นโรคที่เรื้อรัง การมี panic attack เพียง 1-2 ครั้ง จะยังไม่ทำให้ผู้ป่วยกังวลกับอาการดังกล่าว แต่หากมีอาการบ่อยขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มกังวล เกิด phobic avoidance และ agoraphobia ซึ่งพบได้ร้อยละ 70-90 และ 30-40 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่เป็น panic disorder ร่วมกับ agoraphobia เมื่อ panic หาย agoraphobia มักหายตามด้วย แต่ผู้ป่วยที่มี agoraphobia เพียงอย่างเดียวมักจะเป็นเรื้อรัง และอาจมีปัญหาคืออื่นตามมา เช่น depressive disorder, alcohol dependence เป็นต้น

การรักษา

การรักษาได้ผลค่อนข้างดี โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา และ cognitive-behavioral therapy

ยาที่นิยมใช้ คือ tricyclic antidepressant โดยเฉพาะ imipramine และ clomipramine เริ่มให้ขนาด 25 มก./วัน ค่อย ๆ เพิ่มขนาดจนผู้ป่วยตอบสนอง โดยอาจถึง 150 มก./วัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะตอบสนองอาจใช้เวลาถึง 8-12 สัปดาห์ หากอาการดีขึ้นแล้วให้คงยาไว้นาน 6-12 เดือน แล้วจึงลดยาลดลงในเวลา 2-3 เดือน หากไม่มีอาการระหว่างนี้ก็ให้หยุดยาได้

Benzodiazepine ตัวที่ใช้กันมากคือ alprazolam ขนาด 2-4 มก./วัน ข้อดีคือทำให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้นเร็ว แต่ในระยะยาวแล้วมักเกิด drug dependence และการหยุดยาค่อนข้างมาก

การรักษาอื่น ๆ นอกจากนี้ ยังมีการฝึกการผ่อนคลาย การฝึกการหายใจ เมื่อเกิด hyperventilation และการใช้เทคนิคต่าง ๆ ของพฤติกรรมบำบัด สำหรับอาการ agoraphobia การรักษาที่ได้ผลดี ได้แก่ exposure in vivo

Specific and Social Phobia

Phobia เป็นความกลัวอย่างหนึ่ง แต่ต่างไปจากความกลัวโดยทั่วไป (fear) ตรงที่ phobia เป็นความกลัวที่ไม่มีเหตุผลมากเกินไป และไม่เหมาะสมกับสิ่งที่มีมากระตุ้นให้เกิดความกลัวนั้น ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงหรือหลบหนีจากสิ่งที่ทำให้เกิดกลัว

Specific phobia เดิมเรียก simple phobia เป็นความกลัวต่อสัตว์ สิ่งของ สถานที่ หรือเหตุการณ์บางอย่าง

Social Phobia เป็นความกลัวที่มีต่อการที่จะต้องไปอยู่ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยอาจถูกจ้องมองจากผู้อื่น

การวินิจฉัย

Specific phobia

1. มีความกลัวอย่างมากแบบไม่มีเหตุผลต่อสิ่งของหรือสถานการณ์บางอย่าง จนอาจเกิดอาการ panic ได้

2. ผู้ป่วยทราบว่าสิ่งที่กลัวนั้นไม่มีเหตุผล
3. มีพฤติกรรมที่พยายามจะหลบหลีกเลี่ยงต่อสิ่งที่กลัวนั้นจนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
4. ต้องมีอาการนานอย่างน้อย 6 เดือน

Social Phobia

1. มีความกลัวอย่างมากต่อการไปอยู่ในที่มีคนแปลกหน้า กลัวว่าตนเองอาจจะทำอะไรที่น่าอับอายหรือขายหน้า จนเกิดอาการ panic ได้
2. ทราบว่าสิ่งที่กลัวนั้นไม่มีเหตุผล
3. มีพฤติกรรมที่จะหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์นั้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
4. ต้องมีอาการอย่างน้อย 6 เดือน

ระบาดวิทยา

พบ specific phobia ได้บ่อยกว่า social phobia คือ ร้อยละ 5-10 และร้อยละ 2-3 ตามลำดับ ในผู้หญิงจะพบ specific phobia มากกว่าผู้ชายประมาณ 2 ต่อ 1 ส่วน social phobia พบในผู้ชายมากกว่า และมักพบในช่วงวัยรุ่น

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ ทฤษฎีการเรียนรู้ เชื่อว่า phobia มีความสัมพันธ์กับ traumatic events เช่น กลัวที่สูง เพราะว่าเคยตกลงมาจากที่สูง แต่ทฤษฎีการเรียนรู้ยังไม่สามารถอธิบาย phobia ทุกอย่างได้

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่า phobia เป็นผลมาจาก unresolved conflict ในวัยเด็ก ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตชนิด displacement และ avoidance เพื่อต่อต้านกับ castration anxiety

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ จากการที่ propranolol ซึ่งเป็น beta-adrenergic antagonist รักษา performance phobia แล้วได้ผลดี ทำให้คิดว่าคนไข้อาจจะมีสารหลังของ norepinephrine หรือ epinephrine มากกว่าคนปกติ

นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีเกี่ยวกับการ dopamine ว่าอาจเป็นสาเหตุของโรคนี้ได้

ด้านพันธุกรรม พบ social phobia ในญาติพี่น้องของผู้ป่วยที่เป็น social phobia ได้มากกว่าคนปกติ

การวินิจฉัยแยกโรค

อาการ phobia สามารถพบได้ในโรคหลายโรค แม้กระทั่งโรคทางกาย เช่น การใช้สารเสพติดต่าง ๆ โดยเฉพาะ hallucinogen, sympathomimetic โรคทางสมอง และโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด

โรคทางจิตเวชที่อาจพบอาการ phobia ได้ เช่น schizophrenia แต่ผู้ป่วยมักไม่คิดว่าสิ่งที่ตนกลัวนั้นไร้เหตุผล นอกจากนี้ ยังพบอาการโรคจิตอื่น ๆ ร่วมอีก เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีหูแว่ว ประสาทหลอน

Paranoid personality disorder พวกนี้ความกลัวจะไม่จำเพาะเจาะจงอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

Hypochondriasis ผู้ป่วยกลัวว่าตนอาจจะเป็นโรค แต่ถ้าเป็น phobia ผู้ป่วยจะกลัวว่าตนอาจไปสัมผัสกับโรค

Major depressive disorder และ schizoid personality disorder คล้าย social phobia แต่ทั้ง 2 โรคนี้ไม่เข้าสังคมเพราะผู้ป่วยไม่สนใจที่จะเข้าสังคม ส่วน social phobia ผู้ป่วยอยากเข้าแต่รู้สึกกลัวจึงไม่กล้าเข้าสังคม

การดำเนินโรค

Social phobia มักเริ่มในช่วงวัยรุ่น เป็นเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อการศึกษา และการทำงาน ผู้ป่วยไม่ค่อยมีเพื่อน และมักเป็นโสด อาจมี depressive disorders และ substance abuse ตามมาได้ โดยเฉพาะ alcohol abuse

Specific phobia การดำเนินโรคคล้ายคลึงกับ social phobia

การรักษา

Specific phobia การรักษาที่ใช้กันมากที่สุดคือ exposure therapy ซึ่งเป็นแบบหนึ่งของพฤติกรรมบำบัด

ส่วน social phobia มักให้การรักษาร่วมกันระหว่างการใช้ยากับการบำบัด ซึ่งจะได้ผลดีกว่าใช้อย่างเดียวอย่างหนึ่ง ยาที่ใช้ ได้แก่ alpha-adrenergic antagonist เช่น propranolol ซึ่งจะได้ผลดีในกรณีที่เป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจงต่อบางสถานการณ์ เช่น กลัวขณะพูดหน้าชั้นเรียน ยาในกลุ่ม MAO inhibitor และ benzodiazepine ก็มีรายงานว่าใช้ได้ผลเช่นกัน

Generalized Anxiety Disorder (GAD)

เป็นโรควิตกกังวล ซึ่งมีอาการกังวลเกินกว่าเหตุในหลาย ๆ เรื่องพร้อมกัน (excessive and pervasive worry) ร่วมกับอาการทางกายต่าง ๆ จนทำให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการเด่น คือ กลุ่มอาการวิตกกังวล; autonomic hyperactivity เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หายใจขัด เหงื่อออก ปั่นป่วนในท้อง; motor tension เช่น ปวดศีรษะ ปวดตามตัว กระสับกระส่าย กลืนลำบาก; cognitive hypervigilance เช่น หงุดหงิด ตกใจง่าย วิตกกังวล; ในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการทาง somatic เด่นชัด เช่น ถ่ายเหลวเรื้อรัง

การวินิจฉัย

GAD มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

1. มีความวิตกกังวลมากเกินกว่าเหตุ (apprehensive expectation) ในหลาย ๆ เรื่อง
2. ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมความกังวลนี้ได้
3. มีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ (ในเด็กมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ) คือ
 - 1) กระสับกระส่าย
 - 2) อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย
 - 3) มีปัญหาด้านสมาธิ ความจำ
 - 4) หงุดหงิด
 - 5) ปวดเมื่อย ตึงตามกล้ามเนื้อ
 - 6) มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน
4. อาการกังวลจะไม่เป็นเฉพาะกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่นใน panic disorder, phobia หรือโรคอื่น ๆ
5. อาการเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน

ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ในประชากรทั่วไปในช่วง 41 ปี ประมาณร้อยละ 3-8 และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะพบว่า มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย พบในหญิงมากกว่าชาย 2 เท่า อาการมักเริ่มต้นในช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น อาการเป็น ๆ หาย ๆ และจะรุนแรงในช่วงที่เครียด

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ อาการวิตกกังวลเป็นจากความขัดแย้งในจิตใจที่สำคัญ ซึ่งได้ถูกแก้ไข ความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และแปลผลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในลักษณะที่มองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้
2. ปัจจัยด้านชีวภาพ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทหลายตัว เช่น GABA, serotonin และยังไม่พบว่าเกี่ยวข้องกับชัดเจนกับปัจจัยทางพันธุกรรม

การวินิจฉัยแยกโรค

ต้องแยกจากโรคทางกายอื่น ๆ เช่น thyrotoxicosis, substances intoxication และ withdrawal รวมทั้งโรคทางจิตเวช เช่น psychoses, mood disorders, anxiety disorders อื่น ๆ

การดำเนินโรค

GAD เป็นโรคเรื้อรัง และมักพบว่าร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น ร้อยละ 25 พบ panic disorder ร่วมด้วย และเนื่องจากพบร่วมกับโรคจิตเวชอื่น ๆ จึงบอกการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคได้ลำบาก ผู้ป่วยบางรายพบว่าอาการจะเกิดขึ้นตามหลังความเครียด

การรักษา

1. จิตบำบัด cognitive behavior therapy โดยพยายามแก้ไขการมองโลกที่ผิดไปของผู้ป่วย ให้กลับมามองอย่างถูกต้อง ร่วมกับการใช้ relaxation techniques เพื่อลดอาการทางกาย
Psychodynamic psychotherapy โดยพยายามช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของความวิตกกังวลและสามารถทนกับความกังวลนั้นได้มากขึ้น
2. การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้ได้แก่ benzodiazepine เช่น diazepam ขนาด 5-15 มก./วัน จะช่วยลดอาการวิตกกังวลและอาการทางกายได้ดี ซึ่งควรให้ยาต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน

Propranolol ใช้เพื่อลดอาการใจสั่น มือสั่น โดยปรับขนาดยาเพียงแค่นี้ก็สามารถลดชีพจรได้ 5-10 ครั้ง/นาที และต้องระวังผลข้างเคียง คือ depression nausea และ bradycardia การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดคือ การรักษาโรคจิตบำบัดร่วมกับการใช้ยา

Obsessive – Compulsive Disorder (OCD)

โรคย้ำคิดย้ำทำเป็นโรคซึ่งมีแนวโน้มว่าจะพบได้บ่อยขึ้นกว่าแต่ก่อน และเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้

อาการย้ำคิดย้ำทำ (obsession) คือ การที่มีความคิด หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองซ้ำ ๆ โดยไร้เหตุผล ซึ่งก่อให้เกิดความกังวลใจ ความไม่สบายใจอย่างมาก และผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่แปลกปลอมต่อตนเอง (ego – dystonic)

อาการย้ำทำ (compulsion) คือ การกระทำอย่างมีเป้าหมายชัดเจนซ้ำ ๆ เพื่อป้องกัน หรือช่วยลดความไม่สบายใจจากความย้ำคิดย้ำทำข้างต้น และเป็นการกระทำที่ไร้เหตุผล

ลักษณะทางคลินิก

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการของโรคทางกายมากกว่าที่จะมาพบแพทย์โดยตรง อาการที่นำมาพบแพทย์ได้บ่อย ๆ เช่น แผลถลอกที่มือ มือเปื่อย เหงือกอักเสบจากการแปรงฟันซ้ำ ๆ บ่อย ๆ พ่อแม่พาเด็กมาตรวจด้วยพฤติกรรมซ้ำ ๆ ของเด็ก

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาพบจิตแพทย์โดยตรง มักจะมาด้วยอาการ obsession ที่เกี่ยวกับเรื่องความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมรุนแรง และ compulsion เช่น ตรวจเช็คกลอนประตู ถามเรื่องเดิมซ้ำซาก ล้างมือ นับสิ่งของ การจัดวางของให้เป็นระเบียบซ้ำ ๆ ในผู้ป่วยบางรายจะมาด้วยอาการ multiple obsession หรือ multiple compulsion ซึ่งทำให้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมาก

การวินิจฉัย

โรคย้ำคิดย้ำทำมีเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV ดังนี้

1. มีอาการคิดซ้ำ ๆ ทำซ้ำ ๆ ในลักษณะที่จัดได้ว่าเป็นอาการย้ำคิด (obsession) หรืออาการย้ำทำ (compulsion)
2. ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการที่เป็นมากเกินควรหรือไร้เหตุผล
3. อาการก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยอย่างมาก เช่น มีอาการนานกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน หรือมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การงาน หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
4. อาการย้ำคิดย้ำทำ จะต้องไม่จำกัดอยู่กับเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ดังเช่น ใน trichotillomania หรือ hypochondriasis

ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 2-3 ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชประมาณ ร้อยละ 10

พบอุบัติการณ์ในชายเท่ากับหญิง มักเกิดอาการก่อนอายุ 25 ปี โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ก็พบได้แม้ในเด็กวัยประถม

โรคนี้นักพบร่วมกับโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น ร้อยละ 67 พบร่วมกับโรคซึมเศร้า ร้อยละ 25 พบร่วมกับ social phobia

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ห่มองว่าอาการเป็นจากการที่ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตเพื่อจัดการกับความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึก โดยกลไกทางจิตที่ใช้บ่อย ได้แก่ isolation และ undoing

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ มีความผิดปกติของระดับ 5-HIAA ซึ่งเป็น serotonin metabolites ใน CSF ; สมองส่วน frontal lobe, caudate, cingulum มีการทำงานเพิ่มมากกว่าปกติ และพบว่าพันธุกรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย

การวินิจฉัยแยกโรค

1. อาการย้ำคิดย้ำทำโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งผู้ป่วยจะทำไปอย่างสมเหตุสมผล
2. โรคทางสมองต่าง ๆ เช่น tic disorder, temporal lobe epilepsy
3. Schizophrenia ซึ่งจะมี bizarre delusion, hallucination ร่วมด้วย
4. Obsessive-compulsive personality disorder ซึ่งเป็นอุปนิสัยติดตัวมาแต่เด็กและผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกว่าเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข

การดำเนินโรค

ส่วนใหญ่อาการมักจะเป็นอย่างฉับพลัน ร้อยละ 50-70 มีความเครียดนำมาก่อน เช่น การตั้งครมภ์ ปัญหาทางเพศ โดยมากโรคนี้อาจจะเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยบางรายจะเป็น ๆ หาย ๆ หลังจากได้รับการรักษาแล้ว ร้อยละ 30 อาการจะดีขึ้นมาก ร้อยละ 50 อาการดีขึ้นจนพอจะใช้ชีวิตได้เกือบปกติ และร้อยละ 20 อาการคงเดิมหรืออาจแย่ลง

การรักษา

1. จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด โดยให้เผชิญกับสิ่งที่กังวลหรือกลัวร่วมกับการพยายามไม่ให้ความสนใจกับอาการของโรค และหาวิธีป้องกันการกระทำซ้ำ ๆ supportive psychotherapy โดยพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปทำหน้าที่ตามเดิมให้ได้มากที่สุด

2. การรักษาด้วยยา โดยมากมักเริ่มรักษาด้วย clomipramine ในขนาดเริ่มต้น 25-50 มก./วัน ตอนก่อนนอน และเพิ่มขนาดยา 25 มก./วัน ทุก 2-3 วัน จนสามารถควบคุมอาการได้ แต่ไม่เกิน 250 มก./วัน ซึ่งการใช้ยาตัวนี้ต้องระวังผลข้างเคียง เช่น ง่วงนอน ความดันเลือดตก และ anticholinergic side effects ด้วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยทนผลข้างเคียงของยา clomipramine ไม่ได้ หรือใช้แล้วไม่ได้ผล จึงเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่ม specific serotonin reuptake inhibitor เช่น fluoxetine หรือ reversible inhibitor of monoamine oxidase (RIMA) เช่น moclobemide

หลังจากรักษาอาการเป็นปกติแล้ว ยังต้องให้การรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) เพื่อป้องกันการกลับเป็นอีก (relapse) นาน 6 เดือน จึงจะหยุดยาได้

การรักษาที่ดีที่สุดคือ การใช้พฤติกรรมบำบัด ร่วมกับ antidepressants

Posttraumatic Stress Disorder และ Acute Stress Disorder

เป็นโรควิตกกังวลที่เกิดภายหลังจากที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง เช่น ภาวะสงคราม อุทกภัย ติ๊กล่อม ถูกทำร้ายร่างกาย หรือข่มขืน หรืออุบัติเหตุร้ายแรง ก่อให้เกิดลักษณะอาการทางจิตเวชที่เฉพาะ

ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะสำคัญคือ การเกิดอาการต่าง ๆ หลังจากเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย หรือเกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิด เช่น อาการหวาดกลัวอย่างรุนแรง รู้สึกสิ้นหวัง คิดและฝันซ้ำ ๆ หรือแม้กระทั่งลืมเหตุการณ์นั้น ๆ อีก มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน อารมณ์หงุดหงิดแปรปรวน ตื่นเต้นตกใจง่าย สมาธิความจำแย่ง derealization, depersonalization บางรายมีประสาทหลอน ซึ่งอาการทั้งหมดเป็นติดต่อกันยาวนานระยะเวลาหนึ่ง และรุนแรงจนทำให้เกิดปัญหา ต่อผู้ป่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน

การวินิจฉัย

PTSD และ acute stress disorder มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

1. ผู้ป่วยเคยเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย ต่อตัวเองและผู้อื่น
2. เหตุการณ์นั้นทำให้เกิดความรู้สึกกลัวที่รุนแรง หรือรู้สึกสิ้นหวัง
3. คิดคำนึงถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ ทั้งขณะที่หลับและตื่น (reexperienced)
4. มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเหตุการณ์นั้นหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น (avoidance)
5. มีอาการตื่นเต้น ตกใจง่าย ทั้ง ๆ ที่ไม่เคยเป็นมาก่อน (hyperarousal)
6. อาการรุนแรงจนเกิดปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่การทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และชีวิตประจำวัน

ถ้ามีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย นาน 2 วัน ถึง 4 สัปดาห์ ให้วินิจฉัยเป็น acute stress disorder

ถ้ามีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย นานมากกว่า 4 สัปดาห์ให้วินิจฉัยเป็น posttraumatic stress disorder

ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 1-3 แต่ในประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในทหารอเมริกันที่รบในสงครามเวียดนาม พบโรคนี้ถึงร้อยละ 25 โรคที่พบในทุกอายุ แต่มักเป็นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเพศชายมักเกิดตามหลังภัยสงคราม ส่วนในเพศหญิงมักเกิดตามหลังการถูกทำร้ายร่างกายหรือข่มขืน

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ อาการเกิดขึ้นเมื่อความขัดแย้งในจิตใจสำนึกถูกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมถดถอยและหันไปใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมจนก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ
2. ปัจจัยด้านชีวภาพ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางตัว เช่น norepinephrine, dopamine, endogenous opiate หรือความผิดปกติด้าน autonomic nervous system ที่ไวเกิน

การวินิจฉัยแยกโรค

ต้องแยกจากโรคทางกาย เช่น epilepsy, acute intoxication หรือ withdrawal จาก substance ต่าง ๆ รวมทั้งโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น mood disorders, anxiety disorders อื่น ๆ , dissociative disorders, factitious disorder, malingering หรือ borderline personality disorder

การดำเนินโรค

อาการของโรคจะเกิดตามหลัง severe stressor ได้ตั้งแต่สัปดาห์แรก หรือหลังเหตุการณ์นั้นหลายปีก็ได้ อาการมักจะเป็น ๆ หาย ๆ และรุนแรงขึ้นในช่วงที่เครียด

ส่วนใหญ่ร้อยละ 30 อาการจะหายได้เอง ร้อยละ 40 มีอาการเล็กน้อย ร้อยละ 20 มีอาการปานกลาง และอีกร้อยละ 10 อาการคงเดิมหรือแย่ลง

การรักษา

1. จิตบำบัด สิ่งสำคัญคือ การให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดระบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เผชิญมา ช่วยแนะนำวิธีการปรับตัว ใช้ relaxation techniques รวมทั้งส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย

2. การรักษาด้วยยา amitriptyline และ imipramine ในขนาด 50-300 มก./วัน จะช่วยลดอาการซึมเศร้า, alprazolam จะช่วยลดอาการวิตกกังวล propranolol จะช่วยลดอาการตื่นเต้น ตกใจง่าย ผื่นร่าย

การทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

จากเอกสารประกอบการสอนเรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกฤษณา พิวเวช⁽³⁾ ได้อธิบายถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้ดังนี้

เป้าหมาย (Objective)

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะช่วยเหลือตนเอง และกลับไปมีชีวิตรูปแบบอยู่ในครอบครัว และสังคมเช่นที่เคยเป็นปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

คุณสมบัติของผู้ป่วย (Candidate for rehabilitation)

ผู้ป่วยทุกรายหลังจากเกิด stroke แล้วควรจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง หลังจากอาการทางระบบประสาทคงที่แล้ว ผู้ป่วยที่สามารถได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ได้อย่างเต็มที่ต้องมีคุณสมบัติดังนี้ คือมีความสามารถที่จะรับรู้ เข้าใจ จดจำคำบอกกล่าว ซึ่งอาจจะ เป็นคำพูด หรือท่าแสดง (verbal or gesture instruction) เพราะการเรียนรู้เป็นขั้นตอนการฝึกหัดที่ สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

ประเมินสภาพผู้ป่วย (Evaluation)

ก่อนให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องทราบถึง สาเหตุของการเกิดโรค ตำแหน่งพยาธิสภาพ ลักษณะอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการฟื้นตัวระบบประสาท และด้านการทำงาน สภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยโดยละเอียด เพราะสิ่งต่างๆเหล่านี้จะเป็นเครื่องบ่งชี้การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค และเป็นแนวทางในการฟื้นฟูผู้ป่วย

หลักในการฟื้นฟูผู้ป่วย (Principle of Rehabilitation)

หลักในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องอาศัยการทำงาน แบบ “Interdisciplinary team care” ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, นักกายภาพบำบัด, นักกิจกรรมบำบัด, นักสังคมสงเคราะห์, พยาบาลฟื้นฟู, นักอรรถบำบัด เป็นต้น การทำงานต้องอาศัยความเข้าใจ และความร่วมมือกัน เพื่อให้การฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกัน และบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ได้วางเป้าหมายไว้ (Goal-directed Treatment) นอกจากนี้ยังต้องมีการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจวัตถุประสงค์และโปรแกรมการฟื้นฟูเพื่อจะได้ร่วมมือกันทำให้บรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้และ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะแรก (early phase)

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุด ถ้าได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างเร็วที่สุดหลังจากอาการของโรคคงที่ แล้ว ปัญหาต่างๆ ที่พบในระยะแรกมักเกิดจากการขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย (immobility) หรือ การนอนอยู่บนเตียงนานๆ ทำให้เกิดภาวะ deconditioning ตามมา ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาที่สำคัญ คือ ชื่อยึดติด แผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ เป็นต้น จุดประสงค์ในการให้การฟื้นฟู ในระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการ immobilization และการบำบัดรักษาโดยเน้นให้มี early activation, remobilization การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ, และ การให้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้

โปรแกรมการฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกได้แก่

1. Proper bed and chair positioning
2. Frequent turns and position change
3. Range-of-motion exercises
4. Deep breathing and cough exercises
5. Frequent skin inspections
6. Soolowing evaluation and training
7. Saiday measures
8. Remval of indwelling catheter, if possible, with planed, timed toileting program
9. Bowel evacuation regimen
10. Sitting in chair
11. Supervised bedside exercises
12. Self performance of activities of daily living
13. Mobilization exercises
14. Standing and gait training as able
15. Educational programs on stroke, recovery, and personal care
16. Communication evaluation and training
17. Psychological support to the patient and family
18. Evaluation of social support and available resources

การจัดท่านอน (bed positioning)

การจัดท่าทางผู้ป่วยให้ถูกต้องขณะท่านอนอยู่ในเตียง จะต้องพิจารณาตั้งแต่เตียงนอน ที่นอนและท่าทางที่นอน

เตียงนอน : ควรเป็นเตียงที่แข็งแรง พื้นเตียงที่แข็งแรง พื้นเตียงควรเป็นไม้ และสามารถปรับระดับสูงต่ำได้เพื่อให้เหมาะสมในการดูแลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ที่นอน : ต้องเป็นที่นอนที่แน่น ไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป ผ้าปูที่นอนต้องขึงตึงไม่มีรอยย่นหรือพับเพื่อกันไม่ให้ถูไถกับผิวหนังของผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลกดทับได้

ท่านอน : การจัดท่านอนเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง การนอนทับแขน หรือ ขาข้างที่เป็น อัมพาดนานๆ จะทำให้เกิดการบวม, ข้อยึดติดได้ง่าย การนอนยกศีรษะสูงนานๆ อาจเกิดแรงกด บริเวณ sacrum ทำให้เกิดแผลได้ง่าย



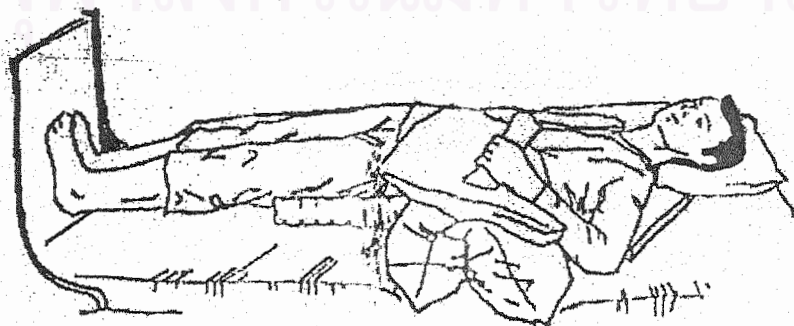
ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยอัมพาดครึ่งซีก

ส่วนแขน	ส่วนขา
ไหล่ : adduct & internal rotation	สะโพก : flexion & external rotation
ศอก : flexion & pronation	เข่า : flexion
ข้อมือ นิ้วมือ : flexion	ข้อเท้า : plantar flexion

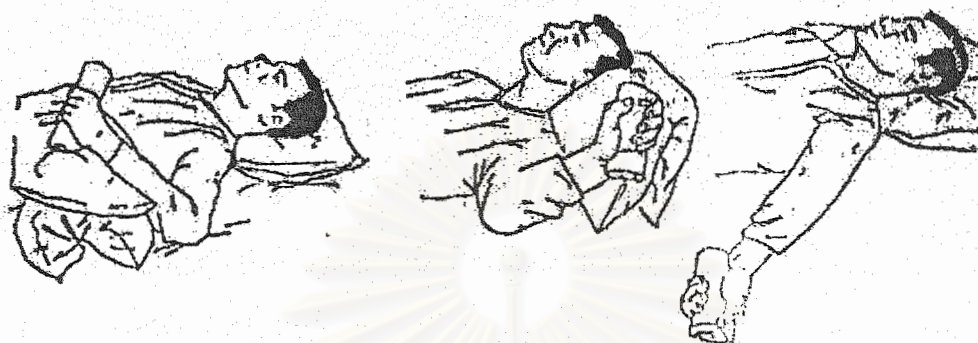
การจัดท่าทางที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาดครึ่งซีก

ท่านอนหงาย แสดงในรูป

1. ศีรษะหนุนอยู่บนหมอนใบเล็กๆ ไม่ให้ศีรษะยกสูงเกินไป
2. จัดศีรษะให้หมุนไปด้านที่เป็นอัมพาด
3. จัดตัวให้ตรง อย่าให้เอียงไปทางด้านที่เป็นอัมพาด
4. จัดหมอนบางๆ หนุนที่ไหล่และต้นแขนข้างที่เป็นอัมพาด

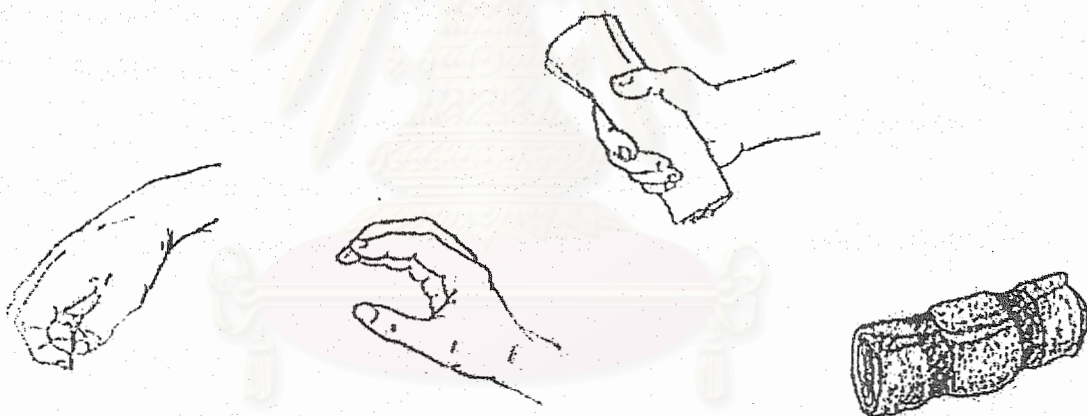


5. ลักษณะของแขนข้างที่เป็นอัมพาต อาจวางได้เป็น 3 แบบ ดังในรูป



การจัดท่าวางแขน 3 แบบ

6. มือ และข้อมือ วางอยู่ในท่าที่ปกติ



1

ลักษณะของมือ
ที่เป็นอัมพาต

2

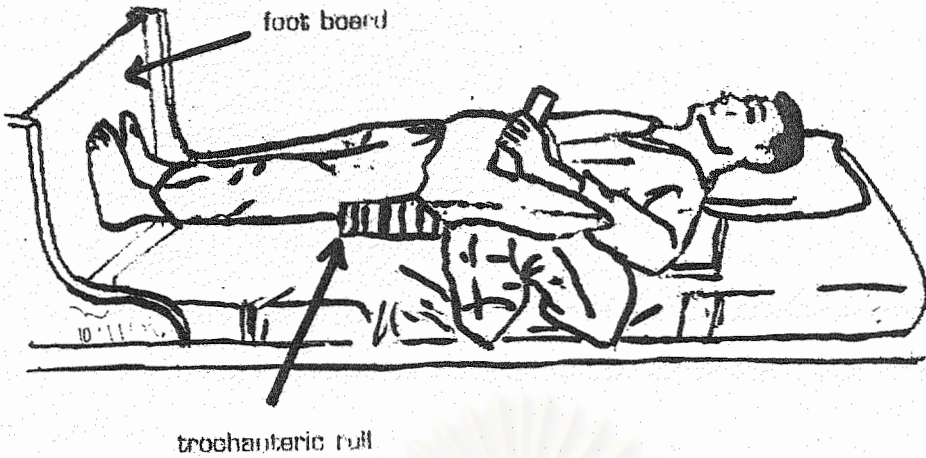
functional position
ของมือ

3

ลักษณะของมือ และ
hand roll ที่ถูกต้อง

การจัดมือ และข้อมือ

7. ข้อสะโพก ใช้หมอนบางๆ หมุนหรือวางใต้สะโพกข้างที่อัมพาตเพื่อกันไม่ให้เชิงกรานแบะออกไปภายหลังโดยให้ trochanteric roll กันมิให้ข้อสะโพกบิดออกด้านนอก
8. ข้อเข่า อยู่ในท่าเหยียดตรง หรืออเพียงเล็กน้อย (10 องศา)



9. ข้อเท้า ใช้ foot board เพื่อป้องกันปลายเท้าตก
ข้อดีของ foot board

1. ในระยะ flaccid ทำหน้าที่ป้องกันปลายเท้าตก
2. ป้องกันบาดแผลกดทับที่ส้นเท้า ซึ่งเป็นส่วนที่เกิดบาดแผลได้ง่ายๆ ดังนั้น

ตำแหน่งปลายขอบที่นอนและ foot board ปลายเตียง ควรมีระยะห่างกันประมาณ 10-15 ซม. เพื่อให้ส่วนของส้นเท้าอยู่ในระหว่างบริเวณดังกล่าวป้องกันการกดทับที่ส้นเท้า

ข้อเสียของ foot board

1. มักจะมีปัญหาจากการที่ไม่สามารถจะจัดให้เท้าอยู่ในท่าที่ต้องการได้ตลอดเวลา คือ ให้ส้นเท้ายันกับ foot board 90 องศา ต้องคอยจัดทำใหม่อยู่เสมอ
2. เมื่อการของอัมพาตชนิด flaccid เปลี่ยนไปเป็น spastic อาจจะกระตุ้นให้เกิด spastic ได้มากขึ้น

ท่านอนตะแคงทับข้างที่ดี



1. นอนตะแคงเต็มตัว
2. ศีรษะโน้มไปมาทางด้านหน้าเล็กน้อย
3. ลำตัวตรง
4. แขนข้างอัมพาตจัดให้ไหล่รุ่มไปทางด้านหน้า ใช้หมอนรองแขน มือวางบนหมอน
5. ขาข้างอัมพาตจัดให้สะโพกงอ เข่างออยู่บนหมอน เท้ารองรับไว้บนหมอนเช่นเดียวกัน

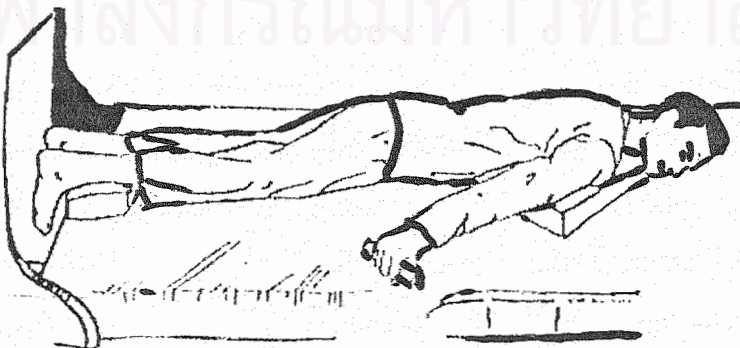
เพื่อไม่ให้เท้าบิด

ท่านอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต



1. จัดศีรษะโน้มไปทางด้านหน้า
2. ลำตัวตรง
3. ไหล่ข้างที่เป็นอัมพาตห่อมาทางด้านหน้า ช่วงปลายแขนอยู่ในท่าหงายมือ
4. ขาด้านหลังข้างอัมพาตจับเหยียด ข้อสะโพกตรง เข่างอเล็กน้อย
5. ขาข้างดีอยู่ด้านบนงอไปทางด้านหน้า ใช้หมอนรองรับไว้

ท่านอนคว่ำ



ผู้ป่วยอัมพาต ถ้าไม่มีปัญหาทางด้านการหายใจ และสามารถนอนคว่ำได้ ควรจัดให้มีท่านอนคว่ำด้วย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที วันละ 2-3 ครั้ง โดยใช้หมอนบางๆ วางนอนไว้เหนือข้อเท้า ปลายเท้าวางแนบชิด foot board หัวไหล่มีตัวรองรับไว้ทั้งสองข้างแขนและข้อศอกเหยียดออกห่างจากตัว

ข้อที่ควรเน้นในเรื่องของการบริหารเรียงตามลำดับความมากน้อยของการเกิดข้อติด คือ

- ข้อไหล่ จะเป็นข้อที่ติดมากที่สุด และคงติดอยู่ในท่า internal
- แขน ข้อมือ นิ้วมือ มักจะติดในท่า ของแขน flexion
- ข้อสะโพกมักจะติดในท่า flexion และ external rotation
- ข้อเท้า ข้อศอก มักติดในท่างอ
- ข้อเท้า มักติดในท่างอ และบิดเข้าไป

ท่าบริหารต่างๆ จะต้องเน้นในท่าที่ตรงกันข้ามกับการที่จะทำให้ข้อติดชัดเจนดังกล่าว และเช่นเดียวกันเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว มีความรับรู้เกิดขึ้นแล้ว ต้องนอนให้ผู้ป่วยรู้จักช่วยในการบริหารแขนขาด้วยตนเองโดยใช้แขน-ขาข้างที่ดีช่วย

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในระยะแรก

ข้อไหล่หลวม เลื่อนหลุด (shoulder subluxation)

พบได้ประมาณ 50-80% เกิดจากการที่กล้ามเนื้อรอบๆ หัวไหล่ได้แก่ กล้ามเนื้อ deltoid , rotator cuff และ scapula อ่อนแรงในระยะ flaccid ร่วมกับการสูญเสียความตึงตัวของเอ็นและเยื่อหุ้มข้อ (capsule) ทำให้หัวกระดูก humerus เลื่อนหลวมหลุดออกมาจากเบ้า (subluxation) อีกทั้งลักษณะทางกายวิภาคของ glenoid fossa ซึ่งมีความโน้มเอียงที่จะทำให้หัวกระดูกหลุดออกมาได้ง่าย (downward facing)

การรักษา

1. การใช้เครื่องพยุงไหล่ (shoulder support, sling) เช่น ผ้าสามเหลี่ยมคล้องคอ, Bobart sling เป็นต้น โดยใช้ในระยะ flaccid เพื่อป้องกันไม่ให้หัวกระดูก humerus เคลื่อนหลุดลงมาเวลายืน/เดิน แต่เครื่องพยุงหัวไหล่ดังกล่าวไม่สามารถทำให้หัวกระดูก humerus กลับคืนสู่เบ้าได้ถาวร และถ้าใช้นานเกินไปอาจทำให้ข้อไหล่ติดได้ เพราะฉะนั้นจะต้องมีการออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อหัวไหล่อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และเมื่อกกล้ามเนื้อมีแรงตึงตัว (tone) กลับคืนมาเมื่อเข้าสู่ระยะ spastic แล้วไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องพยุงอีกต่อไป

2. การใช้เครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า (electrical stimulation) ช่วยให้อาการกล้ามเนื้อเกิดการหดตัวแต่ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นนานวันละ 6 ชั่วโมง หรือมากกว่า
3. การจับวางแขนให้ถูกต้องในเวลานั่ง หรือนอน โดยมีเครื่องรองรับแขน เช่น lab board หรือ arm trough

การสำลัก

เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ประมาณ 40-50 % ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางด้านทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดบวม สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติในการกลืน พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมอง หรือ bilateral hemisphere แต่ใน unilateral hemisphere ก็พบได้ ความผิดปกติเกิดขึ้นได้ในขั้นตอนต่างๆของการกลืน, กล้ามเนื้อที่ควบคุมการ bilateral hemisphere หรือ รีเฟล็กซ์ที่ความสูงการกลืนมีความผิดปกติ ทำให้เกิดอาการสำลักตามมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะ...ด้วยการไอ แต่ก็มีบางรายที่เป็น silent aspiration นอกจากนี้อาจเกิดจากปัญหาทาง cognitive function ทำให้ขั้นตอนของการเคี้ยวการกลืน สะดุดไป ก็ทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย

การรักษา

1. หมั่นดูแลสุขภาพของปากฟันให้อยู่ในสภาพที่เรียบร้อยอยู่เสมอ
2. เมื่อจะเริ่มรับประทานอาหารให้จัดทำทางผู้ป่วยให้เหมาะสม คือทำนั่งตรง ศีรษะโน้มมาทางข้างหน้าเล็กน้อย
3. เลือกรูปแบบอาหารที่มีลักษณะเหมาะสม เช่น ให้อาหารค่อนข้างข้น (semisolid) จะดีกว่าอาหารน้ำหรืออาหารที่หนืดเหนียวเกินไป
4. ฝึกหัดการกลืน โดยให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อของปาก ลิ้น ขากรรไกร และฝึกให้มีการทำงานอย่างประสานกัน
5. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกลืนเองได้ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการสำลักบ่อยๆ ควรให้อาหารทางสายยาง (NG tube) ไปพลางก่อน เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในปอด และการขาดสารอาหาร จนกว่าผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ถูกต้อง

3. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)

พบได้บ่อยประมาณ 30-40 % สาเหตุเกิดจากการที่มีภาวะ neurogenic bladder ในระยะแรก ทำให้ต้องคาสายสวนปัสสาวะทิ้งไว้ ความเสี่ยงในการติดเชื้อจะสูงมากขึ้นถ้าคาสายสวน

ไว้เป็นเวลานาน การป้องกัน ทำได้โดยใช้การสวนปัสสาวะเป็นช่วงๆ (intermittent catheterization) ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้มีปริมาณปัสสาวะมากเกินไป 500 มิลลิลิตร เพราะจะทำให้กระเพาะปัสสาวะถูกยืดมากเกินไป (overdistention) พร้อมกับการจำกัดน้ำดื่มไม่ให้เกิน 1600-1800 มิลลิลิตรต่อวัน และพยายามกระตุ้นให้มี physiological emptying ถ้าเริ่มสามารถปัสสาวะได้เองแล้วก็ลดความถี่ของการสวนลง จนกระทั่งจำนวนปัสสาวะที่เหลือค้างน้อยกว่า 100-150 มิลลิลิตร ก็สามารถหยุดสวนได้

4. Reflex sympathetic dystrophy (RSD)

มักพบบ่อยในแขนข้างทั้งที่มีอาการอ่อนแรง (shoulder hand syndrome) โดยพบ 12.5% ถ้าใช้ clinical diagnosis แต่ถ้าใช้ bone scan ร่วมด้วยจะพบสูงถึง 25% อาการมักจะเกิดภายใน 1-4 เดือน หลังเกิดโรค สาเหตุเกิดจากการที่มีพยาธิสภาพในสมอง ทำให้มีการสูญเสียการควบคุมระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติ ลดการยับยั้งการทำงานของ sympathetic neurone ทำให้มีการทำงานของ sympathetic มากกว่าปกติ

ระยะแรก อาการอาจจะเริ่มที่มือ หรือหัวไหล่ ส่วนใดส่วนหนึ่งก่อน หรือเกิดพร้อมกัน โดยมีอาการปวดทั้งการเคลื่อนไหวของข้อเอง หรือถูกจับให้เคลื่อนไหว หัวไหล่เริ่มติดจากอาการเจ็บปวด มีอาการบวม บริเวณข้อมือ หลังมือ นิ้ว การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆเริ่มฝืด ไม่คล่องตัว ผิวน้ำแข็ง การไหลเวียนลดลง

ระยะที่สอง อาการปวดบวมบริเวณหัวไหล่ และมีจะค่อยๆ ลดลงไป แต่มีการยึดติดของข้อชัดเจนขึ้น เกิดภาวะกระดูกบาง (osteoporosis) ของกระดูกมือ ระยะที่หนึ่งและสองอาจปรากฏอยู่นาน 3-6 เดือน ถ้าไม่ได้รับการรักษา

ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่มีการลีบของกล้ามเนื้อ ผิวน้ำเรียบ มีภาวะกระดูกบางมากขึ้น

การรักษา

ต้องรีบให้การรักษาโดยเร็ว อย่าปล่อยให้เข้าระยะสอง, สาม

1. ออกกำลังกายเพิ่มพิสัยของข้อ โดยอาจใช้ความเย็นหรือความร้อนนำมาก่อน เพื่อลดอาการปวด, บวม

2. ช่วยประคองแขน และมือ โดยใช้ sling หรือ splint

3. ระวังปวดโดยให้ :-

- TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) วันละ 2-3 ครั้ง

- ยา ถ้าปวดไม่มากอาจใช้พาราเซตามอล, NSAID การให้ prednisolone ขนาดสูงๆ (30-60 mg/day) นาน 10-14 วัน สามารถระงับปวดได้ดีและลดระยะเวลาของโรคได้
- stellate ganglion block เป็นช่วงๆ ในรายที่มีอาการปวดรุนแรง

โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะการฟื้นตัวของระบบประสาท (recovery phase)

การฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ (function) และสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้เหมือนหรือใกล้เคียงคนทั่วไป ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนทักษะต่างๆ (skill) และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกฝนเรียนรู้, มีการ feedback ใน skill performance, การฝึกออกกำลังกายอย่างเต็มที่ (intensive rehabilitation program) อาจต้องมีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยต่างๆ (adaptive equipment), การให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ

SENSORIMOTOR & FUNCTIONAL TRAINING

โปรแกรมการฟื้นฟูที่กระตุ้นให้มีการฟื้นตัวของระบบประสาทรับรู้สัมผัส และประสาทสั่งการที่สำคัญ คือ therapeutic exercise program ซึ่งมีหลายวิธี แต่วิธีที่เป็นพื้นฐานประกอบด้วยการจัดท่า (positioning) , passive and active range of motion exercise, progressive resistive exercise, endurance training, stretching และการ reeducation โดยใช้ functional electrical stimulation (FES) หรือ EMG biofeedback การที่เราพยายามฝึกหรือกระตุ้นกล้ามเนื้อที่อ่อนแอให้มีการหดตัว หรือเคลื่อนไหวโดยการใช้ electrical stimulation หรือเทคนิคต่างๆ เป็นการป้องกันภาวะการเรียนรู้ที่จะไม่ยอมใช้งาน (learned nonuse) ของแขนหรือขาข้างที่อ่อนแอ ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่า disability ของผู้ป่วย stroke เกิดจาก failure ในการใช้แขน/ขาข้างที่อ่อนแอกว่าเกิดจากการอ่อนแอของกล้ามเนื้อ ดังนั้นแนวทางการฝึกแบบใหม่คือ การพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขน/ขาข้างที่อ่อนแอให้มากที่สุด ในบางที่อาจมีการมัดแขน / ขาข้างที่ดีไว้ขณะทำการฝึก เพื่อให้ผู้ป่วยใช้แต่ข้างที่อ่อนแออย่างเดียว ทำให้สามารถใช้งานข้างนั้นได้ดีขึ้นในระยะเวลานั้น

ส่วนการใช้ sensory feedback เช่น stroking ที่บริเวณผิวหนัง, sudden stretching กล้ามเนื้อ vibration ที่กล้ามเนื้อ / เอ็นกล้ามเนื้อก็เป็นกระตุ้น muscle activation ด้วย

สำหรับ functional training ทำได้โดยการฝึกในเรื่องการช่วยเหลือตนเอง (self-care task) การเคลื่อนไหว (mobility skills) และ advanced/instrumental ADL รวมทั้งการแนะนำและฝึกใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยอำนวยความสะดวก และเพื่อความปลอดภัยในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ

AMBULATION TRAINING

เป้าหมายในการฝึกการเคลื่อนที่ในผู้ป่วย stroke คือ independent ambulation แต่จะสำเร็จหรือไม่ขึ้นกับระยะต่างๆ ของการดำเนินโรค กล่าวคือ

ในระยะแรก (early stage) ของการฟื้นตัว ซึ่งเป็นแบบ weak synergy ผู้ป่วยจะไม่สามารถเดินได้เนื่องจากมี poor upright trunk control, ไม่สามารถมี single limb support ในช่วง stance phase และในขณะ swing phase ก็ไม่สามารถมี advance leg ได้ ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกให้มี gross trunk control ที่ดี และฝึก pre-gait activity ต่างๆ เช่น posture, balance และการถ่ายน้ำหนักไปยังขาที่อ่อนแรง เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรง

เมื่อมีการฟื้นตัวมากขึ้นจนถึงระยะ brunstrom stage 3 คือ มี strong synergy และ spasticity แต่ยังไม่มีการ selective muscle activation ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเดินได้โดยอาศัยเครื่องช่วยเดิน (gait and) บางรายอาจต้องใช้ ankle foot orthosis ร่วมด้วย

ได้มีการศึกษาทดลองเมื่อไม่นานนี้พบว่าทำให้ intensive gait training โดยใช้ treadmill ร่วมกับ body weight support ด้วย harness ทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ดีขึ้น และมี gait speed เร็วขึ้น

COMMUNICATION THERAPY

เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูด, เขียน และอ่านได้ดี และมีความเข้าใจภาษามากขึ้น หรือสามารถหาวิธีต่างๆ มาทดแทนความผิดปกติในเรื่องการพูด, อ่าน, เขียน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการอยู่แบบแยกตัว, โดดเดี่ยว โดยในระยะแรก จะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นด้วยวิธีง่ายๆ เช่น พยักหน้าตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ หลังจากนั้นโปรแกรมการฝึกจะขึ้นอยู่กับความผิดปกติแต่ละชนิด เช่น

พวกที่เป็นแบบ aphasia จะใช้วิธีของ melodic intonation therapy โดยอาศัยการทำงานของสมองซีกที่เป็น nondominant หรือกระตุ้น verbalization, conversational coaching และ oral reading

ส่วนพวกที่เป็นแบบ dysarthria การฝึกจะเน้นการ exercise แบบต่างๆ เช่น sensory stimulation, strengthen oromotor speech muscle, respiratory, articulatory pattern และ sequence of gesture

UNILATERAL NEGLECT TRAINING

มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณ nondominant parietal lobe และในพวกที่มี impaired sensation หรือ homonymous hemianopia การฝึกผู้ป่วยพวกนี้ทำได้โดยฝึกให้ทำกิจกรรมต่างๆ ซ้ำ ๆ (repetitive exercise), ให้มองสิ่งต่างๆ โดยใช้ visual scan จากข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่ง, ใช้สิ่งต่างๆ มากกระตุ้นความสนใจของสมองซีกซ้าย, environmental adaptation, compensatory technic, new method สำหรับ task completion lesson สำหรับผู้ป่วยที่มี complete homonymous hemianopia อาจใช้แว่นตาที่ทำด้วย Fresnel prism ซึ่งจะ shift image ในส่วน hemivisual field ที่มองไม่เห็นไปยัง center ของ retina ทำให้สามารถมองเห็นได้ดีขึ้น

PSYCHOSOCIAL ASPECTS

ปัญหาทางด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคม เป็นสิ่งที่สำคัญ และพบเสมอๆ ในผู้ป่วย stroke ดังนั้นเราจะต้องคำนึงถึง และให้ความช่วยเหลือสนับสนุน โดยการให้ psychotherapy และ promote ให้มี coping strategy ที่เหมาะสมทั้งผู้ป่วยและญาติ, ให้ความรู้, คำแนะนำ และวางแผนเพื่อเตรียมสิ่งต่างๆ ให้พร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหรือ กลับสู่สังคมได้อย่างมีความสุข

EFFECTS OF REHABILITATION

1. prevent complications
2. teaching new adaptive methods
3. ensuring that appropriate aids are provided and used properly
4. retraining the damaged nervous system
5. preventing / overcoming "learned disuse"

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูผู้ป่วย

ปัจจัยที่ให้ผลดีต่อการฟื้นฟูผู้ป่วย (Positive predictors)

1. การสนับสนุนจากครอบครัว และสังคม
2. การฟื้นตัวของความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เร็วภายใน 1

สัปดาห์หลังเกิดโรค

3. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อลำตัว สะโพก หัวไหล่ โดยเร็ว โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้น (proximal) ภายใน 2-4 สัปดาห์

4. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อแต่ละมัด โดยเร็ว และสามารถควบคุมกล้ามเนื้อแต่ละมัดได้ภายใน 4-6 สัปดาห์ หรืออย่างช้า 3 เดือน
5. มีอารมณ์ดี ไม่ซึมเศร้า และมีความตั้งใจในการฝึก
6. มีการรับรู้ (Perception) ที่ดี

ปัจจัยที่ให้ผลลบต่อการฟื้นฟู (Negative predictors)

1. ผู้ป่วยอยู่ในระยะ coma นานเกินไป
2. อยู่ในระยะ flaccid นานกว่าปกติ เช่น 2 เดือน
3. มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อต้นแขนต้นขาอย่างมาก
4. ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้เองภายใน 2-3 สัปดาห์
5. มีอาการละเลยร่างกายครึ่งซีกอย่างรุนแรง (severe unilateral neglect)
6. ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสติปัญญา ความจำอย่างรุนแรง จนไม่สามารถติดตามขั้นตอนการฝึกได้
7. มีความบกพร่องทางสายตา (visuo-spatial deficit) และการได้ยิน
8. ผู้ป่วยเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
9. มีอาการซึมเศร้าอย่างมาก
10. มีอาการโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ ทำให้การฝึกหัดขั้นตอนต่างๆ มีขีดจำกัด

FOLLOW-UP & AFTERCARE

การให้ฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (lifelong) แม้จะออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านแล้ว สิ่งที่จะต้องเน้นได้แก่

1. education
2. mobilization
3. activities
4. independence
5. coping
6. family involvement
4. quality of life

สรุป

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเป็นแบบ “องค์รวม” (holistic Approach)

โดยการ remediation or minimizing of impairment

prevention of recurrence, secondary complication & deterioration

compensation to optimize function & minimize handicap

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของ Starkstein SE. และคณะ⁽⁴⁾ ในปี 1990 ถึงความสัมพันธ์ระหว่าง anxiety disorders และ Major depressive disorder ในผู้ป่วย stroke โดยทำเป็น controlled study ในผู้ป่วย 30 ราย และกลุ่มควบคุม 45 ราย พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 19 ราย ที่มีทั้ง anxious – depress มีรอยโรคอยู่ที่ cortex ส่วนผู้ป่วย 15 รายที่มีแต่อาการ depress พบว่ามีรอยโรคอยู่ที่ subcortical basal ganglia

การศึกษาของ Ruud M. และคณะ⁽⁵⁾ ในปี 1989 ถึง Psychosocial aspects in stroke patients พบว่า 50% ของผู้ป่วยมีภาวะ anxiety และ/หรือ depression

การศึกษาของ Castillo CS และคณะ⁽⁶⁾ ปี ค.ศ. 1995 ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจำนวน 142 ราย พบว่ามีความชุก 27 % ในช่วง 3 เดือนแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดย 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจำนวนนี้มีภาวะซึมเศร้าร่วมอยู่ด้วย

การศึกษาของ Ahlsio B. และคณะ⁽⁷⁾ ปี ค.ศ. 1984 ถึง Disablement and quality of life ในผู้ป่วย stroke จำนวน 96 ราย พบว่า anxiety มีผลต่อ QOL และ physical disable อย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ Johnson G และคณะ⁽⁸⁾ ปี ค.ศ. 1995 พบว่าการใช้ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) สามารถใช้คัดกรองภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ดี

การศึกษาของ Burvill PW และคณะ⁽⁹⁾ ปี ค.ศ. 1995 ในผู้ป่วย stroke จำนวน 294 ราย พบว่ามีความชุกของผู้ป่วยชายที่มี anxiety disorders 5% ส่วนผู้ป่วยหญิงที่พบ anxiety disorder 19% โดยส่วนใหญ่เป็น agoraphobia มากที่สุด รองลงมาได้แก่ Generalized anxiety disorder

การศึกษาของ Castillo CS และคณะ⁽¹⁰⁾ ปี ค.ศ. 1993 ในผู้ป่วยที่ admit อยู่ใน stroke unit จำนวน 309 ราย พบว่ามีภาวะกังวล (worried) 13.9% มีโรควิตกกังวลแบบ Generalized anxiety disorder (GAD) 26.9% และพบว่ามีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของรอยโรคด้วย โดยผู้ป่วยที่มีภาวะกังวล (worried) จะมี Anterior lesion ส่วนผู้ป่วย GAD จะมี Posterior lesion

การศึกษาของ Williams AM และคณะ⁽¹¹⁾ ปี ค.ศ. 1992 ในผู้ป่วย stroke จำนวน 17 รายพบว่า ผู้ป่วยที่มีรอยโรคอยู่ทางด้านขวา จะมีลักษณะ being substantially less anxious และ more socially indifferent มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่รอยโรคอยู่ทางด้านซ้าย

การศึกษาของ Astrom M.⁽¹²⁾ ปี ค.ศ. 1996 แบบติดตามไปข้างหน้าเป็นเวลา 3 ปี ในผู้ป่วยที่มี acute stroke พบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวล 28% และไม่ค่อยลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามไปเป็นเวลา 3 ปี โดยพบว่าถ้าไม่ดีขึ้นในช่วง 3 เดือนแรกก็มักจะเป็นเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเพียงอย่างเดียวมักมีรอยโรคอยู่ด้านขวา ส่วนถ้ามีทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร่วมกันมักมีรอยโรคอยู่ด้านซ้าย

การศึกษาของ Schramke CJ และคณะ⁽¹³⁾ ปี ค.ศ. 1998 พบว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคอยู่ใน Lt hemisphere มี distress มากกว่า และความรุนแรงของอาการ anxiety มากกว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคอยู่ใน Rt. hemisphere

การศึกษาของ Shimoda K และคณะ⁽¹⁴⁾ ปี ค.ศ. 1998 ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่อาการเริ่มดีขึ้นแล้วจำนวน 142 ราย พบว่า depression และ anxiety เกิดจากคนละกลไกภาวะ anxiety เป็นปัจจัยที่ทำให้ความรุนแรงและการดำเนินโรคของภาวะ depression รุนแรงและยาวนานขึ้น โดยทำให้เกิดผลกระทบต่อ social function และ outcome ของ ADL

การศึกษาของ Schultz SK และคณะ⁽¹⁵⁾ ปี ค.ศ. 1997 โดยติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเป็นเวลา 2 ปี พบว่าภาวะวิตกกังวลสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วงแรกของโรคและ ADL impairment โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

การศึกษาของ Dennis M. และคณะ⁽¹⁶⁾ ปี ค.ศ. 1993 ในผู้ป่วย stroke จำนวน 372 ราย พบว่ามีภาวะวิตกกังวลถึง 22%

การศึกษาของ Sembi S. และคณะ⁽¹⁷⁾ ปี ค.ศ. 1998 ในผู้ป่วย stroke จำนวน 61 ราย พบว่ามีความชุกของโรค PTSD ถึง 9.8%

การศึกษาของ Chemerinski E และคณะ⁽¹⁸⁾ ปี ค.ศ. 2000 ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล (anxiety จะไป inhibit physical recovery จากโรคหลอดเลือดอุดตันและ limit quality of life (QoL)

การศึกษาของ Bond J และคณะ⁽¹⁹⁾ ปี ค.ศ. 1998 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ severe disability และ social contact ที่น้อย

การศึกษาของ Leppavuori A และคณะ⁽²⁰⁾ ปี ค.ศ. 2002 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โดยใช้ Zung Anxiety Scale พบว่าคะแนนของ Zung Anxiety Scale สัมพันธ์กับ Barthel index ซึ่งใช้วัด disability after stroke

การศึกษาของ Arciniegas DB และคณะ⁽²¹⁾ ปี ค.ศ. 2002 ในผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท พบว่าการที่มีภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรค migraine , epilepsy , stroke , multiple sclerosis , head injury และ Huntington's disease

การศึกษาของ Sampson MJ และคณะ⁽²²⁾ ปี ค.ศ. 2003 ในผู้ป่วย stroke และ non-stroke พบว่ามีความชุกและความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลไม่ต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Descriptive study โดยศึกษาที่ ณ.เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ผู้ป่วย stroke ที่มาทำกายภาพบำบัดทั้งหมด

ประชากรเป้าหมาย (Target population) ได้แก่ ผู้ป่วย stroke ที่มาทำกายภาพบำบัด ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรที่จะทำการศึกษา (Population to be studied) ได้แก่ผู้ป่วย stroke ที่มาทำกายภาพบำบัด ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนกันยายน 2546 ถึง เดือนธันวาคม 2546

ตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ผู้ป่วย stroke ที่มาทำกายภาพบำบัด ณ. แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วงเดือน กันยายน 2546 ถึง เดือน ธันวาคม 2546 ที่เข้าได้กับเกณฑ์การศึกษาทุกราย จนกว่าจะครบตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี บริบูรณ์ เป็นต้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่แพทย์เป็นผู้ส่งปรึกษาแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อเข้ารับการทำกายภาพบำบัด
3. ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล เป็นปกติ
4. ผู้ป่วยที่สามารถอ่าน เขียน ภาษาไทย หรือพูดได้ตอบเป็นภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถร่วมมือในการทำแบบสอบถามได้

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากใช้ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษา

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z\alpha/2$ = 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95 %

p = ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วย stroke ที่มาทำกายภาพบำบัด อ้างอิงจากการทำ pilot study ณ. แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ได้ค่าความชุกเท่ากับ 0.28

q = 1 - p = 0.72

d = acceptable error = 0.1

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.28) (0.72)}{(0.1)^2} = 77.44$$

เพราะฉะนั้นต้องใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 78 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2546 – ธันวาคม 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในตอนนที่ 1 ส่วนผู้วิจัยเป็นผู้ตอบในตอนนที่ 2

2. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วย และอ้างอิงจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย

3. แบบสอบถามภาวะวิตกกังวล ใช้ Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai – HADS) โดย Thai – HADS นี้ได้รับการแปลจาก Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond AS โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาของ Johnson G. และคณะ⁽⁸⁾ คำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ โดยข้อที่เป็นเลขคู่จะเป็นคำถามที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่วนข้อที่เป็นเลขคี่จะเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล แต่ละข้อจะมีคะแนน 0-3 คะแนน โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองโดยการเลือกข้อคำตอบจากตัวเลือกที่ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด

การแปลผลจะนับเฉพาะข้อที่เป็นเลขคี่ (ได้แก่ข้อที่ 1,3,5,7,9,11,13) โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

0 – 7	คะแนน	คือผู้ป่วยไม่มีภาวะวิตกกังวล
8-10	คะแนน	คือสงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะวิตกกังวล (Doubtful cases)
11	คะแนนขึ้นไป	คือมีผู้ป่วยภาวะวิตกกังวล (Case)

4. แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้ Barthel ADL index ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาของ Shimoda K. และคณะ⁽¹⁴⁾ การศึกษาของ Schultz SK. และคณะ⁽¹⁵⁾ และการศึกษาของ Leppavuori A. และคณะ⁽²⁰⁾ โดยแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย โดยแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 10 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบ 0-3 คะแนน จำนวน 2 ข้อ, แบบ 0-2 คะแนน จำนวน 6 ข้อ, แบบ 0-1 คะแนน จำนวน 2 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 20 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

0 – 4	คะแนน	Total dependence
5 – 8	คะแนน	Severely dependence
9 – 11	คะแนน	Moderately severe dependence
12	คะแนนขึ้นไป	Mildly severe dependence

5. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงมาจาก The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II ของ Band and Weinert โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Shimoda K. และคณะ⁽¹⁴⁾ และการศึกษาของ Bond J. และคณะ⁽¹⁹⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยเป็น self – rating scale 5 ระดับ พิจารณา 5 องค์ประกอบคือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) ข้อ 6,8,9,16,18 การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (assistance and guidance) ข้อ 4,14,15,22,25 การมีโอกาสได้ได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (opportunity for nurturance) ข้อ 7,12,17,21,24 การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (self-worth) ข้อ 2,3,5,13,23 ความผูกพันใกล้ชิด (intimacy) ข้อ 1,10,11,19,20

คำถามเชิงบวก (ข้อ 1,2,3,5,6,8,9,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23,25) ให้คะแนนดังนี้

- 0 = ไม่จริงเลย
- 1 = เป็นจริงเล็กน้อย
- 2 = เป็นจริงปานกลาง
- 3 = เป็นจริงมาก
- 4 = เป็นจริงมากที่สุด

คำถามเชิงลบ (ข้อ 4,7,10,16,24) ให้คะแนนกลับกัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือ ผู้มีคะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดฉบับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือ ผู้มีคะแนนอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดฉบับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คือ ผู้มีคะแนนมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุมเอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ขอนหนังสือจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เข้าพบหัวหน้าหอเวชศาสตร์ฟื้นฟู เจ้าหน้าที่ และนักกายภาพบำบัด เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธี
 - ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ตอนที่ 1 ด้วยตนเอง
 - ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามภาวะวิตกกังวลด้วยตนเอง
 - ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2, ข้อมูลปัจจัยทางกาย และประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
 - ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยตนเอง
6. เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ขึ้นกับผู้ป่วย
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
8. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนน และวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อสรุปผลของประชากร และดูความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีต่อการเกิดภาวะวิตกกังวล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มาทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
- 1.2 ตำแหน่งรอยโรค ชนิดของการขาดเลือด ระยะเวลาที่เป็นโรค
- 1.3 ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว
- 1.4 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- 1.5 แรงสนับสนุนในทางสังคมของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย

- 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วย กับภาวะวิตกกังวล
- 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งรอยโรค ชนิดของการขาดเลือด และระยะเวลาที่เป็นโรคกับภาวะวิตกกังวล
- 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวกับภาวะวิตกกังวล
- 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กับภาวะวิตกกังวล
- 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะวิตกกังวล
- 3.6 ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (85 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	49.40
หญิง	43	50.60
อายุ		
≤ 50 ปี	22	25.88
51-60 ปี	13	15.29
61-70 ปี	30	35.29
≥ 71 ปี	20	23.54
สูงสุด 92 ปี ต่ำสุด 21 ปี (มี 1 ราย) (ค่าเฉลี่ย 59.77 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.43)		
สถานภาพสมรส		
โสด	10	1.20
แต่งงาน/มีคู่อยู่ด้วยกัน	56	65.90
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	9	10.60
คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว	10	11.20

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (85 คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	9.40
ประถมศึกษา	35	41.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	10.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	14	16.50
อนุปริญญา / ปวส.	7	8.20
ปริญญา	10	11.20
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.40
ศาสนา		
พุทธ	81	95.30
คริสต์	1	1.20
อิสลาม	3	3.50
อื่น ๆ	0	0.00
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	36	42.40
รับจ้าง	11	12.90
ธุรกิจ / ค้าขาย / อิสระ	16	18.80
รับราชการ	8	9.40
อื่น ๆ	14	16.50
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	36	42.40
< 5,000 บาท	11	12.90
5,000-9,999 บาท	8	9.40
10,000-14,999 บาท	10	11.20
15,000-20,000 บาท	7	8.20
> 20,000 บาท	13	15.30

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยมีสัดส่วน เพศชาย และเพศหญิงเท่า ๆ กัน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี (ร้อยละ 35.29) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่แต่งงาน หรือมีคู่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 65.90) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 41.20) ศาสนาส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.30) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 42.40) และส่วนใหญ่ไม่มี รายได้ (ร้อยละ 42.40)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 ตำแหน่งรอยโรค ชนิดของการขาดเลือด ระยะเวลาที่เป็นโรค

ตารางที่ 2

ข้อมูล	จำนวน (85 คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งรอยโรค		
Cortical	19	22.40
Subcortical	66	77.60
ซีกของสมองที่ขาดเลือด		
ขวา	46	54.10
ซ้าย	39	45.90
สาเหตุของการขาดเลือด		
Ischemic	68	80.00
Hemorrhagic	17	20.00
ระยะเวลาที่เป็นโรค (เดือน)		
≤ 6 เดือน	52	61.20
> 6 เดือน	33	38.80
สูงสุด 196 เดือน ต่ำสุด 1 เดือน (ค่าเฉลี่ย 15.11 เดือน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 32.5)		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรอยโรคของสมองอยู่บริเวณ subcortical (ร้อยละ 77.60) ซีกของสมองที่ขาดเลือดเป็นที่ซีกขวา ร้อยละ 54.10 มากกว่าซีกซ้ายซึ่งร้อยละ 45.90 สาเหตุจากการขาดเลือดส่วนใหญ่เป็นแบบ ischemic stroke (ร้อยละ 80) ระยะเวลาที่เป็นโรคโดยเฉลี่ย 15.11 เดือน (ส่วนใหญ่เป็นมาไม่เกิน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.20)

1.3 ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ตารางที่ 3 ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน (85 คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม		
ไม่มี	69	81.20
Depressive disorder	6	7.10
Anxiety disorder	10	11.80
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	83	97.60
Schizophrenia	1	1.20
Anxiety disorder	1	1.20

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางจิตเวชเดิมมาก่อน (ร้อยละ 81.20) มีโรควิตกกังวลอยู่เดิม ร้อยละ 11.80 มีโรคซึมเศร้าอยู่เดิม ร้อยละ 7.10 ส่วนเรื่องประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้องที่เป็นโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 97.60) มีเพียง 2 รายที่มีญาติพี่น้องเป็นโรคทางจิตเวช โดยเป็น Schizophrenia 1 ราย และโรควิตกกังวล 1 ราย

1.4 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index)

ข้อมูล	จำนวน (85 คน)	ร้อยละ
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน		
Mildly severe dependence	42	49.40
Moderately severe dependence	16	18.80
Severe dependence	10	11.80
Total dependence	17	20.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในขั้น Mildly severe dependence ร้อยละ 49.4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง รองลงมาได้แก่ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่อยู่ในขั้น Total dependence (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) คิดเป็นร้อยละ 20

1.5 แรงสนับสนุนในทางสังคม

ตารางที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูล	จำนวน (85 คน)	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคม		
น้อย	15	17.60
ปานกลาง	51	60.00
มาก	19	22.40
สูงสุด 100 คะแนน ต่ำสุด 17 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 74.31 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.17)		

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (ร้อยละ 60) ซึ่งค่านี้ได้มาจากคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงมาจาก The Personal Resource Questionnaire : PRQ part II โดยแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งมีคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 6 ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วย

ภาวะวิตกกังวล	จำนวน (85 คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล (คะแนนเฉลี่ย 4.04 ± 2.78 , คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10)	64	75.30
กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวล (คะแนนเฉลี่ย 14.33 ± 1.74 , คะแนนอยู่ในช่วง 11 – 18)	21	24.70
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 6.37		
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.85		

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 75.30) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 24.70 ซึ่งได้แก่กลุ่มที่มีคะแนนของแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย : Thai-HADS) ข้อที่เป็นเลขคี่ (ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) ได้คะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป โดยค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 6.37 คะแนน ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวล เท่ากับ 13.47

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วย กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				P value	
	ไม่พบ		มี			
	ภาวะวิตกกังวล		ภาวะวิตกกังวล			
	(64 คน)		(21 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	33	51.56	9	42.85	0.479	0.616 ^a
หญิง	31	48.44	12	57.15		
อายุ						
≤ 50 ปี	18	28.12	4	19.04	-0.09	0.922 ^b
51-60 ปี	9	14.06	4	19.04		
61-70 ปี	21	32.81	9	42.88		
≥ 71 ปี	16	25.01	4	19.04		
(ค่าเฉลี่ย 59.77 ปี)						
สถานภาพสมรส						
โสด	7	10.93	3	14.25	1.473	0.688 ^a
แต่งงาน/มีคู่อยู่ด้วยกัน	41	61.06	15	71.42		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	7	10.93	2	9.52		
คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว	9	14.08	1	4.78		

หมายเหตุ a = Chi-square test , b = t-test

ตารางที่ 7 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	P value
	ไม่พบ		มี			
	ภาวะวิตกกังวล		ภาวะวิตกกังวล			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	6	9.37	2	9.52	2.529	0.865
ประถมศึกษา	24	37.50	11	52.40		
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	10.93	2	9.52		
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	12	18.75	2	9.52		
อนุปริญญา / ปวส.	5	7.81	2	9.52		
ปริญญา	8	12.50	2	9.52		
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.14	0	0		
ศาสนา						
พุทธ	61	95.31	20	95.23	0.448	0.799
คริสต์	1	1.56	0	0		
อิสลาม	2	3.13	1	4.77		
อื่น ๆ	0	0	0	0		
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	26	40.62	10	47.61	1.738	0.784
รับจ้าง	10	15.62	1	4.77		
ธุรกิจ / ค้าขาย / อิสระ	12	18.75	4	19.04		
รับราชการ	6	9.39	2	9.54		
อื่น ๆ	10	15.62	4	19.04		

ตารางที่ 7 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	P value
	ไม่พบภาวะวิตกกังวล (64 คน)		มีภาวะวิตกกังวล (21 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	รายได้ต่อเดือน					
ไม่มีรายได้	26	40.62	10	47.61	9.955	0.077
< 5,000 บาท	10	15.62	1	4.77		
5,000-9,999 บาท	4	6.25	4	19.04		
10,000-14,999 บาท	6	9.39	4	19.04		
15,000-20,000 บาท	5	7.81	2	9.54		
> 20,000 บาท	13	20.31	0	0		

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล ส่วนมากเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 57.15 และ 42.85 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.88 รองลงมาคือ อายุ น้อยกว่า 50 ปี, อายุ 51-60 ปี และ อายุ 71-80 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 19.04 เท่ากับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.42 รองลงมา ได้แก่ สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 14.28 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.40 ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนา คิดเป็นร้อยละ 95.23 รองลงมา ได้แก่ ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 4.77 อาชีพส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 47.61 รองลงมา ได้แก่ ธุรกิจ ค้าขาย อิสระ และอาชีพอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 19.04 เท่ากัน รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 47.61 รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีรายได้ อยู่ในช่วง 5,000-9,999 บาท และ 10,000-14,999 บาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 19.04 เท่ากัน

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งรอยโรค ชนิดของการขาดเลือด และ ระยะเวลาที่เป็นโรคกับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งรอยโรค ชนิดของการขาดเลือด และ ระยะเวลาที่เป็นโรคกับภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยจากตัวโรค	ภาวะวิตกกังวล				p- value	
	ไม่พบ		มี			
	ภาวะวิตกกังวล (64 คน)	ร้อยละ	ภาวะวิตกกังวล (21 คน)	ร้อยละ		
ตำแหน่งรอยโรค						
Cortical	17	26.56	2	9.52	2.645	0.088
Subcortical	47	73.44	19	90.48		
ซีกของสมองที่ขาดเลือด						
ขวา	35	54.68	11	52.38	0.034	0.526
ซ้าย	29	45.32	10	47.62		
สาเหตุของการขาดเลือด						
Ischemic	52	81.25	16	76.19	0.253	0.413
Hemorrhagic	12	18.75	5	23.81		
ระยะเวลาที่เป็นโรค						
≤ 6 เดือน	44	68.75	8	38.09	-2.847	0.006*
> 6 เดือน	20	31.25	13	61.91		

* $p \leq 0.01$

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่มีรอยโรคของสมองอยู่บริเวณ subcortical มากกว่าบริเวณ cortical โดยคิดเป็น ร้อยละ 90.48 และ 9.52 ตามลำดับ ซีกของสมองที่ขาดเลือดส่วนใหญ่เป็นซีกขวา คิดเป็นร้อยละ 52.38 ส่วนสาเหตุของการขาดเลือดส่วนใหญ่เป็นแบบ ischemic มากกว่า hemorrhagic คิดเป็นร้อยละ 76.19 และร้อยละ 23.81 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรค ในกลุ่มที่เป็นโรคมามากกว่า 6 เดือน พบภาวะวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่เป็นมาไม่เกิน 6 เดือน โดยคิดเป็นร้อยละ 61.91 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.01$

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม ประวัติโรคทางจิตเวช ในครอบครัวกับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม ประวัติโรคทางจิตเวช
ในครอบครัวกับภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยทางจิตเวช	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Exact sig.
	ไม่มี		มี			
	ภาวะวิตกกังวล	ภาวะวิตกกังวล	ภาวะวิตกกังวล	ภาวะวิตกกังวล		
	(64 คน)	(21 คน)	(64 คน)	(21 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม						
ไม่มี	53	82.81	16	71.19	0.476	0.788
Depressive disorder	4	6.25	2	9.52		
Anxiety disorder	7	10.94	3	14.29		
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว						
ไม่มี	62	96.88	21	100	0.672	0.715
Schizophrenia	1	1.56	0	0		
Anxiety disorder	1	1.56	0	0		

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางจิตเวชอยู่เดิม คิดเป็นร้อยละ 76.19 รองลงมาคือ มีโรคจิตกกังวลเดิม คิดเป็นร้อยละ 14.29 ส่วนประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลทั้งหมด ไม่มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่เป็นโรคทางจิตเวช

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กับภาวะวิตกกังวล วิเคราะห์โดย ANOVA

Barthel ADL index	X	SD	P value
Mildly severe dependence (n=42)	4.02	1.98	0.000*
Moderately severe dependence(n=16)	7.19	2.23	
Severe dependence (n=10)	9.00	1.72	
Total dependence (n=17)	9.88	2.41	

* P < 0.01

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อยู่ในขั้น Total dependence พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงสุด เท่ากับ 9.88 คะแนน ส่วนผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อยู่ในขั้น mildly severe dependence มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลน้อยที่สุด โดยมีค่า 4.02 คะแนน ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์แบบ ANOVA พบว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั้ง 4 ระดับ มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.01$

ตารางที่ 11 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กับภาวะวิตกกังวล วิเคราะห์โดย Post Hoc Analysis

(I) BARTHEL	(J) BARTHEL	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Mildly severe dependence	Moderately severe dependence	-0.1548	0.11884	0.197	-0.3912	0.0817
	Severe dependence	-0.3048(*)	0.14234	0.035	-0.5880	-0.0216
	Total dependence	-0.4342(*)	0.11628	0.000	-0.6655	-0.2028
Moderately severe dependence	Mildly severe dependence	0.1548	0.11884	0.197	-0.0817	0.3912
	Severe dependence	-0.1500	0.16307	0.360	-0.4745	0.1745
	Total dependence	-0.2794	0.14090	0.051	-0.5598	0.0009
Severe dependence	Mildly severe dependence	0.3048(*)	0.14234	0.035	0.0216	0.5880
	Moderately severe dependence	0.1500	0.16307	0.360	-0.1745	0.4745
	Total dependence	-0.1294	0.16121	0.424	-0.4502	0.1913
Total dependence	Mildly severe dependence	0.4342(*)	0.11628	0.000	0.2028	0.6655
	Moderately severe dependence	0.2794	0.14090	0.051	-0.0009	0.5598
	Severe dependence	0.1294	0.16121	0.424	-0.1913	0.4502

* The mean difference is significant at the .05 level.

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ Mildly severe dependence พบว่ามีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับ severe dependence และ total dependence อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.05$

3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะวิตกกังวล
วิเคราะห์โดย ANOVA

แรงสนับสนุนทางสังคม	X	SD	P value
น้อย (n=15)	11.27	3.27	0.000*
ปานกลาง (n=51)	6.04	2.14	
สูง (n=19)	3.27	1.49	

* $p < 0.01$

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงที่สุด คือ 11.27 ส่วนผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ก็จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลต่ำที่สุด ได้แก่ 3.27 คะแนน โดยเมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้ ANOVA พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะวิตกกังวลต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.01$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะวิตกกังวล
วิเคราะห์โดยใช้ Post Hoc Analysis

	(J)แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
น้อย	ปานกลาง	0.4744(*)	0.1137	0.000	0.2480	0.7007
	สูง	0.6111(*)	0.1357	0.000	0.3412	0.8811
ปานกลาง	น้อย	-0.4744(*)	0.1137	0.000	-0.7007	-0.2480
	สูง	0.1368	0.1061	0.201	-0.0744	0.3479
สูง	น้อย	-0.6111(*)	0.1357	0.000	-0.8811	-0.3412
	ปานกลาง	-0.1368	0.1061	0.201	-0.3479	0.0744

* The mean difference is significant at the .05 level.

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย พบว่ามีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ แรงสนับสนุนทางสังคมสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งนำมาวิเคราะห์หาค่าองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้เป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล

องค์ประกอบ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P value
การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	-0.610	0.000*
การได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ	-0.422	0.000*
การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น	-0.603	0.000*
การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง	-0.576	0.000*
ความผูกพันใกล้ชิด	-0.522	0.000*

* $p < 0.01$

3.6 ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ที่มาทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาล-จุฬาลงกรณ์

ลำดับตัวแปร	R	R ²	B	T	Sig.
ระยะเวลาที่เป็นโรค	0.271	0.074	0.240	2.568	0.010*
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	0.479	0.230	0.144	4.079	0.000*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.549	0.302	-0.007	-2.882	0.000*
constant			0.326	1.664	

* $p < 0.01$

จากตารางที่ 15 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และแรงสนับสนุนทางสังคม มาทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าทั้ง 3 ตัวแปร มีผลต่อภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.01$ โดยระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์ภาวะวิตกกังวล ได้ร้อยละ 7.4 เมื่อเพิ่มตัวแปรความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสามารถจะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็น ร้อยละ 23.0 และเมื่อเพิ่มตัวแปรตัวสุดท้ายซึ่งได้แก่ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 30.2 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยทางกายภาพ แบบทดสอบ Thai - Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai - HADS) เพื่อคัดกรองภาวะวิตกกังวล ซึ่งดัดแปลงมาจากฉบับภาษาอังกฤษ ของ Zigmond และ Snaitz โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index), แบบสอบถามและสับสนทางสังคม ของ Beand และ Weinert โดยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีค่าเท่ากับร้อยละ 24.7 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานกว่า 6 เดือน มีภาวะวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็นโรคมาไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งเมื่อนำมาทำการทดสอบด้วย t- test พบว่ากลุ่มที่มีและไม่มีภาวะวิตกกังวล มีความแตกต่างกันของระยะเวลาที่เป็นโรคอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ส่วนในเรื่องระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในขั้น Total dependence และเมื่อนำมาวิเคราะห์โดย ANOVA พบว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีผลต่อการมีภาวะวิตกกังวลที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.01$ โดยผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับ Mildly severe dependence มีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ severe dependence และ total dependence อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนในเรื่องของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยที่ภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (ร้อยละ 47.61) และเมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้ ANOVA พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกันมีผลต่อความแตกต่างของภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.01$ โดยผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ แรงสนับสนุนทางสังคมสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.05$ และเมื่อวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Pearson's correlation coefficient พบว่าคะแนนของทุกปัจจัย ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ความผูกพันใกล้ชิด และการได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 3 ตัวแปร ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และแรงสนับสนุนทางสังคมมาทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าทั้ง 3 ตัวแปร มีผลต่อภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.01$ โดยระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 7.4 เมื่อเพิ่มตัวแปรความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสามารถจะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 23.0 และเมื่อเพิ่มตัวแปรตัวสุดท้ายซึ่งได้แก่ ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 30.2 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลได้

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาที่ได้ พบว่าความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีค่าเท่ากับร้อยละ 24.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Castillo CS และคณะ⁽⁶⁾ ซึ่งพบความชุกร้อยละ 27 และการศึกษาของ Astrom M.⁽¹²⁾ ซึ่งพบความชุกร้อยละ 28 และการศึกษาของ Dennis M. และคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งพบความชุกร้อยละ 22

ส่วนปัจจัยเรื่องระยะเวลาที่เป็นโรคอัมพาตครึ่งซีกที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งค้ำกับการศึกษาของ Astrom M.⁽¹²⁾ ที่ศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าเป็นเวลา 3 ปี ในผู้ป่วยที่มี acute stroke พบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวล 28% และไม่ค่อยลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามไปเป็นเวลา 3 ปี โดยพบว่าถ้าไม่ดีขึ้นในช่วง 3 เดือนแรกก็มักจะ

เป็นเรื่องจริง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเป็นการศึกษาจากตัวอย่างจาก stroke unit และ OPD ไม่ใช่ตัวอย่างของผู้ป่วยที่มาทำกายภาพบำบัด ซึ่งอาจอธิบายความสัมพันธ์ของระยะเวลาที่เป็นโรค อัมพาตครึ่งซีกกับภาวะวิตกกังวลได้ว่า เป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัดนานมากขึ้น ก็ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียกำลังใจ และกังวลถึงอาการที่ยังเหลืออยู่ว่าอาจจะไม่หาย หรือจะไม่กลับไปเหมือนเดิม ซึ่งทำให้พบภาวะวิตกกังวลมากขึ้น

ส่วนปัจจัยเรื่องระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่สัมพันธ์กับภาวะ วิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ผลที่ได้ก็ไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ Ahlsio B. และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า anxiety มีผลต่อ QOL และ physical disable อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Shimoda K และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าภาวะวิตกกังวลทำให้เกิดผลกระทบต่อ social function และ outcome ของ ADL อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Chemerinski E และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล จะไป inhibit physical recovery จากโรคหลอดเลือดสมองและ limit quality of life (QoL) และการศึกษาของ Leppavuori A และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าคะแนนของ Zung Anxiety Scale สัมพันธ์กับ Barthel index ซึ่งใช้วัด disability after stroke อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Bond J และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่อธิบายในทางกลับกันว่า severe disability อาจเป็นผลให้ ผู้ป่วยเกิดภาวะวิตกกังวล

ส่วนปัจจัยเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมี นัยสำคัญ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Shimoda K และคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่าภาวะวิตกกังวล ทำให้เกิดผลกระทบต่อ social function ของผู้ป่วยหลายด้าน และการศึกษาของ Bond J และ คณะ⁽¹⁹⁾ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล สัมพันธ์กับการมี social contact ที่น้อย

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ตำแหน่งรอยโรคใน สมองที่เป็นที่ subcortical มากกว่า cortical อาจมาจากที่ว่า การศึกษานี้เลือกตัวอย่างที่สามารถ พูดจาได้ตอบเป็นภาษาไทยได้รู้เรื่องปกติ ซึ่งก็ทำให้ต้อง exclude ผู้ป่วย aphasia (ซึ่งมักมีรอยโรค อยู่บริเวณ cortical) ออกไป ทำให้จำนวนของผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ cortical น้อยกว่ากลุ่มที่มีรอย โรคอยู่ในบริเวณ subcortical อย่างเห็นได้ชัด และความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลกับประวัติโรค ทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ที่ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ อาจ เนื่องมาจากประชากรส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางจิตเวชเดิม และไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ทำให้ n ของกลุ่มที่มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีน้อยมาก เมื่อนำมาคำนวณแล้วจึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาค้นคว้าของภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีภาวะวิตกกังวลค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงควรมีการให้บริการดังนี้

1. การให้บริการการปรึกษากับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเพิ่มมากขึ้น และอาจต้องดำเนินการในเชิงรุก ควรจะเพิ่มประสิทธิภาพผู้ให้บริการการปรึกษาโดยการอบรมเพิ่มเติม โดยเน้นในด้านการจัดการกับภาวะวิตกกังวล นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แบบองค์รวม (Holistic) เพื่อให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรืออาจส่งบุคลากร ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มาเข้ารับการอบรมที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เพื่อเพิ่มทักษะของบุคลากร ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลให้มากขึ้น

2. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล ทำให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง เป็นอุปสรรคต่อการทำกายภาพบำบัด และเพิ่มภาระกับผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่อาจมีความวิตกกังวล บุคลากรอาจต้องดำเนินการให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ หรือปรึกษากับแผนกจิตเวช เพื่อดูแลแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพจากการทำกายภาพบำบัดสูงสุด

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสำคัญมากกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ไม่โดดเดี่ยว เห็นคุณค่า โดยการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น โดยเฉพาะจากครอบครัว และผู้รักษา ซึ่งบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยควรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า นอกจากนี้ยังอาจส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวให้เห็นถึงความสำคัญของตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยให้กำลังใจ สนใจ และแสดงความห่วงใยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติกับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคล ยินดีรับฟังปัญหาเพื่อบรรเทาความทุกข์ที่เกิดขึ้น และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการเผชิญปัญหา เพื่อลดภาวะวิตกกังวล นอกจากนี้ควรให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

4. **การพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก** ควรให้ทราบถึงความหมาย และมโนทัศน์ของคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจากการป่วย ผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต ส่วนในด้านการเรียนการสอน ควรเน้นให้บุคลากรตระหนักถึงผลกระทบของการ เจ็บป่วยต่อภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคลากรจะได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยใน การปฏิบัติตัว ให้ข้อมูลแก่ญาติที่ใกล้ชิด และให้ความรู้แก่ชุมชนให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ อัมพาตครึ่งซีกที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ และยังเป็น ผลดีต่อการทำกายภาพบำบัดอีกด้วย

5. **ด้านการวิจัย** ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีก เช่น ความคาดหวัง ทัศนคติ และควรนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางร่วมพิจารณาใน การศึกษาวิจัยที่จะนำเอาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ไปใช้ในการวิจัยเชิงทดลอง หรือ เชิงคุณภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางหรือหารูปแบบในการช่วยเหลือที่เหมาะสม กับความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัว สังคม อย่างถูกต้อง อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี และเพื่อประสิทธิผลของ การทำกายภาพบำบัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. กัมมันต์ พันธุมจินดา, มีชัย ศรีไธ. Vascular Disease of The Central Nervous System. ประสาทวิทยาขั้นพื้นฐาน พิมพ์ครั้งที่3 .พ.ศ. 2530 :166-178.
2. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษย์. Anxiety Disorders. จิตเวชศาสตร์รวมาธิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 6. พ.ศ. 2540 : 161-179
3. กฤษณา พิวเวช .การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. Stroke Rehabilitation : 20-34
4. Starkstein SE, Cohen BS, Fedoroff P, Parikh RM, Price TR, Robinson RG. Relationship between anxiety disorders and depressive disorders in patients with cerebrovascular injury. Arch Gen Psychiatry 1990 Mar ; 47 (3) : 246-51.
5. Ruud M. Being a stroke patient. Psychological aspects. Tidsskr Nor Laegeforen 1989 Nov 20 ;109 (32) : 3314-7.
6. Castillo CS, Schultz SK, Robinson RG. Clinical correlates of early-onset and late-onset poststroke generalized anxiety. Am J Psychiatry 1995 Aug ;152 (8) : 1174-9.
7. Ahlsio B, Britton M, Murray V, Theorell T. Disablement and quality of life after stroke. Stroke 1984 Sep-Oct ; 15 (5): 886-90.
8. Johnson G, Burvill PW, Anderson CS, Jamrozik K, Stewart-Wynne EG, Chakera TM. Screening instruments for depression and anxiety following stroke: experience in the Perth community stroke study. Acta Psychiatr Scand 1995 Apr;91 (4) : 252-7.
9. Burvill PW, Johnson GA, Jamrozik KD, Anderson CS, Stewart-Wynne EG, Chakera TM. Anxiety disorders after stroke : results from the Perth Community Stroke Study. Br J Psychiatry 1995 Mar;166 (3) : 328-32.
10. Castillo CS, Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Robinson RG. Generalized anxiety disorder after stroke. J Nerv Ment Dis 1993 Feb ;181 (2) : 100-6.
11. Williams AM. Self-report of indifference and anxiety among persons with right hemisphere stroke. Res Nurs Health 1992 Oct; 15(5) : 343-7.
12. Astrom M. Generalized anxiety disorder in stroke patients. A 3-year longitudinal study. Stroke 1996 Feb ; 27 (2) : 270-5.

13. Schramke CJ, Stowe RM, Ratcliff G, Goldstein G, Condray R. Poststroke depression and anxiety: different assessment methods result in variations in incidence and severity estimates. J Clin Exp Neuropsychol 1998 Oct ; 20 (5) :723-37.
14. Shimoda K, Robinson RG. Effects of anxiety disorder on impairment and recovery from stroke. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1998 Winter;10 (1) : 34-40.
15. Schultz SK, Castillo CS, Kosier JT, Robinson RG. Generalized anxiety and depression. Assessment over 2 years after stroke. Am J Geriatr Psychiatry Med 1997 Summer; 5 (3) : 229-37.
16. Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, Warlow C. Emotional outcome after stroke : factors associated with poor outcome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000 Jan ; 68 (1):47-52.
17. Sembi S, Tarrier N, O'Neill P, Burns A, Faragher B. Does post-traumatic stress disorder occur after stroke : a preliminary study. Int J Geriatr Psychiatry 1998 May; 13 (5):315-22.
18. Chemerinski E, Robinson RG. The neuropsychiatry of stroke. Psychosomatics 2000 Jan-Feb;41 (1) : 5-14.
19. Bond J, Gregson B, Smith M, Roousseau N, Lecouturier J, Rodger H. Outcome following acute hospital care for stroke or hip fracture : how useful is an assessment of anxiety or depression for older people ?. Int J Geriatr Psychiatry 1998 Sep;13 (9) : 601-10.
20. Leppavuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T Insomnia in ischemic stroke patients. Cerebrovascular Dis 2002;14 (2) : 90-7.
21. Arciniegas DB, Anderson CA. Suicide in Neurologic Illness. Curr Treat Options Neuro 2002 Nov;4 (6) :457-468.
22. Sampson MJ, Kinderman P, Watts S, Sembi S. Psychopathology and autobiographical memory in stroke and non-stroke hospitalized patients. Int J Geriatr Psychiatry 2003 Jan ;18 (1) : 23-32.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การทำวิจัย เรื่อง ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด
ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า แพทย์หญิงชุตติมา ห่อมเรืองวงษ์ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการศึกษาและรวบรวม
ข้อมูลการศึกษาวิจัยเรื่อง ความชุกของภาวะ วิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้า
รับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยอาศัยท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองตาม
ความสมัครใจ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ท่านมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้า
ร่วมครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การศึกษามีจุดมุ่งหมายที่จะทราบถึง ความชุกของภาวะวิตก
กังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัดรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กับภาวะดังกล่าว เพื่อที่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อประโยชน์ในการจัดเตรียม และปรับปรุงดูแลบริการ
ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จะ
นำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูป
สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ท่านสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนท่านพอใจ ได้ที่
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เบอร์โทรศัพท์ 02-2564298

งานศึกษาวิจัยเรื่องนี้จะสำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือในการให้ข้อมูลและการตอบแบบสอบถาม
ของท่าน ผู้วิจัยจึงหวังในความอนุเคราะห์ของท่านอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบคำ
ยินยอมด้วยความสมัครใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

()

ลงนาม พยาน

()

ลงนาม ผู้วิจัย

()

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ตอนที่ 1)

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมายในข้อที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. อายุ.....ปี เพศ.....

2. สถานภาพสมรส

.....โสด

.....แต่งงาน หรือมีคู่อยู่ด้วยกัน

.....แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง

.....คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว

3. ศาสนา

.....พุทธ

.....คริสต์

.....อิสลาม

.....อื่นๆ (ระบุ).....

4. อาชีพ

.....ไม่ได้ทำงาน

.....รับจ้าง

.....ธุรกิจ / ค้าขาย / อิสระ

.....รับราชการ

.....รัฐวิสาหกิจ

.....อื่นๆ (ระบุ).....

5. รายได้ต่อเดือน

.....ไม่มีรายได้

.....น้อยกว่า 5,000 บาท

.....5,000 – 9,999 บาท

.....10,000 – 14,999 บาท

.....15,000 – 20,000 บาท

.....มากกว่า 20,000 บาท

6. ระดับการศึกษา

-ไม่ได้เรียน
-ประถมศึกษา
-มัธยมศึกษาตอนต้น
-มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.
-อนุปริญญา หรือ ปวส.
-ปริญญาตรี
-สูงกว่าปริญญาตรี (ระบุ).....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ตอนที่ 2)

คำชี้แจง ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโดยอ้างอิงจากการซักประวัติผู้ป่วย

7. ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม

.....ไม่มี

.....มี (ระบุ)

.....schizophrenia

.....other psychotic disorder

.....Depressive disorder

.....Bipolar disorder

.....Anxiety disorder

.....others

8. ประวัติครอบครัวโรคทางจิตเวช

.....ไม่มี

.....มี (ระบุ)

.....schizophrenia

.....other psychotic disorders

.....Depressive disorder

.....Bipolar disorder

.....Anxiety disorders

.....others

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามปัจจัยทางกาย

คำชี้แจง ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

1. ตำแหน่งของรอยโรค

..... cortical

.....subcortical

.....Right

.....Left

2. ระยะเวลาที่เป็นโรค..... เดือน

3. สาเหตุของการขาดเลือด

.....ischemic

.....hemorrhagic



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกดีใจ

- () เป็นส่วนใหญ่
- () บ่อยครั้ง
- () เป็นบางครั้ง
- () ไม่เป็นเลย

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้

- () เหมือนเดิม
- () ไม่มากเท่าแต่ก่อน
- () มีเพียงเล็กน้อย
- () เกือบไม่มีเลย

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

- () มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย
- () มี แต่ไม่มากนัก
- () มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ
- () ไม่มีเลย

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้

- () เหมือนเดิม
- () ไม่มากนัก
- () มีน้อย
- () ไม่มีเลย

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

- () เป็นส่วนใหญ่
- () บ่อยครั้ง
- () เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย
- () นานๆ ครั้ง

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

- () ไม่มีเลย
- () ไม่บ่อยนัก
- () เป็นบางครั้ง
- () เป็นส่วนใหญ่

7. ฉันสามารถทำตามสบาย และ
รู้สึกผ่อนคลาย

- () ได้ดีมาก
- () ได้โดยทั่วไป
- () ไม่บ่อยนัก
- () ไม่ได้เลย

8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร
เรื่องซ้ำลงกว่าเดิม

- () เกือบตลอดเวลา
- () บ่อยมาก
- () เป็นบางครั้ง
- () ไม่เป็นเลย

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้
ปั่นป่วนในท้อง

- () ไม่เป็นเลย
- () เป็นบางครั้ง
- () ค่อนข้างบ่อย
- () บ่อยมาก

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจ
ตนเอง

- () ใช่
- () ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร
- () ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน
- () ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย
เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

- () เป็นมากที่สุดทีเดียว
- () ค่อนข้างมาก
- () ไม่มากนัก
- () ไม่เป็นเลย

12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วย
ความเบิกบานใจ

- () มากเท่าที่เคยเป็น
- () ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
- () น้อยกว่าที่เคยเป็น
- () เกือบจะไม่มีเลย

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่าง
กะทันหัน

- () บ่อยมาก
- () ค่อนข้างบ่อย
- () ไม่บ่อยนัก
- () ไม่มีเลย

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่าน
หนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือ
กิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

- () เป็นส่วนใหญ่
- () เป็นบางครั้ง
- () ไม่บ่อยนัก
- () น้อยมาก

เครื่องมือประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ Barthel ADL Index

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว)
 - 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้
 - 1 ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆล่วงหน้า
 - 2 ตักอาหารและช่วยตัดเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้าหวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - 0 ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 ทำได้เอง(รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0 ไม่สามารถนั่งได้(นั่งแล้วล้มเสมอ) หรือต้องใช้ 2 คนช่วยยกขึ้น
 - 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่นต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือคนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงนั่งได้
 - 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3 ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา)
 - 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 ทำได้เองบ้างอย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 ช่วยตัวเองได้ดีขึ้น ขึ้นนั่งและลงโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดเรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าเรียบร้อย

5. Mobility (เคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้อง)
 - 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยให้เคลื่อนที่ได้เอง และต้องออกมุดึงหรือประตูได้
 - 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือ บอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลความปลอดภัย
 - 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
- 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
 - 1 ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - 2 ช่วยตัวเองได้ดี รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าดัดแปลงเหมาะสมได้
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)
- 0 ไม่สามารถทำได้
 - 1 ต้องการคนช่วย
 - 2 ขึ้นลงได้เอง ถ้าใช้เครื่องช่วยเช่น walker ต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย
8. Bathing (การอาบน้ำ)
- 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
 - 1 อาบน้ำได้เอง
9. Bowels (การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
- 0 กลั้นไม่ได้หรือต้องสวนอุจจาระเสมอ
 - 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง(น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
 - 2 กลั้นได้ปกติ
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
- 0 กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
 - 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง(น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
 - 2 กลั้นได้เป็นปกติ

แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อน ๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนในข้อความนั้น ๆ

ข้อคำถาม	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม					
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้เมื่อฉันทำงานดี					
4. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อนเมื่อฉันมีปัญหา					
5. ฉันได้พบปะอย่างเพียงพอกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่า					
6. ฉันให้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน					
7. ฉันมีโอกาสน้อยที่จะได้ดูแลผู้อื่น					
8. มีคนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานร่วมกับฉัน					
9. ฉันมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือฉันในระยะยาวได้ถ้าฉันต้องการ					
10. ไม่มีใครที่จะฟังความรู้สึกของฉันได้					
11. ในกลุ่มเพื่อนบ้านฉันเราชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
12. ฉันมีโอกาสที่จะกระตุ้นผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและทักษะ					
13. คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้ว่าฉันมีความสำคัญต่อครอบครัว					

ข้อคำถาม	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือกัน ถึงแม้ว่าฉันจะไม่สามารถ					
15. เมื่อฉันอารมณ์เสีย มีผู้ที่ฉันสามารถอยู่ด้วยโดยปล่อยให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง					
16. ฉันรู้สึกว่ามีใครมีปัญหาเหมือนฉัน					
17. ฉันชอบกระทำบางสิ่งเป็นพิเศษ					
18. ฉันทราบว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งในตัวฉัน					
19. ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน					
20. ฉันมีผู้ร่วมงาน เข้าสังคมและร่วมกิจกรรมรื่นเริงอื่น ๆ ด้วย					
21. ฉันรับผิดชอบ จัดการ ช่วยเหลือ เมื่อมีผู้ต้องการ					
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำจะมาผู้คอยให้ความช่วยเหลือฉันให้สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้					
23. ฉันรู้สึกว่ายังมีคนต้องการฉัน					
24. คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น					
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ให้คำแนะนำแก่ฉัน ในการดูแลตนเอง					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

แพทย์หญิงชุติมา หุ่นรุ่งเรืองวงศ์ เกิดวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2521 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2543 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ เมื่อปี พ.ศ. 2544 นอกจากนี้ยังเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ พ.ศ. 2545-ปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย