

# ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังได้รับ บาดเจ็บไขสันหลัง

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล พ.บ.\*

อรรวรรณ เสมรสุต พย.บ.\*\*

พวงทอง กล่อมใจเย็น พย.บ.\*\*

**เรื่องย่อ :** ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในด้านภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 44 ราย เป็นชาย 36 หญิง 8 ราย อายุเฉลี่ย  $32.1 \pm 10.9$  ปี โดยใช้แบบสอบถาม Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ทำการประเมินในระยะแรก และก่อนออกจาก โรงพยาบาล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองภาวะมีค่าลดลง ในขณะที่ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดีขึ้น อย่างชัดเจน ส่วนค่าความทุกข์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเมื่อแรกรับมีค่าเท่ากับร้อยละ 18.2 และ 13.6 ตามลำดับ และมีค่าลดลงเมื่อประเมินก่อนออกจากโรงพยาบาล ซึ่งแสดงถึงสภาพจิตใจอาจเปลี่ยนแปลงได้ตาม ระยะเวลาที่ผ่านไป และความสามารถทางกายไม่ใช่ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจโดยตรง เพราะ ขบวนการปรับใจให้ยอมรับสภาพนั้นเป็นขบวนการที่สลับซับซ้อน และขึ้นกับแต่ละบุคคล

**Abstracts :** Psychological Conditions of Spinal Cord Injury Patients

Kuptniratsaikul V, M.D.\*, Smerasuta O, BN.S\*\*, Klomjaiyen P, BN.S.\*\*

\*Department of Rehabilitation Medicine, \*\*Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700.

*Siriraj Hosp Gaz* 2000; 52: 23-29.

\*ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู, \*\*ฝ่ายการพยาบาล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ 10700.

Received December 21, 1999

Accepted January 21, 2000

The study of psychological distress: anxiety and depression, in 44 spinal cord injured patients was performed by using the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) at admission and before discharge. The average score of anxiety and depression decreased while the Barthel index score increased significantly. The prevalence of anxiety and depression were 18.2 and 13.6 percent respectively and there was tendency to decline which implied that psychological conditions of SCI patients can be changed over time. The functional ability is not the only variable affecting psychological conditions. The process of adjustment is complex and individual.

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังมักพบการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ อันเนื่องมาจากการสูญเสียสมรรถภาพทางกายหลายๆ ด้าน เช่น ความสามารถควบคุมระบบขับถ่าย สมรรถภาพทางเพศ การสูญเสียบทบาททางสังคม รวมทั้งความสามารถในการกลับเข้าทำงาน ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยทั้งสิ้น<sup>1</sup> การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจนั้นในอดีตพบว่าความวิตกกังวลรวมทั้งภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก<sup>2</sup> จากรายงานในปัจจุบันพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 20 - 45 ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง<sup>3,4</sup>

ผลการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจอาจดูได้จากอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและอัตราการหย่าร้างของคู่สมรสภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งพบสูงกว่าในประชากรทั่วไป และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นด้วย<sup>5</sup> สภาพจิตใจทั้งภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามีผล อย่างยิ่งต่อความสามารถในการประกอบภาระกิจของผู้ป่วย Tate และคณะทำการศึกษาศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีอาการซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่กับการนอนเฉยๆ บนเตียง ไม่ออกนอกบ้าน และต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า<sup>6</sup>

#### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

2. การเปลี่ยนแปลงของภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเมื่อเวลาผ่านไป

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายในการช่วยเหลือตนเองกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

#### วัตถุประสงค์และวิธีการ

ศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ณ ศูนย์วิจัยผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 44 คน ที่มารับการรักษาในช่วงเวลา กันยายน 2541 - สิงหาคม 2542 ผู้ป่วยทุกรายสามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยดีพอที่จะเข้าใจแบบสอบถามได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ทำการบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทุกรายในด้านต่างๆ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ งาน อาชีพเดิม สาเหตุการบาดเจ็บ ระดับไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ รวมทั้งการบาดเจ็บของระบบอื่นร่วมด้วย เป็นต้น ในการประเมินความสูญเสียหน้าที่ทางร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคนนั้น ให้แบบประเมินของ Barthel Index<sup>7</sup> ซึ่งจะวัดระดับความสามารถทางกายในการช่วยเหลือตนเอง โดยมีพิสัยคะแนนจาก 0 - 100 นอกจากนี้ยังทำการประเมินภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม Thai Hospital Anxiety and Depression Score (Thai HADS)<sup>8</sup> ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินของ Zigmond และ Snaith ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง<sup>9</sup>



HADS ฉบับภาษาไทยนี้มีความแม่นยำตรงและความน่าเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี สามารถใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยด้วยโรคทางกาย นอกจากนี้ยังสามารถบ่งถึงระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลได้ด้วย HADS เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ เป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ (ข้อเลขคี่) และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ (ข้อเลขคู่) ให้คะแนนข้อละ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยคะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases) และคะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าที่ถือว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช (cases)

### สถิติที่ใช้วิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความสามารถทางกายเมื่อแรกรับและก่อนกลับบ้าน ใช้สถิติ McNemar test เพื่อหาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เมื่อแรกรับและก่อนกลับบ้าน ใช้สถิติ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบค่าความชุกของทั้งสองภาวะ และสถิติ Pearson correlations เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เมื่อแรกรับและก่อนกลับบ้านเช่นกัน

### ผล

ทำการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทั้งสิ้น จำนวน 44 คน อายุตั้งแต่ 10 - 65 ปี อายุเฉลี่ย  $32.1 \pm 10.9$  ปี เป็นชาย 36 คน (81.8%) หญิง 8 คน (18.2%) สถานภาพสมรสโสด 21 คน (47.7%) สถาน-

ภาพสมรสคู่ จำนวน 19 คน (43.2%) และ 4 คน (9.1%) มีสถานภาพหย่าหรือเป็นหม้าย สาเหตุของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถยนต์ 23 ราย (52.3%) ถูกยิง 6 ราย (13.6%) ตกจากที่สูง 5 ราย (11.4%) อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ 10 ราย (22.8%) ระดับที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นผู้ป่วยอัมพาตแขนขา จำนวน 13 คน (29.5%) อัมพาตขาสองข้าง 15 คน (34.1%) และเป็นผู้ที่มีการฟื้นตัวของกำลังกล้ามเนื้อระดับไขสันหลัง จำนวน 16 คน (36.4%) การบาดเจ็บร่วมของอวัยวะอื่นๆ พบผู้ได้รับบาดเจ็บของระบบอื่นด้วย 27 ราย (61.4%) ในจำนวนนี้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 4 ราย บาดเจ็บของแขนและขา 9 ราย ช่องอกและช่องท้อง 12 ราย ส่วนอีก 2 ราย ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 1 แห่ง

ส่วนระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 10 คน (22.7%) มัธยมศึกษา 10 คน (22.7%) และอุดมศึกษา 24 คน (54.5%) อาชีพการงานก่อนได้รับอุบัติเหตุ มีงานอาชีพ จำนวน 31 คน (70.5%) ไม่ได้ทำงาน 9 คน (20.5%) เป็นแม่บ้านหรือเรียนหนังสือ จำนวน 4 คน (9.1%) รายได้เฉลี่ยมีค่าเท่ากับ  $19,650 \pm 35,317$  บาท ต่อเดือน ส่วนค่ารักษาพยาบาลนั้น มีผู้รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน 7 คน (15.9%) ผู้ใช้ประกันสุขภาพ 12 คน (27.3%) ออกค่าใช้จ่ายเอง 20 คน (45.5%) และใช้บริการของสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล จำนวน 5 คน (11.4%) ผู้ป่วย 14 ราย (31.8%) มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ใช้ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ปอดอักเสบ เป็นต้น ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลเฉลี่ย  $81 \pm 65$  วัน

จากการจัดกลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามค่าคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทำให้ทราบค่าความชุกของภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีค่าเท่ากับร้อยละ 18.2 และ 13.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ส่วนตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและค่าคะแนนความสามารถทางกายเมื่อแรกรับ และก่อนกลับบ้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลง ในขณะที่คะแนนความ



สามารถทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 3 แสดงค่าความชุกของทั้งสองภาวะเมื่อเวลาผ่านไป พบว่ามีค่าลดลงทั้งสองภาวะ โดยเฉพาะภาวะ ชีมเศร้าที่ลดลงจากร้อยละ 13.6 เป็น 2.3 แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ คงเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยมีไม่มาก เพียงพอ ส่วนตารางที่ 4 และ 5 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เมื่อแรกรับและ ก่อนกลับบ้าน ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันด้วยค่าพี

เท่ากับ 0.687 และ 0.063 ตามลำดับ

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกายในการช่วยเหลือตนเอง (Barthel Index Score) กับสภาพจิตใจและอารมณ์ โดยใช้สถิติ Pearson correlations พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะ วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ทั้งในระยะแรกรับ และ ก่อนกลับบ้าน ด้วยค่าพีเท่ากับ 0.39, 0.46 และ 0.73, 0.49 ตามลำดับ

ตารางที่ 1. แสดงการจัดกลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเมื่อแรกรับ

| กลุ่มผู้ป่วย                  | คะแนน   | ภาวะวิตกกังวล<br>คน (%) | ภาวะซึมเศร้า<br>คน (%) |
|-------------------------------|---------|-------------------------|------------------------|
| กลุ่ม 1 (ปกติ)                | 0 - 7   | 24 (54.5)               | 28 (63.6)              |
| กลุ่ม 2 (ยังไม่ผิดปกติชัดเจน) | 8 - 10  | 12 (27.3)               | 10 (22.7)              |
| กลุ่ม 3 (ผิดปกติชัดเจน)       | 11 - 21 | 8 (18.2)                | 6 (13.6)               |

ตารางที่ 2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคะแนนความสามารถทางกายเมื่อแรกรับ และ ก่อนกลับบ้าน

| คะแนนเฉลี่ย      | แรกรับ                   | ก่อนกลับบ้าน             | P value |
|------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| ภาวะวิตกกังวล    | 6.82 ± 3.78<br>(0, 15)   | 5.52 ± 3.8<br>(0, 14)    | 0.002*  |
| ภาวะซึมเศร้า     | 5.61 ± 3.82<br>(0, 13)   | 5.02 ± 3.24<br>(0, 11)   | 0.077   |
| ความสามารถทางกาย | 27.07 ± 23.08<br>(0, 85) | 48.64 ± 26.92<br>(0, 95) | < .001* |

ตารางที่ 3. แสดงค่าความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเมื่อแรกรับ และขณะให้กลับบ้าน

| ค่าความชุก    | แรกรับ (%) | ก่อนกลับบ้าน (%) | P value |
|---------------|------------|------------------|---------|
| ภาวะวิตกกังวล | 18.2       | 13.6             | 0.77    |
| ภาวะซึมเศร้า  | 13.6       | 2.3              | 0.11    |

ตารางที่ 4. แสดงความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลเมื่อแรกรับและก่อนกลับบ้าน

| ก่อนกลับบ้าน<br>แรกรับ | ไม่มีภาวะวิตกกังวล<br>(คน) | มีภาวะวิตกกังวล<br>(คน) |           |
|------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------|
| ไม่มีภาวะวิตกกังวล     | 34                         | 2                       | 36        |
| มีภาวะวิตกกังวล        | 4                          | 4                       | 8         |
|                        | 38                         | 6                       | 44        |
|                        |                            |                         | P = 0.687 |

ตารางที่ 5. แสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าเมื่อแรกรับและก่อนกลับบ้าน

| ก่อนกลับบ้าน<br>แรกรับ | ไม่มีภาวะซึมเศร้า<br>(คน) | มีภาวะซึมเศร้า<br>(คน) |           |
|------------------------|---------------------------|------------------------|-----------|
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า      | 38                        | 0                      | 38        |
| มีภาวะซึมเศร้า         | 5                         | 1                      | 6         |
|                        | 43                        | 1                      | 44        |
|                        |                           |                        | P = 0.063 |

## วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มีความพิการทางร่างกายอย่างถาวรย่อมมีผลกระทบต่อการปรับสภาพจิตใจของผู้นั้นอย่างแน่นอน ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังเป็นอีกโรคหนึ่งที่ทำให้เกิดความพิการทางกายอย่างมาก และพบว่าผู้ป่วยมักเกิดภาวะวิตกกังวล และ/หรือภาวะซึมเศร้าได้บ่อยมาก<sup>10,11</sup> ความรู้ทางด้านการปรับใจให้ยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปยังไม่สมบูรณ์นัก บางรายงานกล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทุกชนชาติ<sup>2</sup> โดยมีหลักฐานยืนยันจากสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าที่พบมากถึงร้อยละ 20 - 45<sup>3,4</sup>

การศึกษานี้ใช้แบบประเมิน HADS ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ โดยมีความสัมพันธ์กับอาการทางคลินิก ร้อยละ 88.3 และ 90 สำหรับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ และมีค่าความไวและความจำเพาะของแบบทดสอบที่

สูงมาก และเมื่อนำแบบประเมินนี้มาใช้วัดภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังสามารถให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าสูงเกิน 11 คะแนนอยู่ 8 และ 6 คน จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 44 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.2 และ 13.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Scivolette<sup>12</sup> ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13 และ 16 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าความสูงที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับอีกหลายๆ รายงาน อย่างไรก็ตามอาจสรุปได้ว่าในประเทศไทยภาวะวิตกกังวลเป็นการตอบสนองที่เด่นชัดภายหลังเจ็บป่วยใหม่ๆ

ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เมื่อแรกรับเปรียบเทียบกับขณะกลับบ้าน พบว่ามีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะค่าคะแนนวิตก



กังวล (ตารางที่ 2) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของค่าความชุกทั้งสองภาวะขณะให้กลับบ้านก็มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 3) ทำให้อาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจทั้งทางด้านความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงได้ตามเวลาที่ผ่านไป ซึ่งตรงกับการศึกษาของอีกหลายรายงาน<sup>13,14</sup> และนั่นหมายถึงตัวโรคเองเป็นปัจจัยหลักพื้นฐานที่มีอิทธิพลมากต่อการปรับตัวปรับใจของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง อย่างไรก็ตามมีรายงานที่คัดค้านความเห็นนี้ เช่น รายงานของ Hancock และคณะ<sup>15</sup> รวมทั้งรายงานของ Craig และคณะ<sup>16</sup> ที่ติดตามผู้ป่วยนาน 1 และ 2 ปี พบว่า ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร่ายังคงเป็นปัญหาแม้เวลาผ่านไปนาน 1 หรือ 2 ปีก็ตาม ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามผู้ป่วย และทำการประเมินเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อดูถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจของผู้ป่วยต่อไป

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจดูผิวเผินเสมือนว่าน่าจะมีส่วนสัมพันธ์อย่างมากกับระดับความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างอิสระ แต่เมื่อพิจารณาถึงค่าคะแนนความสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index Score) เมื่อแรกรับและขณะให้กลับบ้าน (ตารางที่ 2) พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองภาวะ โดยเฉพาะภาวะ

ซึมเศร้า ไม่ลดลงมากนัก แสดงว่าความสามารถทางกายไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจโดยตรง ความไม่สบายใจต่างๆ นั้นน่าจะเป็นผลมาจากอุปสรรคหลายประการที่ผู้ป่วยต้องประสบภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง เช่น การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ข้อจำกัดทางการงาน รวมทั้งบทบาทของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนไปจากเดิม อาจสรุปได้ว่าขอบเขตการปรับใจให้อยู่กับสภาพนั้นเป็นขอบเขตการที่สลับซับซ้อน และขึ้นกับแต่ละบุคคลมาก<sup>12</sup> เนื่องจากเป็นปฏิสัมพันธ์ของหลายตัวแปร ได้แก่ สภาพร่างกาย บุคลิกภาพเดิม ความสามารถในการจัดการกับความเครียด ปัจจัยแวดล้อมทางครอบครัว และความเกื้อหนุนทางสังคม รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย<sup>17</sup>

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณสุทธิพล อุดมพันธุ์รัก นักสถิติ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสถิติ คุณวันเพ็ญ จำคร้าม ที่ช่วยจัดพิมพ์ต้นฉบับ และเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลศิริราชทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกจนงานสำเร็จด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Engel GL. Psychological development in health and disease. Philadelphia : WB Saunders, 1962 : 288-305.
2. Siller J. Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries. Rehab Lit 1969; 30: 290-6.
3. Judd FK, Stone J, Webber JE, et al. Depression following spinal cord injury: A prospective in-patient study. Br J Psychiatry 1989; 154: 668-71.
4. Fuhrer MJ, Rintala DH, Hart KA, et al. Depressive symptomatology in persons with spinal cord injury who reside in the community. Arch Phys Med Rehabil 1993; 74: 255-60.
5. Geisler WO, Jousse AT, Wynne-Jones M, et al. Survival in traumatic spinal cord injury. Paraplegia 1983; 21: 364-73.
6. Tate D, Forcheimer M, Maynard F, et al. Predicting depression and psychological distress in persons with spinal cord injury based on indicator of handicap. Am J Phys Med Rehabil 1994; 73: 175-83.
7. Mahoney F, Barthel DW. Functional evaluation : the Barthel Index. Mar State Med J Rehab 1965; 2: 61-5.
8. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, จุมภฏณ์ ไพศาล-สุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and

- Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41: 18-30.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-70.
10. Judd FK, Burrows GD, Brown DJ. Depression following acute spinal cord injury. Paraplegia 1986b; 24: 358-63.
11. Somasundaram O, Balakrishnan S, Ravindran OS, et al. A psychological study of spinal cord injured patients involved in the Madras Paraplegia Project. Paraplegia 1992; 30: 799-802.
12. Scivoletto G, Petrelli A, DiLucente L, et al. Psychological investigation of spinal cord injury patients. Spinal Cord 1997; 35: 516-20.
13. Frank RG, Elliot TR, Corcoran JR, et al. Depression after spinal cord injury : is it necessary? Clin Psychol Rev 1987; 7: 611-30.
14. Richards JS. Psychologic adjustment to spinal cord injury during first postdischarge year. Arch Phys Med Rehabil 1986; 67: 362-65.
15. Hancock KM, Craig AR, Dickson HG, et al. Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. Paraplegia 1993; 31: 349-57.
16. Craig AR, Hancock KM, Dickson HG. A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury. Paraplegia 1994; 32: 675-9.
17. Trieschmann RB. Spinal cord injuries: Psychological, social and vocational rehabilitation, 2<sup>nd</sup> ed. Arizona : Scottsdale, 1988.