

ความชุกของภาวะซีมีเศร้า ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง
ที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นางสาวภาพันธ์ เจริญสวรรค์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN974-17-4254-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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



MISS PAPAN JARERNSWAN

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Psychiatry

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-4254-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือด
สมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย นางสาวภาพันธ์ เจริญสวรรค์
สาขาวิชา จิตเวชศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดี คณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(อาจารย์ นายแพทย์เอม อินทกรณ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพันท์ เจริญสุวรรณ : ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (PREVALENCE OF DEPRESSION AFTER STROKE IN PHYSICAL REHABILITATION PATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ, 80 หน้า ,ISBN : 974-17-4254-1

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (Hospital anxiety and depression ฉบับภาษาไทย), แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) , แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ II (The Personal Resource Questionnaires PRQ part II) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.8 ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามี 4 ปัจจัย คือ อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ และแรงสนับสนุนทางสังคมในทุกด้านต่างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้แก่ระยะเวลาที่ป่วยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ลดลงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต.....

สาขาวิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา 2546

4575239730 MAJOR : PSYCHIATRY

KEY WORDS : DEPRESSION / STROKE / PHYSICAL REHABILITATION / KING
CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

PAPAN JARERNSWAN : PREVALENCE OF DEPRESSION AFTER STROKE IN
PHYSICAL REHABILITATION PATIENTS AT KING CHULALONGKORN

MEMORIAL HOSPITAL .THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF.NANTIKA

THAVICHACHART,MD.;80PP ISBN : 974-17-4254-1

The purpose of this study was to examine the prevalence of depression 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 Questionnaires : PRQ Part II. The data were analyzed for descriptive statistic : percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Stepwise multiple regression analysis by SPSS for Windows

The result of this study were as follows : Prevalence of depression was 38.8%. There were 4 factors associated with depression .Elderly age was statistical significant related with depression at $p < 0.05$, duration after stroke was statistical significant related depression at $p < 0.05$. Activities Daily Living was statistical significant related with stroke at $p < 0.001$, and social support was statistical negative related with depression every subscale at $p < 0.001$.After analyzed by stepwise multiple regression ,factors still predicted depression were duration after stroke statistical significant at $p < 0.05$, Activities Daily Living statistical significant at $p < 0.001$, and social support statistical significant at $p < 0.05$

Department Psychiatry Student's Signature.....

Field of study Psychiatry Advisor's Signature.....

Academic year 2003

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้ คำแนะนำข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา และเอาใจใส่อย่าง ไกล่ชิดตลอดการทำวิจัยรวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้วิจัยรู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่างๆ โดยใช้ เหตุผลและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจใน ความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ ปรึกษาพร้อมที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น เสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ยิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ณัฏยา แพทย์เอม อินทกรณ์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องของการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ได้ให้การสนับสนุนในการเก็บ ข้อมูลรวมทั้งความช่วยเหลือจากบุคลากรทุกท่าน ณ แผนกกายวิภาคบำบัด ที่ช่วยอำนวยความสะดวก ต่างๆ อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลยถ้าปราศจากความร่วมมือของ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบคุณบุคลากรของ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยและเพื่อนนิสิตร่วมชั้นปีที่ให้การ สนับสนุนช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาท ความรู้และอบรมสั่งสอนผู้วิจัยด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบัน แห่งนี้เสมอมา จนสำเร็จการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

		หน้า
	บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
	กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
	สารบัญ.....	ช
	สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่		
1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	คำถามการวิจัย.....	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	1
	ขอบเขตการวิจัย.....	2
	ข้อจำกัดของการวิจัย.....	2
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	2
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
	ความรู้เกี่ยวกับโรคอัมพาตครึ่งซีก.....	6
	ภาวะซึมเศร้า.....	19
	การทำกายภาพบำบัด.....	25
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
	รูปแบบการวิจัย.....	41
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 46
ส่วนที่ 1	ข้อมูลส่วนบุคคล..... 47
1.1	ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย..... 47
1.2	ตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือด, ระยะเวลาที่เป็นโรค..... 48
1.3	ประวัติโรคจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว..... 49
1.4	ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย..... 50
1.5	แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย..... 51
ส่วนที่ 2	ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย..... 51
ส่วนที่ 3	ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย..... 52
3.1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้า..... 52
3.2	ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือด และระยะเวลาที่เป็นโรค กับภาวะซึมเศร้า..... 54
3.3	ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม, ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้า..... 55
3.4	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า..... 55
3.5	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า..... 56
3.6	ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า..... 57
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 59
	สรุปผลการวิจัย..... 59
	อภิปรายผลการวิจัย..... 60
	ข้อเสนอแนะ..... 64
	รายการอ้างอิง..... 66
	ภาคผนวก..... 68
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 80

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	47
2	ตำแหน่งรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือด, ระยะเวลาที่เป็นโรค.....	48
3	ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม, ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว.....	49
4	ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน.....	50
5	แรงสนับสนุนทางสังคม.....	51
6	ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย.....	51
7	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้า.....	52
8	ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือด, ระยะเวลาที่เป็นโรค กับภาวะซึมเศร้า.....	54
9	ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคจิตเวชเดิม ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้า.....	55
10	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า.....	55
11	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้าโดย post-hoc analysis.....	56
12	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า.....	56
13	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าโดย post-hoc analysis.....	57
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแต่ละ subscale ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า.....	57
15	วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า.....	58

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and Rational)

จากประสบการณ์ทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นประชากรกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด เพื่อฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระยะเวลาการเคลื่อนไหว (maintain ROM) ป้องกันภาวะข้อติด ช่วยให้ไอ และขับเสมหะได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ถือเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยและญาติอย่างมาก แต่กลับพบว่าผู้ป่วยหลายรายที่ไม่ร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ทำให้การบำบัดไม่ก้าวหน้า อันเนื่องมาจากภาวะความซึมเศร้าของตัวผู้ป่วยเอง

และจากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาและติดตามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่ทำการศึกษาในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แต่การติดตามในแผนกกายภาพบำบัดยังมีไม่มากนัก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย สื่อสารให้แพทย์ และบุคลากรที่ทำกายภาพบำบัดได้ตระหนักถึงภาวะนี้เพื่อที่จะได้เข้าใจผู้ป่วย และหาแนวทางป้องกันรักษาอย่างถูกต้องโดยดูแลร่วมกับจิตแพทย์ เพื่อผู้ป่วยจะได้การดูแลรักษาที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัดเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อหาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มาเข้ารับ การทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรอิสระ คือ

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

ตัวแปรตาม คือ

1. ภาวะซึมเศร้า (depression)

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ โดยไม่รวมถึงผู้ป่วยที่ มีความบกพร่องทางการเข้าใจภาษาและการพูด (aphasia) จากรอยโรคที่สมอง ทำให้ผลการศึกษา อาจไม่นำไปอธิบายในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ทุกราย

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่จะใช้ในงานวิจัย (Operational Definition)

ภาวะซึมเศร้า (depression)

หมายถึงอาการแสดงอารมณ์เศร้าหมองหรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขและมีอาการร่วมอื่น ๆ ที่ แสดงออกทางอาการทางกาย (vegetative) พฤติกรรมคำพูด (psychomotor) และความกังวล (cognitive) อาการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงจากปกติวิสัยของผู้ป่วย⁽¹⁾ ซึ่งประเมินจาก Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale⁽²⁾ (Thai-HADS) มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน

อัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ได้แก่โรคที่มีการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือหลายส่วน ไม่ว่าจะเกิดจาก การอุดตันของเส้นเลือดสมอง หรือการแตกของเส้นเลือด ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองในการ ควบคุมกล้ามเนื้อต่างๆ แสดงออกโดยมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา หรือใบหน้า หรืออัมพาต ครึ่งซีก⁽³⁾ โดยได้จากการสัมภาษณ์ประวัติ ทบทวนเวชระเบียนและประวัติเก่าของผู้ป่วย

กายภาพบำบัด (Physical rehabilitation)

ได้แก่วิธีการบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกายในผู้ป่วย stroke โดยวิธีต่างๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย บริหารกล้ามเนื้อ การเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ การฝึกเดิน การฝึกใช้เครื่องมือต่างๆ ในการ พยุงการทรงตัว⁽⁴⁾ ที่ทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ประจำบ้านแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งนัก กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคต่างๆ ที่ถูกส่งมารับการบำบัด ณ หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

ตำแหน่งรอยโรค (lesions)

คือตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยง โดยจะแบ่งเป็นรอยโรคที่ cortical/subcortical และรอยโรคด้านซ้าย/ขวา โดยได้จากการสัมภาษณ์ประวัติ ทบทวนจากเวชระเบียนและประวัติเก่าของผู้ป่วย

ระยะเวลาที่เป็นโรค (duration)

คือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยอัมพาตครั้งแรกซึ่งเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง นับเวลาเป็นจำนวนเดือน โดยได้จากการสัมภาษณ์ประวัติ ทบทวนจากเวชระเบียนและประวัติเก่าของผู้ป่วย

สาเหตุของการขาดเลือด (cause)

คือสาเหตุหลักของการเกิดอัมพาตครั้งแรก⁽³⁾ สาเหตุหลัก 2 อย่างคือ จากการอุดตันของหลอดเลือด (ischemia) หรือ จากการแตกของหลอดเลือดในสมอง (hemorrhage) โดยได้จากการสัมภาษณ์ประวัติ ทบทวนจากเวชระเบียนและประวัติเก่าของผู้ป่วย

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(Activities Daily Living)

คือการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไปของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร , การอาบน้ำ , การเข้าห้องน้ำ , การแต่งตัว ในการศึกษานี้จะประเมินโดยใช้ Barthel ADL index ⁽⁴⁾ ซึ่งประเมินโดยแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู

แรงสนับสนุนทางสังคม(Social support)

คือแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีการพิจารณาใน 5 องค์ประกอบด้วยกัน คือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม , การได้รับคำช่วยเหลือและคำแนะนำ , การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น , การส่งเสริมให้รู้จักคุณค่าของตนเอง และความผูกพันใกล้ชิด โดยในการศึกษานี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามตาม

⁽⁴⁾ ของ Beand and Weinert จำนวน 25 ข้อ

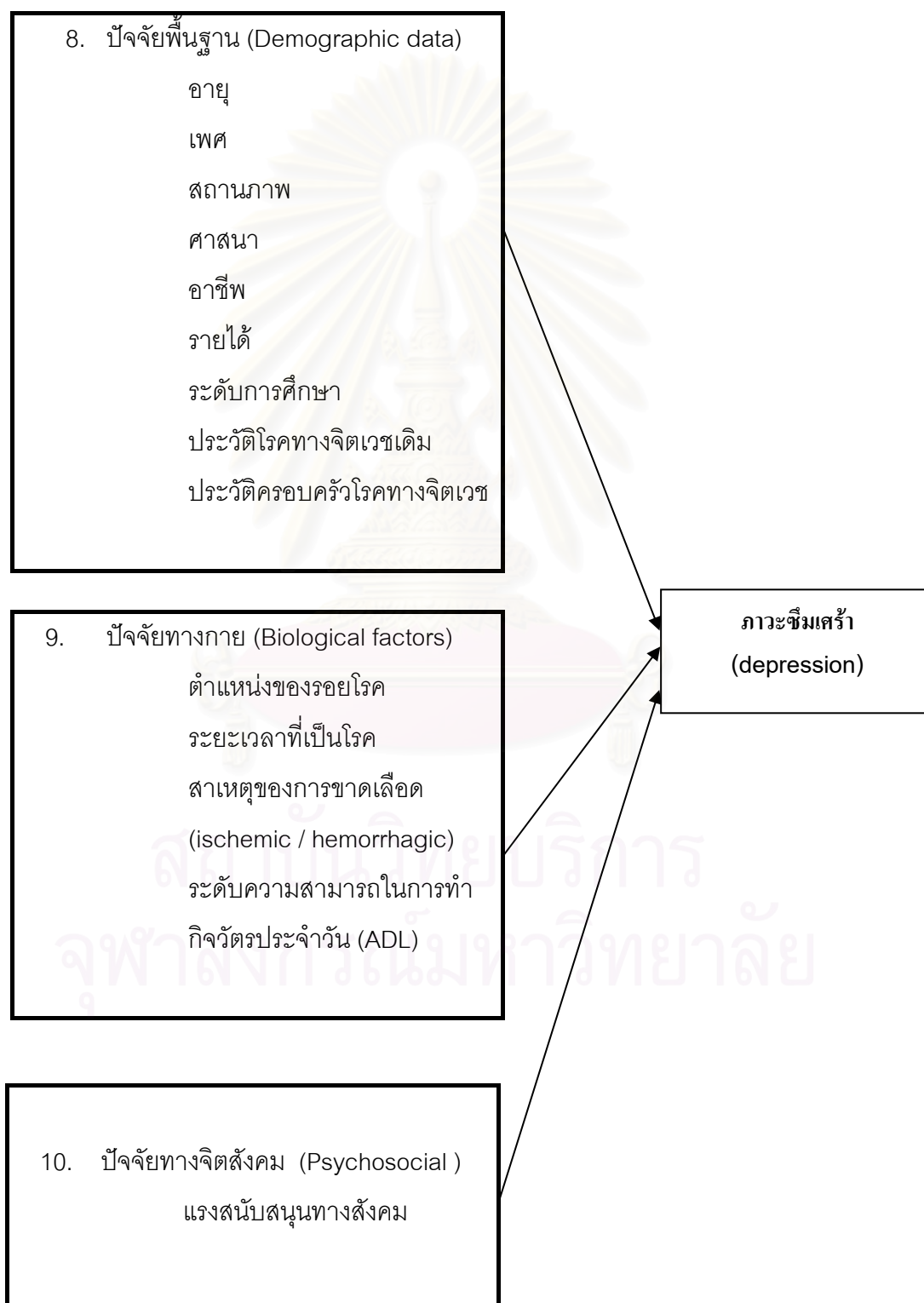
กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ

(Independent variables)

ตัวแปรตาม

(Dependent variable)



ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย stroke ที่เข้ารับการทำการกายภาพบำบัด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและติดตามอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าว
3. เพื่อให้ญาติ และบุคลากรในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อจะได้เข้าใจผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยมารับการรักษา หรือส่งแพทย์และบุคลากรมาผ่านการอบรม ณ. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
4. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย และปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ ซึมเศร้า
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง
4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะอัมพาตครึ่งซีกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดแดงของสมอง (Cerebrovascular diseases)⁽³⁾ 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 โรคที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงในสมองแยกออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 INTRACEREBRAL HEMORRHAGE เป็นการตกเลือดในสมองซึ่งมักเกิดจากความดันโลหิตสูง (hypertension)

2.2 PRIMARY SUBARACHNOID HEMORRHAGE เป็นการตกเลือดในชั้น 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 อุดตันเส้นไหนก็เกิดอาการทางประสาทเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงที่บริเวณนั้นๆ 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, เส้นประสาทสมองพิกการซีกขวา, การรับความรู้สึกของร่างกายลดลง (hypesthesia) หรือ ความรู้สึกเจ็บลดลง (hypalgesia) ซีกขวา เป็นต้น

2.1.2 มีความผิดปกติของลานสายตา (visual field defect)

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

2.1.4 มีลักษณะความผิดปกติของสมองใหญ่เฉพาะที่ เช่น

- Aphasia เกิดจากรอยโรคของสมองใหญ่ซีกซ้าย
- ไม่รับรู้ (neglect) ส่วนของร่างกายที่อยู่ตรงข้ามกับรอยโรคที่พบใน

พยาธิสภาพของสมองใหญ่ซีกขวา

- 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 หรือหลอดเลือดแดงเส้นอื่นๆ

2.2 VERTEBRO-BASILAR SYSTEM (หรือก้านสมองและสมองเล็ก)

2.2.1 อาการมักเป็นทั้งสองข้างของร่างกายเนื่องจากก้านสมองมีขนาดเล็ก รอยโรคจึงมีโอกาสเกิดขึ้นทั้งสองข้างได้ง่าย ความผิดปกติของ motor และ sensory อาจมีลักษณะพิเศษ เช่น อัมพาตของร่างกายซีกหนึ่ง และ อัมพาตของประสาทสมองข้างหนึ่ง (crossed hemiparesis) หรือหมดความรู้สึกที่ลำตัวซีกหนึ่ง และที่หน้าอีกซีกหนึ่ง (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

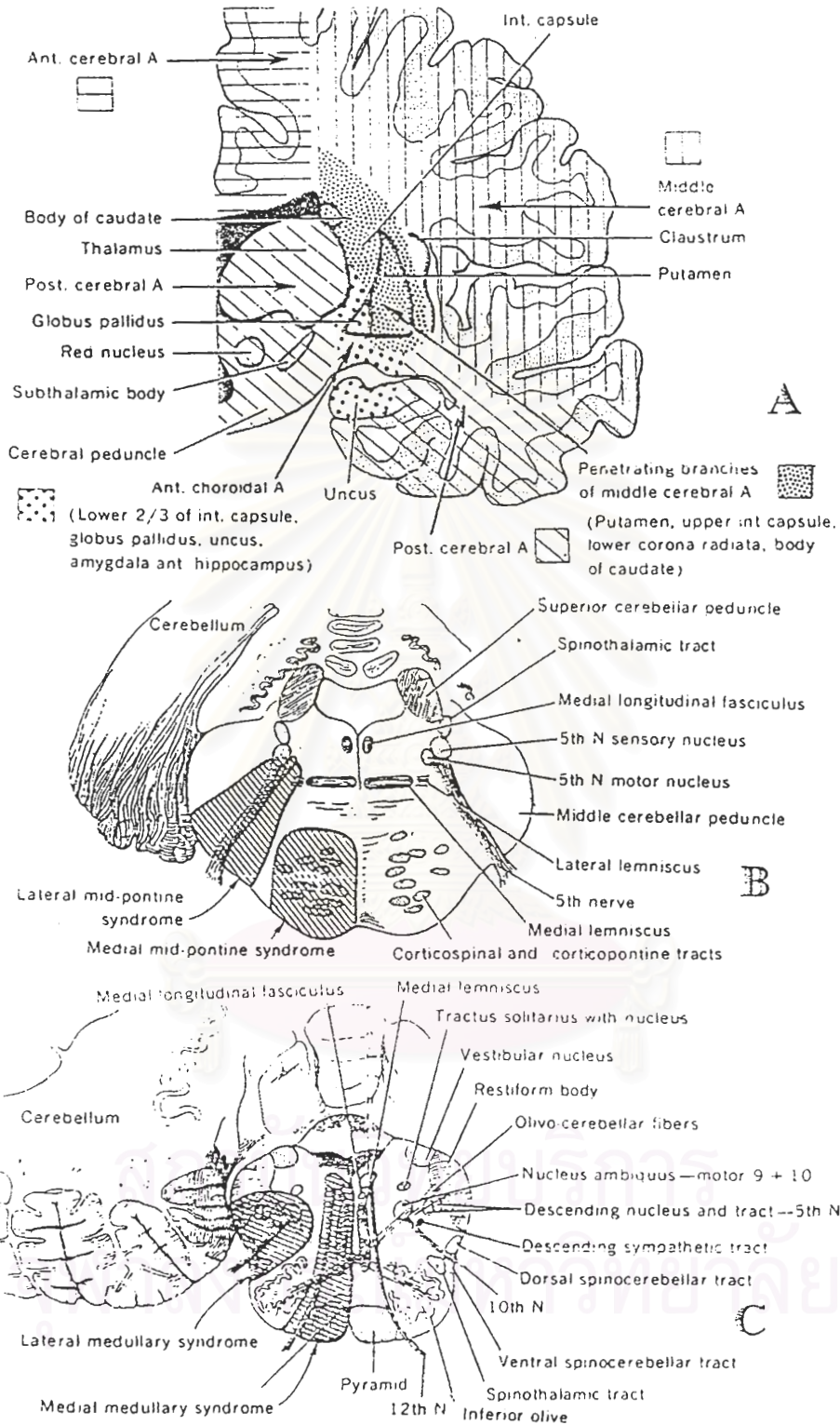
- ม่านตาผิดปกติ เช่น Horner's syndrome
- มี nystagmus และ vertigo
- มีการหายใจผิดปกติ เช่น central neurogenic hyperventilation
- อาการพูดลำบาก (dysarthria) และกลืนลำบาก (dysphagia) มัก

รุนแรง

- 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



รูปที่ 1 แผนภาพแสดงตัวอย่างของตำแหน่งต่างๆ ในสมองที่อาจเกิด Neurovascular syndromes (A = ระดับ forebrain; B = ระดับ pons; C = ระดับ medulla)

3.1 TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK (T.I.A.) เป็น C.V.D. ซึ่งมีอาการชั่วคราวและจะหายสนิทภายใน 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 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการอุดตันและการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองเป็นระยะเวลาสั้นกว่าจึงหายช้ากว่านั่นเอง

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 ปวดศีรษะและ อาเจียนในระยะแรก 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 แต่ถ้าก้อนอยู่บริเวณผิของสมองก็มีความผิดปกติได้

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, อาจมีชักและมีแหล่งของ emboli เช่น โรคหัวใจ และอาจมี emboli ไปอุดตันหลอดเลือดที่อื่นนอกจากสมอง เช่น แขน, ขา

4.3.2 ใน thrombosis อาการเป็นช้ากว่า, มักไม่ชักและอาจมีอาการแสดงของหลอดเลือดแข็งที่อื่นด้วย

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 เช่นมีแต่กล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างเดียวก็ได้) 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 สมองยังไม่ทันตายและถ้าการอุดตันนั้นยอมไปเนื่องจากเซลล์ macrophages เก็บกิน emboli อาการต่างๆ ก็จะหายเกิดเป็น T.I.A. หรือ R.I.N.D. แต่ถ้าการอุดตันยังมีอยู่ต่อไปสมองจะตาย (infarct) เมื่อสมองตายแล้วจะเกิดสมองบวมตามมาใน 3-4 วันหลังการอุดตัน การมีสมองบวมอาจทำให้มีอาการเลวลงได้ เมื่อสมองหายบวมอาการบางส่วนของผู้ป่วยจะดีขึ้นเนื่องจากมี collateral circulations มาช่วย และส่วนอื่นของสมองช่วยทำงานแทน ดังนั้นใน infarction ของสมองแม้อาการจะดีขึ้นแต่ก็ไม่หายสนิทเพราะส่วนของสมองที่ตายก็จะเสียไปเลย

2. HEMORRHAGIC C.V.D

ผลของการตกเลือดจะทำให้เกิดก้อนเนื้อสมองโดยรอบและทำให้เนื้อสมองบวม ในพวก hemorrhagic C.V.D. เนื่องจากมีก้อนจึงทำให้มีการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะแต่แรก เมื่อเวลาผ่านไปอาการบวมยุบลงและก้อนเลือดถูกดูดซึมไปทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้แต่จะไม่หายขาดเนื่องจากสมองบางส่วนถูกทำลายจากการมีก้อนเลือดไปกดไว้นาน 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 สาเหตุที่พบบ่อยคือ 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 แล้วเลือดนั้นเขาจะเข้าสู่ subarachnoid space อาการแสดงของโรคในกลุ่มนี้มักเป็นอาการของรอยโรคเดิมเด่นชัด เช่น ถ้ามีการตกเลือดที่ internal capsule ผู้ป่วยจะมีอัมพาต

ของร่างกายด้านตรงข้าม (dense hemiplegia) ชัดเจน ส่วนอาการแสดงของการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมองจะเป็นอาการรบกวน และเกิดตามภายหลัง

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

BERRY ANEURYSMS

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

อาการแสดง ก่อนที่หลอดเลือดโป่งจะแตกผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดศีรษะนำมาก่อนและเมื่อแตกแล้วจะมีอาการของการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมอง คือ ปวดศีรษะ, ปวดกระบอกตา, คอแข็ง และ Kernig's sign ให้ผลบวก อาการส่วนมากเป็นทันทีทันใดและมักเกิดขณะทำงาน หรือออกกำลังกาย อาการอาจเป็นรุนแรงทำให้ผู้ป่วยตาย หรือมีอาการปวดศีรษะและซึมลงหรือมีอาการปวดศีรษะอย่างเดียวก็ได้ ในระยะแรกจะไม่ค่อยพบความพิการทางระบบประสาท (neurological deficit) นอกจากมีการแตกเข้าไปในเนื้อสมองทำให้เกิดก้อนเลือด (hematoma) ในสมอง แต่หลอดเลือดโป่งในบางตำแหน่งอาจให้อาการเฉพาะที่เนื่องจากการกดสมองหรือส่วนประกอบของสมองบริเวณนั้นๆ ดังนี้

อาการและอาการแสดงของหลอดเลือดโป่ง

หลอดเลือดโป่งที่	อาการและอาการแสดง
1. Internal carotid (ส่วน cavernous)	แตกเข้า cavernous sinus ทำให้เกิด carotidcavernous fistula และไปกดประสาทสมองเส้นที่ 3, 4, 6 wfh
2. Internal carotid (ส่วน supraclinoid)	กดประสาทตา (optic nerve), ประสาทตาไขว้ (optic chiasm) และประสาทสมองเส้นที่ 3
3. Ophthalmic	กดประสาทตาและต่อมใต้สมอง (pituitary gland)

หลอดเลือดโป่งที่	อาการและอาการแสดง
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. Bertebral	กดประสาทสมองเส้นที่ 9, 10 และ medulla

เมื่อหลอดเลือดโป่งกดส่วนใดของสมอง ก็จะทำให้การทำงานของสมองส่วนนั้นเสียไป ในระยะแรกๆ ของการกดอาจมีอาการคล้ายการกระตุ้น ทำให้ชัก หรือรู้สึกเจ็บปวด ถ้ากดนานไปจะทำให้หน้าที่ของสมองส่วนนั้นเสียไป เช่น เกิดอัมพาต หรือประสาทสมองพิการ เป็นต้น

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

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโป่ง

อาศัยประวัติ, การตรวจร่างกาย และการทำ cerebral angiography

การวินิจฉัยแยกโรค

แยกจากโรคที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมองเช่น โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) และแยกจากโรคที่ทำให้เกิดความพิการทางระบบประสาทในตำแหน่งต่างๆ ดังกล่าวแล้ว

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) และอัตราตายก็ต่ำกว่าแม้ว่าจะแตกซ้ำกันหลายๆ หน เพราะการแตกของ A.V.M. มักแตกทางหลอดเลือดดำ (venous side)
3. A.V.M. อาจทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดและทำให้เกิดอาการของ cerebral thrombosis
4. A.V.M. อาจจะมีลัก (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

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

Depressive Disorders⁽³⁾

Major Depressive Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการสำคัญคือ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหุดหู่ สะท้อนใจร้องไห้ง่ายในผู้ป่วยไทย อาจจะบอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจห่อเหี่ยวไม่มีความสุขสบายใจหรือสดชื่นเหมือนเดิม รู้สึกทนเสียดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ อยากอยู่คนเดียวเฉยๆ

อาการด้าน neurovegetative ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ซึ่งพบว่ามีทั้ง initial, middle และ terminal insomnia แต่ที่เป็นลักษณะจำเพาะของ major depressive disorder คือ middle และ terminal insomnia ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงชัดเจน รู้สึกอ่อนเพลียตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติไป

อาการด้าน psychomotor agitation ได้แก่ กระสับกระส่าย มักอยู่เฉยไม่ได้ นั่งได้สักครู่ก็ต้องลุกเดินไปมา โดยมักพบในผู้ป่วยช่วงวัยต่อ

พบบ่อยว่าสมาธิของผู้ป่วยเสื่อมลงจากเดิม เหม่อลอย หลงลืมง่าย คิดอ่านเรื่องซ้ำลง ลังเล ตัดสินใจไม่แน่นอนใจ ไม่มั่นใจตัวเอง ผู้ป่วยจะมองโลกภายนอกมองชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย

ความคิดอยากตายพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบฆ่าตัวตายร้อยละ 15 ในช่วงแรกผู้ป่วยอาจแค่รู้สึกเบื่อชีวิต ไม่ทราบจะมีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม เมื่ออาการเป็นมากขึ้นจะรู้สึกอยากตาย อยากวิ่งให้รถชน ต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย เริ่มมีการคิดถึงวิธีการ หนี้อย่างง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีการอื่น ๆ ของ major depressive disorder ร่วมด้วย

การวินิจฉัย

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1) หรือข้อ 2) อยู่ 1 ข้อ

- 1) ซึมเศร้า
- 2) ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก
- 3) เบื่ออาหาร หรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน
- 4) นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
- 5) psychomotor agitation หรือ retardation

- 6) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
 - 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิด
 - 8) สมาธิลดลง ลังเลใจ
 - 9) คิดเรื่องการตาย หรือการฆ่าตัวตาย
2. ไม่เคยมีประวัติของ mania หรือ hypomania

การจำแนกกลุ่มย่อย

สามารถจำแนกกลุ่มตามอาการเด่นได้เป็น

1. Melancholic features บ่งถึงผู้ป่วยกลุ่มที่มีลักษณะออกไปทาง endogeneous คือ มีการเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพมาก และตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาหรือ ECT อาการที่ช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ อาการไม่มีความสุขหรือสนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ เหมือนที่เคยมี อาการด้าน psychomotor และอาการหลงผิด
2. Psychotic features ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ซึ่งความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจัดอยู่ในขั้น severe เดิมเคยเรียก depressive psychosis หรือ psychotic depression ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น
 - Mood-congruent psychotic features เนื้อหาของอาการหลงผิดสอดคล้องกับอารมณ์ เช่น หลงผิดว่าตนเองทำผิดบาป หรือหูแว่วเสียงคนตำหนิตนเอง เป็นต้น
 - Mood-incongruent psychotic features เนื้อหาของอาการหลงผิดไม่สอดคล้องกับอารมณ์ เช่น ระบุว่าคนจะมาทำร้าย หรือมี thought broadcasting เป็นต้น
3. Atypical features ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่เป็นไปตามแบบฉบับ ได้แก่ กินจุ นอนมาก น้ำหนักเพิ่ม ยังมีอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น อ่อนไหวง่ายต่อการถูกปฏิเสธ วิตกกังวลมาก initial insomnia หรือมีอาการ phobia เป็นต้น มักพบในผู้ป่วยที่อายุน้อย และตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแก้เศร้ากลุ่ม MAO inhibitors มากกว่ากลุ่ม ttricyclic
4. Catatonic features ผู้ป่วยมีอาการแสดงเหมือนกับที่พบใน schizophrenia, catatonic type โดยมากจะเป็น psychomotor ที่ลดลง เช่น depressive stupor

ระบาดวิทยา

ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 5-18

เพศหญิงพบบ่อยกว่าชาย 2 ต่อ 1

อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีอาการประมาณ 40 ปี

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

(1) พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรค major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression

(2) Neurotransmitter system เชื่อว่าผู้ป่วยมี norepinephrine, serotonin ต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง

(3) Neuroendocrine systems พบมีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ Cortisol หลังมากและตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย dexamethasone Growth hormone หลังน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย clonidine ถูกกระตุ้นด้วย thyrotropin releasing hormone (TRH)

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในหลายๆ แ่งมุม ทำให้คาดว่าน่าจะมี ความผิดปกติในบริเวณ limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด, hypothalamus ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนตลอดจน biological pattern และ basal ganglion ซึ่งเกี่ยวข้องกับ psychomotor activity

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยมักมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น

พบว่า แต่ละ personality disorder มีความเสี่ยงต่อการเกิด depression พอกัน และ ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยมีการสูญเสียบิดามารดา ก่อนอายุ 11 ปี

การวินิจฉัยแยกโรค

1. Mood disorder due to general medical condition หรือ substance-induced อาการซึมเศร้านั้นพบเกิดจากโรคทางกายและจากการใช้ยาได้บ่อย การซักประวัติ ต้องถามรายละเอียดส่วนนี้ในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาการเกิดขึ้นเร็ว ไม่มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน หรือมีอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ

2. Schizophrenia ผู้ป่วย major depressive disorder with psychotic features บางครั้งมีอาการที่แยกจากผู้ป่วย schizophrenia โดยเฉพาะรายที่มี delusion แปลกๆ ในกรณีนี้การซักประวัติขณะเริ่มมีอาการ มีความสำคัญ โดยผู้ป่วย major depressive disorder จะมีประวัติซึมเศร้านมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จึงเกิดอาการโรคจิตตามมา

3 Anxiety disorders ผู้ป่วย anxiety disorders จะพบอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หงุดหงิด สมาธิหรือความจำไม่ดีได้เช่นกัน ในบางครั้งอาจมี mild depression ร่วมด้วยในระยะหลัง วินิจฉัยแยกโรคโดยดูอาการที่เริ่มต้นเป็นก่อน นอกจากนี้ ผู้ป่วย anxiety อาการเด่นจะเป็น autonomic hyperactivity ร่วมกับมีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา ส่วนใน depression นั้น อาการเด่นจะเป็นอารมณ์เศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ ร่วมกับอาการด้าน neurovegetative

4. Bereavement บุคคลที่สูญเสียผู้ใกล้ชิดอาจมีอาการต่างๆ ของ major depressive episode ได้ อย่างไรก็ตาม หากนานเกิน 2 เดือนแล้วยังไม่ดีขึ้น จะให้การวินิจฉัยว่าเป็น major depressive นอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้บ่งว่าน่าจะเป็น major depressive disorder : รู้สึกผิดหรือคิดอยากตาย (นอกเหนือไปจากภาวะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ที่รอดชีวิตและคิดเกี่ยวกับผู้ที่เสียชีวิตไปในเหตุการณ์) หมกมุ่นมากกับความคิดว่าตนเองไร้ค่า มี psychomotor retardation มาก หน้าที่การงานบกพร่องมากหรือนานเกินควร และมีประสาทหลอนนอกเหนือไปจากการเห็นหรือได้ยินเสียง ผู้ที่เสียชีวิตไปเป็นครั้งคราว

การดำเนินโรค

ศัพท์ที่ควรทราบในการดำเนินโรคของ mood disorders มีดังนี้

Episode ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์

Partial remission ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการน้อยลง โดยอาการที่มีไม่ครบตามเกณฑ์ขั้นต่ำในการวินิจฉัย คำว่า response เริ่มตั้งแต่จุดที่มี partial remission

Full remission ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ

Recovery ผู้ป่วยมี remission มาระยะเวลาหนึ่ง จนค่อนข้างจะแน่ใจว่า recover จาก episode นั้นแล้วคือประมาณ 4-6 เดือน

Relapse ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีกหลังจากที่มี recover แล้ว นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรค

ผู้ป่วยโรค major depressive disorder ที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการอยู่นานประมาณ 9 เดือน หากรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน พบว่าร้อยละ 50-85 ของผู้ป่วยที่หายแล้วจะกลับมาเป็นซ้ำอีก (recurrent) และประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย major depressive disorder, single episode เกิดเป็น manic episode ในครั้งต่อมา

ผู้ป่วยอาจเกิด major depressive disorder ขณะที่เป็น dysthymic disorder อยู่เดิมแล้ว เรียกว่า double depression ซึ่งในกรณีเช่นนี้จะให้การวินิจฉัยทั้งสองโรคร่วมกัน

การรักษา

ในรายที่อาการมาก เช่น กระวนกระวายมาก ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

1. การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินโรค

1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาหาขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือเข้าสู่ระยะ remission ยาหลักที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาแก้เศร้า ให้ขนาดเริ่มต้นตามความรุนแรงของโรคในรายที่อาการน้อยอาจเริ่มให้ 50-75 มก./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย หรือวิตกกังวลมากร่วมด้วย อาจให้ diazepam 2-5 มก. รับประทาน เข้า-เย็น ร่วมด้วยในช่วง 2 สัปดาห์แรก ขนาดของ amitriptyline หรือ imipramine ที่ได้ผลในการรักษาโดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 75-150 มก./วัน

ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วยนั้น การรักษาต้องให้ยารักษาโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ค่อยๆ ลดขนาดจนหยุดยา

ในระยะนี้ ยาแก้เศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยที่อาการดีขึ้น ไม่มากควรให้ยาจนถึงขนาดสูงสุดเป็นระยะเวลาหนึ่ง (imipramine ขนาด 250 มก./วัน นาน 4-6 สัปดาห์) หากไม่ตอบสนอง อาจให้ลิเทียมหรือ thyroid hormone (T3) ร่วมไปด้วย หรืออาจเปลี่ยนเป็นยาแก้เศร้ากลุ่มใหม่ (new generation)

2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 6 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้พบว่า หากหยุดการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก เมื่อครบระยะเวลาแล้วให้ค่อยๆ ลดยาลงทุก 2-3 สัปดาห์จนหยุดการรักษาขณะลดยา หากผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการอีก ให้เพิ่มยาขึ้นแล้วคงยาอยู่ระยะหนึ่ง เช่น 2-3 เดือน แล้วลองลดยาใหม่

3) การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิด recurrent ของโรค จะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrent สูง

ยังไม่มีข้อสรุปแน่นอนว่าควรให้ยาไปนานเท่าไร แต่อย่างน้อยควรให้นาน 3 ปี หลังจากนั้นจึงจะประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรให้ยาป้องกันต่ออีกหรือไม่

2. การรักษาด้วย ECT ใช้ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทุนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่อาการรุนแรง เป็นแบบ melancholic หรือมี psychotic features แต่ทั้งนี้ ECT ไม่ได้ช่วยป้องกัน recurrent จึงควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น

3. จิตบำบัด ชนิดที่ได้ผลดีใน depressive disorder ได้แก่

- 1) Interpersonal therapy เป็นการรักษาที่เน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ
- 2) Cognitive-behaviour therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่มีตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา
- 3) Short-term psychodynamic psychotherapy หลักการเช่นเดียวกับ psychodynamic psychotherapy แต่ระยะเวลาโดยทั่วไปไม่นานเกิน 6 เดือน ผู้รักษาจะมีส่วนในการช่วยผู้ป่วยสืบค้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ แก้ไขโครงสร้างบุคลิกภาพของตนบางส่วนที่เป็นปัญหา
- 4) การรักษาอื่นๆ เช่น sleep deprivation ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในวันรุ่งขึ้นหลังงดการนอน แต่มักกลับมาเป็นอีกหากให้นอนตามปกติ หรือ light therapy ในผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยเป็นแบบ seasonal

Dysthymic Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการต่างๆ คล้ายกับใน major depressive disorder แต่ความรุนแรงน้อยกว่า อาการที่พบบ่อยส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านอารมณ์และความคิด โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ มองโลกในแง่ลบ มีแนวโน้มที่จะโทษตนเอง ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้าน neurovegetative นั้นไม่ค่อยชัดเจนเหมือนใน major depressive disorder

การวินิจฉัย

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าแทบทั้งวัน เป็นนานกว่า 2 ปี (ในเด็กและวัยรุ่นอาจมีอาการหงุดหงิด และเป็นนานอย่างน้อย 1 ปี)
2. ขณะที่ซึมเศร้าผู้ป่วยจะต้องมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป
 - 1) เบื่ออาหาร หรือกินจุ
 - 2) นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมาก
 - 3) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
 - 4) low self-esteem

- 5) สมาธิไม่ดี หรือตัดสินใจลำบาก
 - 6) รู้สึกท้อแท้
3. ในช่วงที่เป็นตลอด 2 ปี ต้องไม่มีช่วงที่หายติดต่อกันนานเกินกว่า 2 เดือน

การดำเนินโรค

1. จิตบำบัด ใช้แนวทางเช่นเดียวกับการรักษา major depressive disorder
2. ยาแก้เศร้า จากการศึกษาระยะหลังพบว่า การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในโรคนี้ ดีกว่าที่เคยเชื่อกัน แม้ว่าจะไม่ดีเท่า major depressive disorder ขนาดยาที่ใช้จะใกล้เคียงกับที่ใช้ในการรักษา major depressive disorder อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ จึงเป็นผลการรักษา และต้องให้ไปนานอย่างน้อย 2 ปี พบบ่อยว่าเมื่อหยุดยาแล้วผู้ป่วยกลับมามีอาการอีก

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง

เป้าหมาย (Objective)⁽⁴⁾

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะช่วยเหลือตนเอง และกลับไปใช้ชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคมเช่นที่เคยเป็นปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

คุณสมบัติของผู้ป่วย (Candidate for rehabilitation)

ผู้ป่วยทุกรายหลังจากเกิด stroke แล้วควรจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง หลังจากอาการทางระบบประสาทคงที่แล้ว ผู้ป่วยที่สามารถได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเต็มที่ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้ คือมีความสามารถที่จะรับรู้ เข้าใจ จดจำคำบอกกล่าว ซึ่งอาจจะเป็นคำพูด หรือท่าแสดง (verbal or gesture instruction) เพราะการเรียนรู้เป็นขั้นตอนการฝึกหัดที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

ประเมินสภาพผู้ป่วย (Evaluation)

ก่อนให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบถึง สาเหตุของการเกิดโรค ตำแหน่งพยาธิสภาพ ลักษณะอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการฟื้นตัวของระบบประสาท และด้านการทำงาน สภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยโดยละเอียด เพราะสิ่งต่างๆเหล่านี้จะเป็นเครื่องบ่งชี้การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค และเป็นแนวทางในการฟื้นฟูผู้ป่วย

หลักการฟื้นฟูผู้ป่วย (Principle of Rehabilitation)

หลักการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องอาศัยการทำงาน แบบ “Interdisciplinary team care” ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, นักกายภาพบำบัด, นักกิจกรรมบำบัด, นักสังคมสงเคราะห์, พยาบาลฟื้นฟู, นักอรรถบำบัด เป็นต้น การทำงานต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือกัน เพื่อให้การฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกัน และบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ได้วางเป้าหมายไว้ (Goal-directed Treatment) นอกจากนี้ยังต้องมีการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวัตถุประสงค์และโปรแกรมการฟื้นฟูเพื่อจะได้ร่วมมือกันทำให้บรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะแรก (early phase)

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุด ถ้าได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างเร็วที่สุดหลังจากอาการของโรคคงที่แล้ว ปัญหาต่างๆ ที่พบในระยะแรกมักเกิดจากการขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย (immobility) หรือการนอนอยู่บนเตียงนานๆ ทำให้เกิดภาวะ deconditioning ตามมา ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาที่สำคัญคือ ข้อยึดติด แผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ เป็นต้น จุดประสงค์ในการให้การฟื้นฟูในระยะนี้คือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการ immobilization และการบำบัดรักษาโดยเน้นให้มี early activation, remobilization การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ, และการให้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้

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. Swallowing evaluation and training
7. Suction measures
8. Removal of indwelling catheter, if possible, with planned, 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

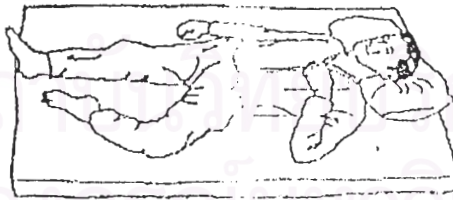
การจัดท่านอน (bed positioning)

การจัดท่าทางผู้ป่วยให้ถูกต้องขณะที่นอนอยู่ในเตียง จะต้องพิจารณาดังแต่เตียงนอน ที่นอนและท่าทางที่นอน

เตียงนอน : ควรเป็นเตียงที่แข็งแรง พื้นเตียงที่แข็งแรง พื้นเตียงควรเป็นไม้ และสามารถปรับระดับสูงต่ำได้เพื่อให้เหมาะสมในการดูแลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ที่นอน : ต้องเป็นที่นอนที่แน่น ไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป ผ้าปูที่นอนต้องซึ่งตึงไม่มีรอยย่นหรือพับเพื่อกันไม่ให้ถูไถกับผิวหนังของผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลกดทับได้

ท่านอน : การจัดท่านอนเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง การนอนทับแขน หรือ ขาข้างที่เป็นอัมพาตนานๆ จะทำให้เกิดการบวม, ข้อยึดติดได้ง่าย การนอนยกศีรษะสูงนานๆ อาจเกิดแรงกดบริเวณ sacrum ทำให้เกิดแผลได้ง่าย



ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

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

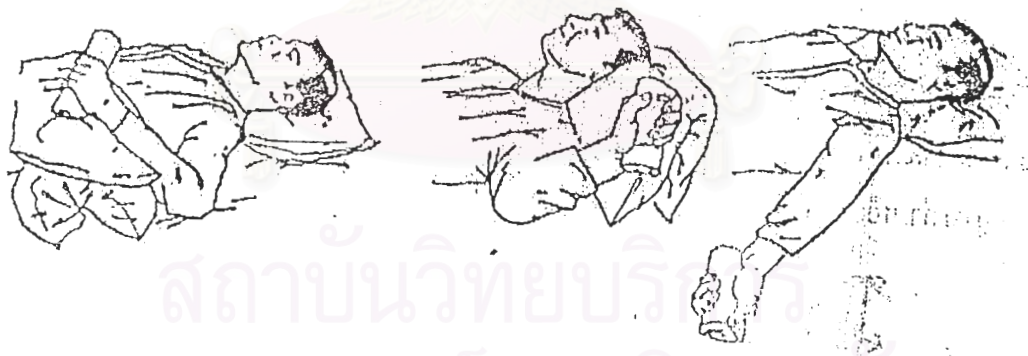
การจัดท่าทางที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีก

ท่านอนหงาย แสดงในรูป

1. ศีรษะหนุนอยู่บนหมอนใบเล็กๆ ไม่ให้ศีรษะยกสูงเกินไป
2. จัดศีรษะให้หมุนไปด้านที่เป็นอัมพาต
3. จัดตัวให้ตรง อย่าให้เอียงไปทางด้านที่เป็นอัมพาต
4. จัดหมอนบางๆ หนุนที่ไหล่และต้นแขนข้างที่เป็นอัมพาต



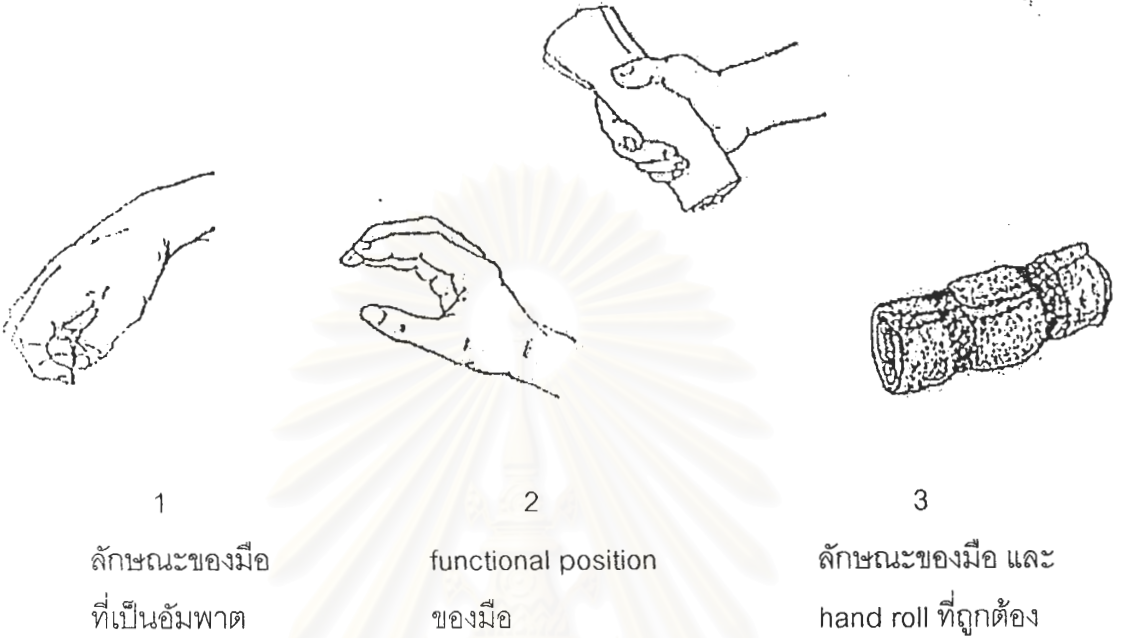
5. ลักษณะของแขนข้างที่เป็นอัมพาต อาจวางได้เป็น 3 แบบ ดังในรูป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การจัดท่าวางแขน 3 แบบ

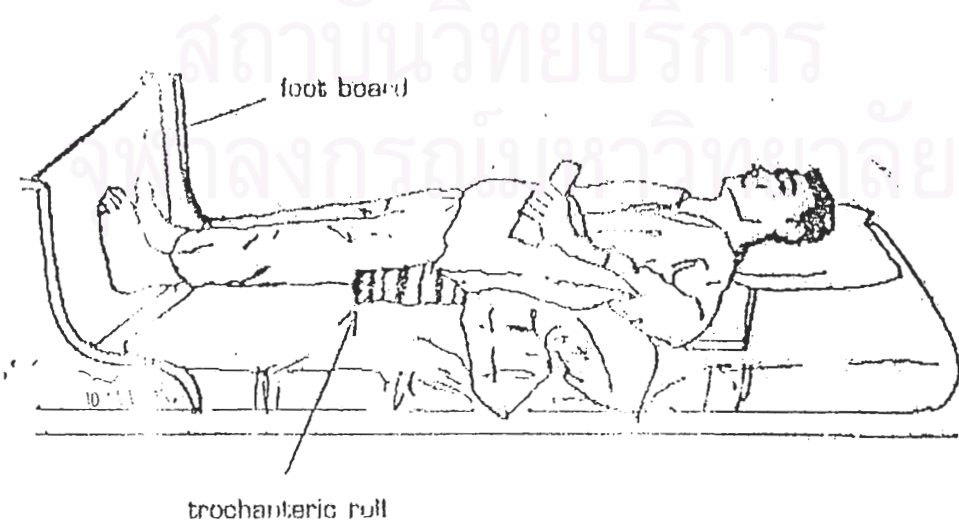
6. มือ และข้อมือ วางอยู่ในท่าที่ปกติ



การจัดมือ และข้อมือ

7. ข้อสะโพก ใช้หมอนบางๆ หนุนหรือวางใต้สะโพกข้างที่อัมพาตเพื่อไม่ให้เชิงกรานแบะออกไปภายหลังโดยใช้ trochanteric roll กันมิให้ข้อสะโพกบิดออกด้านนอก

8. ข้อเข่า อยู่ในท่าเหยียดตรง หรืองอเพียงเล็กน้อย (10 องศา)



9. ข้อเท้า ใช้ foot board เพื่อป้องกันปลายเท้าตก

ข้อดีของ foot board

1. ในระยะ flaccid ทำหน้าที่ป้องกันปลายเท้าตก

2. ป้องกันบาดแผลกดทับที่ส้นเท้า ซึ่งเป็นส่วนที่เกิดบาดแผลได้ง่ายๆ ดังนั้นตำแหน่งปลายขอบที่นอนและ foot board ปลายเตียง ควรมีระยะห่างกันประมาณ 10-15 ซม. เพื่อให้ส่วนของส้นเท้าอยู่ในระหว่างบริเวณดังกล่าวป้องกันการกดทับที่ส้นเท้า

ข้อเสียของ foot board

1. มักจะมีปัญหาจากการที่ไม่สามารถจะจัดให้เท้าอยู่ในท่าที่ต้องการได้ตลอดเวลา คือ ให้ส้นเท้ายันกับ foot board 90 องศา ต้องคอยจัดท่าใหม่อยู่เสมอ

2. เมื่อการของอัมพาตชนิด flaccid เปลี่ยนไปเป็น spastic อาจกระตุ้นให้เกิด spastic ได้มากขึ้น

ท่านอนตะแคงทับข้างที่ดี



1. นอนตะแคงเต็มตัว

2. ศีรษะโน้มไปมาทางด้านหน้าเล็กน้อย

3. ลำตัวตรง

4. แขนข้างอัมพาตจัดให้ไหล่จุ่มไปทางด้านหน้า ใช้หมอนรองแขน มือวางบนหมอน

5. ขาข้างอัมพาตจัดให้สะโพกงอ เข่างออยู่บนหมอน เท้ารองรับไว้บนหมอนเช่นเดียวกัน เพื่อกันไม่ให้เท้าบิด

ท่านอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต



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

ท่านอนคว่ำ



ผู้ป่วยอัมพาต ถ้าไม่มีปัญหาทางการหายใจ 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
- ข้อเข่า มักติดในท่างอ และบิดเข้าใน

ท่าบริหารต่างๆ จะต้องเน้นในท่าที่ตรงกันข้ามกับการที่จะทำให้ข้อติดขัดดังกล่าว และเช่นเดียวกันเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว มีความรับรู้เกิดขึ้นแล้ว ต้องนอนให้ผู้ป่วยรู้จักช่วยในการบริหารแขน-ขา ด้วยตนเองโดยใช้แขน-ขาข้างที่ดีช่วย

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในระยะแรก

ข้อไหล่หลวม เลื่อนหลุด (shoulder sublocation)

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

การรักษา

1. การใช้เครื่องพยุงไหล่ (shoulder support, sling) เช่น ผ้าสามเหลี่ยมคล้องคอ, Bobart sling เป็นต้น โดยใช้ในระยะ flaccid เพื่อป้องกันไม่ให้หัวกระดูก humerus เคลื่อนหลุดลงมาเวลานอน/เดิน แต่เครื่องพยุงหัวไหล่ดังกล่าวไม่สามารถทำให้หัวกระดูก humerus กลับคืนสู่เบ้าได้ถาวร และถ้าใช้นานเกินไปอาจทำให้ข้อไหล่ติดได้ เพราะฉะนั้นจะต้องมีการออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อหัวไหล่อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และเมื่อกกล้ามเนื้อมีแรงตึงตัว (tone) กลับคืนมาเมื่อเข้าสู่ระยะ spastic แล้วไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องพยุงอีกต่อไป
2. การใช้เครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า (electrical stimulation) ช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวแต่ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นนานวันละ 6 ชั่วโมง หรือมากกว่า
3. การจัดวางแขนให้ถูกต้องในเวลานั่ง 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, กล้ามเนื้อที่ควบคุมการสำลัก หรือรีเฟล็กซ์ที่ควบคุมการกลืนมีความผิดปกติ ทำให้เกิดอาการสำลักตามมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแสดงอาการด้วยการไอ แต่ก็มีบางรายที่เป็น silent aspiration นอกจากนี้ อาจเกิดจากปัญหาทาง cognitive function ทำให้ขั้นตอนของการเคี้ยวการกลืน สะดุดไป ก็ทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย

การรักษา

1. หมั่นดูแลสุขภาพของปากฟันให้อยู่ในสภาพที่เรียบร้อยอยู่เสมอ

2. เมื่อจะเริ่มรับประทานอาหารให้จัดทำทางผู้ป่วยให้เหมาะสม คือทำนั่งตรง ศรีษะโน้มมาทางข้างหน้าเล็กน้อย
3. เลือกการนอนที่มีลักษณะเหมาะสม เช่น ให้อาหารค่อนข้างชัน (semisolid) จะดีกว่าอาหราน้ำหรือกอาหารที่เหน็ดเหนียวเกินไป
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 ความเสี่ยงในการติดเชื้อจะสูงมากขึ้นถ้าคาสายสวนไว้เป็นเวลานาน 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% อาการมักเกิดภายใน 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 ผิวหนังเย็น การไหลเวียนลดลง

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

ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่มีการลีบของกล้ามเนื้อ ผิวหนังเหี่ยบ มีภาวะกระดูกบางมากขึ้น

การรักษา

ต้องรีบให้การรักษาโดยเร็ว อย่าปล่อยให้จนเข้าระยะสอง, สาม

1. ออกกำลังกายเพิ่มพิสัยของข้อ โดยอาจใช้ความเย็นหรือความร้อนต้นนำมาก่อน 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 สามารถระวังปวดได้ดีและลดระยะเวลาของโรคได้
 - 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 แต่วิธีที่เป็นพื้นฐานประกอบด้วย การจัดท่า (positioning) , passive and active range of motion exercise, progressive resistive exercise, endurance training, stretching และการ reeducation โดยใช้ functional electrical

stimulation (FES) หรือ EMG biofeedback การที่เราพยายามฝึกหรือกระตุ้นกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง ให้มีการหดตัว หรือเคลื่อนไหวโดยการใช้ electrical stimulation หรือเทคนิคต่างๆ เป็นการป้องกัน ภาวะการไม่รู้ที่ว่าจะไม่ยอมใช้งาน (learned nonuse) ของแขนหรือขาข้างที่อ่อนแรง ซึ่งได้มีการ ศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่า disability ของผู้ป่วย stroke เกิดจาก failure ในการใช้แขน/ขาข้างที่อ่อนแรงมากกว่าเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ดังนั้นแนวทางการฝึกแบบใหม่คือ การพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขน/ขาข้างที่อ่อนแรงให้มากที่สุด ในบางที่อาจ มีการมัดแขน / ขาข้างที่ดีไว้ขณะทำการฝึก เพื่อให้ผู้ป่วยใช้แต่ข้างที่อ่อนแรงอย่างเดียว ทำให้ สามารถใช้งานข้างนั้นได้ดีขึ้นในระยะเวลาย้อนหลัง

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

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

AMBULATION TRAINING

เป้าหมายในการฝึกการเคลื่อนที่ในผู้ป่วย stroke คือ independent ambulation แต่จะ สำเร็จหรือไม่ขึ้นกับระยะต่างๆ ของการดำเนินโรค กล่าวคือ

ในระยะแรก (early stage) ของการฟื้นตัว ซึ่งเป็นแบบ weak synergy ผู้ป่วยจะไม่สามารถ เดินได้เนื่องจากมี 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 และการถ่วง น้ำหนักไปยังขาที่อ่อนแรง เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรง

เมื่อมีการฟื้นตัวมากขึ้นจนถึงระยะ brunstrom stage 3 คือ มี strong synergy และ spasticity แต่ยังไม่มีการ selective muscle activation ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเดินได้โดยอาศัย เครื่องช่วยเดิน (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 มากระตุ้นความสนใจของสมองซีกซ้าย, 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 ครอบครวั และสังคม เป็นสิ่งสำคัญ และพบเสมอๆ ในผู้ป่วย stroke ดังนั้นเราจะต้องคำนึงถึง และให้ความช่วยเหลือสนับสนุน โดยการให้ psychotherapy และ premole ให้มี coping strategy ที่เหมาะสมทั้งผู้ป่วยและญาติ, ให้ความรู้, คำแนะนำ และวางแผน เพื่อเตรียมสิ่งต่างๆ 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 สัปดาห์ หลังเกิดโรค
3. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อลำตัว สะโพก หัวไหล่ โดยเร็ว โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้น (proximal) ภายใน 2-4 สัปดาห์
4. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อแต่ละมัด โดยเร็ว และสามารถควบคุมกล้ามเนื้อแต่ละมัดได้ ภายใน 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

การให้ฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นสิ่งที่คุณป่วยและญาติจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (lifelong) แม้จะออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านแล้ว สิ่งที่จะต้องเน้นได้แก่

1. education
2. mobilization
3. activities
4. independence
5. coping
6. family involvement
7. 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

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

การศึกษาของ Hayee MA และคณะในปี 2001⁽⁵⁾ เพื่อดูปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เวลา 3 เดือนและ 12 เดือนหลังจาก stroke ในผู้ป่วย 297 ราย พบว่ามีผู้ป่วยซึมเศร้า 41% และ 42 % ตามลำดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ เพศหญิง, อาการรุนแรงและพยากรณ์ที่ onset ของ stroke ไม่ดี, อายุมากกว่า 70 , ประวัติครอบครัวเป็น stroke, อยู่คนเดียว

การทบทวนวรรณกรรมของ Ouimet MA และคณะในปี 2001⁽⁶⁾ ถึงปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลต่อ poststroke depression จาก Medline พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องคือ เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน, เคยมีประวัติทางจิตเวช, dysphasia, functional impairment, อยู่คนเดียว, มีการแยกตัวจากสังคม

การศึกษา matched case-control ของ Paolucci S และคณะในปี 2001⁽⁷⁾ ในผู้ป่วย stroke 290 ราย โดยจับคู่อายุและ onset แล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า PSD+, กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า PSD- พบว่ากลุ่มที่มี PSD+ จะมี disability ในการ coping กับ ADL มากกว่า

ในช่วง admit และในช่วง d/c จะมี ADL และ mobility ที่แย่กว่าทั้งคู่ที่ความรุนแรงของ stroke ใกล้เคียงกัน ถึงแม้ว่าจะมี functional impairment ในช่วงของการ rehab ใกล้เคียงกัน กลุ่มที่ไม่มี depression จะมี ADL และ mobility ที่ดีขึ้นมากกว่า

การทบทวนวรรณกรรมของ Turner-Strokes L และคณะในปี 2002⁽⁸⁾ เพื่อสร้าง integrated care pathway(ICP) ในผู้ป่วย post stroke depression พบว่า PSD พบได้บ่อยและเกี่ยวข้องกับ cognitive, functional, social activities ซึ่งจะมีผลเกิดการจำกัดต่อ outcome ในการทำ rehab และแนวทางการรักษาพบว่า TCA และ SSRI มีประสิทธิภาพในการรักษาทั้งคู่ SSRI ผลข้างเคียงน้อยกว่า

การศึกษาของ Carod-Artal FG และคณะในปี 2002⁽⁹⁾ ติดตามผู้ป่วย stroke 90 ราย เป็นเวลา 1 ปีพบว่า 1/3 มีอาการซึมเศร้าขณะ d/c และเพิ่มเป็น 67% เมื่อเวลา 1 ปี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ เพศหญิง, ทำงานบ้าน, ไม่มีความสามารถกลับไปทำงานอีก แต่ตำแหน่งรอยโรค, subtype ไม่มี ความเกี่ยวข้อง

การศึกษาของ Aben I และคณะปี 2002⁽¹⁰⁾ เพื่อประเมิน personality trait ต่อการเกิด poststroke depression ในผู้ป่วย 190 รายที่ 1 เดือนหลัง onset และที่ 3,6,9,12 เดือน พบว่า อุบัติการณ์ซึมเศร้ารวม 1 ปี 38.7% โดยผู้มี neuroticism สูงจะมีความเสี่ยงในการเกิด PSD มากกว่า

การศึกษาของ T.Pohjasvaara และคณะในปี 2002⁽¹¹⁾ เพื่อดูพยากรณ์โรคในผู้ป่วย 486 ราย โดยนิยาม poor outcome ว่าเป็นการตายช่วง 3-15 เดือน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการมี dependent living ที่ 3 เดือนซึ่งเกี่ยวกับการมี dependent m 15 เดือนด้วยและการมี cognition ที่แย่ลง คะแนน MMSE ลดลง, depression แย่ลงช่วง 3-15 เดือนมีผลต่อ dependent living ที่ 15 เดือน ด้วย

การศึกษาของ Gianfranco S และคณะในปี 2002⁽¹²⁾ เพื่อประเมิน sociodemographic และปัจจัยทางคลินิกของ cognitive และ depression ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่แตกต่างกันในผู้ป่วยรอยโรคด้านขวา 87 ราย ซ้าย 66 ราย ในช่วง 1 ปี พบ MDD 41% minor depression 17% ผู้ป่วย MDD ที่มี รอยโรคด้านซ้ายจะมี cognitive impair กว่ากลุ่มอื่น ความรุนแรงของซึมเศร้าจะบ่ง cognitive level เฉพาะรอยโรคด้านซ้ายเท่านั้น

การศึกษาของ Anu B และคณะในปี 2003⁽¹³⁾ ติดตามผู้ป่วย 100 คน เพื่อดูการดำเนินโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและตัวพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าโดยพบว่า 54% มีอาการซึมเศร้า โดย 46% ที่ ซึมเศร้าในช่วง 2 เดือนแรกจะยังคงซึมเศร้าที่ 18 เดือน อาการซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของ stroke, function ที่แย่ลง และเพศชาย

การศึกษาของ Huff W และคณะปี 2003⁽¹⁴⁾ ดูอุบัติการณ์ของ poststroke depression มี MDD 20-25% minor depression 10-20% peak ที่ 3-6 เดือนหลัง onset ของ stroke อาการคงอยู่ อย่างน้อย 2 ปี ปัจจัยเสี่ยงคือความรุนแรงของ neuro.deficit ,หญิง,มีโรคจิตเวชมาก่อน, social ไม่ได้

การศึกษาของ Desmond DW และคณะปี 2003⁽¹⁵⁾ เพื่อวัดความชุกและปัจจัยทางคลินิกต่อการเกิด depression ภายหลัง stroke 3 เดือนในผู้ป่วย 421 ราย และ control 249 ราย พบ ความชุก 11.2% ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ stroke อาการรุนแรงโดยเฉพาะ limbic structures, dementia, เพศหญิง

การศึกษาของ Spaletta G และคณะปี 2003⁽¹⁶⁾ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของ depression และ cognitive level ที่เกี่ยวกับรอยโรคด้านขวาและซ้ายภายหลังรักษาด้วย SSRI ในผู้ป่วย poststroke MDD 45 คน พบความชุก MDD ด้านซ้าย 50% ขวา 16% รอยโรคด้านซ้ายพยากรณ์การต่อต้านการรักษา

การศึกษาของ Katayama Y และคณะในปี 2003⁽¹⁷⁾ เพื่อดูความชุกที่ 4 อาทิตย์หลัง onset และความสัมพันธ์ระหว่าง self-rating depression scale/ขนาดของ infarct จำนวนและบริเวณรอยโรค ไม่พบความสัมพันธ์ของคะแนนกับขนาด,จำนวนและบริเวณรอยโรค แต่รอยโรค ด้านซ้ายจะความสัมพันธ์กับ depression มากกว่ารอยโรคด้านขวา

การศึกษาของ Rasmussen และคณะในปี 2003⁽¹⁸⁾ เป็น double-blind, placebo-controlled เพื่อวัดประสิทธิภาพของ Sertraline ในการป้องกัน poststroke depression ในผู้ป่วย stroke 137 คน พบว่า sertraline มีความสามารถในการ prophylaxis ได้ดีกว่า placebo อย่างมีนัยสำคัญ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

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

ประชากรและตัวอย่าง (Population and Sample)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรและตัวอย่าง (Population and Sample)

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 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือน กันยายน 2546 ถึง เดือน ธันวาคม 2546 ทุกราย 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

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง จนไม่สามารถร่วมมือในการทำแบบสอบถามได้

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากใช้ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษา

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

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

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95 %

p = ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย stroke ที่มาทำกายภาพบำบัด

อ้างอิงจากการทำ pilot study ณ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ได้ค่าความชุกเท่ากับ 0.3

q = 1 - p = 0.7

d = acceptable error = 0.1

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.3)(0.7)}{(0.1)^2} = 80.67$$

เพราะฉะนั้นต้องใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 81 คน

การสังเกตและการวัด (Observational measurement)

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

- ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่

- | | |
|-----------|-------------------------------|
| - อายุ | - รายได้ |
| - เพศ | - ระดับการศึกษา |
| - สถานภาพ | - ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม |
| - ศาสนา | - ประวัติครอบครัวโรคทางจิตเวช |
| - อาชีพ | |

- ปัจจัยทางกาย ได้แก่

- ตำแหน่งของรอยโรค
- ระยะเวลาที่เป็นโรค
- สาเหตุของการขาดเลือด (ischemic / hemorrhagic)

- ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)
- ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่
 - แรงสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable)

- ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มาทำกายภาพบำบัด

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร (Measurement)

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในตอนต้นที่ 1 ส่วนผู้วิจัยเป็นผู้ตอบในตอนต้นที่ 2

2. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วย และอ้างอิงจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย

3. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ใช้ Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai - HADS) โดย Thai - HADS นี้ได้รับการแปลจาก Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond AS โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ⁽²⁾ คำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ โดยข้อที่เป็นเลขคู่จะเป็นคำถามที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่วนข้อที่เป็นเลขคี่จะเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล แต่ละข้อจะมีคะแนน 0-3 คะแนน โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองโดยการเลือกข้อคำตอบจากตัวเลือกที่ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด การแปลผลจะนับเฉพาะข้อที่เป็นเลขคู่ (ได้แก่ข้อที่ 2,4,6,8,10,12,14) โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

0 – 7 คะแนน คือผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า

8-10 คะแนน คือสงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะซึมเศร้า (Doubtful cases)

11 คะแนนขึ้นไป คือผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (Case)

4. แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้ Barthel ADL index⁽⁴⁾ (ซึ่งแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย 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 Beand and Weinert⁽¹⁴⁾ 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 คือผู้มีคะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด ลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือผู้มีคะแนนอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด รวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด ลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คือผู้มีคะแนนมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด รวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม

เอกสารราชการ 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 และ

ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

- ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยตนเอง

6. เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ขึ้นกับผู้ป่วย

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

8. นำข้อมูลที่ได้ออกมาคิดคะแนน และวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อสรุปผลของประชากร ได้แก่ T-test และ Chi-square test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้เสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
- 1.2 ตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือด, ระยะเวลาที่เป็นโรค
- 1.3 ประวัติโรคจิตเวชเดิมและประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว
- 1.4 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- 1.5 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วย

- 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับภาวะซีมเศร้า
- 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือดและระยะเวลาที่เป็นโรคกับภาวะซีมเศร้า
- 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม, ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวกับภาวะซีมเศร้า
- 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซีมเศร้า
- 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซีมเศร้า
- 3.6 ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	42	49.4
	หญิง	43	50.6
อายุ	<50	22	25.9
	51-60	13	15.3
	61-70	30	35.3
	>70	20	23.5
พิสัย 21-92 อายุเฉลี่ย \bar{X} 59.78 SD 14.43			
สถานภาพสมรส	มีคู่สมรส	56	65.9
	โสด	10	11.8
	คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว	10	11.8
	แยกกันอยู่กับคู่สมรส	9	10.6
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	36	42.4
	ธุรกิจค้าขาย/อิสระ	16	18.8
	รับจ้าง	11	12.9
	รับราชการ	8	9.4
	อื่นๆ	14	16.5
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	8	9.4
	ประถม	35	41.2
	มัธยมต้น	9	10.6

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมปลาย/ปวช.	14	16.5
อนุปริญญา/ปวส.	7	8.2
ปริญญาตรี	10	14.1
รายได้		
ไม่มีรายได้	36	42.4
<5,000	11	12.9
5,000-9,999	8	9.4
10,000-14,999	10	11.8
15,000-20,000	7	8.2
>20,000	13	15.3
ศาสนา		
พุทธ	81	95.3
คริสต์	1	1.2
อิสลาม	3	3.5

จากตารางที่ 1 พบว่าเป็นเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 49.4 และร้อยละ 50.6 ตามลำดับ โดยอายุตั้งแต่ 21-92 ปี อายุเฉลี่ย 59.78 ปี ส่วนใหญ่มีคู่สมรส คือ ร้อยละ 42.4 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานอะไร ร้อยละ 42.4 และการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 41.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.4 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.3

1.2 ตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือด, ระยะเวลาที่เป็นโรค

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดอาการขาดเลือด, ระยะเวลาที่เป็นโรค

ตำแหน่ง, ชนิด, ระยะเวลา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งของรอยโรค		
cortical	19	22.4
Subcortical	66	77.6

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ จำแนกตามตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือด, ระยะเวลาที่เป็นโรค

ตำแหน่ง, ชนิด, ระยะเวลา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ขวา	46	54.1
ซ้าย	39	45.9
ชนิดของการขาดเลือด		
Ischemic	68	80
Hemorrhagic	17	20
ระยะเวลาที่เป็นโรค		
Acute(น้อยกว่า 6 เดือน)	52	61.2
Chronic(ตั้งแต่ 6 เดือน)	33	38.8
พิสัย 1-196 เดือน เฉลี่ย 15.12 เดือน SD=32.53 เดือน		

จากตารางที่ 2 พบว่า ตำแหน่งของรอยโรคส่วนใหญ่เป็น subcortical ร้อยละ 77.6 ด้านขวา และด้านซ้าย ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 54.1 และ ร้อยละ 45.9 ตามลำดับ ชนิดของการขาดเลือดส่วนใหญ่เป็น ischemic ร้อยละ 80 และ hemorrhagic ร้อยละ 20 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาทำกายภาพ โดยมีพิสัยของระยะเวลาหลังจาก stroke ตั้งแต่ 1-196 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ย 15.12 เดือน SD 32.53

1.3 ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามประวัติโรคจิตเวชเดิมและประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว

ประวัติโรคจิตเวชเดิมและประวัติครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคจิตเวช		
ไม่มีโรคจิตเวช	69	81.2
มีโรคจิตเวช	16	18.8
- depress	6	7.0
- anxiety	10	11.8

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ จำแนกตามประวัติโรคจิตเวชเดิมและประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว

ประวัติโรคจิตเวชเดิมและประวัติครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มีประวัติครอบครัว	83	97.6
มีประวัติครอบครัว	2	2.4
- schizophrenia	1	1.2
- anxiety	1	1.2

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคจิตเวชเดิม ร้อยละ 81.2 โรคจิตเวชเดิมที่พบบ่อยที่สุดคือ anxiety ร้อยละ 11.8 รองลงมาคือ depression ร้อยละ 7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 97.6 โรคจิตเวชในครอบครัวที่พบคือ schizophrenia, anxiety เท่ากันคือ ร้อยละ 1.2

1.4 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

Barthel ADL	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Barthel ADL		
Mildly severe dependence	42	49.4
Moderately severe dependence	16	18.8
Severe dependence	10	11.8
Total dependence	17	20.0

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับ mildly severe dependence ร้อยละ 49.4 ดังนั้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ก่อน

1.5 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละและจำนวนของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคม ต่ำ ($< \bar{X} - SD$)	15	17.6
ปานกลาง ($\bar{X} - SD$ ถึง $\bar{X} + SD$)	52	61.2
สูง ($> \bar{X} + SD$)	18	21.2

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 61.2 แรงสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 21.2 และแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ร้อยละ 17.6

ส่วนที่ 2 ความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มาทำกายภาพบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีสภาวะซึมเศร้า (คะแนน Thai-HADs < 11) คะแนนเฉลี่ย $\pm SD = 3.88 \pm 2.53$ พิสัย 0-10 คะแนน	52	61.2
มีสภาวะซึมเศร้า (คะแนน Thai-HADs ≥ 11) คะแนนเฉลี่ย $\pm SD = 14.06 \pm 1.53$ พิสัย 11-21 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวม 7.84 คะแนน SD=5.76	33	38.8

จากตารางที่ 6 พบความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เข้ารับการบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประเมินโดยใช้ คะแนน Thai-HADs ≥ 11 ขึ้นไป ได้เท่ากับ ร้อยละ 38.8

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=85)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=52)		มีภาวะซึมเศร้า (n=33)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)		
เพศ					1.054	0.375
ชาย	28	53.8	14	42.4		
หญิง	24	46.2	19	57.6		
อายุ					9.458	0.024*
≤50	15	28.8	7	21.2		
51-60	9	17.3	4	12.1		
61-70	12	23.1	18	54.5		
>70	10	30.8	4	12.1		
สถานภาพสมรส					3.120	0.373
โสด	5	9.6	5	15.2		
แต่งงาน	35	67.3	21	63.6		
แยกกัน	4	7.7	5	15.2		
คู่เสียชีวิตแล้ว	8	15.4	2	6.0		
อาชีพ					2.949	0.566
ไม่ได้ทำงาน	20	38.5	16	48.5		
รับจ้าง	7	13.5	4	12.1		
ธุรกิจค้าขาย/อิสระ	10	19.2	6	18.2		
รับราชการ	7	13.5	1	3.0		
อื่นๆ	8	15.4	6	18.2		

ตารางที่ 7 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=85)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=52)		มีภาวะซึมเศร้า (n=33)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)			
การศึกษา					9.160	0.165
ไม่ได้เรียน	6	11.5	2	6.1		
ประถม	15	28.8	20	60.6		
มัธยมต้น	7	13.5	2	6.1		
มัธยมปลาย/ปวช.	10	19.2	4	12.1		
อนุปริญญา/ปวส.	5	9.6	2	6.1		
ปริญญาตรี	8	15.4	2	6.1		
รายได้					3.781	0.581
ไม่มีรายได้	19	36.5	17	51.5		
<5,000	8	15.4	3	9.1		
5,000-9,999	4	7.7	4	12.1		
10,000-14,999	6	11.5	4	12.1		
15,000-20,000	5	9.6	2	6.1		
>20,000	10	19.2	3	9.1		
ศาสนา					0.689	0.709
พุทธ	49	94.2	32	97.0		
คริสต์	1	1.9	0			
อิสลาม	2	3.8	1	3.0		

*p-value <0.05

** p-value <0.01

จากตารางที่ 7 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ ศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือด และระยะเวลาที่เป็นโรคกับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือด และระยะเวลาที่เป็นโรคกับภาวะซึมเศร้า

	ปัจจัย (n=85)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=52)		มีภาวะซึมเศร้า (n=33)		X ²	p-value
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ตำแหน่งของรอยโรค						0.111	0.793
Cortical		11	21.2	8	24.2		
Subcortical		41	78.8	25	75.8		
ตำแหน่งรอยโรค						0.147	0.824
ขวา		29	55.8	17	51.5		
ซ้าย		23	44.2	16	48.5		
ชนิดของการขาดเลือด						0.111	0.788
Ischemic		41	78.8	27	81.8		
Hemorrhagic		11	44.2	6	18.2		
ระยะเวลาที่เป็นโรค						T-test	
น้อยกว่า 6 เดือน คะแนนเฉลี่ย 6.83 SD 5.67		35	67.3	17	51.5		
มากกว่า 6 เดือน คะแนนเฉลี่ย 9.42 SD 5.63		17	32.7	16	48.5	-2.063	0.042*

* p-value <0.05

** p-value <0.01

จากตารางที่ 8 พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ตำแหน่งของรอยโรคและชนิดของการขาดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม, ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม, ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย (n=85)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=52)		มีภาวะซึมเศร้า (n=33)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)		
ประวัติโรคจิตเวชเดิม					1.037	0.395
ไม่มีโรคจิตเวช	44	84.6	25	75.8		
มีโรคจิตเวช	8	15.4	8	24.2		
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว					1.300	0.519
ไม่มีประวัติโรคจิตเวช	50	96.2	33	100		
ในครอบครัว						
มีประวัติโรคจิตเวชใน	2	3.8	0	0		
ครอบครัว						

* p<0.05

** p<0.01

จากตารางที่ 9 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย(n=85)	คะแนนเฉลี่ย(คะแนน)	SD(คะแนน)	p-value
Barthel ADL			
Mildly severe	4.26	1.91	
Moderately severe	9.16	1.48	
Severe	10.90	1.51	
Total dependence	13.59	1.17	0.000***

* p<0.05

** p<0.01

*** p<0.001

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่าง Barthel ADL และภาวะซึมเศร้าโดย post-hoc analysis

Dependent Variable: SUM_D

Scheffe

ปัจจัย Barthel ADL	n=85	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
mild	mod	-4.9256*	1.29324	.004	-8.6180	-1.2332
	severe	-6.6381*	1.54891	.001	-11.0605	-2.2157
	total depend	-9.3263*	1.26539	.000	-12.9392	-5.7134
mod	mild	4.9256*	1.29324	.004	1.2332	8.6180
	severe	-1.7125	1.77450	.818	-6.7790	3.3540
	total depend	-4.4007*	1.53328	.048	-8.7785	-.0230
severe	mild	6.6381*	1.54891	.001	2.2157	11.0605
	mod	1.7125	1.77450	.818	-3.3540	6.7790
	total depend	-2.6882	1.75431	.507	-7.6971	2.3206
total depend	mild	9.3263*	1.26539	.000	5.7134	12.9392
	mod	4.4007*	1.53328	.048	.0230	8.7785
	severe	2.6882	1.75431	.507	-2.3206	7.6971

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

จากตารางที่ 10 และ 11 พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย (n=85)	คะแนนเฉลี่ย(คะแนน)	SD	p-value
Social support น้อย	13.47	2.97	
ปานกลาง	7.65	3.42	
สูง	3.67	1.51	0.000***

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าโดย post-hoc analysis

Dependent Variable: SUM_D

Scheffe

ปัจจัย แรงสนับสนุน ทางสังคม	n=85	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
น้อย	ปานกลาง	5.8128*	1.44798	.001	2.2028	9.4228
	สูง	9.8000*	1.72721	.000	5.4938	14.1062
ปานกลาง	น้อย	-5.8128*	1.44798	.001	-9.4228	-2.2028
	สูง	3.9872*	1.35108	.016	.6187	7.3556
สูง	น้อย	-9.8000*	1.72721	.000	-14.1062	-5.4938
	ปานกลาง	-3.9872*	1.35108	.016	-7.3556	-.6187

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

จากตารางที่ 12 และ 13 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแต่ละ subscale ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (n=33)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	sig
แรงสนับสนุนทางสังคม		
Social integration	-.518	.000***
Assistance and guidance	-.383	.000***
Opportunity for nurturance	-.488	.000***
Self-worth	-.475	.000***
Intimacy	-.421	.000***

*** p-value < 0.001

จากตารางที่ 14 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านต่างก็มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งในด้าน social integration, ด้าน assistance and guidance, ด้าน opportunity for nurturance, ด้าน self-worth, ด้าน intimacy คือคนที่มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้าสูง ในทางกลับกันคนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

3.6 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 15 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

ลำดับตัวแปร n=85)	R	R ²	B	t	Sig
ระยะเวลาหลัง stroke	0.208	0.043	3.14	1.941	0.048*
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	0.651	0.424	0.254	7.356	.000***
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.673	0.453	-4.72	-2.078	0.041*
Constant			0.347	1.535	

*p-value <0.05

** p-value <0.01

*** p-value <0.001

จากตารางที่ 15 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ตัวแปร คือ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าตัวแปรที่ยังมีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระยะเวลาที่เป็นโรค พยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง 4.3 (p<0.05) เมื่อร่วมกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจะสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยลง 42.4 (p<0.001)และเมื่อร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ตัวแปรจะสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าวร่วมกันได้น้อยลง 45.3(p<0.05)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยพื้นฐาน, ปัจจัยทางกายและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน, แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางกาย, แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADs) , แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ กันยายน – ธันวาคม 2546

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 49.4 และร้อยละ 50.6 ตามลำดับ โดยมีอายุตั้งแต่ 21-92 ปี อายุเฉลี่ย 59.78 ปี สวมใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 65.9 และสวมใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 42.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อุปการะระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ มัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 16.5 และปริญญาตรีร้อยละ 14.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อุปการะไม่ได้ ร้อยละ 42.4 และผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.3

ปัจจัยทางกาย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อุปการะตำแหน่งของรอยโรคบริเวณ subcortical ร้อยละ 77.6 ในขณะที่รอยโรค cortical ร้อยละ 22.4 รอยโรคด้านขวาและด้านซ้ายใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 54.1 และร้อยละ 54.9 ตามลำดับ ชนิดของการขาดเลือดส่วนใหญ่เป็น ischemic ร้อยละ 80 และ hemorrhagic ร้อยละ 20 ผู้ป่วยที่มาทำกายภาพบำบัดมีพิสัยของระยะเวลาหลังจาก stroke ตั้งแต่ 1-196 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ย 15.12 เดือน SD 32.53 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อุปการะไม่มีโรคทางจิตเวชเดิม ร้อยละ 81.2 มีโรคจิตเวชเดิม ร้อยละ 18.8 แบ่งเป็น anxiety ร้อยละ 11.8 และ depression ร้อยละ 7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อุปการะไม่มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 97.6 มีประวัติโรคจิตเวช ในครอบครัว ร้อยละ 2.4 โดยมี schizophrenia และ anxiety เท่ากัน คือร้อยละ 1.2 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย วัดโดยใช้

Barthel ADL พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ mildly severe ร้อยละ 49.4 รองลงมา คือ total dependence ร้อยละ 20, moderately severe dependence ร้อยละ 18.8 severe ร้อยละ 11.8 ตามลำดับ

ปัจจัยทางจิตสังคมพบว่าผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางร้อยละ 61.2 รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมสูงร้อยละ 21.2 และแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ร้อยละ 17.6

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ 38.8

3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ปัจจัยอื่นได้แก่ เพศ, สถานภาพสมรส, การศึกษา, รายได้, ศาสนา ประวัติโรคจิตเวชเดิม, ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยทางกาย พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยปัจจัยทางกายอื่นๆ คือ ตำแหน่งของรอยโรค, ชนิดของการขาดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยทางจิตสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยทุก subscale ของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ social integration, assistance and guidance, opportunity for nurturance, self-worth และ intimacy ต่างก็มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ที่ระดับ $p < 0.001$

เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือ ระยะเวลาสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 4.5 ($p < 0.05$) เมื่อรวมกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 42.4 ($p < 0.001$) และเมื่อรวมทั้ง 3 ปัจจัยคือแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วยจะสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมกันได้ร้อยละ 45.3 ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในการศึกษาและวิจัย ครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ 38.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Hayee MA⁽⁵⁾ และคณะที่ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 12 เดือน หลังจาก stroke พบ 41% และ 42% ตามลำดับ และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Aben I⁽¹⁰⁾ และคณะที่พบอุบัติการณ์ซึมเศร้ารวม 2 ปี หลัง onset ของ stroke ร้อยละ 38.7 ซึ่งการศึกษานี้มีทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และไม่ได้กำหนดระยะเวลาหลัง onset ของ stroke จึงครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยได้กว้างและพบว่าความชุกสูงกว่าภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไปคือร้อยละ 15⁽¹⁹⁾ ค่อนข้างมาก

2. ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

2.1 อายุ

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hayee MA⁽⁵⁾ และคณะที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือมีอายุมากกว่า 70 ปี แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าอายุเพียงปัจจัยเดียวไม่สามารถเป็นปัจจัยพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงเป็นไปได้ว่าอายุอาจมีผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

2.2 เพศ

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ที่พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่นในการศึกษาของ Hayee MA⁽⁵⁾ และคณะ, การศึกษาของ Carad-Artal FG⁽⁹⁾ และคณะ, การศึกษาของ Huff W⁽¹⁴⁾ และคณะ และการศึกษาของ Desmond DW⁽¹⁵⁾ และคณะ มีเพียงการศึกษาเดียวที่พบว่าเพศชายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือการศึกษาของ Anu B⁽¹³⁾ และคณะ ซึ่งเพศหญิงอาจมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าจากการที่ผู้หญิงมีทางออกของอารมณ์น้อยกว่าชาย แต่ในขณะเดียวกันเพศชายที่สูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศจากความพิการของโรค ซึ่งแสดงถึงความแข็งแรง ความเป็นผู้นำ ก็อาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ และเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากเช่นเดียวกัน

2.3 สถานภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Hayee MA⁽⁵⁾ และคณะ และการศึกษาของ Quimet MA⁽⁶⁾ และคณะ ที่พบว่า การเป็นโสด/ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วย/อยู่คนเดียว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากในสังคมประเทศไทย ผู้ป่วยโสดก็มักไม่ได้อยู่คนเดียวแต่อาจมีญาติ/พี่น้อง อยู่ด้วยเป็นสังคมขยายที่ให้ความช่วยเหลือ จึงไม่พบความสัมพันธ์

2.4 ศาสนา

ในการวิจัยนี้ ไม่พบ ความสัมพันธ์ของศาสนากับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 95.3 นับถือศาสนาพุทธ และจากงานวิจัยที่ผ่านมา ก็ยังไม่มีรายงานความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาและการเกิดภาวะซึมเศร้า

2.5 อาชีพ

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพอยู่แล้ว ไม่ใช้การสูญเสียอาชีพจากตัวโรคโดยตรง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Carod-Artal FG⁽⁹⁾ และคณะที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ ทำงานบ้านและนอกจากนี้ยังพบว่าการไม่มีความสามารถกลับไปทำงานอีก ก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน

2.6 รายได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา ก็ไม่มีการศึกษาระหว่างรายได้กับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยตรง มีเพียงแต่การศึกษาของ T. Pohjasvaara⁽¹¹⁾ และคณะพบว่ากรณี dependent living จะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ poor outcome คือการตายในช่วง 3-15 เดือน การไม่มีรายได้ในสังคมขยายอย่างประเทศไทยอาจไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากมีญาติพี่น้องช่วยเหลือทางการเงิน

2.7 ระดับการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาโดยตรง ถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับการเกิดภาวะซึมเศร้า มีแต่เพียงการศึกษาที่สนับสนุนในเรื่องของ cognitive impairment ว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่นในการศึกษาของ Turner-strokes L⁽⁸⁾ ซึ่ง cognitive impairment นั้นอาจเป็นผลจาก neuro deficit หลัง onset ของ stroke หรือ เป็นผลของ cognitive function ที่ไม่ค่อยดี ก่อนหน้านั้นอยู่แล้วก็ได้

2.8 ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม, ประวัติครอบครัวโรคทางจิตเวช

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคทางจิตเวชเดิม, ประวัติครอบครัวโรคทางจิตเวชกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Quimet MA⁽⁶⁾ และคณะ ที่พบว่าเคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน, การเคยมีประวัติโรคทางจิตเวชจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ Huff W⁽¹⁴⁾ และคณะ ที่พบว่าประวัติโรคทางจิตเวชมาก่อนเช่นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด poststroke depression ซึ่งอาจจะเป็นเพราะประชากรส่วนใหญ่ไม่มีโรคจิตเวชร้อยละ 81.2 มีโรคจิตเวชเพียงร้อยละ 18.8 และโรคเดิมเป็น depression เพียง ร้อยละ 7 และที่เหลือเป็น anxiety ร้อยละ 11.8 และประชากรส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวโรคทางจิตเวชถึงร้อยละ 97.6 มีโรคจิตเวชในครอบครัวเพียงร้อยละ 2.4 โดยเป็น schizophrenia และ anxiety เท่านั้น ถึงร้อยละ 1.2 ในผู้ป่วยที่มีประวัติจิตเวชเดิม ไม่ได้ทำการเก็บประวัติการรักษาที่ได้มาก่อน เช่น ยาที่ใช้ ถ้าผู้ป่วยที่มีประวัติจิตเวชเดิมแต่ได้รับการรักษาด้วยยาอยู่แล้ว จึงอาจไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.9 ตำแหน่งของรอยโรค

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของรอยโรคทั้ง cortical subcortical ด้านขวา/ซ้าย กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carod-Artal FG⁽⁹⁾ และคณะ และการศึกษาของ Katayana Y⁽¹⁷⁾ และคณะ ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนกับขนาด, จำนวนและบริเวณรอยโรค สำหรับการศึกษานี้ Giantranco S.⁽¹²⁾ และคณะ พบว่าผู้ป่วย MDD ที่มีรอยโรคด้านซ้ายจะมี cognitive impair กว่ากลุ่มอื่น ความรุนแรงของซึมเศร้าจะบ่ง cognitive level เฉพาะรอยโรคด้านซ้ายเท่านั้น นอกจากนี้ถ้าทราบตำแหน่งของรอยโรคเป็นบริเวณที่เฉพาะอาจเป็นไปได้ว่าการไม่พบความสัมพันธ์ของด้านซ้ายขวา เป็นผลจากรอยโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ lt. Frontal และ rt. temporal ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง cortical/subcortical เนื่องจากงานวิจัยนี้ exclude ผู้ที่มีปัญหา aphasia ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งใน cortical จึงอาจไม่พบความสัมพันธ์นี้

2.10 ระยะเวลาที่เป็นโรค

ในการวิจัยครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เป็นโรคกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ $p < 0.05$ คือระยะตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่าระยะน้อยกว่านั้น และเป็นปัจจัยพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 4.3 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Hayee MA⁽¹⁵⁾ และคณะที่พบภาวะซึมเศร้าที่เวลา 3 เดือนและ 12 เดือนหลังจาก stroke เท่ากับ 41% และ 42% ตามลำดับ แต่จะสอดคล้องกับการศึกษาของ Carod-Artal⁽⁹⁾ และคณะที่พบว่า 1/3 มีอาการซึมเศร้าขณะ d/c และเพิ่มเป็น 67% เมื่อ 1 ปี ซึ่งเป็นไปได้

ว่าระยะเวลาที่ป่วยนานนั้นมีผลต่อการปรับตัวสภาวะจิตใจรวมถึงปัจจัยทางจิตสังคมต่างๆทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้นด้วย

2.11 สาเหตุของการขาดเลือด

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุของการขาดเลือด (ischemic / hemorrhagic) กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นผลจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็น ischemic stroke ร้อยละ 80 จะมีผู้ป่วย hemorrhagic stroke เพียงร้อยละ 20 และผู้ที่สามารถที่ทากายภาพบำบัดได้ มักเป็น hemorrhagic stroke ที่อาการไม่รุนแรง ยังมี function และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ค่อนข้างดี

2.12 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ในการวิจัยครั้งนี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paolucci S⁽⁷⁾ และคณะที่ศึกษา matched case-control ในผู้ป่วย stroke พบว่ากลุ่มที่มี poststroke depression จะมี ADL และ mobility ที่แย่กว่าทั้ง 2 ที่ ความรุนแรงของ stroke ใกล้เคียงกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Quimet MA⁽⁶⁾ และ Turner-Strokes L⁽¹⁸⁾ และ Anu B⁽¹³⁾ ที่พบว่า function ที่ impair จะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด post stroke depression

2.13 ปัจจัยทางจิตสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือถ้ามีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ตรงกันข้ามถ้ามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ ในทุกๆ ด้านของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ social integration, assistance and guidance, opportunity for nurturance, self-worth และ intimacy ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Quimet MA⁽⁶⁾ ที่พบว่า การแยกตัวจากสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาของ Turner-Strokes L⁽⁸⁾ ที่พบว่า social activities มีผลเกี่ยวข้องกับการเกิด post stroke depression และการศึกษาของ Huff W⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิด post stroke depression ก็คือ การมี social ที่ไม่ดี เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยบอกถึงขนาดของปัญหา และใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย stroke ที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด

2. เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและติดตามอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น กระตุ้นผู้ป่วย stroke ให้มี ADL ที่ดีขึ้น, ส่งเสริมสนับสนุนให้ supporting system ของผู้ป่วยที่มีส่วนช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีให้กับผู้ป่วย stroke

3. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายทั้งแพทย์ทางประสาทวิทยา และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้ตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย stroke และเข้าใจผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น สามารถป้องกัน, รักษาเบื้องต้น หรือส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาเพิ่มเติมได้

4. เพื่อให้ญาติตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย stroke เข้าใจและมีบทบาทในการป้องกันและดูแลช่วยเหลือให้ถูกต้องยิ่งขึ้น

5. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยและปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาที่มีเครื่องมือที่สามารถวัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการสื่อสารด้วยการพูด/เขียน

2. ควรมีการศึกษาภาวะอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย stroke เช่น dementia

3. ควรมีการศึกษา protective factors

รายการอ้างอิง

- 1.ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์, 2542
- 2.มานิช หล่อตระกูล , ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ . จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี พิมพ์ครั้งที่ 6 . กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสวิตชาฎการพิมพ์ , 2544 ; หน้า 142-153
- 3.กัมมันต์ พันธุมจินดา . ประสาทวิทยาพื้นฐาน . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; หน้า 166-178
- 4.คณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารประกอบการเรียนการสอนการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง; หน้า 20-33
- 5.Hayee MA, Akhtar N, Haque A ,Rabbani MG.Depression after stroke-analysis of 297 stroke patients . Bangladesh Med Res Counc Bull 2001 Dec;27(3):96-102
- 6.Ouimet MA , Primeau F ,Cole MG .Psychosocial risk factors in poststroke depression : a systematic review . Can J Psychiatry 2001 Nov;46(9) : 819-28
- 7.Paolucci S , Antonucci G , Grasso MG , Morelli D , Troisi E , Coiro P et al .Post-stroke depression , antidepressant treatment and rehabilitation results . A case-control study . Cerebrovas Dis 2001;12(3) : 264-71
- 8.Turner-Stokes L , Hassan N .Depression after stroke : a review of the evident base to inform the development of an integrated care pathway . Clin Rehabil 2002 May;16(3) 231-60
- 9.Carod-Artal FJ , Gonzalez-Gutierrez JL , Egado-Herrero JA , Varela de Seijas E .Post stroke depression : predictive factors at one year follow up . Rev Neurol 2002 Jul 16-31;35(2) : 101-6
- 10.Aben I , Denollet J ,Lousberg R , Verhey F , Wojciechowski F , Honig A . Personality and vulnerability to depression in stroke patients : a 1-year prospective follow up study . Stroke 2002 Oct ; 33(10) : 2391-5
- 11.T. Pohjasvaara , R. Vataja , A. Leppavuori , M. Kaste , T. Erkinjuntti . Cognitive Functions and Depression as Predictors of Poor Outcome 15 months after stroke . Cerebrovasc Dis 2002;14 : 228-233

12. Gianfranco Spalletta , Giovanni Guida , Domenico De Angelis , Carlo Caltagirone .
Predictors of cognitive level and depression severity are different in patients with left and right hemispheric stroke within the first year of illness . J Neurol 2002 ;249 : 1541-1551
13. Anu Berg , Heikki Palomaki , Matti Lehtihalmes , Jouki Lonqvist , Markku Kaste .Poststroke Depression An 18 –month Follow up . Stroke 2003; 34 : 138-143
14. Huff W , Steckel R , Sitzer M . Poststroke depression : risk factors and effects on the course of the stroke . Nervenarzt 2003 Feb;74(2) : 104-114
15. Desmond DW , Remien RH , Moroney JT , Stern Y , Sano M , Williams JB . Ischemic stroke and depression . J Int Neuropsychol Soc 2003 Mar ; 9(3) : 429-30
16. Spalletta G , Guida G , Caltagirone C . Is left stroke a risk-factor for selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant treatment resistance? . J Neurol 2003 Apr ; 250(4) : 449-55
17. Katayama Y , Usuda K , Nishiyama Y , Katsura K . Post-stroke depression . Nippon Ronen Igakkai Zasshi 2003 Mar ; 40(2) : 127-9
18. Rasmussen A , Lunde M , Poulsen DL , Sorensen K , Qvitzau S , Bech P . A double-blind , placebo-controlled study of sertraline in the prevention of depression in stroke patients . Psychosomatics 2003 Jun ; 44(3) :216-21
19. Benjamin James Sadock , Virginia Alcott Sadock . Synopsis of Psychiatry 9th edition . New York : Lippincott Williams & Wilkins ; 534-578



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การทำวิจัย เรื่อง ความชุกของภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับ
การถ่ายภาพบำบัด ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า แพทย์หญิงภาพพันธ์ เจริญสุวรรณค์ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต

สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการศึกษาและ
รวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยเรื่อง ความชุกของภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้า
รับการถ่ายภาพบำบัด ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยอาศัยท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามด้วย
ตัวเองตามความสมัครใจ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ท่านมีสิทธิในการตอบ
รับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การศึกษามีจุดมุ่งหมายที่
จะทราบถึง ความชุกของภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการถ่ายภาพบำบัด
รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะดังกล่าว เพื่อที่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อประโยชน์ในการ
จัดเตรียม และปรับปรุงดูแลบริการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามตามความเป็นจริง
ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะ
เปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ท่านสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนท่าน
พอใจ ได้ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เบอร์โทรศัพท์ 02-2564298

งานศึกษาวิจัยเรื่องนี้จะสำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือในการให้ข้อมูลและการตอบ
แบบสอบถามของท่าน ผู้วิจัยจึงหวังในความอนุเคราะห์ของท่านอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณมา
 ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนาม
ในใบคำยินยอมด้วยความสมัครใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

()

ลงนาม พยาน

()

ลงนาม ผู้วิจัย

()



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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).....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ตอนที่ 2)

คำชี้แจง ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโดยอ้างอิงจากการซักประวัติผู้ป่วย

7. ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม

-ไม่มี มี (ระบุ) schizophrenia
-other psychotic disorder
-Depressive disorder
-Bipolar disorder
-Anxiety disorder
-Dissociative disorder

8. ประวัติครอบครัวโรคทางจิตเวช

-ไม่มี มี (ระบุ) schizophrenia
-other psychotic disorders
-Depressive disorder
-Bipolar disorder
-Anxiety disorders
-Dissociative disorders

แบบสอบถามปัจจัยทางกาย

คำชี้แจง ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

1. ตำแหน่งของรอยโรค

..... cortical subcortical

.....Right Left

2. ระยะเวลาที่เป็นโรค.....

3. สาเหตุของการขาดเลือด

.....ischemic

.....hemorrhagic

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่าน ในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

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

2. ฉันรู้สึกเฟลิดเฟลิดใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้

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

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่า กำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

- () 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
เชิงซ้ำลงกว่าเดิม

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

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้
ปั่นป่วนในท้อง

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

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจ
ตนเอง

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

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย
เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

- () เป็นมากทีเดียว
- () ค่อนข้างมาก
- () ไม่มากนัก
- () ไม่เป็นเลย

12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วย
ความเบิกบานใจ

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

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่าง
กะทันหัน

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

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการ
อ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์
หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคย
เพลิดเพลินได้

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

แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ จากครอบครัวเพื่อน ๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต่อการ ได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนในข้อความนั้น ๆ

ข้อคำถาม	ไม่ จริง เลย	จริง เล็ก น้อย	จริง ปาน กลาง	จริง มาก	จริง มาก ที่สุด
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม					
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้เมื่อฉันทำงานดี					
4. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อนเมื่อฉันมี ปัญหา					
5. ฉันได้พบปะอย่างเพียงพอกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉัน มีคุณค่า					
6. ฉันให้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน					
7. ฉันมีโอกาสน้อยที่จะได้ดูแลผู้อื่น					
8. มีคนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานร่วมกับฉัน					
9. ฉันมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือฉันในระยะยาวได้ถ้า ฉันต้องการ					
10. ไม่มีใครที่จะฟังความรู้สึกของฉันได้					
11. ในกลุ่มเพื่อนบ้านฉันเราชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
12. ฉันมีโอกาสที่จะกระตุ้นผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและ ทักษะ					
13. คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้ว่าฉันมีความสำคัญต่อ ครอบครัว					

ข้อความถาม	ไม่จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริง ปานกลาง	จริง มาก	จริง มากที่สุด
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือกัน ถึงแม้ว่าฉันจะไม่สามารถ					
15. เมื่อฉันอารมณ์เสีย มีผู้ที่ฉันสามารถอยู่ด้วย โดยปล่อยให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง					
16. ฉันรู้สึกว่ามีใครมีปัญหาเหมือนฉัน					
17. ฉันชอบกระทำบางสิ่งเป็นพิเศษ					
18. ฉันทราบว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งในตัวฉัน					
19. ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน					
20. ฉันมีผู้ร่วมงาน เข้าสังคมและร่วมกิจกรรมรื่นเริงอื่น ๆ ด้วย					
21. ฉันรับผิดชอบ จัดการ ช่วยเหลือ เมื่อมีผู้ต้องการ					
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำจะมาผู้คอยให้ความช่วยเหลือฉันให้สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้					
23. ฉันรู้สึกว่ายังมีใครต้องการฉัน					
24. คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น					
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ให้คำแนะนำแก่ฉัน ในการดูแลตนเอง					

เครื่องมือประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ Barthel ADL Index

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้
 - 1. ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ล้วงหน้า
 - 2. ตักอาหารและช่วยตัดเองได้เป็นปกติดี

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 และต้องออกมุงตึกหรือประตูได้
 - 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

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

แพทย์หญิงภาพันธ์ เจริญสุวรรณค์ เกิดวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2522 ที่จังหวัดกรุงเทพฯ จบการศึกษาประถมศึกษา จากโรงเรียนวัฒนาวิทยาลัย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจาก โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ ปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเข้าศึกษาต่อวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย