Chula Med J Vol. 56 No. 5 September- October 2012

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย

สุกัญญา ทวีมนูญ*
ขวัญยุพา สุคนธมาน**

Taveemanoon S, Sukonthamarn K. Anxiety and depression in stroke patients at the Thai Red Cross Rehabilitation Center. Chula Med J 2012 Sep - Oct; 56(5): 603 - 12

Background : *Post - stroke depression is a common complication and it impedes the recovery and interrupts rehabilitation programs. The study of emotional symptoms in stroke patients on the rehabilitation phase in the rehabilitation center should be evaluated.*

Objectives : *1. To determine the anxiety and depression symptoms in stroke patients before and after rehabilitation program*
2. To identify the associating factors that influence emotional symptoms.

Design : *Retrospective analytical study*

Setting : *The Thai Red Cross Rehabilitation Center, Samutprakarn Province.*

Patients : *All stroke patients who were admitted to the Thai Red Cross Rehabilitation Center between June 2008 – May 2009 with completed the Thai mental state examination (TMSE) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) upon admission and discharge from rehabilitation programs.*

* ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
**ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย

Material and Method : *Medical records and results of TMSE and the Hospital Anxiety and Depression Scale for stroke patients were reviewed. The total number of records that met the criteria was 59. The patients' scores were classified either into anxiety group or depression group. The factors that influence anxiety and depression were identified using logistic regression analysis.*

Result : *At 59 stroke patients, met the patients who suffered from anxiety and depression symptoms were 42.4% and 49.1% respectively. After the rehabilitation program, the anxiety and depression symptoms decreased to 17% for anxiety and 25.4% for depression. There was statistically significant association between anxiety and depression and psychological factors influenced emotional symptoms.*

Conclusion : *The anxiety and depression symptoms in stroke patients at the Thai Red Cross Rehabilitation Center statistically significantly decreased after the rehabilitation programs. Psychological factors influenced to emotional symptoms and there was association between anxiety and depression symptoms.*

Keywords : *Stroke, Hospital Anxiety and Depression Scale, anxiety symptoms, depressive symptoms, rehabilitation programs.*

Reprint request: Taveemanoon S. The Thai Red Cross Rehabilitation Center, Samutprakarn, Province, Thailand.

Received for publication. February 8, 2012.

สุกัญญา ทวีมนูญ, ขวัญยุพา สุคนธมาน. ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย. 2555 ก.ย. – ต.ค.; 56(5): 603 – 12

เหตุผลการทำวิจัย : *ภาวะซึมเศร้าหลังการป่วยอัมพาตโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ซึ่งขัดขวางการฟื้นคืนของโรคหลอดเลือดสมองและเป็นอุปสรรคการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู จึงควรมีการศึกษาสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างการรักษาที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ*

วัตถุประสงค์ : *เพื่อศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังรับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ*

รูปแบบการวิจัย : *การศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์*

สถานที่ทำการวิจัย : *ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย จ.สมุทรปราการ*

กลุ่มประชากร : *ผู้ป่วยอัมพาตโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย ระหว่าง มิถุนายน พ.ศ. 2551 – พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ที่มีผลการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) และแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล (HADS) ขณะแรกรับและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพครบสมบูรณ์มาแล้ว*

วิธีการศึกษา : *รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของศูนย์เวชศาสตร์ สภากาชาดไทย ดังนี้คือ ข้อมูลทั่วไป คะแนนแบบทดสอบ TMSE และคะแนนประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอัมพาตโรคหลอดเลือดสมองอ่อนแรงซีกขวาและซ้ายทั้งสิ้น 59 คน แล้วนำมาคำนวณสถิติโดยใช้ paired sample t- test และ logistic regression model*

ผลการทดสอบ : *ผู้ป่วยอัมพาตโรคหลอดเลือดสมองอ่อนแรงซีกขวาและซ้ายทั้งสิ้น 59 คน พบผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าก่อนรับการฟื้นฟู 42.4% และ 49.1% หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง 17% และ 25.4% พบว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระหว่างกันและปัจจัยด้านพื้นฐานทางจิตใจเดิมของผู้ป่วย มีผลต่อสภาวะทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ*

สรุป : *สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ, และพื้นฐานทางจิตใจเดิมของผู้ป่วยมีผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งสภาวะทั้งสองมีความสัมพันธระหว่างกัน*

คำสำคัญ : *โรคหลอดเลือดสมอง, แบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล, ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, การฟื้นฟูสมรรถภาพ.*

อุปสรรคทางการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังการป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย คือภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง[1 – 3] ซึ่งส่งผลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและครอบครัว ฉะนั้นแนวทางการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูจึงให้ความสนใจดูแลรักษาแบบองค์รวม (Holistic Approach) ในการให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

การประเมินสภาวะทางอารมณ์นั้น จึงมีความสำคัญในการเข้าใจสภาพจิตใจผู้ป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนทางการรักษา ผู้ศึกษานี้จึงเลือกแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าที่ Zigmond และ Snaith สร้างขึ้นชื่อ “Hospital Anxiety and Depression scale”[4] (HADS) ภาษาอังกฤษ ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางที่สุดฉบับหนึ่ง และได้มีการแปลและศึกษาความแม่นตรงในหลายภาษา ธนาและคณะได้นำ HADS มาแปลเป็นภาษาไทย เพื่อใช้คัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง[5] พบว่าสามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ผลดี

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ใช้แบบคัดกรอง HADS ในการศึกษา อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเลือดสมองก่อนและหลัง การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และศึกษาความสัมพันธ์ของสภาวะอารมณ์กับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ

วิธีการและเครื่องมือที่ใช้

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยอัมพาตโรคหลอดเลือดสมอง ทุกคนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย ระหว่าง มิถุนายน พ.ศ. 2551 – พฤษภาคม พ.ศ. 2552 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยที่ไม่มีการสื่อสารที่ผิดปกติ สามารถเข้าใจภาษาไทยดีพอที่จะเลือกตอบคำถามได้ด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้ทดสอบจะเป็นผู้อ่านให้แล้วให้ผู้ป่วยตอบด้วยตัวเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย ดังนี้คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนเข้ารับการฟื้นฟู พยาธิสภาพของโรค ประวัติการดื่มเหล้า ประวัติการสูบบุหรี่ การได้รับยาต้านเศร้าระหว่างการฟื้นฟู และประวัติการเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

2. คะแนนการประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) .

3. คะแนนแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล (HADS) ขณะแรกรับและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ HADS เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย คำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ (ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด) และคำถามสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ (ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด) การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0 – 21 คะแนน โดยใช้จุดตัดคะแนน (cut – off point) ที่คะแนน > 11 คะแนน เป็นเกณฑ์ในการตัดสินกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า ในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ [4] แต่การศึกษานี้ถือว่าผู้ป่วยได้คะแนน > 7 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า

แบบคัดกรอง HADS แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 – 7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช

คะแนน 8 – 10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่เป็นความผิดปกติ ชัดเจน (Doubtful cases)

คะแนน 11 – 21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง ในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิด ปกติทางจิตเวช (Cases)

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูนั้นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทุกคน จะเป็นแบบผู้ป่วยในและได้รับการโปรแกรมการฟื้นฟูทางเวชศาสตร์ครบถ้วน ทั้งทางด้านสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบเป็นทีมสหวิชาชีพทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลฟื้นฟู นักสังคมสงเคราะห์ และนักนันทนาการ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูว่า พ้นขีดอันตรายและพร้อมรับการฟื้นฟู ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค และกำหนดเป้าหมายการรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และผู้ป่วยจะได้รับการตรวจประเมิน และรักษาทางด้านต่าง ๆ ในแต่ละวิชาชีพทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษา ซึ่งจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน และมีการประเมินเป็นระยะ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง และปรับเป้าหมาย วิธีการรักษาให้เหมาะสม โดยผู้ป่วยจะได้รับการจัดแบ่งเวลาฟื้นฟูตามหน่วยต่าง ๆ ตลอดการรักษา ซึ่งระยะเวลาที่ได้รับฟื้นฟูขึ้นอยู่กับศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วยแต่ละราย และผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวัน การศึกษา อาชีพ ปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (SPSS for windows) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ, เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ก่อนและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วย Paired sample t - test และศึกษาหาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ากับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ โดยใช้ Logistic regression model

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 59 คนเป็นเพศชาย 35 คน หญิง 24 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.5 อายุเฉลี่ย 58.9 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 67 ประกอบอาชีพ รับราชการและค้าขาย ร้อยละ 28.8 เท่ากัน ผู้ป่วยมีประวัติไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเหล้า ร้อยละ 79.7 และ 69.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ไม่ต้องรักษาด้วยยาต้านเศร้าระหว่างการฟื้นฟูร้อยละ 76.3 มากกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์ต้องใช้ยาทางต้านเศร้าระหว่างการฟื้นฟู และพบเป็นผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ร้อยละ 52.6 อ่อนแรงซีกขวาร้อยละ 47.4, ผู้ป่วยร้อยละ 78 เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก และระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนมารักษาไม่เกิน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 64.4 และร้อยละ 71.2 ของผู้ป่วย ทำคะแนน TMSE สูงกว่า 23 คะแนน

ตารางที่ 1. แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ

สภาวะทางอารมณ์	ก่อนการฟื้นฟู Mean ± SD	หลังการฟื้นฟู Mean ± SD	P-value
คะแนนภาวะวิตกกังวล	6.69 ± 3.701	4.8 ± 3.367	<0.001
คะแนนภาวะซึมเศร้า	7.36 ± 3.89	5.12 ± 3.582	<0.001

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ คิด เป็น 42.4 % และ 49.1% ตามลำดับและภายหลังการฟื้นฟูลดลงเป็น 17% และ 25.4% ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับ 6.69 ± 3.701 และ 7.36 ± 3.89 เป็น 4.8 ± 3.367 และ 5.12 ± 3.582 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ พบว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์จำเป็นต้องใช้ยาต้านเศร้าระหว่างการฟื้นฟูมีภาวะซึมเศร้าคงอยู่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ต้องรับยาต้านเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจน ถึงการรับการฟื้นฟู พยาธิสภาพของโรค ประวัติการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ประวัติการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนน TMSE ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2. แสดงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ

ปัจจัย		**ไม่มีภาวะวิตกกังวล**	**มีภาวะวิตกกังวล**	P-value	**ไม่มีภาวะซึมเศร้า**	**มีภาวะซึมเศร้า**	P-value
เพศ	ชาย	31	4	.134	28	7	.481
	หญิง	18	6		16	8	
อายุ	น้อยกว่า 35	7	0		7	0	
	35 - 49	7	2	.702	7	2	.254
	50 - 64	10	2		8	4	
	65 ปีขึ้นไป	25	6		22	9	
ระดับการศึกษา							
	ประถมศึกษา	12	6		10	8	
	มัธยมศึกษา	20	2	.180	19	3	.307
	อนุปริญญา-ปริญญา	17	2		15	4	
อาชีพ	รับราชการ	14	3		14	3	
	ค้าขาย	15	2		14	3	
	รับจ้าง	10	2	.988	8	4	.202
	เกษตรกรรม	3	1		2	2	
	ไม่ได้ทำงาน	7	2		6	3	
สถานภาพสมรส	โสด	7	2		6	3	
	คู่	35	5	.331	31	9	.905
	หย่า	2	0		2	0	
	หม้าย	5	3		5	3	

ตารางที่ 2. (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ

ปัจจัย	ไม่มีภาวะวิตกกังวล	มีภาวะวิตกกังวล	P-value	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า	P-value
ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนเข้ารับการฟื้นฟู						
0-6เดือน	32	6		29	9	
1 ปี	4	0	.772	4	0	.782
1-3 ปี	7	3		5	5	
มากกว่า 3 ปี	6	1		6	1	
พยาธิสภาพของโรค						
Rt-hemiparesis	21	3		20	4	
Rt-hemiplegia	3	1	.483	1	3	.832
Lt-hemiparesis	24	5		21	8	
Lt-hemiplegia	1	1		2	0	
ประวัติการดื่มเหล้า						
ไม่มีประวัติการดื่มเหล้า	34	7	.921	30	11	.708
มีประวัติการดื่มเหล้า	15	3		14	4	
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่	38	9	.522	34	13	.629
มีประวัติการสูบบุหรี่	11	1		10	2	
รักษาด้วยยาต้านเศร้า						
ไม่ได้รับยาต้านเศร้า	11	3	.697	7	7	*.017
ได้รับยาต้านเศร้า	38	7		37	8	
การเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ						
เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก	39	7	.974	37	9	.071
เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	10	3		7	6	
คะแนน TMSE						
คะแนน TMSE 1- 23 คะแนน	11	6	.092	9	8	.082
คะแนน TMSE 23 คะแนนขึ้นไป	38	4		35	7	
มีภาวะวิตกกังวลแรกรับ			*.008			*.028
ยังมีภาวะวิตกกังวลหลังฟื้นฟู						*.005
มีภาวะซึมเศร้าแรกรับ			*.033			*.000
ยังมีภาวะซึมเศร้าหลังการฟื้นฟู			*.005			

วิจารณ์

การศึกษานี้พบผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ 42.4% และ 49.1% และหลังการฟื้นฟู ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง 17% และ 25.4% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Loong[6] พบว่าก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า 55% และหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพภาวะซึมเศร้าลดลงเหลือ 28.6% และสอดคล้องกับการศึกษาของวสุวัตร[7] และ Ng.Kc[8] ภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษานี้จะเห็นว่าสูงกว่าบางการศึกษา[9-12] ซึ่งสภาวะซึมเศ้าราที่พบในการศึกษาต่าง ๆ จะมีความแตกต่างกันตั้งแต่ 22% - 47%[9 – 12] ขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยที่นำมาวิจัย, วิธีการและระยะเวลาที่ศึกษา การศึกษานี้พบอีกว่าหลังจากได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงจากก่อนการได้รับการฟื้นฟู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P <0.05 จาก 6.69 ± 3.701, 7.36 ± 3.89 คะแนน เป็น 4.8 ± 3.367, 5.12 ± 3.582 คะแนน

การศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับสภาวะอารมณ์ พบว่าปัจจัยภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าทั้งสองมีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<0.05 จากการศึกษาของ Paul [13] และ Morris[14] และพบว่าภาวะทั้งสองเป็นภาวะที่มักเกิดร่วมกันและมีกลไกทางจิตใจที่คล้ายคลึงกัน จึงทำให้การศึกษาหลายการศึกษามักจะรายงานร่วมกัน

การศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์จำเป็นต้องใช้ยาต้านเศร้าในระหว่างการฟื้นฟูหลัง การฟื้นฟูยังมีภาวะซึมเศร้าคงอยู่มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับยาต้านเศร้าที่ P <0.05 ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่จำเป็นใช้ยาต้านซึมเศร้า อาจมีปัจจัยพื้นฐานทางบุคลิกภาพเดิม และสภาวะจิตใจที่มีปัญหาอยู่ก่อนจึงทำให้ปรับตัวได้ยากต่อการเผชิญกับการเจ็บป่วยและปัญหาต่าง ๆ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีพื้นฐานทางจิตใจที่เข้มแข็งกว่า จึงทำให้ภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่นาน[14, 18, 19] Morriss, Anderson, David นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ทำคะแนน TMSE ได้มากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป มีสภาวะทางอารมณ์ดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ทำคะแนน TMSE ได้ต่ำกว่า 23 คะแนน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Robinson[15], Downhill[16] และ Kengo[17] พบว่าภาวะทางอารมณ์สัมพันธ์กับระดับการรู้คิด (Cognitive impairment)

สรุป

การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยทีมสหวิชาชีพของศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยาคลินิก นักนันทนาการและนักสังคมสงเคราะห์ ทำให้สภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าดีขึ้น การประเมินสมรรถภาพสมองและสภาวะอารมณ์ก่อนและหลังการฟื้นฟู ทำให้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริการ คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การลดภาวะแทรกซ้อน และเป็นการการติดตามผลการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ. เสก อักษรานุเคราะห์ และ รศ.พญ.กฤษณา พิรเวช ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ขอบคุณ รศ.พญ.จริยา บุญหงส์ ที่ช่วยให้คำปรึกษาทางสถิติวิเคราะห์ และดร. นพ.มโน เมตตานันโท เลาหวณิช ที่ช่วยปรับแก้ภาษาอังกฤษให้ถูกต้อง

อ้างอิง

1. McLean DE. Medical complications experienced by a cohort of stroke survivors during inpatient, tertiary-level stroke rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2004 Mar; 85(3): 466-9
2. Domka E, Myjkowska E, Kwolek A. Incidence of neuromedical complications during rehabilitation after stroke [abstract]. Neurol

Neurochir Pol 2005 Jul; 39(4): 300-9

3. Hung JW, Tsay TH, Chang HW, Leong CP, Lau YC. Incidence and risk factors of medical complications during inpatient stroke rehabilitation. Chang Gung Med J 2005 Jan; 28(1): 31-8
4. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983 Jun; 67(6): 361-70
5. Nilchaikovit T, Lotrakul M, Phissansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. J Psychiatr Assoc Thai 1996 Jan - Mar; 41(1): 18-30
6. Loong CK, Kenneth NK, Paulin ST. Post-stroke depression: outcome following rehabilitation. Aust N Z J Psychiatry 1995 Dec; 29(4): 609 - 14
7. Kitisomprayoonkul W, Sungkapo P, Taveemanoon S, Chaiwanichsiri D. Medical complications during inpatient stroke rehabilitation in Thailand: a prospective study. J Med Assoc Thai 2010 May; 93(5): 594 - 600
8. Ng KC, Chan KL, Straughan PT. A study of post-stroke depression in a rehabilitative center. Acta Psychiatr Scand 1995 Jul; 92(1): 75 - 9
9. Herrmann N, Black SE, Lawrence J, Szekely C, Szalai JP. The Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. Stroke 1998 Mar; 29(3): 618 - 24
10. Burvill PW, Johnson GA, Jamrozik KD, Anderson CS, Stewart-Wynne EG, Chakera TM. Prevalence of depression after stroke: the Perth Community Stroke Study. Br J Psychiatry 1995 Mar; 166(3): 320 - 7
11. Sinyor D, Amato P, Kaloupek DG, Becker R, Goldenberg M, Coopersmith H. Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. Stroke 1986 Nov; 17(6): 1102 - 7
12. Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression after stroke: results of the FINNSTROKE Study. Stroke 1998 Feb; 29(2): 368 - 72
13. Paul SM. Anxiety and depression: a common neurobiological substrate? J Clin Psychiatry 1988 Oct; 49 Suppl: 13 - 6
14. Morris PL, Robinson RG, Raphael B, Samuels J, Molloy P. The relationship between risk factors for affective disorder and poststroke depression in hospitalised stroke patients. Aust N Z J Psychiatry 1992 Jun; 26(2): 208 - 17
15. Andersen G, Vestergaard K, Ingemann-Nielsen M, Lauritzen L. Risk factors for post-stroke depression. Acta Psychiatr Scand 1995 Sep; 92(3):193 - 8
16. Storor DL, Byrne GJ. Pre-morbid personality and depression following stroke. Int Psychogeriatr 2006 Sep;18(3):457 - 69
17. Robinson RG, Bolla-Wilson K, Kaplan E, Lipsey JR, Price TR. Depression influences intellectual impairment in stroke patients. Br J Psychiatry 1986 May;148: 541-7
18. Downhill JE Jr, Robinson RG. Longitudinal assessment of depression and cognitive impairment following stroke. J Nerv Ment Dis 1994 Aug;182(8): 425-31
19. Shimoda K, Robinson RG. Effects of anxiety disorder on impairment and recovery from stroke. J Neuropsychiatry ClinNeurosci 1998; 10(1): 34 - 40