

## กลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วชิรา โพธิ์ไธ<sup>1</sup>, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ<sup>2</sup>, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก<sup>3</sup>

<sup>1</sup> กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประเทศไทย

<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ ประเทศไทย

<sup>3</sup> ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

**บทนำ:** รายงานข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำนวนค่อนข้างน้อย

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษากลุ่มอาการทางประสาทจิตเวช และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินอาการทางประสาทจิตเวช และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 140 คน ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562

**ผลการศึกษา:** จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน พบว่า อาการทางประสาทจิตเวช ทั้ง 12 อาการ สามารถจัดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มอาการ ประกอบด้วย กลุ่มอาการโรคจิต กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม และกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยความถี่เท่ากับ 1.58, 2.37, 2.49 และค่าเฉลี่ยความรุนแรงเท่ากับ 2.08, 2.73, 2.82 ตามลำดับ) โดยทั้ง 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการโรคจิต ( $r = 0.289$ ;  $P < .01$ ) กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม ( $r = 0.719$ ;  $P < .01$ ) และกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ ( $r = 0.716$ ;  $P < .01$ ) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป:** การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชโดยเฉพาะกลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรมและกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมอง อาการทางประสาทจิตเวช คุณภาพชีวิต กลุ่มอาการ

Rama Med J: doi:10.33165/rmj.2019.42.2.168578

Received: February 13, 2019 Revised: May 4, 2019 Accepted: May 27, 2019

### Corresponding Author:

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน

และสังคม คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ประเทศไทย

โทรศัพท์ +668 4376 1058

อีเมล pramot\_computer@hotmail.com



## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข และเป็นภาระด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย<sup>1, 2</sup> มีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ประมาณ 250,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>3</sup> อาการทางประสาทจิตเวช (Neuropsychiatric symptom) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง<sup>4</sup> ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง (Cognitive impairment) เป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย<sup>5</sup>

จากรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชสูงถึงร้อยละ 50<sup>6</sup> อาการทางประสาทจิตเวชที่พบได้แก่ ความคิดหลงผิด เห็นภาพหลอน กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง มีพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล มีความอึดอัดใจหรือซึมเศร้า รำเริงผิดปกติ นิ่งเฉย ไม่สนใจใคร กล้าทำในสิ่งที่ปกติแล้วผู้ป่วยไม่กล้าทำ อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมทำอะไรแปลกๆ มีการนอนหลับและการกินเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ<sup>6-8</sup> อาการทางประสาทจิตเวชเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse outcomes) ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้อีกด้วย<sup>9-11</sup> อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่พบข้อมูลหรือการศึกษาว่ากลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ โดยเฉพาะในประเทศไทย ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำความเข้าใจว่าอาการทางประสาทจิตเวชที่เกิดขึ้นสามารถจัดเป็นกลุ่มอาการ (Symptom cluster) อะไรบ้าง และในแต่ละกลุ่มอาการประกอบด้วยอาการอะไรบ้าง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการทางประสาท

จิตเวชและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

## วิธีการศึกษา

### กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี มีคะแนนกลาสโกวโคมา (Glasgow coma score, GCS) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจ และเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาคือ ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามกำหนด และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง คะแนนกลาสโกวโคมาน้อยกว่า 8 คะแนน

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัยโดยการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เลขที่ 051/2561 เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2561 โดยคณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย รวมทั้งขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้ง

### วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิก 2) แบบประเมินอาการทางประสาทจิตเวชในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์จากแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>12</sup> ประกอบด้วยอาการทางประสาทจิตเวช จำนวน 12 อาการ เพื่อใช้ประเมิน

ความถี่และความรุนแรงของอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การประเมินความถี่เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 = เกิดขึ้นน้อยครั้งมาก; 2 = เกิดขึ้นบางครั้ง; 3 = เกิดขึ้นบ่อยครั้ง; 4 = เกิดขึ้นตลอดเวลา) และมีเกณฑ์การแบ่งระดับความถี่ดังนี้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 - 4.00 หมายถึง เกิดขึ้นตลอดเวลา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 - 3.00 หมายถึง เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 - 2.00 หมายถึง เกิดขึ้นน้อยครั้งมาก ส่วนการประเมินความรุนแรงเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่มีความรุนแรง; 2 = รุนแรงน้อย; 3 = รุนแรงปานกลาง; 4 = รุนแรงมาก; 5 = รุนแรงมากที่สุด) และมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงดังนี้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 - 5.00 หมายถึง รุนแรงมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 - 3.66 หมายถึง รุนแรงปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 - 2.33 หมายถึง ไม่มีความรุนแรง เมื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของการประเมินความถี่เท่ากับ 0.88 และการประเมินความรุนแรงเท่ากับ 0.94 และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์จากแบบวัดที่ใช้ในการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>12</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เลย; 2 = น้อย; 3 = ปานกลาง; 4 = มาก; 5 = มากที่สุด) และมีเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิตดังนี้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 - 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับแย่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 - 3.66 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 - 2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เมื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.94

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS รุ่นที่ 23.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2015) เพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ

เชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนของกลุ่มอาการที่สอดคล้องกัน โดยใช้เทคนิคการสกัดตัวประกอบหลัก (Principal component analysis) และหมุนแกนองค์ประกอบหลักแบบออร์ทोगอนัล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) เพื่อจัดกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวช และใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation,  $r$ ) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ( $P < .05$ )

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 31 - 92 ปี (ค่าเฉลี่ย  $\pm$  ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ  $70.50 \pm 11.88$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.40 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 62.90 วุฒิการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.90 ประกอบอาชีพทำนา คิดเป็นร้อยละ 35.70 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภทสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) คิดเป็นร้อยละ 71.30 ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 1 - 30 เดือน (ค่าเฉลี่ย  $\pm$  ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ  $10.61 \pm 5.80$ ) และระดับความรู้สึกตัวในปัจจุบันเมื่อประเมินโดยใช้คะแนนกลาสโกวโคมา มีคะแนนมากกว่า 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 77.1 (ตารางที่ 1)

การจัดกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบจากคะแนนการรับรู้ความถี่ของอาการทางประสาทจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า เมื่อนำค่าน้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละตัวแปรไปพิจารณาเกี่ยวกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีองค์ประกอบที่สามารถเข้าเกณฑ์โดยเรียงตามลำดับของค่าไอเกน (Eigenvalue) และค่าร้อยละความแปรปรวนจากค่ามากไปหาน้อย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีค่าไอเกนระหว่าง 1.16 - 5.13 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 9.65 - 42.74 โดยทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนได้รวมกันร้อยละ 63.81 ซึ่งสามารถจัดแบ่งกลุ่มอาการตามค่าไอเกนได้ 3 อาการ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 140)**

รายการ	จำนวน (%)
อายุ, ปี	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	70.50 $\pm$ 11.88
เพศ	
ชาย	54 (38.60)
หญิง	86 (61.40)
สถานภาพสมรส	
โสด	9 (6.40)
สมรส	88 (62.90)
หม้าย/หย่าร้าง	43 (30.70)
วุฒิการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้รับการศึกษา	11 (7.90)
ประถมศึกษา	81 (57.90)
มัธยมศึกษา	31 (22.10)
ปริญญาตรีและสูงกว่า	17 (12.10)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (10.70)
แม่บ้าน	4 (2.90)
ทำนา	50 (35.70)
รับจ้าง	23 (16.40)
ค้าขาย	23 (16.40)
พนักงานบริษัท	5 (3.60)
ข้าราชการ	20 (14.30)
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	
สมองขาดเลือด	100 (71.30)
เลือดออกในสมอง	40 (28.70)
ระยะเวลาการเกิดโรค, เดือน	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.61 $\pm$ 5.80
ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม,* คะแนน	
$\leq 10$	32 (22.90)
$> 10$	108 (77.10)

\* ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่มใช้คะแนนกลาสโกว์โคมา โดยอาการรุนแรง (Critical) คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 และอาการไม่รุนแรง (Non critical) คะแนนมากกว่า 10

อย่างไรก็ตาม จากการพิจารณาผลการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า อาการทางประสาทจิตเวช 4 อาการถูกจัดอยู่ในกลุ่มอาการที่ไม่สอดคล้องกับพยาธิสรีระ คณะผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มใหม่โดยพิจารณาให้อาการมีความสอดคล้องกันภายในกลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มอาการโรคจิต (Psychosis) มีค่าคะแนนความถี่เฉลี่ยเท่ากับ 1.58 และค่าความรุนแรงเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 ประกอบด้วย อาการความคิดหลงผิด และอาการเห็นภาพหลอน มีค่าคะแนนความถี่เฉลี่ยเท่ากับ 1.59 และ 1.58 ค่าความรุนแรงเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 และ 2.06 ตามลำดับ 2) กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม (Behavioral problems) มีค่าคะแนนความถี่เฉลี่ยเท่ากับ 2.37 และค่าความรุนแรงเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 ประกอบด้วย อาการกระสับกระส่าย พฤติกรรมก้าวร้าว กล้าทำในสิ่งที่ปกติแล้วผู้ป่วยไม่กล้าทำ ยิ้มแฉ่ง แจ่มใส ร่าเริงผิดปกติ พฤติกรรมทำอะไรแปลกๆ มีการนอนหลับเปลี่ยนแปลง และมีพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลง มีค่าคะแนนความถี่เฉลี่ยเท่ากับ 2.21 - 2.46 และค่าความรุนแรงเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 - 2.81 และ 3) กลุ่มอาการความคิดผิดปกติด้านอารมณ์ (Mood disturbance) มีค่าคะแนนความถี่เฉลี่ยเท่ากับ 2.49 และค่าความรุนแรงเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 ประกอบด้วย อาการวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า อาการนั่งเฉย ไม่สนใจใคร และอาการหงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีค่าคะแนนความถี่เฉลี่ยเท่ากับ 2.21 - 2.89 และค่าความรุนแรงเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 - 2.96 (ตารางที่ 3)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $2.97 \pm 0.60$  เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $3.00 \pm 0.66$  และด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $2.93 \pm 0.59$  (ตารางที่ 4) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มอาการโรคจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.289$ ;  $P < .01$ ) กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรมและกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.719$ ;  $P < .01$  และ  $r = 0.716$ ;  $P < .01$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 2. กลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ**

กลุ่มอาการทางประสาทจิตเวช	การวิเคราะห์องค์ประกอบ*		
	น้ำหนักองค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน
กลุ่มอาการที่ 1	-	5.13	42.74
ความคิดหลงผิด	0.86	-	-
เห็นภาพหลอน	0.85	-	-
กลุ่มอาการที่ 2		1.37	11.42
กล้าทำในสิ่งที่ปกติแล้วผู้ป่วยไม่กล้าทำ	0.78	-	-
อารมณ์ซึมเศร้า	0.77	-	-
พฤติกรรมทำอะไรแปลกๆ	0.72	-	-
วิตกกังวล	0.65	-	-
ซึมเศร้า แจ่มใส ร่าเริงผิดปกติ	0.63	-	-
กระสับกระส่าย พฤติกรรมก้าวร้าว	0.58	-	-
กลุ่มอาการที่ 3	-	1.16	9.65
หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	0.80	-	-
นั่งเฉย ไม่สนใจใคร	0.76	-	-
มีพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลง	0.66	-	-
มีการนอนหลับเปลี่ยนแปลง	0.61	-	-

\*การวิเคราะห์องค์ประกอบกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชมีค่าสถิติไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy, KMO) เท่ากับ 0.87 และค่าสถิติของบาร์ทเลทท์ (Bartlett's test of sphericity) เท่ากับ 685.921 ( $df = 66$ ,  $P < .001$ )

**ตารางที่ 3. ความถี่และความรุนแรงของกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

กลุ่มอาการทางประสาทจิตเวช	ความถี่		ความรุนแรง	
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
กลุ่มอาการโรคจิต	1.58 $\pm$ 0.51	น้อย	2.08 $\pm$ 0.60	ไม่มี
ความคิดหลงผิด	1.59 $\pm$ 0.55	น้อย	2.10 $\pm$ 0.63	ไม่มี
เห็นภาพหลอน	1.58 $\pm$ 0.59	น้อย	2.06 $\pm$ 0.72	ไม่มี
กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม	2.37 $\pm$ 0.48	บ่อย	2.73 $\pm$ 0.68	ปานกลาง
กล้าทำในสิ่งที่ปกติแล้วผู้ป่วยไม่กล้าทำ	2.46 $\pm$ 0.71	บ่อย	2.67 $\pm$ 0.78	ปานกลาง
มีการนอนหลับเปลี่ยนแปลง	2.40 $\pm$ 0.60	บ่อย	2.81 $\pm$ 0.74	ปานกลาง
มีพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลง	2.40 $\pm$ 0.61	บ่อย	2.81 $\pm$ 0.79	ปานกลาง
กระสับกระส่าย พฤติกรรมก้าวร้าว	2.39 $\pm$ 0.64	บ่อย	2.67 $\pm$ 0.89	ปานกลาง



ตารางที่ 3. ความถี่และความรุนแรงของกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

กลุ่มอาการทางประสาทจิตเวช	ความถี่	ระดับ	ความรุนแรง	ระดับ
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
พฤติกรรมทำอะไรแปลกๆ	2.33 $\pm$ 0.69	น้อย	2.73 $\pm$ 0.85	ปานกลาง
ซึมเศร้า แจ่มใส ร่าเริงผิดปกติ	2.21 $\pm$ 0.73	น้อย	2.72 $\pm$ 0.85	ปานกลาง
กลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์	2.49 $\pm$ 0.52	น้อย	2.82 $\pm$ 0.76	ปานกลาง
วิตกกังวล	2.89 $\pm$ 0.76	น้อย	2.96 $\pm$ 0.96	ปานกลาง
หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	2.49 $\pm$ 0.70	น้อย	2.84 $\pm$ 0.76	ปานกลาง
นั่งเฉย ไม่สนใจใคร	2.39 $\pm$ 0.68	น้อย	2.77 $\pm$ 0.92	ปานกลาง
อารมณ์ซึมเศร้า	2.21 $\pm$ 0.73	น้อย	2.72 $\pm$ 0.85	ปานกลาง

ตารางที่ 4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ภาพรวม	2.97 $\pm$ 0.60	ปานกลาง
ด้านสุขภาพกาย	3.00 $\pm$ 0.66	ปานกลาง
การดูแลตนเอง	3.05 $\pm$ 0.54	ปานกลาง
การเคลื่อนไหวที่	2.70 $\pm$ 0.81	ปานกลาง
การใช้งานแขนและมือ	2.94 $\pm$ 0.85	ปานกลาง
การพูด	2.86 $\pm$ 0.84	ปานกลาง
การมองเห็น	3.10 $\pm$ 0.72	ปานกลาง
การทำงาน	2.95 $\pm$ 0.83	ปานกลาง
ด้านสุขภาพจิต	2.93 $\pm$ 0.59	ปานกลาง
การคิด	3.05 $\pm$ 0.79	ปานกลาง
บทบาทในครอบครัว	2.99 $\pm$ 0.82	ปานกลาง
บทบาทในสังคม	3.01 $\pm$ 0.79	ปานกลาง
บุคลิกภาพ	2.97 $\pm$ 0.84	ปานกลาง
อารมณ์	2.94 $\pm$ 0.81	ปานกลาง
พลังงาน	3.06 $\pm$ 0.80	ปานกลาง



ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มอาการทางประสาทจิตเวช	คุณภาพชีวิต*					
	ภาพรวม		ด้านสุขภาพกาย		ด้านสุขภาพจิต	
	<i>r</i>	<i>P Value</i>	<i>r</i>	<i>P Value</i>	<i>r</i>	<i>P Value</i>
ภาพรวม	0.726	< .001	0.698	< .001	0.734	< .001
กลุ่มอาการโรคจิต	0.282	.001	0.278	.001	0.289	.001
กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม	0.718	< .001	0.677	< .001	0.719	< .001
กลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์	0.705	< .001	0.683	< .001	0.716	< .001

\*ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

## อภิปรายผล

อาการทางประสาทจิตเวชของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการโรคจิต กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม และกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์เป็นกลุ่มอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรายงานมากที่สุดทั้งความถี่และความรุนแรง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ความผิดปกติด้านอารมณ์เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง<sup>13</sup> อาการที่พบในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความวิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นิ่งเฉย ไม่สนใจใคร และมีอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล<sup>14-16</sup> กลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตทุกด้านและโดยรวม สอดคล้องกับรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ความผิดปกติด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>15, 17</sup> แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีความถี่ของกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์เพิ่มสูงขึ้นจะทำให้ผู้ป่วย

มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง เนื่องจากผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอาจสร้างภาระให้กับตัวเองและครอบครัว<sup>18</sup> อันเป็นผลมาจากความพิการด้านร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้เป็นภาระของครอบครัว รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและบทบาทในครอบครัว เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งสูญเสียรายได้จากการทำงาน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล นิ่งเฉย ไม่สนใจใคร ซึมเศร้าหรือหงุดหงิด และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรมเป็นกลุ่มอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรายงานมากรองจากกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ทั้งความถี่และความรุนแรงประกอบด้วย อาการกระสับกระส่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวกล้าทำในสิ่งที่ปกติแล้วผู้ป่วยไม่กล้าทำ ยิ้มแฉ่งแจ่มใสเรรังผิดปกติ มีพฤติกรรมทำอะไรแปลกๆ มีการนอนหลับเปลี่ยนแปลง มีพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลง กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตทุกด้านและโดยรวม สอดคล้องกับรายงานการศึกษา

ก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักสังเกตได้ถึงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น การมีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่สามารถควบคุมความโกรธได้<sup>19, 20</sup> ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจเป็นผลมาจากความเสียหายหรือความผิดปกติของสมอง หรืออาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความทุกข์ทรมาน และการเปลี่ยนแปลงของชีวิตภายหลังการเจ็บป่วย<sup>21</sup> ดังนั้น หากผู้ป่วยมีความถี่ของกลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงได้

กลุ่มอาการโรคจิตเป็นกลุ่มอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรายงานน้อยที่สุดทั้งความถี่และความรุนแรง ประกอบด้วย ความคิดหลงผิด และเห็นภาพหลอน กลุ่มอาการโรคจิตมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตทุกด้าน และโดยรวม แม้ว่าจะเป็นกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอาการอื่นๆ<sup>22</sup> แต่เป็นกลุ่มอาการที่พบได้น้อย เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการรายงานความถี่ในระดับน้อยและไม่มีความรุนแรงของอาการ กลุ่มอาการโรคจิตจึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่พบรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างแพร่หลาย<sup>22</sup> ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษาอาการดังกล่าวของผู้ป่วยล่าช้าออกไป และอาจเป็นปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตแย่ลงได้เช่นกัน

การศึกษาในครั้งนี้ทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการจัดการดูแล เพื่อให้สามารถจัดการกับกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้นได้

## สรุปผล

อาการทางประสาทจิตเวช 12 อาการ สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการโรคจิต 2) กลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม และ 3) กลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ ทั้ง 3 กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรม อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ กล้าทำในสิ่งที่ปกติแล้วผู้ป่วยไม่กล้าทำ มีการนอนหลับเปลี่ยนแปลง มีพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมทำอะไรแปลกๆ ยิ้มแฉ่งแจ่มใส ร่าเริงผิดปกติ และกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นิ่งเฉย ไม่สนใจใคร อารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพควรมีการวางแผนในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางประสาทจิตเวช โดยเฉพาะกลุ่มอาการปัญหาด้านพฤติกรรมและกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## References

1. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. *J Stroke*. 2014;16(1):1-7. doi: 10.5853/jos.2014.16.1.1.
2. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. *Songklanagarind J Nurs*. 2017;37(2):154-159.
3. Jitnarin N, Kosulwat V, Rojroongwasinkul N, Boonpradern A, Haddock CK, Poston WS. Risk factors for overweight and obesity among Thai adults: results of the National Thai Food Consumption Survey. *Nutrients*. 2010;2(1):60-74. doi:10.3390/nu20100060.





4. Angelelli P, Paolucci S, Bivona U, et al. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(1):55-63. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00297.x.
5. Hachinski V, Iadecola C, Petersen RC, et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke*. 2006;37(9):2220-2241. doi:10.1161/01.STR.0000237236.88823.47.
6. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997;48(5 Suppl 6):S10-S16.
7. Wong A, Lau AYL, Yang J, et al. Neuropsychiatric symptom clusters in stroke and transient ischemic attack by cognitive status and stroke subtype: frequency and relationships with vascular lesions, brain atrophy and amyloid. *PLoS One*. 2016;11(9):e0162846. doi: 10.1371/journal.pone.0162846.
8. Kaplan A. Neuropsychiatric symptoms in poststroke patients. *Psychiatric Times*. 2005;22(1):1.
9. Samus QM, Rosenblatt A, Onyike C, et al. Correlates of caregiver-rated quality of life in assisted living: the Maryland Assisted Living study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(5): P311-P314.
10. Royall DR, Lauterbach EC, Cummings JL, et al. Executive control function: a review of its promise and challenges for clinical research. A report from the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002 Fall; 14(4):377-405. doi:10.1176/jnp.14.4.377.
11. Hackett ML, Köhler S, O'Brien JT, Mead GE. Neuropsychiatric outcomes of stroke. *Lancet Neurol*. 2014; 13(5):525-534. doi:10.1016/S1474-4422(14)70016-X.
12. Post MW, Boosman H, van Zandvoort MM, Passier PE, Rinkel GJ, Visser-Meily JM. Development and validation of a short version of the stroke specific quality of life scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011;82(3):283-286. doi: 10.1136/jnnp.2009.196394.
13. Kim JS, Choi-Kwon S. Poststroke depression and emotional incontinence: correlation with lesion location. *Neurology*. 2000; 54(9):1805-1810. doi:10.1212/WNL.54.9.1805.
14. Carota A, Bogousslavsky J. Mood disorders after stroke. *Front Neurol Neurosci*. 2012; 30:70-74. doi:10.1159/000333413.
15. Kim JS, Choi-Kwon S, Kwon SU, Lee HJ, Park KA, Seo YS. Factors affecting the quality of life after ischemic stroke: young versus old patients. *J Clin Neurol*. 2005;1(1): 59-68. doi:10.3988/jcn.2005.1.1.59.
16. Choi-Kwon S, Kim HS, Kwon SU, Kim JS. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(5):1043-1048. doi: 10.1016/j.apmr.2004.09.013.
17. Liman TG, Heuschmann PU, Endres M, Floel A, Schwab S, Kolominsky-Rabas PL. Impact of low mini-mental status on health outcome up to 5 years after stroke: the Erlangen Stroke Project. *J Neurol*. 2012;259(6): 1125-1130. doi:10.1007/s00415-011-6312-6.
18. Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkard S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. *BMC Public Health*. 2011;11:53. doi:10.1186/1471-2458-11-53.
19. Paradiso S, Robinson RG, Arndt S. Self-reported aggressive behavior in patients with stroke. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184(12): 746-753.
20. Kim JS, Choi S, Kwon SU, Seo YS. Inability to control anger or aggression after stroke. *Neurology*. 2002;58(7): 1106-1108. doi:10.1212/WNL.58.7.1106.



21. Stone J, Townend E, Kwan J, Haga K, Dennis MS, Sharpe M. Personality change after stroke: some preliminary observations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75(12):1708-1713. doi:10.1136/jnnp.2004.037887.
22. Stangeland H, Orgeta V, Bell V. Poststroke psychosis: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2018;89(8):879-885. doi:10.1136/jnnp-2017-317327.

## Neuropsychiatric Symptom Clusters and Quality of Life Among Patients With Stroke

Vachira Posai<sup>1</sup>, Ploenta Pipatsombat<sup>2</sup>, Pramote Thangkratok<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Nursing Department, Sanpasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

<sup>3</sup> Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

**Background:** There are relatively few reports of neuropsychiatric symptom clusters which affect the quality of life in patients with stroke.

**Objectives:** To study neuropsychiatric symptom clusters and the relationship between neuropsychiatric symptom clusters and quality of life among patients with stroke.

**Methods:** This descriptive study conducted in 140 patients with stroke at Sanpasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand; they were selected purposively. Data were collected through patient general and clinical information, the neuropsychiatric symptoms assessment, and the 12-item stroke-specific quality of life scale conducted from September 2018 to January 2019.

**Results:** The results illustrated that 12 neuropsychiatric symptoms of patients with stroke embraced 3 symptom clusters were psychosis clusters, behavioral problems clusters, and mood disturbance clusters. (average frequency = 1.58, 2.37, 2.49; and average severity = 2.08, 2.73, 2.82, respectively). Among 3 symptom clusters, psychosis ( $r = 0.289$ ;  $P < .01$ ), behavioral problems ( $r = 0.719$ ;  $P < .01$ ), and mood disturbance ( $r = 0.716$ ;  $P < .01$ ) clusters were statistically significantly associated with all aspects of quality of life.

**Conclusions:** This study showed that neuropsychiatric symptom, especially behavioral problems and mood disturbance clusters were correlated with quality of life among patients with stroke.

**Keywords:** Stroke, Neuropsychiatric symptom, Quality of life, Symptom clusters

**Rama Med J:** doi:10.33165/rmj.2019.42.2.168578

**Received:** February 13, 2019 **Revised:** May 4, 2019 **Accepted:** May 27, 2019

### Corresponding Author:

Pramote Thangkratok  
Department of Preventive  
and Social Medicine,  
Faculty of Medicine,  
Chulalongkorn University,  
254 Phayathai Road, Pathumwan,  
Bangkok 10330, Thailand.  
Telephone: +668 4376 1058  
E-mail: pramot\_computer@hotmail.com

