

Articles from Ramamental

Common Psychophysiological Disorders

I. ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและร่างกาย เป็นเรื่องที่ถูกเถียงกันมานาน ทั้งในกลุ่มนักปรัชญา นักสรีรวิทยา นักจิตวิทยา

ในยุคสมัยกรีกตอนต้นได้เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interrelationship) ระหว่างร่างกาย และจิตใจ Socrates ได้กล่าวไว้ตั้งแต่ 500 ปีก่อนคริสตศักราชว่า “It is not proper to cure the eyes without the head nor the head without the body , so neither is proper to cure body without soul” Hippocrates ได้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับ Healing process นอกจากนี้ Hippocrates ยังได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพว่า เกี่ยวข้องกับของเหลวในร่างกาย 4 ชนิด เช่น คนที่มีลักษณะซึมเศร้า (melancholic) เกิดจากมีน้ำดี สีดำมาก คนที่มีอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย (choleric) เกิดจากมีน้ำดีสีเหลืองมากเกินไป แม้ว่าทฤษฎีนี้จะไม่เป็นจริงแต่ก็ชี้ให้เห็นว่า ในยุคสมัยกรีกโบราณมองว่าร่างกายและจิตใจมีส่วนเกี่ยวข้องกัน

เมื่อวิชาการแพทย์สมัยใหม่ เกิดขึ้นในยุค Renaissance ความเชื่อที่ว่าจิตใจความเกี่ยวข้องกับร่างกายถูกมองว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ (unscientific) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจิตวิญญาณ (mind and soul) ถูกผลักดันให้จำกัดอยู่ในเรื่องของศาสนาและปรัชญา ในเวลาเดียวกัน ความรู้เกี่ยวกับร่างกายได้รับการยอมรับเป็นวิชาการแพทย์แยกออกมาต่างหาก

ยุคสมัยก่อนหน้านี แพทย์มีบทบาทในหลายด้าน เป็นทั้งครูนักปรัชญา นักบวช และผู้รักษาเขา จะเข้าใจถึงปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและร่างกาย และมองการเจ็บป่วยเป็นผลรวมของความสัมพันธ์ ระหว่างร่างกายและจิตใจ (Holistic approach)

Holistic approach ได้รับความยืดถือน้อยลง เนื่องจากอิทธิพลของ Cartesian Dualism ซึ่ง

เป็นแนวคิดทางปรัชญาของRene' Descartes ปรัชญา Dualism เชื่อว่าจิตหรือวิญญาณ นั้น แยกออกจากร่างกาย และไม่สามารถมีผลโดยตรงต่อร่างกาย Cartesian Dualism กลายมาเป็น

พื้นฐานทางปรัชญาที่สำคัญของการแพทย์แผนปัจจุบัน แม้ว่าDescartes จะกล่าวว่าร่างกาย และจิตใจ

สามารถจะมีปฏิสัมพันธ์กันได้ โดยมี Pineal gland เป็นตัวเชื่อม แต่แนวคิด Dualism ทำให้การ

แพทย์แผนปัจจุบันหนีจาก Holistic approach ซึ่งเน้น psycho-somatic interaction ไปสู่ Mechanistic pathophysiology approach หรือ Biomedical model ซึ่งปัจจุบันนี้ แนวปรัชญา

นี้ยังมีอิทธิพลอย่างมาก ยังมีการค้นพบ microorganism แนวคิดนี้ก็ยิ่งได้รับการยอมรับมากขึ้น

ในศตวรรษที่ 20 Holistic approach เริ่มกลับมามีบทบาทมากขึ้น เนื่องจากมีโรคหลายอย่างที่ Biomedical model ไม่สามารถอธิบายได้ Social และ psychological factor ได้รับความสนใจในแง่ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดโรค(etiology)การคงอยู่ของโรค(maintenance of illness) และการรักษา ในช่วงนี้เอง Psychosomatic medicine ซึ่งเป็นแขนงหนึ่งของวิชา แพทย์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและการเกิดโรคทางกาย ได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็ว

II. ทฤษฎีว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและร่างกาย

1. Specificity theory

Flander Dunbar และ Franz Alexander เป็นผู้ที่พัฒนาทฤษฎีนี้ระหว่างปี 1930- 1940

Dunbar เชื่อว่า Specific personality profiles เกี่ยวข้อง (associate) กับ specific illness ตัวอย่างที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดคือ ความสัมพันธ์ระหว่าง Type A personality กับ Coronary heart disease ส่วน Alexander เสนอว่า Specific unresolved, unconscious conflict เป็นสาเหตุของ Specific somatic disorder เช่น คนที่เป็น essential hypertension มี conflict ระหว่างการแสดงความรู้สึก hostile และการสูญเสียความรักจากผู้อื่น

2. Generality Theory (1940 – 1960)

ทฤษฎีในกลุ่มนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่าง neuroanatomy , neurophysiology และ neuroendocrinology ทฤษฎีที่สำคัญ คือ stress theory ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการตอบสนองของร่างกายในภาวะที่มีความเครียด ผู้ที่มีผลงานวิจัยและได้รับการยอมรับมากที่สุดคือ Hans Selye

3. Holistic Theory

ทฤษฎีนี้เน้น social และ cultural environment นอกเหนือจาก biological และ psychological factor แนวความคิดที่สำคัญคือ Biopsychosocial model ของ Engel Engel เชื่อว่าโลกของสิ่งมีชีวิต มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ตั้งแต่ระดับเซลล์ไปจนถึง

สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่ส่วนใดก็ตาม ย่อมมีผลกระทบต่อส่วนอื่นด้วย

III. Concept of Stress

แนวความคิดเกี่ยวกับ stress มีความสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ และจะกล่าวถึงในละเอียดต่อไป

Stress เป็นขบวนการที่ซับซ้อนซึ่ง organism ตอบสนองต่อ environmental psychological events ที่เรียกว่า stressor

Stressor อาจจะมาจกภายนอก หรือเป็น symbol of threat (psychological representation of danger) ร่างกายจะตอบสนองต่อ stressor ในรูปของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พฤติกรรม ความนึกคิด (cognition) อารมณ์แนวความคิดเกี่ยวกับ stress ที่สำคัญ ได้แก่

1. Selye's Biologic stress model

Selye ได้เริ่มต้งงานเกี่ยวกับ stress โดยบังเอิญในขณะที่เขาทดลองฉีดสารสกัดจากรังไข่เข้าไปในหนูและพบการเปลี่ยนแปลง 3 ประการ (Triad) คือ adrenal gland มีขนาดใหญ่ขึ้น ต่อม thymus ฝ่อลง และมีแผลเลือดออกในกระเพาะอาหาร เขาได้ทำการทดลองต่อและพบว่า Triad ดังกล่าวเกิดขึ้นไม่ว่าจะฉีดสารอะไรเข้าไปในหนู เขาคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็น nonspecific response ต่อ stressor ทุกชนิด Selye เรียกการตอบสนองของร่างกายเมื่อมี stressor ว่า General Adaptation Syndrome ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ (ดูรูปที่ 1 ประกอบ)

รูปที่ 1 General Adaptation Syndrome

STRESSOR

ORGANISM'S RESPONSE

Alarm! Resistance Exhaustion

mobilization coping with and if resistance does

to meet and resistance to not terminate

resist stressor stressor, coping

stressor exhausted

1.1 Alarm reaction เมื่อ organism รับรู้ว่ามี stressor ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือ adrenal activity เพิ่มขึ้น ชีพจรและการหายใจเร็วขึ้น

1.2 Resistance ร่างกายจะใช้ coping mechanism หลายอย่าง เพื่อรักษาภาวะสมดุล (Homeostasis) เอาไว้

1.3 Exhaustion กรณีที่มี stressor ซ้ำๆ หรือเรื้อรังและร่างกายจัดการไม่ได้ จะทำให้เกิด physiological damage เกิดเป็นความเจ็บป่วย (diseases of adaptation) ขึ้น

2. Psychobiological stress

Selye ได้กล่าวถึง Psychological stress ว่าเป็น nonspecific response ต่อ stressor ทุกชนิด แต่ Mason คิดว่าภาวะ stress จะเกิดขึ้นหรือไม่นั้น น่าจะมีสิ่งที่เป็นตัวกำหนด

และเขาเชื่อว่าการหยั่งรู้ในแง่ของจิตใจต่อเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย (Psychological awareness of

noxious events) เป็นตัวแปรที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อ stressor Mason ทดลอง

พบว่า ในภาวะที่มี physical stressor หากปัจจัยทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ (perception)

และความรู้สึก (sensation) ที่มีต่อ stressor ถูกขจัดออกไปจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ adrenal activity นอกจากนี้มีการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่ใกล้ตาย (dying patient) กลุ่มที่อยู่ในภาวะ coma มี stress response น้อยกว่ากลุ่มที่รู้ตัวดีตลอดจนกระทั่งตาย โดยดูจากการทำ autopsy พบว่า กลุ่มหลังมี enlargement ของ adrenal gland เกิดขึ้นมากกว่าอย่างชัดเจน

3. Psychological stress (รูปที่ 2 ประกอบ)

Lazarus ได้ให้ความสำคัญต่อ Psychological dimension มากขึ้น เขากล่าวว่า ขบวนการของ stress สามารถเกิดขึ้นได้ และถูกควบคุมโดยภาวะทางจิตใจ เขาเน้นความสำคัญของ perception และ cognitive appraisal ต่อ stress response เขาคิดว่าถ้าเราไม่รับรู้ถึงสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าอันตราย (threatening) เราก็จะไม่มี stress เมื่อมี stressor จะมีการประเมิน (appraisal) เป็น 2 ขั้นตอน คือ Primary appraisal เป็นการพิจารณาตัดสินว่า stressor นั้นอันตรายหรือไม่ ขั้นตอนต่อมาคือ Secondary appraisal ช่วงนี้จะไม่คิดถึงอันตรายโดยตรง แต่จะประเมินว่าจะเผชิญ stressor ด้วยวิธีใด จะเกิดผลดีผลเสียอย่างไร จะแก้ไขได้หรือไม่ stress จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความสามารถในการจัดการกับ stressor แนวคิดนี้เรียกว่า Cognitive model of stress

รูปที่ 2 Lazarus's cognitive model of stress

APPRAISAL COPING OUTCOME

DIRECT ACTION

PRIMARY SECONDARY COPING

APPRAISAL APPRAISAL MECHANISM

PALLIATIVE

ACTION

IV. Stress และ Immunity

มีการทดลองมากมายสนับสนุนว่าภาวะ stress ทำให้มีการทำงานของ immune system

ลดต่ำลงได้ ปัจจุบันเชื่อว่าการทำงานของสมองน่าจะมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการตอบสนองของ immune

system ต่อ stress อิทธิพลของสมองที่มีต่อระบบภูมิคุ้มกันด้านทานอาจจะมีขบวนการที่ซับซ้อน

เป็นตัวกลาง(mediator)ได้แก่ neuroendocrine , neurotransmitter และ neurosecretory system

ระบบต่อมไร้ท่อมีการตอบสนองต่อภาวะจิตใจได้มาก และยังมีผลต่อภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ด้วย ระบบฮอร์โมนที่สำคัญต่อภูมิคุ้มกันคือ Hypothalamic pituitary adrenocortical (HPA) axis มีสมมุติฐานว่า Adrenal hormone เป็น primary mediation ของ stress ที่มีต่อ immune system Cortisol ซึ่งมีผลกดภูมิคุ้มกัน จะถูกหลั่งมากขึ้นในภาวะ stress หากว่า

ไม่สามารถจัดการกับ stressor ได้ ร่างกายจะอยู่ในภาวะ stress เรื้อรัง และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงได้

Growth hormone ก็มีการตอบสนองต่อภาวะ stress เช่นกัน แต่ว่ามีฤทธิ์เพิ่มการทำงานของภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การตอบสนองของ Growth hormone ต่อ stressor มี specific correlate ต่อ psychological traits มากกว่า Cortisol

มี Neuropeptides บางตัวที่ถูกหลั่งออกมากขึ้น ในภาวะ stress เช่น endorphin somatostatin และ substance P สารเหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภูมิคุ้มกันได้

พบว่ามี pathways ที่เชื่อม limbic system และ higher cortical area กับ Hypothalamus แสดงว่า hypothalamus อาจจะมีบทบาทสำคัญเป็นตัวกลางระหว่าง Psychosocial influences และ immune function

แม้ว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจจะก้าวหน้าไปอย่างมาก แต่ก็ยังไม่สามารถบอกถึงกลไกที่เชื่อมโยงร่างกายและจิตใจได้แน่นอนลงไป อย่างไรก็ตาม ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันก็คงเพียงพอที่จะทำให้เราเห็นว่าร่างกายและจิตใจมีความเกี่ยวข้องกันอย่างแน่นแฟ้นและมีความ

สำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อไป

V. ความหมายของ Psychophysiologic disorder

Psychophysiologic disorder หรือ โรคจิตสรีระแปรปรวน มีชื่อเรียกอื่นๆ อีก เช่น

Psychosomatic disorder Psychological factors affecting physical condition

โรคในกลุ่มนี้หมายถึงภาวะที่มีความผิดปกติของร่างกาย หรือโรคทางกายเกิดขึ้นโดยปัจจัยทางจิตใจมีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิดโรค หรือทำให้ความผิดปกตินั้นๆ มีอาการรุนแรงขึ้น และความผิดปกตินั้น จะต้องมียาธิสภาพทางกาย(Organic pathology) หรือยาธิสรีรวิทยา(pathophysiology) ปรากฏชัดเจน จึงไม่รวมโรคในกลุ่ม somatoform disorders ซึ่งได้แก่ somatization disorder, conversion, hypochondriasis และ psychogenic pain disorder

VI. โรคในระบบต่างๆที่จัดว่าเป็นโรคจิตสรีระแปรปรวน

1) Skin Eczema Pruritus

Urticaria Neurodermatitis

Psoriasis Alopecia

2) Musculoskeletal Backpain Tension headache

Rheumatoid arthritis

3) Respiratory Bronchial asthma

Hyperventilation syndrome

4) Cardiovascular Migraine Angina pectoris

Myocardial infarction

Essential hypertension

5) Gastrointestinal Peptic ulcer (duodenal ulcer)

Ulcerative colitis

Irritable bowel syndrome

6) Genitourinary Premenstrual syndrome & Dysmenorrhea

7) Endocrine Obesity Anorexia nervosa

Sterility & repeated spontaneous

abortion

8) Autoimmune Graves's disease

Hashimoto's thyroiditis

SLE

Myasthenia gravis

Pernicious anemia

Others, eg. :rhumatoid arthritis

ulcer colitis

psoriasis

VII. หลักการรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตสรีระแปรปรวน อาจเป็นการรักษาโดยแพทย์ทั่วไปหรือรักษาร่วมกับจิตแพทย์(collaborative approach)

1. การรักษาโดยแพทย์ทั่วไป

1.1 การวินิจฉัย แพทย์ผู้รักษาอาจจะต้องได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจสภาพจิต

โดยละเอียด เพื่อให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตใจและสังคม กับการเกิดอาการทางกาย ตลอดจนลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา

1.2 การรักษาอาการทางกาย ให้การรักษาตามอาการของโรคทางกายแต่ละชนิด

1.3 การช่วยเหลือด้านจิตใจและสังคม

ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดูแลรักษา

ผู้ป่วยทุกประเภท ผู้ป่วยโรคจิตสรีระแปรปรวนมักจะเป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ และอาจมีปัญหาระเบิดการให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยบางรายอาจจะปฏิเสธการเจ็บป่วยของตน (denial) ทำให้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบางรายอาจจะพึ่งพิง (dependent) กับผู้รักษามาก ทำให้ผู้รักษาเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ฉะนั้นความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก แพทย์ควรที่จะมีท่าทีที่รับฟัง เห็นอกเห็นใจ ไม่ปฏิเสธผู้ป่วย ไม่มองว่าเป็นโรค “แก่งง” หรือ “คิดมากจนไม่หาย” เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น เพื่อต้องการแสดงว่าตนป่วยจริง

เทคนิคที่เป็นประโยชน์คือ

1.3.1 การให้ความมั่นใจ (reassurance) เป็นการชี้แจงเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ชัดข้อสงสัยและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามหลักของเหตุผลและความเป็นจริง

1.3.2 การให้คำอธิบาย (explanation) เป็นการให้ความกระจ่างเกี่ยวกับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เช่น อาการเจ็บปวด การต้องอยู่โรงพยาบาล ต้องนอนพักบนเตียง จำกัดอาหาร ฯลฯ การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจและทราบถึงสิ่งที่ต้องเผชิญล่วงหน้า จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับตัวมากขึ้น ซึ่งเป็นการลดภาวะ stress ให้น้อยลงด้วย

1.3.3 การชี้แนะ (directive technique) คือการบอกสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ เช่น หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

1.3.4 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจต่างๆ (ventilation) ก็จะช่วยลด stress ในผู้ป่วยได้เช่นกัน

1.3.5 การจัดการกับสิ่งแวดล้อม (environmental manipulation) หมายถึงการปรับเปลี่ยนสภาพสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบุคคลรอบข้างผู้ป่วยด้วย โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดภาวะ stress ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและคนรอบข้าง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

2. การรักษาทางจิตเวช

2.1 แพทย์ผู้รักษาอาจจะปรึกษจิตแพทย์ให้ช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันได้หากการรักษา

ทางกายร่วมกับการช่วยเหลือทางจิตใจและสังคมต่างๆ ไปดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผลดี หรือพิจารณาเห็นว่า

ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจมาก สมควรที่จะได้รับการช่วยเหลือแก้ไขสาเหตุ การส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาทางจิตเวชนั้น แพทย์ควรเตรียมผู้ป่วยและอธิบายถึงเหตุผลที่ส่งปรึกษาก่อนจะช่วยให้การรักษาได้ผลยิ่งขึ้น

2.2 การรักษาทางจิตเวชที่ใช้ในโรคจิตสรีระแปรปรวน ได้แก่

2.2.1 การทำจิตบำบัด (psychotherapy)

2.2.2 Relaxation therapy

2.2.3 Biofeedback

2.2.4 Group & family therapy

3. การป้องกัน

การป้องกันโรคจิตสรีระแปรปรวนอาจทำได้หลายวิธี เช่น

3.1 การส่งเสริมสุขภาพจิตทั่วไป

3.2 การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคจิตสรีระแปรปรวนที่พบบ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้รู้จักป้องกัน หรือมารับการตรวจรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.3 Stress management การจัดโปรแกรมลดความเครียดต่างๆ เช่น ความเครียดในการทำงาน การดำเนินชีวิตทั่วไป โดยแนะนำให้รู้จักวิธีคลายความเครียดและจัดการระบบการทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวันในลักษณะที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรือให้เกิดน้อยที่สุด ตลอดจนการรู้จักใช้กลไกในการแก้ปัญหา (coping mechanism) ที่เหมาะสม

XI. โรคจิตสรีระแปรปรวนที่พบบ่อย

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับต้นๆ ของประเทศไทย รองจากการตายด้วยอุบัติเหตุ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (risk factors) ที่สำคัญได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านโภชนาการ (dietary factors) เช่น การกินอาหารที่มี saturated fat, cholesterol และ calories สูง

1.2 ความผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต hypothyroidism, gout

1.4 นิสัยความเป็นอยู่ เช่น สูบบุหรี่จัด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย

1.5 ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) เช่น type A behavior ปัญหาในการทำงาน และชีวิตครอบครัว อารมณ์ เศร้าและวิตกกังวล

1.6 ประวัติครอบครัวของ premature atherosclerotic หรือ ความดันเลือดสูง

ปัจจัยด้านจิตใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษากันมากที่สุด คือ type A behavior ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ความรู้สึกเร่งรีบอยู่ตลอดเวลา (excess of time urgency) และความรู้สึกขุ่นเคืองที่เกิดร่วมกับความรู้สึกแข่งขันสูง (competitive hostility) พบว่าผู้ที่มี

บุคลิกภาพแบบ type A มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ type B 1.7 – 4.5 เท่า และมีแนวโน้มที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในเลือดหลายประการ เช่น มีระดับไขมันในเลือดสูงและมี diurnal secretion ของ adrenalin เพิ่มขึ้น

การป้องกัน

1 การปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับนิสัยการดำรงชีวิต เช่น งดสูบบุหรี่ ลดน้ำหนักออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารให้ถูกสุขลักษณะ และควบคุมความดันโลหิต

2 ปรับปรุงและแก้ไข type A behavior โดยใช้

ก. Stress management training โดยใช้

- relaxation

- identification and control of situations inducing stress

ข. การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น จัดลักษณะการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันให้ลดการแข่งขัน ความเร่งรีบ และปัจจัยต่างๆที่จะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ขุ่นเคืองหรืออารมณ์โกรธ

2. กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)

ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาต่อการเกิดอาการเกิดอาการ Angina attack ได้หลายแบบ ที่พบบ่อยคือความรู้สึกกลัว และการตอบสนองโดยใช้ minimization หรือ denial คือ ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยหรืออาจป่วยเป็นโรคหัวใจ เช่น พยายามอธิบายว่าเป็นอาการท้องอืด เสียดท้อง ปฏิเสธว่าดังกล่าวพบมากในผู้ป่วยที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการเป็นครั้งแรก ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า นอกจากนี้ยังอาจมีปฏิกิริยาแบบต่างๆดังที่มีผู้แบ่งปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคหัวใจออกเป็น

1. ยอมรับอาการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟู

สุขภาพอย่างเหมาะสม

2. คิดว่าตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลา (perpetuation of sick role) มีลักษณะต้องการพึ่งพิงผู้อื่นสูง อาจมีความวิตกกังวล อารมณ์เศร้าและอาการ conversion ร่วมด้วย

3. ปฏิเสธความสำคัญของการเจ็บป่วย และพยายามดำเนินชีวิตไปตามปกติ

4. ใช้การเจ็บป่วยเป็นเครื่องมือในการควบคุมคนอื่น โดยใช้ความรู้สึกผิดและความเห็นอกเห็นใจของผู้อื่นกระตุ้นให้เขาทำตามที่ต้องการ

ปฏิกิริยาของผู้ป่วยมักจะเป็นไปตามขั้นตอนของการเจ็บป่วยแต่ละขั้น คือ

1. ก่อนเข้าโรงพยาบาล(pre-hospital phase) ปัญหาสำคัญคือ การปฏิเสธการเจ็บป่วยทำให้มารับการรักษาช้า ปัจจัยที่ช่วยลดการมารับการรักษาช้านี้ได้มาก คือ คำแนะนำจากคนใกล้ชิด ดังนั้น การให้การศึกษาก่อนของผู้ป่วยอย่างถูกต้องจึงมีความสำคัญมาก

2. ระยะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (hospital phase)

ปัญหาที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า และการไม่ร่วมมือในการรักษา ความวิตกกังวลจะสูงมากใน 1-2 วันแรก และลดลงเมื่ออาการดีขึ้น หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจปฏิเสธอาการ

เจ็บป่วย ไม่ยอมรับว่าตัวเองเป็นโรคหัวใจ หรือมีอาการเศร้าที่รู้ว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ การไม่ร่วมมือในการรักษามักจะเกิดหลังจากพ้นขีดอันตรายแล้ว คือ หลังจากวันที่ 4 ของการเข้าอยู่ในโรงพยาบาลเป็นต้นไป มักเกิดการ denial และ dependency conflict

นอกจากนี้ผู้ป่วยมักจะมีปัญหา sleep disturbance หลังจากเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจาก sleep physiology เปลี่ยนแปลงไปโดยไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับอาการเศร้า หรือความวิตกกังวล การรักษาใช้ยากลุ่ม benzodiazepines

3. ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (post hospital phase)

มักจะมีอาการซึมเศร้า (home coming depression) รู้สึกอ่อนแอช่วยตนเองไม่ได้ (ego infarction) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง อาการเหล่านี้มักเริ่มดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ และดีขึ้นเรื่อยๆ อาการจะดีขึ้นเร็วถ้าผู้ป่วยมี physical activity ได้มาก ผู้ป่วย 85 % จะกลับไปทำงานได้ภายใน 3 เดือน

การดูแลรักษาผู้ป่วย

1. Reassurance – ให้กำลังใจและให้การศึกษาผู้ป่วย ว่ามีโอกาสกลับเป็นปกติได้ อธิบายถึงการตรวจรักษาและการเจ็บป่วยให้ชัดเจน ยกตัวอย่างคนที่รักษาหายและกลับไปทำงานเป็นปกติได้หลังจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. เตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

- บอกผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าว่า อาจรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง หมดกำลังใจได้เป็นปฏิกิริยาที่พบได้บ่อย ให้คำอธิบายว่าอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เป็นจาก muscle atrophy ไม่ใช่จากโรคหัวใจ และจะแก้ไขได้โดยการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา อาหาร การออกกำลังกาย การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์อย่างชัดเจนโดยควรให้ผู้ป่วยหรือญาติจดหรือมีเอกสารที่แนะนำการปฏิบัติตัวหลังการเจ็บป่วย เช่น การมีเพศสัมพันธ์ใช้พลังงานเท่ากับการเดินขึ้นบันไดตึก 1 ชั้น นึกมีเพศสัมพันธ์ได้ 1 เดือนหลังจากมีอาการ

- การใช้ยาทางจิตเวช

อาจใช้ antixiety ในรายที่มีความวิตกกังวลสูง ส่วนการใช้ยาตัวอื่นๆ เช่น antidepressants และ antipsychotics อาจใช้ได้ตามความจำเป็น แต่ต้องระมัดระวังอันตราย

จากฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ

4. การทำจิตบำบัดกลุ่ม -เน้นที่การให้การศึกษาและให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและสบายขึ้น

3. โรคความดันโลหิตสูง (Essential hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญเหตุหนึ่ง ปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงมีหลายประการ (multifactorial) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านจิตใจและสังคม ได้แก่

1. ปัจจัยด้านสังคม (sociological factors)

พบอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงในเขตที่มีความเครียดและความขัดแย้งทางสังคมสูงมากขึ้น และความดันโลหิตในสังคมที่มีประเพณีและโครงสร้างทางสังคมที่มั่นคงมีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าเขตอื่น การศึกษาในสัตว์ทดลองก็แสดงให้เห็นว่าสภาวะแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น สภาพแออัดยัดเยียด สถานที่ที่ต้องมีการเผชิญหน้าหรือพบกับอันตรายอยู่เสมอๆ เป็นเวลานาน ทำให้มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตสูงขึ้น

2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (psychological factors)

การเปลี่ยนแปลงในชีวิตหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจ อาจกระตุ้นให้เริ่มเกิดความดันโลหิตสูงหรือมีอาการรุนแรงขึ้นได้

การศึกษาด้านบุคลิกภาพพบว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง มักเป็นผู้ที่เก็บกดความโกรธและความรู้สึกก้าวร้าวไว้ภายใน ขณะที่ลักษณะภายนอกจะเป็นคนยอมคน ซื่อเกรงใจ ชอบทำให้ผู้อื่นพอใจ และพยายามควบคุมตนเองให้เป็นคนดีในสายตาผู้อื่นอยู่เสมอ การที่ผู้ป่วยเก็บกดความโกรธไว้จะมีผลให้ความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะมีการหลั่ง noradrenalin มาก มีลักษณะเหมือนอยู่ในภาวะฉุกเฉินตลอดเวลา (permanent emergency)

ความเครียดเป็นสภาวะที่มีผลอย่างมากต่อความดันโลหิตสูง ในอาชีพที่มีความเครียดสูง เช่น พนักงานควบคุมหอการบิน พบว่ามีระดับความดันโลหิตสูงกว่าเฉลี่ย

การรักษาด้านจิตใจ

1. การใช้ behavior therapy โดยใช้ relaxation training และ biofeedback ได้ผลค่อนข้างดี

2. ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในการรักษา คือ ผู้ป่วยมักไม่ร่วมมือในการรักษาเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงให้เห็นชัดเจน โดยเฉพาะในระยะต้น แนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาดีขึ้น ได้แก่

1) สร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษาเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และขึ้นกับความร่วมมือของผู้ป่วยเองด้วย

2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมากพอ

3) อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยฟังอย่างชัดเจน

4) ปรับการให้ยาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

5) ขอความร่วมมือและช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

6) อธิบายฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาที่ใช้ในการรักษาให้ผู้ป่วยทราบไว้ก่อน

7) คอยติดตามอาการและดูความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอยู่เสมอถ้าเห็นว่ามีปัญหา ก็พยายามแก้ไข

4. โรคแผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer)

โรคแผลในกระเพาะอาหารนี้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ duodenal ulcer และ gastric ulcer ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันหลายประการ คือ

duodenal ulcer พบมากในพวกที่มีเลือดกลุ่ม o พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (3:1)

และพบมากในผู้ชายอายุน้อย มีการหลังกรดในกระเพาะอาหาร (HCL) และ pepsin สูง และมีระดับ pepsinogen กับ uropepsin ในเลือดสูง

gastric ulcer พบมากในผู้ที่มีเลือดกลุ่ม A พบในผู้หญิงและผู้ชายเท่ากัน และพบมากตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการเรื้อรังของกระเพาะอาหาร และมีระดับกรดในกระเพาะอาหารและ pepsin ปกติ

กลุ่มอาการที่เชื่อว่ามีอาการเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตใจ คือ duodenal ulcer

ทฤษฎีด้านจิตสรีระแปรปรวนเกี่ยวกับสาเหตุของโรคแผลในกระเพาะอาหาร

1. บุคลิกภาพ ทฤษฎีจิตวิทยาเกี่ยวกับสมมูลฐานของโรคแผลในกระเพาะอาหารเน้นถึงปัญหา dependency conflict มากที่สุด แต่การศึกษาในระยะหลังไม่สนับสนุนว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีบุคลิกภาพอย่างหนึ่งอย่างใดโดยเฉพาะ

Engel ได้แบ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกเป็น 3 ลักษณะ คือ pseudoindependent passive dependent และ impulsive immature

2. Specificity theory ในการศึกษาผู้ป่วยซึ่งเป็นชายหนุ่มในชนชั้นกลาง Alexander พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความขัดแย้งในจิตใจสำนึกเกี่ยวกับความรู้สึกต้องการพึ่งพิง ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และใช้กลไกการป้องกันตนเองแบบ overcompensation ทำให้มีบุคลิกภาพภายนอกแบบเป็นตัวของตัวเองมากขึ้นทะเยอทะยานชอบแข่งขัน (pseudoindependent, striving,

ambitious, highly competitive) แต่ภายในจิตใจสำนึกก็ยังคงมีความต้องการพึ่งพิงอยู่ตลอดเวลา (persisting ungratified unconscious dependency) ทำให้เกิด chronic unconscious "hunger" และมี persistent vagal hyperactivity

นอกจากนี้ Alexander ยังอธิบายด้วยว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมจะมีผลเป็น predisposing factor ที่ทำให้เกิดอาการ ซึ่งต่อมาพบว่าการมีระดับ pepsinogen สูงสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ในแบบ autosomal recessive

การรักษา

การรักษาที่สำคัญคือ การรักษาอาการทางกายในขณะเดียวกันการช่วยลดความเครียด (13)

และปัญหาของผู้ป่วยตลอดจนความขัดแย้งเกี่ยวกับความรู้สึกต้องการพึ่งพิง จะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น การตอบสนองต่อความต้องการพึ่งพิงในจิตใจสำนึกของผู้ป่วย โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียหน้าหรือสูญเสียความมั่นใจในตนเอง อาจทำได้โดยการแนะนำให้พักผ่อน หางานอดิเรก ให้คนใกล้ชิดช่วยดูแลรวมทั้งผลจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการรักษา เช่น การนัดอย่างสม่ำเสมอให้เวลาอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน เช่น การใช้ยา การกินอาหาร

5. โรคหอบหืด (Bronchial Asthma)

ปัจจัยทางจิตใจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดหรือทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น โดยมีบทบาทร่วมกับปัจจัยอื่นๆ คือ กรรมพันธุ์ ภูมิแพ้ การติดเชื้อ อากาศเย็น การออกกำลังกาย กลิ่นต่างๆ ฝุ่นละออง

ลักษณะทางจิตวิทยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด

1. ไม่มีบุคลิกภาพเฉพาะที่พบในผู้ป่วยทุกราย

2. พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคนี้มีความรู้สึกต้องการการปกป้องคุ้มครองอยู่ในจิตใจได้สำนึก โดยมากมักต้องการการปกป้องคุ้มครองจากบุคคลใกล้เคียงโดยเฉพาะแม่ อาการจะเป็นมากเมื่อต้องแยกจากบุคคลที่เป็นที่รักเพราะกลัวการพลัดพราก หรืออาจมีอาการดีขึ้นเมื่อแยกจากบุคคลที่ใกล้เคียง เพราะมีความขัดแย้งในจิตใจเกี่ยวกับความรู้สึกต้องการการปกป้องของตนเองก็ได้ ลักษณะต้องการปกป้องคุ้มครองอย่างมากดังกล่าว มีผู้กล่าวว่าเกิดจากการเลี้ยงดูของแม่ในวัยเด็ก แต่การศึกษาพบว่าลักษณะของแม่ก็อาจมีได้หลายลักษณะต่างกันไป นอกจากนี้ ในบางรายสาเหตุอาจเป็นจากความขัดแย้งในจิตใจในเรื่องอื่นนอกจากนี้ก็ได้

กลไกการเกิดอาการจากสาเหตุกระตุ้นทางจิตใจ เชื่อว่าผ่านทางระบบประสาทอัตโนมัติ โดยผ่าน vagal nerve ไปมีผลต่อการควบคุม bronchoconstriction และการเกิด ปฏิกริยาแบบภูมิแพ้ (allergic reaction) ในปอด

การรักษา

นอกจากการรักษาอาการทางกายแล้ว ไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง การช่วยเหลือด้านจิตใจมักเป็นแบบประคับประคองตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในด้านต่างๆดีขึ้น รวมทั้งการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Gatchel RJ , Baum A , Krautz DS : An Introduction to health psychology. 2nd ed. New York. Mcgraw – Hill Book. 1989. 1 – 12,36 – 73.
2. Kaplan HI, Saddock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. 5th ed. Baltimore. Williams & Wilkins, 1989
3. Newton GR. Mind Body Relationship. IN : Norris J ed. Mental health psychiatric nursing. New York. John Willey & Sons., 1987:473-94.
4. Reiser MF. Changing Theoretical Concept in Psychosomatic Medicine. IN : Ariete S , Reiser MF. ed. American handbook of psychiatry. 2nd ed. New York. Basic Books, 1975. 477, – 500.
5. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง Psychological factors affecting physical condition ของ น.พ.ธนา นิลชัยโกวิทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 2530



Ramamental

Ramathibodi Mental Health Homepage



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Tweet

tumblr

my

Share



Email