

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นปรากฏการณ์ทางประสาทวิทยาอย่างหนึ่งที่พบบ่อยดังเช่น Bondestam และคณะ (1990) ได้สำรวจความชุกของโรคลมชักที่เมือง Zanzibar พบว่าอัตราความชุกของโรคลมชักมี 4.9 ต่อ 1,000 โดยสอดคล้องกับ Osuntokun และคณะ (1987) ซึ่งได้รวบรวมอัตราความชุกของโรคลมชักในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่าอัตราความชุกอยู่ระหว่าง 4 ถึง 4.9 ต่อ 1,000

ลักษณะที่สำคัญของโรคลมชัก คือ เกิดกระแสไฟฟ้า (discharge) จากกลุ่มเซลล์ประสาทที่ผิดปกติเป็นพัก ๆ ทำให้หน้าที่ของสมองผิดปกติไป ความผิดปกติอาจปรากฏในรูปของการทำงานมาก (excess) เช่น อาการชัก (seizure, convulsion) หรือการทำงานน้อย (deficit) เช่น แขนขาอ่อนแรง หมดสติ อาการทางคลินิกที่ปรากฏแยกได้ 2 กลุ่ม คือ ความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาท (Nervous activity) และอาการทางจิต (Mental activity) อาการและกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกตินี้อาจหายเป็นปกติได้

Seizure หมายถึง การเกิดกระแสไฟฟ้าในเซลล์ประสาทขึ้นพร้อมกัน และควบคุมไม่ได้เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหวผิดปกติ ความรู้สึกผิดปกติซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้การทำงานของสมองและพฤติกรรมเปลี่ยนไป

Convulsion หมายถึง การหดตัวของกล้ามเนื้อ ที่เกิดขึ้นนอกอำนาจจิตใจ (involuntary contraction) ซึ่งอาจปรากฏในรูปการเกร็ง (tonic) หรือการกระตุก (clonic) ก็ได้

Epilepsy หมายถึง ภาวะที่มี Seizure เกิดขึ้นซ้ำ ๆ กัน

International League Against Epilepsy (ILAE) ได้ประชุม
พิจารณาแล้วเสนอการจำแนกโรคลมชัก และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับรอง
แล้ว (Commision, 1981) ปัจจุบันใช้การจำแนกดังนี้ :-

1. Generalized Epilepsy
 - 1.1 Primary Generalized Epilepsy
 - 1.2 Secondary Generalized Epilepsy
2. Partial or Focal Epilepsy
 - 2.1 Partial Epilepsy with Elementary Symptomatology
 - 2.2 Partial Epilepsy with Complex Symptomatology
 - 2.3 Partial Epilepsy with Secondary Generalization
3. Other non-classified Epilepsies
ในทางคลินิกแบ่งชนิดของโรคลมชัก ได้ดังนี้
 1. Partial หรือ Focal seizures
 - 1.1 Simple Partial seizures (อาการและอาการแสดง อาจจะเป็น motor, sensory, autonomic หรืออาการทางจิตก็ได้)
 - 1.2 Complex Partial seizures (Temporal lobe หรือ Psychomotor seizures)
 - 1.3 Secondary Generalized Partial seizure
 2. Primary Generalized seizures
 - 2.1 Tonic-clonic (Grand mal)
 - 2.2 Tonic
 - 2.3 Absence (Petit mal)

2.4 Atypical absence

2.5 Myoclonic

2.6 Atonic

2.7 Infantile spasms

3. Unclassified epileptic seizures

Partial หรือ Focal seizures พบว่า มีประมาณ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งมักมีสาเหตุจากรอยโรคในสมอง ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุที่คงที่ เช่น บาดเจ็บขณะคลอด สมองขาดออกซิเจน หรือ รอยโรคที่เกิดในระบบประสาทมาก่อน เช่น ภัยอันตราย โรคติดเชื้อหรือโรคของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง บางรายเกิดจากโรคที่มีอาการมากขึ้น เช่น เนื้องอก Degenerative disease โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือโรคทางเมตาบอลิกบางอย่าง อาการแสดงขึ้นกับตำแหน่งของโรค ซึ่งนอกจากอาการชักแล้ว อาการทางคลินิก ยังขึ้นกับลักษณะของพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดโรคด้วย เช่น ถ้าเป็นเนื้องอก อาจมีอาการแสดงของการมีความดันเพิ่มขึ้นในกะโหลกศีรษะ เป็นต้น

Simple Partial seizures อาการและอาการแสดงอาจจะเป็น motor, sensory, automatic หรืออาการทางจิตขึ้นกับตำแหน่งของกระแสไฟฟ้าในสมอง ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี ถ้าตำแหน่งอยู่ที่ motor cortex ซ้ำงใดก็จะมีอาการชักของร่างกายด้านตรงข้าม เช่น ชักที่มือ แขน ขา หรือหน้า เป็นต้น ถ้าเกิดที่ Sensory cortex ซ้ำงใดก็จะมีอาการทาง sensory ของร่างกายด้านตรงข้าม เช่น รู้สึกซ่า หรือมีความรู้สึกแปลกๆ เกิดขึ้น สำหรับอาการทาง automatic และอาการทางจิตเกิดจากกระแสไฟฟ้าในสมองส่วน Temporal หรือ frontal lobe อาการทาง automatic เช่น กระหายน้ำ รู้สึกอยากจะปัสสาวะ อาการทางจิต เช่น De ja Vu หรือ Jamais Vu ผู้ป่วยอาจจะแสดงอารมณ์ เช่น กลัว ซึมเศร้า ยิ้มหรือหัวเราะ อาจมีอาการแปลกๆ เช่น เห็นภาพใหญ่ขึ้นหรือเล็กลง มีอาการ

ได้ยินเสียงแปลก ๆ ได้กลิ่นหรือรสแปลก ๆ หรือเห็นภาพหลอนได้ โดยไม่มีอาการอย่างอื่นตามมา ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า เป็นอาการนำของ Complex Partial seizure

Complex Partial seizures (Temporal Lobe or Psychomotor seizures) ส่วนใหญ่อาการนำเป็นอาการทาง automatic หรืออาการทางจิต ต่อมาจะมี automatism ซึ่งขณะนั้นจะรู้สึกตัว อาจมีอาการทำท่าเดิม ๆ กลืน เลีย ดูดริมฝีปาก บางครั้งทำอะไรแปลก ๆ เช่น หยิบเสื้อผ้า จัดของบนโต๊ะ เดินอย่างไม่มีจุดหมาย แก้วน้ำ เดินออกจากบ้านไปตามถนน เล่นดนตรี หลังจากนั้นจะเป็นระยะหลังชัก ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์ที่เกิด automatism ไม่ได้ แต่จะจำอาการนำได้

Secondary Generalized Partial seizures ใน Simple หรือ Complex Partial seizures สามารถ progress เป็น Generalized seizures ได้ ถ้าช่วงที่เกิด Focal seizures สั้นมาก

Primary Generalized Partial seizures พบว่ามีประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคลมชัก เป็นชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ (Autosomal dominant with incomplete expressivity) ในกลุ่มนี้ไม่มีความผิดปกติอื่นในระบบประสาท ผู้ป่วยมักจะมีอาการจลาจลเป็นปกติ

Tonic - Clonic seizures (Grand mal) อาการชักเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการเตือน แต่บางรายอาจรู้สึกไม่ค่อยสบายก่อนชัก ผู้ป่วยจะหมดสติทันที มีอาการเกร็ง (Tonic phase) เสียการทรงตัวและล้มลง อาจได้รับบาดเจ็บ มีเสียงร้อง ซึ่งเกิดจาก forced expiration ช่วงนี้ผู้ป่วยจะหยุดหายใจและเกิด cyanosis ต่อมาอาการกระตุก (Clonic phase) ขณะชักอาจมีปัสสาวะ อุจจาระราด และกัดลิ้นได้ หลังจากหยุดชัก (Postictal phase) ผู้ป่วยยังคง

ไม่รู้สึกตัว เมื่อรู้สึกตัวจะจำเหตุการณ์ขณะชักไม่ได้ หลังชักมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและซึมอยู่หลายวัน

Tonic seizures เกิดชักทันทีที่มีแต่อาการเกร็ง ไม่มีอาการกระตุก พบได้น้อยและระยะเวลาที่ชักสั้นกว่าแบบ Grand mal

Absence seizures (Petit mal) อาการชักเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการนำ ผู้ป่วยจะหมดสติไปชั่วขณะเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ส่วนใหญ่ประมาณ 5 - 20 วินาที ไม่มีอาการเกร็งหรือกระตุก ขณะมีอาการจะกระพริบตา ทำท่าเคี้ยว หรือ สิ้นศีรษะ ถ้าเป็นนาน ๆ อาจเกิด automatism เมื่อหายจะรู้สึกตัวทันที โดยไม่มีอาการสับสนหลังชัก

Atypical absence seizures คล้ายกับ Absence seizures แต่มีการชักแบบอื่นร่วมด้วย เช่น Tonic ,Atonic และ Myoclonic มักพบในเด็กที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทร่วมด้วย

Myoclonic seizures การชักอาจเกิดขึ้นกับส่วนหนึ่งของร่างกายหรือทั้งตัว อาจเกิดโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือพบในผู้ป่วย Uremia , Liver failure เป็นต้น

Atonic seizures จะมีอาการหมดสติและล้มลง โดยไม่มีอาการเกร็งหรือกระตุก มักพบในเด็ก

Infantile spasms พบในเด็ก โดยเฉพาะขวบปีแรก มีอาการผงกศีรษะอย่างรวดเร็วคล้ายสะดุ้ง ลำตัวงอ แขนขาโอบเข้าหากัน อาการกระตุกจะเป็นชุดติดต่อกันหลายครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาสั้น ๆ

Unclassified epileptic seizures เป็นอาการชักที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งทีกล่าวมา

สำหรับการรักษาโรคลมชัก ในปัจจุบันนี้ มีหลักทั่วไป คือ ควบคุมไม่ให้มีอาการชัก ซึ่งทำได้หลายวิธี คือ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชัก การให้ยากันชัก การควบคุมทางโภชนาการ การผ่าตัด การกระตุ้น Cerebellum ด้วย Implanted electrode และ Biofeedback

ยากันชักที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีหลายชนิด เช่น Phenytoin (Dilantin) Carbamazepine (Tegretol), Phenobarbital (Phenobarb), Primidone (Mysolin) ซึ่งใช้ได้ผลดีใน Partial และ Generalized tonic-clonic seizures สำหรับ Sodium valproate (Depakene) ใช้ได้ผลดีใน Absence, Atypical absence, Generalized tonic-clonic seizures และ Myoclonic seizures เป็นต้น

ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคลมชัก

การมีโรคลมชักเป็นการเผชิญกับความเครียด ซึ่งความเครียดนี้เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคลมชัก และทำให้เกิดอาการชักถี่ขึ้นอีกด้วย ซึ่งพยาธิสภาพอื่น ๆ ทางสมองที่ทำให้เกิดอาการลมชัก เช่น โรคทางพันธุกรรมบางชนิด ก้อนเนื้อในสมอง โรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้มีความผิดปกติในการทำงานของสมอง และส่งผลกระทบต่อสติปัญญาและบุคลิกภาพของบุคคล ก่อให้เกิดความเครียดในการปรับตัว

นอกจากนี้ประชาชนบางส่วนยังไม่เข้าใจ และมีทัศนคติเชิงลบ ต่อผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้ป่วยอาจรู้สึกมีปมด้อยจากโรคลมชัก เช่น เกิดอาการชักในที่ชุมชน อาจทำให้เกิดความอาย และ โรคลมชักเป็นโรคที่ไม่สามารถบอกได้ว่า จะมีอาการ

เกิดขึ้นเมื่อใด ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความเครียดและวิตกกังวลอย่างมาก โดยเฉพาะในรายที่มีอาการชักนาน ๆ ครั้ง จะยังพบความเครียดมากขึ้น ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการชักขึ้นอีกเมื่อใด ผู้ปกครองของเด็กที่มีอาการชักมักจะปกป้องและควบคุมผู้ป่วยเกินกว่าเหตุ ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาเป็นคนที่ไม่มี ความมั่นใจในตนเอง ชอบพึ่งพิงบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งการที่โรคลมชักเป็นภาวะ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสติปัญญา และบุคลิกภาพ ก่อให้เกิดปัญหาในการ ประกอบอาชีพ การงานและฐานะทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย เป็นอย่างมาก จึงพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

จากการที่โรคลมชักอาจเกิดจากพยาธิสภาพในสมอง และยังก่อให้เกิด ความเครียดอย่างมาก จึงพบโรคแทรกทางจิตเวชได้บ่อย ได้มีการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 1 ใน 3 ถึงครึ่งหนึ่ง มีอาการทางจิตเวช เช่น มีอาการ ของโรคจิต อาการซึมเศร้า หรืออารมณ์แปรปรวนการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ อาการก้าวร้าว และมีปัญหาในการปรับตัว รวมทั้งความบกพร่องของสติปัญญาหรือ ปัญหาการเรียนรู้ในเด็กด้วย (เดชา ปิยะวัฒน์กุล, 2535)

Dodrill (1982) กล่าวไว้ว่า ลักษณะธรรมชาติของโรคลมชักไม่ สามารถทำนายได้ว่า จะมีอาการชักเกิดขึ้นเมื่อใดและบ่อยเท่าใด จึงก่อให้เกิด ความเครียดกับผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ และ สังคม ตามมาได้

Harry Sands (1982) อธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ในผู้ป่วยโรคลมชัก มีดังนี้

1. การยอมรับเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการชักและการรับประทานยากันชัก
2. การเรียนรู้ถึงผลของพฤติกรรม ที่เกิดจากความผิดปกติที่ไม่ทราบ

สาเหตุเด่นชัดทางระบบประสาท

3. การเผชิญกับผลที่ตามมาจากรอคلمชักเกี่ยวกับอารมณ์และบทบาทของอารมณ์กับความตึงเครียดในการชัก

4. ความขัดแย้งในใจและความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการชัก

5. การต่อสู้ หรือเผชิญกับความจริง และความสามารถในการเผชิญกับความต้องการในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน รวมถึงการมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ตลอดจนการเผชิญกับปฏิริยาของสังคมและชุมชนต่อการชักซึ่งมีทั้งในด้านการงาน และเรื่องอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน

ภาวะความแปรปรวนทางด้านบุคลิกภาพ (Personality Disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยเฉพาะชนิด Temporal Lobe Epilepsy (Toone, 1983) แต่ความผิดปกติไม่มีลักษณะเฉพาะเป็นความผิดปกติที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเวชทั่ว ๆ ไป ซึ่ง Trimble (1980) และ Sindrup และคณะ (1980) รายงานว่า ผู้ป่วยโรคลมชัก มีอาการคล้ายโรคจิตเภท (Schizophrenia - like syndrome) แต่เรื่องนี้ยังเป็นที่โต้แย้งกันอยู่ (Trimble, 1984)

สรุปลักษณะเด่นของบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง (Personality trait) ของผู้ป่วยโรคลมชัก ในแต่ละด้านดังนี้

1. ความคิด (Thought) : ผู้ป่วยจะมีความสนใจในเรื่องของปรัชญา ศาสนา โชคชะตา

2. อารมณ์ (Emotion) : ผู้เป็นจะมีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ มากเกินความเป็นจริง อารมณ์อาจเป็นแบบซึมเศร้า (Depression) มีภาวะ mania อารมณ์แปรปรวนชนิด Bipolar หรือ อาจมีภาวะ aggressive ได้ และผู้ป่วยมักมีความรู้สึกไว (Sensitive) มาก ซึ่งมีผลต่อ paranoid idea

3. พฤติกรรม (Behavior) : ผู้ป่วยไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง มีความหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เฉพาะเรื่องศาสนาหรือปรัชญา มีลักษณะของการขำทำ

(Obsessiveness) การพูดอ้อมค้อม (Circumstantiality) และอาจแสดงออกมาในรูปการเขียนซึ่งเป็นลักษณะของ hypergraphia

4. เพศ (Sexual) : อาจแสดงออกมาในรูปของ hyposexual มากที่สุด ถ้าป่วยมาก่อนมี Sexual maturation อาจพบว่าไม่มี Sexual drive แต่ถ้าป่วยหลังการมี Sexual maturation จะพบว่า ความสนใจทางเพศลดลง (Sexual interest)

สำหรับความเบี่ยงเบนทางเพศ (Sexual deviation) ที่อาจพบได้คือ รักร่วมเพศ (Homosexual) การมีอารมณ์เพศจากสิ่งของเฉพาะอย่าง (Fetishism) ภาวะลักเพศ (Transvestism) และอาการหย่อนสมรรถภาพของเพศชาย (Impotence)

สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ (2533) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชัก มีความโน้มเอียงที่จะมีอาการโรคจิตไว้ว่า

1. พันธุกรรมไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการเกิดโรคจิต
2. ไม่มีลักษณะเฉพาะของบุคลิกภาพที่ทำให้เกิดอาการโรคจิตได้ง่าย
3. อายุของผู้ป่วยเมื่อเริ่มมีอาการโรคจิตเภท พบได้บ่อยในอายุระหว่าง 35-45 ปี ซึ่งผู้ป่วยหญิง onset ของโรคเริ่มเป็นในอายุน้อยกว่า
4. อาการโรคจิตเกิดตามหลังอาการโรคลมชักเป็นเวลา 12-23 ปี ในชนิด Temporal Lobe Epilepsy พบว่า ผู้ป่วย 1 ใน 4 มีอาการก่อนอายุ 15 ปี พบมากที่สุดระหว่างอายุ 25-50 ปี มีอาการประสาทหลอน โดยเฉพาะอาการที่พบบ่อย คือ หูแว่ว หรืออาจมีอาการหลงผิดได้

รูปแบบการปรับตัวเมื่อเกิดความเครียดและปัญหาทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยโรคลมชัก ต้องเผชิญปัญหาทางด้านจิตใจและความเครียดต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว การปรับตัวเมื่อเกิดความเครียดนั้นจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัจจัยเกี่ยวกับพยาธิสภาพทางร่างกาย ปัจจัยเกี่ยวกับ

บุคลิกภาพและพื้นฐานทางด้านจิตใจ ตลอดจนปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ ประเพณี และวัฒนธรรม เป็นต้น การเผชิญกับความเครียดจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม โดยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของบุคคล ซึ่งเป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลย์ของตน ให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Lazarus (1969) ได้แบ่งรูปแบบการเผชิญกับภาวะเครียดของคนทั่วไปไว้ 2 แบบ คือ การเผชิญภาวะเครียดแบบปฏิกิริยาโดยตรง และปฏิกิริยาโดยอ้อม ดังนี้

การเผชิญภาวะเครียดแบบปฏิกิริยาโดยตรง เป็นความพยายามของบุคคลที่จะเผชิญกับสิ่งคุกคาม โดยมีปฏิกิริยาโต้ตอบสิ่งแวดล้อม 5 แบบ คือ การเตรียมตัวต่อสู้กับสิ่งคุกคาม (Preparing against harm) การสู้ (Attack) การถอยหนี (Withdrawal) การประนีประนอม (Compromise) และการเฉยเมยหรือไม่มีปฏิกิริยา (Inactive or Apathy)

การเผชิญภาวะเครียดแบบปฏิกิริยาโดยอ้อม เป็นกลไกการทำงานของร่างกายและจิตใจ เพื่อภาวะลดอันตรายจากสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 2 ประการ คือ วิธีบรรเทาอาการโดยตรง (Symptom direct modes) เป็นการใช้สิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบรรเทาภาวะเครียดโดยตรง เช่น การใช้นอนหลับ การใช้ยาผ่อนคลาย รวมถึงวิธีอื่น ๆ ที่ใช้ร่างกายเป็นศูนย์กลาง และวิธีบรรเทาอาการภายในจิตใจ (Intrapsychic modes) เป็นการบรรเทาภาวะเครียดโดยวิธีการทางจิตวิทยาของจิตใต้สำนึก Freud เรียกว่า Defense Mechanism ซึ่งเป็นการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมโดยใช้กลไกทางจิต เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเผชิญภาวะเครียด ถ้าบุคคลปรับตัวไม่ได้จะเกิดความเครียด และ ถ้ามีความแปรปรวนของจิตใจเป็นระยะเวลานาน ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้น โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช Zusman (1975) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. ความกลัว (Fear) เป็นลักษณะปกติที่สุดที่เกิดขึ้นกับทุกคนที่มีความเครียด ความกังวลและเมื่อมีวิกฤตการณ์ทางอารมณ์ ความกลัวนั้นอาจเกิดกับบุคคล กิจกรรมหรือสถานที่ก็ได้ เช่น เกิดกับบุคคลที่เคยใกล้ชิดหรือบุคคลที่จะเข้าติดต่อด้วย ถ้าเกิดกับกิจกรรม อาจแสดงออกโดยการไม่กล้าทำในสิ่งที่เคยกระทำ ไม่กล้าพูดต่อหน้าคนอื่น หรือถ้าเกิดกับสถานที่ อาจมีอาการ กลัวที่แคบ ที่โล่งที่สูง หรือที่ปิดทึบ เป็นต้น การแสดงออกของความกลัวอาจจะออกมาโดยการพูด หรือหลีกเลี่ยงสิ่งทีกลัว ถ้าหลบไม่ได้ก็จะแสดงอาการนอน หลับ หรือ เป็นลมหมดสติไป ในทางพยาธิสภาพทางกาย ความกลัวจะแสดงออกมาในรูปของ การหายใจเร็ว เจ็บหน้าอก อาจรุนแรงถึงมีอาการทางหัวใจ หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดินได้

2. ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นความกลัวที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด หวาดกลัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นข้างหน้า ผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับสูงจะรู้สึกมวนท้อง ปากแห้ง หัวใจเต้นแรงเร็ว หายใจเร็ว และกระสับกระส่าย หากเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของชีวิต อาการจะรุนแรงมาก เช่น อาการแสดงออกโดยการกรีดร้อง ตัวสั่น หรือหมดสติไป

3. ความซึมเศร้า (Depression) เป็นปฏิกิริยาที่เป็นเครื่องหมายสำคัญของความคิดที่จะทำร้ายตนเอง พฤติกรรมซึมเศร้าที่ไม่รุนแรง แสดงออกมาโดยการมีอารมณ์อ่อนไหว สะเทือนใจง่ายมองโลกแง่ร้าย ถ้าความซึมเศร้ามีมากขึ้น อาจแสดงออกมาในรูปของความหมดหวัง หมดอาลัยในชีวิตแยกตัวเองจากสังคม นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร เห็นอ้วนน่าย หมดความรู้สึกทางเพศ บางคนรู้สึกผิดที่ต้องได้รับการลงโทษ ซึ่งความรู้สึกนี้เป็นที่มาของความคิดฆ่าตัวตาย ได้อย่างหนึ่ง

4. ภาวะ Mania เป็นปฏิกิริยาที่ตรงข้ามกับภาวะซึมเศร้า บุคคลที่มีปฏิกิริยาด้านนี้ มักมีอิสระในการแสดงออกอย่างกล้าหาญ สำหรับภาวะ Mania ในระดับที่ไม่เป็นอันตรายจะแสดงออกในรูปของการเล่นกีฬา ออกกำลังกายแรง ๆ หรือวาดภาพด้วยสีสรรที่ฉูดฉาด ส่วนภาวะ Mania ที่เป็นอันตรายจะกระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ ไม่สามารถตัดสินใจได้ ไม่สามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ แม้ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารหรือน้ำ

5. ความโกรธ (Anger) เป็นปฏิกิริยาโกรธโดยไม่สมเหตุสมผล อาจแสดงออกโดยการไม่ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น ในระดับรุนแรงอาจมีความคิดว่าทุกคนมีความคิดเป็นศัตรูกับตน ปฏิกิริยาที่แสดงออกจึงรุนแรง และไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์

6. ความสับสน (Confusion) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกสับสน วุ่นวาย จำสิ่งต่าง ๆ ไม่ได้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

7. การแยกตัวเอง (Withdraw) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากความรู้สึกหมดความสนใจต่อบุคคลและสภาพแวดล้อมที่เคยเป็นที่สนใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนทำให้กิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป บางคนอาจจะนอนหลับกลางวันตลอด แต่ตื่นขึ้นในเวลากลางคืน พฤติกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของความเศร้าเสียใจ

นอกจากปฏิกิริยาที่มีผลจากอารมณ์ ความคิดดังกล่าวแล้ว ความเครียด ความวิตกกังวล ยังทำให้เกิดพยาธิสภาพทางร่างกายระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำงานผิดปกติไป เช่น ระบบทางเดินอาหารเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โรคอ้วน โรคระบบทางเดินหายใจ เกิดอาการหอบหืด หัวใจเร็วกว่าปกติ ระบบสืบพันธุ์ เกิดความเสื่อมของสมรรถภาพทางเพศ ประจำเดือนผิดปกติ เป็นต้น



สำหรับปฏิกิริยาอื่น ๆ ที่แสดงถึงปัญหาทางอารมณ์ ความคิดของบุคคล เช่น พฤติกรรมซ้ำ ๆ (Obsessive-Compulsive) ต้องทำงานซ้ำ ๆ ตรวจสอบสิ่งที่ทำไปแล้วซ้ำแล้วซ้ำอีก พฤติกรรมหวาดระแวง (Paranoid Ideation) เป็นพฤติกรรมที่แสดงความคิดไม่เป็นมิตร โทษผู้อื่น ระแวงสงสัย หลงผิด ไม่ไว้วางใจผู้อื่น พฤติกรรมอาการวิกลจริต (Psychosis) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการที่บ่งชี้ว่าจะมีความผิดปกติหรือป่วยเป็นโรคจิต เป็นต้น

เจริญ สมวงษ์ศิริ (2523) ได้กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่าเป็นสภาวะของจิตใจที่มีลักษณะดังนี้ คือ เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ความรู้สึกที่ว่าจะมีสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายเกิดขึ้นโดยบอกสาเหตุไม่ได้ และอาจมีความรู้สึกกลัวร่วมด้วยความวิตกกังวลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความประพฤติ คือ ทางร่างกาย จะเป็นผลของการกระทบกระเทือนต่อระบบประสาทอัตโนมัติเป็นส่วนใหญ่ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก ปากแห้ง เวียนศีรษะ และ ทางความประพฤติ ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจการทำงาน

ชรรยง ศุภรัตน์ (2521) ได้กล่าวถึง ความวิตกกังวลของคนไว้ว่า สิ่งที่เรากังวลมากอย่างหนึ่งก็คือ เรื่องการเงินไม่พอใช้จ่าย ความวิตกกังวลมักจะเกิดกับความตึงเครียดของประสาทและสมอง แล้วเวลาเรามีความวิตกกังวลมาก ๆ บางครั้งเราจะรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพราะว่าร่างกายและจิตใจของคนเราต้องใช้พลังงานอย่างมากเพื่อขจัดความว้าวุ่นต่าง ๆ ในใจ ทำให้ไม่มีสมาธิที่จะทำงานอย่างอื่น และยังมีคนอื่นไม่น้อยที่มีความวิตกกังวลจนกระทั่งเป็นแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคอื่น ๆ ได้

ความวิตกกังวลส่วนมากแบ่งได้ดังนี้ ร้อยละ 40 กังวลเกี่ยวกับเรื่องที่ไม่เคยเกิดขึ้นเลย ร้อยละ 30 กังวลเกี่ยวกับเรื่องเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านพ้นไปแล้ว และแก้ไขอะไรไม่ได้อีกแล้ว ร้อยละ 12 กังวลเกี่ยวกับสุขภาพโดยไม่จำเป็น

ร้อยละ 10 กังวลเกี่ยวกับเรื่องเบ็ดเตล็ดเล็ก ๆ น้อย ๆ ร้อยละ 8 เป็นความกังวลซึ่งสมเหตุสมผล เป็นความวิตกกังวลอย่างจริงจัง

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2523) สนับสนุนว่า บุคคลที่อยู่ในกลุ่มพฤติกรรมที่มีโอกาสเครียดได้ง่าย ได้แก่ บุคคลพวกที่มีปมด้อย รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย มีความรู้สึกแข่งขันสูง ขาดความยืดหยุ่นทางความคิด บุคลิกภาพอ่อนแอ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ชะแวง เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง เก็บกด ไม่เป็นตัวของตัวเอง เปื่อตัวเอง เปื่อชีวิตประจำวัน อยู่ในภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ต้องอยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยนาน ๆ อยู่ร่วมกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

การประเมินอาการที่เป็นปัญหาทางด้านจิตใจด้วย SCL-90

การประเมินปัญหาทางด้านจิตใจด้วย แบบทดสอบ Symptom Distress check list - 90 (SCL-90) นี้ ได้มีผู้นำมาใช้ในประเทศไทยเพื่อสำรวจอาการที่เป็นปัญหาทางด้านจิตใจ และเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตกันอย่างแพร่หลาย ทั้งใน ด้านงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างเช่น

จำลอง ดิษยวณิช และคณะ (2522) ได้เลือกเอาบางส่วนของแบบทดสอบ มาใช้ในการสำรวจความแปรปรวนทางจิตใจในกลุ่มนักศึกษาที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า นักศึกษามีความแปรปรวนทางด้านจิตใจ ด้านความรู้สึกมีอาการทางกายและความวิตกกังวล กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2523) ได้ใช้ทำการสำรวจสุขภาพจิตนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตแทรกซึมของผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า สุขภาพจิตของนักเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยุกา วิสุทธีโกศล (2524) ได้เลือกเอาข้อความบางส่วนของ SCL - 90 ร่วมกับแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองไปศึกษาสุขภาพจิตในโรงเรียน สรุปว่าสุขภาพจิตของครูมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของนักเรียน เปรมสุริย์ เข็มทอง (2526) ได้นำแบบทดสอบ SCL - 90 นี้ ไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของ

เด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน พบว่า สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนดีกว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และมัลลวิทย์ อุดลย์วัฒนศิริ (2527) ได้ใช้ SCL-90 ในการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าลักษณะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกด้าน สิริวรรณ ภาษานนท์ (2530) ใช้ในการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดชายฝั่งตะวันออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) ได้ศึกษาปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 และแบบวัดบุคลิกภาพ MPI พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยมีอาการเด่นชัดที่สุดในกลุ่มอาการซึมเศร้า

สงศรี จัยสิน และคณะ (2531) ได้สำรวจสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบสอบถาม HOS และ SCL-90 พบว่า มี 95% Confidence interval ของอัตราความผิดปกติอยู่ระหว่างร้อยละ 27.25 ถึงร้อยละ 30.02 และพบประชากรที่มีอาการทางจิตอย่างชัดเจน ร้อยละ 0.19

กิตติยา จำรัสเลิศสมฤทธิ (2535) ได้ศึกษาสุขภาพจิตและปัญหาการเรียนของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยใช้ SCL-90 พบว่า นิสิตแพทย์ที่มีปัญหาการเรียน มีปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกเศร้า และความคิดหวาดระแวง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทวี ท้าวคำลือ (2535) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์ โดยใช้แบบทดสอบ SCL-90 พบว่า ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์ คิดเป็นจำนวนร้อยละ 37 ซึ่งน้อยกว่าความชุกปัญหาสุขภาพจิตในประชากรอื่น ๆ ในกรุงเทพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกมีอาการทางกาย (Somatization) พบได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.1

จากตัวอย่างที่กล่าวมาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า แบบทดสอบ SCL-90 ได้รับความนิยมแพร่หลายในหมู่นักวิจัย นักวิชาการทางด้านสุขภาพจิตมากพอสมควร ในต่างประเทศก็มีการนำแบบทดสอบ SCL-90 ไปในการศึกษาวิจัย เช่น Zhu CM, (1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบ MMPI กับ SCL-90 ในการประเมินอาการทางจิตเวช โดยทดสอบผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 131 คน พบว่า อาการทางจิตเวชทั้ง 9 ด้าน ใน SCL-90 มีความสัมพันธ์อย่างมากตรงกับอาการใน MMPI แต่ความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้ป่วยในการทดสอบ MMPI และ SCL-90 นี้ มีความแตกต่างกัน 3 โรค คือ Schizophrenia, Depression และ Neurosis แสดงว่าโรคทางจิตเวช 3 โรคที่กล่าวถึง อาจแตกต่างกันในลักษณะของพยาธิสภาพของโรค ซึ่งพบว่า ตรงกันกับการปฏิบัติงานทางด้านคลินิก แสดงว่า SCL-90 เป็น Self-rating Scale ที่มีความเที่ยงตรงสามารถนำไปใช้ได้

Platt J.J. และคณะ (1989) ได้ศึกษาความแตกต่างในการประเมิน SCL-90 ของผู้ป่วยฝิ่นดำ กับ ฝิ่นขาว ที่ใช้ Methadone พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยฝิ่นขาวที่ใช้ Methadone มีอาการย้ำคิดย้ำทำ และอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยฝิ่นดำ

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า SCL-90 สามารถนำมาใช้ในการประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประภาศรี กิตติศรีกังวาล และ สุนิรัตน์ จงเสรีวงศ์ (2523) ได้ศึกษาเรื่อง โรคลมบ้าหมูในผู้ป่วยนอก ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลระหว่างปี 2521-2522 โดยศึกษาผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู 147 ราย พบว่า ผู้ชายเป็นโรคลมบ้าหมูมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 3.2 เท่า และพบบ่อยในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 30 ปี ผู้ป่วยส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ นักเรียน ทำงานบ้าน

และท่านา ชนิดของการชักที่พบส่วนมากเป็นชนิดชักทั้งตัว (Generalized epilepsy) ส่วนน้อยที่เป็นชนิดชักเฉพาะที่ (Focal Epilepsy) ประมาณ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยได้รับยาระงับชักมากกว่า 1 ชนิด มีเพียง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดเดียว

Pond และ Bidwell (1959) ได้สำรวจผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่ศึกษามีความยุ่งยากทางด้านจิตใจ (Psychological diffical) ร้อยละ 29 และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชระหว่างทำการสำรวจ ร้อยละ 7 ซึ่งพบว่า เป็นชนิดที่มีพยาธิสภาพบริเวณ Temporal Lobe มากที่สุด

Gudmundsson (1966) ได้สำรวจประชาชน Iceland เพื่อหาอัตราความชุกของการป่วยทางด้านจิตเวชในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษามีอาการโรคประสาท (Neurotic Symptoms) ร้อยละ 25 มีอาการโรคจิต (Psychosis) ร้อยละ 7.1

Dodrill และคณะ (1983) ได้ศึกษาปัญหาจิตสังคมในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคลมชักเปรียบเทียบใน 4 ประเทศ ซึ่งมีวัฒนธรรมต่างกัน โดยใช้เครื่องมือ WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory) พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีปัญหาซึมเศร้า (Depression) ตึงเครียด (Tension) และวิตกกังวล (Anxiety)

Matuja (1990) ได้ศึกษาปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคลมชักชาวแทนซาเนีย (Tanzanian) จำนวน 230 คนในคลินิกประสาทวิทยา ที่ Muhimbili Medicill Centre, Dar es Saiaam โดยมีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษาคือ ผู้ที่มี perictal disturbance ผู้ที่มีเขาวนปัญญาและมีรอยโรคที่

focal cerebral โดยใช้ ICD-9 เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยทางด้านจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษา มีปัญหาทางด้านจิตใจเล็กน้อย จากโรคประสาท (Neurotic Disorder) ร้อยละ 81 มีปัญหาทางด้านจิตเวชที่รุนแรงจากโรคจิตเภท (Schizophrenia) ร้อยละ 19 อาการอื่นที่พบว่าเป็น ปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ Hysterical reaction อาการกลัวที่โล่ง (Agora-phobia) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

Hermann และคณะ (1990) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะจิตสังคมที่บ่งชี้ถึง พยาธิสภาพทางจิตใจในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยใช้เครื่องมือ GHQ (General Health Questionnaire) ในผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 102 ราย พบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา การไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะ เศร้า การมีความเครียดเกี่ยวกับด้านการเงินเป็นสิ่งสำคัญในการชี้บ่งถึงพยาธิ สภาพทางจิต