

ความซุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง
ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด


นางสาวพิมพ์รัก สิ้นสมบุญรณทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN CHRONIC BACK PAIN
PATIENTS ATTENDING FOR PHYSICAL THERAPY TREATMENT



Miss.Pimruk Sinsomboonthong

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด

โดย

นางสาวพิมพ์รัก สิ้นสมบูรณ์ทอง

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิจิตรวรรณ นิเวศพันธุ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เสีรชัย งามทิพย์วัฒนา)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรุงเทพมหานคร

2561

พิมพ์รัก สันสมบูรณ์ทอง : ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
ปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด. (PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF
ANXIETY AND DEPRESSION IN CHRONIC BACK PAIN PATIENTS ATTENDING FOR
PHYSICAL THERAPY TREATMENT) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิณฑร, 176 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วย
ปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 426 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน
เกี่ยวกับผู้ป่วย แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการปวดหลัง แบบสอบถาม Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับ
ภาษาไทย แบบสอบถามสภาพความเสียหายของออสเวสตรี (Oswestry Disability Questionnaire) และแบบสอบถามแรง
สนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจาก The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติที่ใช้คือ ค่า
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานไคสแควร์ (Chi-Square) หรือ ฟิชเชอร์ เอคแซคท์ (Fisher's
Exact) สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product
Moment Correlation Coefficiency) และสถิติถดถอยเชิงเส้น (Linear Regression)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62) มีอายุตั้งแต่ 20-85 ปี อายุเฉลี่ย 48.8 ปี
ประกอบอาชีพรับราชการ เกษตรกร รับจ้าง มีรายได้แต่ละเดือนพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ปวดหลังเรื้อรังมานานกว่า 3 เดือน การ
วินิจฉัยที่พบส่วนใหญ่คือ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท ตำแหน่งรอยโรคที่พบมากที่สุดคือหลัง
ส่วนล่าง และมีอาการร่วมกับอาการปวดหลัง เช่น ปวดร้าว ชา หรือการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา มีประวัติการกลับเป็นซ้ำ
ประมาณ 1-2 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา บางคนต้องขาดงานหรือหยุดพัก ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาและการทำ
กายภาพบำบัด เช่น ดึงหลัง แผ่นร้อน ใช้เครื่องช็อคเวฟหรือไมโครเวฟ สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง โดยส่วนมากได้รับการรักษามา
ประมาณ 3-6 เดือน จากการประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าแต่ไม่
ผิดปกติทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 20.2 และ 21.6 ตามลำดับ และมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าที่มีความผิดปกติทางจิตเวช
คิดเป็นร้อยละ 30.8 และ 8.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความรู้สึกปวดที่มากขึ้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะ
วิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการมีภาวะทุพพลภาพที่มากขึ้น ซึ่งผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลต่ออารมณ์
จิตใจ การประกอบอาชีพ และการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตามพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะ
วิตกกังวลเชิงลบ คือ ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีภาวะวิตกกังวลสูง ในทางกลับกันผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมี
ภาวะวิตกกังวลต่ำ

สรุปผลการวิจัย พบความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 30.8 และ
8.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในผู้ป่วย
กลุ่มนี้คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ตำแหน่งรอยโรคระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวด อาการ
ร่วมกับอาการปวดหลัง เช่น ปวดร้าว ชา หรือการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ประวัติการกลับเป็นซ้ำ การขาดงานหรือหยุดพัก
ภาวะทุพพลภาพ การรักษาที่ได้รับ และผลกระทบจากการเจ็บป่วย ส่วนประวัติโรคทางจิตเวชเดิม ประวัติโรคทางจิตเวช
ครอบครัว การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสถานภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อย่างไรก็ตามการให้การประเมิน การเข้าใจผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือและการทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
วิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังมีความสำคัญ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษาและพัฒนา
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์
สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2551

ลายมือชื่อนิสิต พิมพ์รัก สันสมบูรณ์ทอง
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5074811230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : CHRONIC BACK PAIN/ ANXIETY/ DEPRESSION/ PHYSICAL THERAPY

PIMRUK SINSOMBOONTHONG : PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN CHRONIC BACK PAIN PATIENTS ATTENDING FOR PHYSICAL THERAPY TREATMENT. ADVISOR: ASSOC. PROF. SIRILUCK SUPPAPITIPORN, MD., 176 pp.

The objective of this research was to study prevalence and related factors of anxiety and depression in 426 chronic back pain patients attending physical therapy treatment at Chiang Rai Prachanukor Hospital, Sawaan Pracharak Hospital, and Chao Phaya Yommarat Hospital. The questionnaires were used as a tool to measure and collected the key data which include demographic data, related symptom in back pain of patients, Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale, Oswestry disability questionnaire, and Social support questionnaire (modified from The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II). The computer program was used in order to analyze all these data by using percent, mean, standard deviation, Chi-square or Fisher's exact, one-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient and Linear regression.

It can be concluded that most patients in this study were females (62%) in the 20 to 85 age group (mean=48.8); furthermore, most of them also worked as government officials, workers and agriculturists who did not have much salary for saving. The main cause of chronic back pain in the patient group was Lumbar Spondylosis at low back; in addition, sometimes patients also felt refer pain and weakness. Recurrent back pain was about once or twice a year; however, some patients had to absent from the work due to the pain. The major treatment was medicine, followed by physical therapy such as traction, hot pack, and the shortwave diathermy or microwave diathermy. The duration of the treatment was between 3 and 6 months. From evaluating by anxiety and depression, the percent of the anxious patient group with doubtful cases (20.2%) was very nearby the depressed patient group with doubtful cases (21.6%), the number of anxious patient group with cases (30.8%) was very big different from the group of depressed patients with cases (8.7%). Besides this, it was found that the high degree of pain was related to the high degree of anxiety, depression, and disability because the pain could affect emotion, mind, jobs, and daily routine of the patients; nevertheless, high degree of social support could help the patients to reduce anxiety.

The prevalence of anxiety and depression in chronic back pain patients, the major findings, were 30.8% and 8.7%, respectively and there were many related factors (e.g. Ages, educational level, jobs, salary, duration of disease, lesion, pain scale, refer pain, weakness, recurrence, type of treatment, pain-related work absent, and disability) could influence significantly on anxiety and depression (p<0.05). On the other hand, past history of psychiatry, past history of psychiatry in family members, diagnosis, treatment period and social support was associated significantly with anxiety (p<0.05), whereas marital status was related to depression at the significant level of 0.05 as well.

According to the result of present study, findings and factors related to these patients group should be known, evaluated, and realized because it is extremely important in the way of improving the patients' quality of life and providing effective treatment.

Department : Psychiatry

Field of Study : Mental health

Academic Year : 2008

Student's Signature *Pimruk Sinsomboonthong*

Advisor's Signature *Siriluck Suppavitiporn*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ช่วยเหลือ และให้ความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่านซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเมตตาและสละเวลา ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาที่ดี ให้กำลังใจและรับฟังด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา อาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นแรงบันดาลใจสำคัญทำให้นิสิตมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานวิจัยชิ้นนี้ออกมาจนสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งประทับใจ และจะระลึกถึงความดีนี้ตลอดไป

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิวรรณ นีวาตพันธุ์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์นายแพทย์ธีรชัย งามทิพย์วัฒนา ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ในภาควิชาจิตเวช ทุกท่าน ที่เมตตาความรู้ และความเมตตาตลอด 2 ปี ที่ได้เข้ามาศึกษาที่นี่ ผู้วิจัยจะนำความรู้ที่ได้ทั้งหมดไปใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการ แพทย์ นักรกายภาพบำบัด พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกๆท่าน ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลซึ่งเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยชิ้นนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำที่ดีๆ ตลอดจนเมตตาความสะดวกตลอดที่เข้ามาศึกษา อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลย หากไม่มีเพื่อนๆ พี่ๆ ปรียญาโทปีทุกท่าน ที่เมตตาความเป็นเพื่อนเป็นพี่ที่ดี ให้การช่วยเหลือสนับสนุน กำลังใจ ด้วยความรัก และเป็นห่วงซึ่งกันและกันตลอดมา

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว คุณพ่อ คุณแม่ น้องชาย ที่เมตตาความรัก ความห่วงใย และเป็นแหล่งกำลังใจที่สำคัญตลอดมา

ศูนย์วิทยุโทรพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพและแผนภูมิ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคปวดหลัง.....	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล.....	20
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	25
การรักษาและการทำกายภาพในผู้ป่วยปวดหลัง.....	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
รูปแบบการวิจัย.....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	135
รายการอ้างอิง.....	155
ภาคผนวก.....	162
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย.....	163
ใบอนุญาตในการทำวิจัยในมนุษย์.....	164
แบบสอบถาม.....	165
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	176



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

	หน้า
<p>ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด.....</p>	53
<p>ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว.....</p>	57
<p>ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ประวัติการกลับเป็นซ้ำ จำนวนวันที่ขาดงาน หรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย.....</p>	58
<p>ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ความถี่ในการรักษา ความพึงพอใจโดยรวมต่อการรักษา.....</p>	62
<p>ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ (Oswestry Disability) ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด.....</p>	64
<p>ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด</p>	65
<p>ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง.....</p>	66
<p>ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง.....</p>	67
<p>ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง.....</p>	68
<p>ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของ</p>	

	รายได้ในแต่ละเดือน โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว.....	69
ตารางที่ 11	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ประวัติการกลับเป็นซ้ำ จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย.....	73
ตารางที่ 12	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม การรักษาที่ได้รับระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ความถี่ในการรักษา ความพึงพอใจต่อการรักษา.....	76
ตารางที่ 13	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง.....	79
ตารางที่ 14	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวด อาการร่วม การกลับเป็นซ้ำ การขาดงาน ระยะเวลาที่ได้รักษา ที่แตกต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด.....	88
ตารางที่ 15	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความปวด กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง.....	92
ตารางที่ 16	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวด กับระดับความวิตกกังวลต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด.....	92
ตารางที่ 17	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับระดับความปวด	93
ตารางที่ 18	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพ กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด.....	94
ตารางที่ 19	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับภาวะ	

	คุณภาพ ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง.....	95
ตารางที่ 20	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล กับภาวะ คุณภาพต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการ รักษาทางกายภาพบำบัด.....	96
ตารางที่ 21	แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับภาวะ คุณภาพ.....	96
ตารางที่ 22	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะ วิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด.....	97
ตารางที่ 23	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับแรง สนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วย.....	97
ตารางที่ 24	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล กับแรง สนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้า รับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด.....	98
ตารางที่ 25	แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับ องค์ประกอบต่างๆของแรงสนับสนุนทางสังคม.....	99
ตารางที่ 26	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด โดยวิธี Linear Regression แบบ ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis).....	100
ตารางที่ 27	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะ ซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด จำแนก ตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความ เพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว.....	102
ตารางที่ 28	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด จำแนก ตาม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวด ในปัจจุบัน อาการที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ประวัติการกลับเป็นซ้ำ จำนวน วันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย.....	106
ตารางที่ 29	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะ ซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด จำแนก	

	ตาม การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ความถี่ในการรักษา ความพึงพอใจต่อการรักษา.....	109
ตารางที่ 30	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง.....	112
ตารางที่ 31	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุ การศึกษา สถานภาพ รายได้ อาชีพ ระดับความปวด อาการร่วม การกลับเป็นซ้ำ การขาดงานหรือหยุดพัก ที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe.....	121
ตารางที่ 32	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความปวด กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง.....	125
ตารางที่ 33	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวด กับระดับความซึมเศร้าต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด.....	125
ตารางที่ 34	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับระดับความปวด.....	126
ตารางที่ 35	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพ กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการักษาทางกายภาพบำบัด.....	127
ตารางที่ 36	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า กับภาวะทุพพลภาพ ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง.....	127
ตารางที่ 37	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับภาวะทุพพลภาพต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด.....	128
ตารางที่ 38	แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับภาวะทุพพลภาพ.....	129
ตารางที่ 39	แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด.....	130
ตารางที่ 40	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า กับแรงสนับสนุนทางสังคม	

	ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง.....	130
ตารางที่ 41	แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด.....	131
ตารางที่ 42	แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับองค์ประกอบต่างๆของแรงสนับสนุนทางสังคม.....	132
ตารางที่ 43	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด โดยวิธี Linear Regression แบบถดถอยพหุแบบขั้นต้น (Stepwise Multiple regression analysis).....	133



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กระดูกสันหลัง.....	10
ภาพที่ 2 หมอนรองกระดูกสันหลัง.....	11
ภาพที่ 3 เอ็น ไขสันหลัง และเส้นประสาท.....	12
ภาพที่ 4 หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated disc).....	17
ภาพที่ 5 การเลื่อนของกระดูกสันหลังที่เกิดจากการมีรอยแตกหัก (Spondylolysis).....	20
ภาพที่ 6 แผ่นประคบร้อน (Hydrocollator Pack).....	33
ภาพที่ 7 เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Electrical Stimulator).....	34
ภาพที่ 8 เครื่องบำบัดด้วยคลื่นสั้น (Shortwave Diathermy).....	35
ภาพที่ 9 เครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound).....	36
ภาพที่ 10 เครื่องดึงกระดูกสันหลัง (Mechanical Spinal Traction).....	36
ภาพที่ 11 แผนภาพแสดงการสู่มตัวอย่าง.....	48



 ศูนย์วิทยุทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

โรคปวดหลัง (back pain) กำลังเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากโรคปวดหลังสามารถนำไปสู่การจำกัดความสามารถด้านต่างๆ รวมถึงการสูญเสียด้านหน้าที่การงาน ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องขาดงานเป็นเวลาหลายวัน และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกิดจากการทำงาน⁽¹⁻²⁾ อาการปวดหลังเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดอย่างหนึ่งในเวชปฏิบัติ ในการสำรวจผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหลายแห่ง พบว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดหลังเป็นอันดับต้นๆ อาการปวดหลังอาจเกิดจากพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับกระดูกสันหลัง หรืออวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงกับกระดูกสันหลัง การยกของหนัก การทำงานที่ต้องมีการบิดลำตัวในขณะที่ทำงาน การโน้มตัวไปข้างหน้า และการทำงานที่อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ สามารถทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ ซึ่งส่วนใหญ่อาการปวดหลัง มักเกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน เช่น ผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา และกลุ่มผู้สูงอายุก็พบได้ค่อนข้างมาก⁽³⁾ อาการปวดหลังที่รุนแรงหรือเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้ความสามารถของร่างกาย ในการประกอบกิจวัตรประจำวันและในการทำงานของผู้ป่วยลดลง เกิดการขาดงานและบางรายอาจหยุดการประกอบอาชีพ เกิดเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวและประเทศชาติ จากการศึกษาหลายชิ้น⁽⁴⁻⁶⁾ พบว่าในต้นศตวรรษที่ 21 ค่าใช้จ่ายจากภาษีของรัฐบาลส่วนหนึ่ง ต้องสูญเสียไปกับการให้บริการและการรักษาในเรื่องของโรคปวดหลังส่วนล่าง ในปีหนึ่งๆ คนไอรชต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคปวดหลังโดยประมาณ 32 ล้านดอลลาร์ หรือประมาณ 27% ของค่าใช้จ่ายด้านความพิการหรือทุพพลภาพทั้งหมด⁽⁷⁾ ซึ่งคล้ายกับในสหราชอาณาจักรที่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับโรคปวดหลังทั้งทางตรงและทางอ้อมกว่า 1.6 และ 10.7 พันล้านปอนด์ ซึ่งรวมถึงกว่า 37% เป็นค่ารักษาทางกายภาพบำบัดรวมด้วย⁽⁸⁾ สำหรับในประเทศไทยนั้น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ⁽³⁾ ได้ทำการตรวจสอบสถานการณ์สุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน พบว่า โรคที่เป็นปัญหาในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คือโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง โรคหรืออาการที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากอันดับแรกคือ โรคปวดข้อ หลัง เหว คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือ ไชข้ออักเสบ ร้อยละ 40 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.8 ซึ่งเป็นโรคและอาการที่มีมาตลอดระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา (2531-2540) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุใน

ชนบทมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคปวดหลังและเอวมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในเขตชนบทส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งอาจมีการก้มๆเงยๆในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง และจากงานศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบและแนวโน้มการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุแบบให้เปล่าโดยรัฐบาล ซึ่งได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ทุกภาคของประเทศ จำนวน 16 แห่ง พบว่า โรคปวดหลังอยู่ใน 10 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 2.3 ในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐ พร้อมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 141.38 บาทต่อครั้ง จากสถิติข้อมูลความชุกของการเกิดอาการปวดหลังในรอบระยะเวลา 1 ปี พบว่าเกิดขึ้นในประชากรทั่วไปร้อยละ 20-40⁽⁹⁻¹⁰⁾ และประมาณร้อยละ 60-85 ของผู้ที่มีประวัติปวดหลังมีแนวโน้มที่จะกลับเป็นซ้ำอีกได้มากกว่า 1 ครั้ง นอกจากนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁽¹¹⁾ ได้สำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2534-2535 รายงานว่าค่าความชุกของประชากรที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังเป็นๆหายๆ ในระยะ 1 ปีก่อนวันสำรวจสูงถึงร้อยละ 43 จากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทางกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2549 พบว่าโรคปวดหลังเป็นโรคอันดับแรกๆที่ผู้ป่วยมาใช้บริการในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งมีจำนวนกว่า 1,285 ราย หรือ 17.2% ของผู้ป่วยทั้งหมดของแผนก หรือเฉลี่ยประมาณ 108 รายต่อเดือน และจากรายงานการศึกษาผู้ป่วยปวดหลังในคลินิกกายภาพบำบัด มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 เคยมีประวัติปวดหลังในอดีตมาก่อน⁽¹²⁾ ยิ่งไปกว่านั้น อาการปวดหลังจะมีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมแวดล้อมของผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้เกิดความเครียด ทำให้ขาดความมั่นใจ ขาดความภาคภูมิใจต่อตนเอง ตลอดจนอาจก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวและเพื่อนร่วมงานได้⁽¹³⁾ มีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าอาการปวดหลังเรื้อรัง มีความเกี่ยวข้องกับการปวดอื่นๆ ที่มักเกิดร่วมกันกับโรคทางกายเรื้อรังและความผิดปกติทางจิต⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ นอกจากนี้ปัจจัยทางจิตสังคม ยังส่งผลต่อผู้ที่มีอาการปวดหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และความกลัว หรือหลีกเลี่ยง ซึ่งยังเป็นตัวที่จะทำนายการจำกัดความสามารถ, การหยุดงาน เป็นต้น⁽¹⁸⁻²³⁾ ทั้งนี้ขึ้นกับความเรื้อรังของอาการปวดด้วย⁽²⁴⁻²⁵⁾ ดังนั้นเหตุผลที่ต้องพิจารณาเรื่องพยาธิสภาพทางจิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง คือการที่ไม่ตระหนักและการไม่รักษาพยาธิสภาพทางจิต สามารถส่งผลกระทบต่อการรักษาฟื้นฟูในผู้ป่วยเหล่านี้ได้⁽²⁶⁾ นอกจากนี้การบำบัดฟื้นฟูโดยที่ผู้ป่วยไม่มีสุขภาพจิตที่ดีพอ อาจทำให้การรักษาล้มเหลวได้

และจากประสบการณ์ทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังส่วนใหญ่จำนวนหนึ่งมารับการรักษาทางกายภาพบำบัด เพื่อลดอาการปวดหรืออาการชา คลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งถือว่าการรักษาที่มีประโยชน์

และเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ช่วยบรรเทาอาการต่างๆ นอกเหนือจากการได้รับยา แต่กลับพบว่า มีผู้ป่วยหลายรายที่ยังคงมีอาการเรื้อรัง เป็นๆหายๆ หรือในบางรายอาการทางกายดีขึ้นหรืออาการบาดเจ็บของโครงสร้างต่างๆ แทบจะไม่พบความผิดปกติแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรือรู้สึกว่ามีอาการที่เกิดร่วมนั้นยังคงมีอยู่ หรือในบางรายเมื่อพบว่าตัวเองต้องเผชิญกับอาการปวดหลัง ไม่ว่าจะ เป็นจากกลุ่มการอักเสบของกล้ามเนื้อ การถูกกดทับของเส้นประสาท ไขสันหลัง อุบัติเหตุต่างๆ ฯลฯ ผู้ป่วยหลายรายมีความรู้สึกหดหู่ ทุกข์ทรมานกับอาการ เปื่อหน่าย หรือกลัวว่าตนเองจะมีอาการแย่ลงถึงขั้นไม่สามารถเดินได้หรือเป็นอัมพาต

จากข้อมูลดังกล่าวมานี้จะเห็นว่าปัญหาปวดหลังและปัญหาสุขภาพจิต ในเรื่องของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า เป็นปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้การรักษา และเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับความสนใจ ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนมาตรการเพื่อการรักษา การเฝ้าระวัง และป้องกัน เพื่อให้การบำบัดรักษามีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่ทำงานในด้านกายภาพบำบัด จึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด รวมทั้งหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ การได้เข้าใจและรักษาผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพจิตร่วมด้วย จะทำให้การรักษาเป็นแบบองค์รวม (Holistic approach)

คำถามของการวิจัย (Research Questions)

1. ความชุกของภาวะวิตกกังวลและความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเชียงใหม่พระนคร โดยใช้แบบสอบถามที่มีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ คือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน (Demographic Data) ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม ประวัติครอบครัวโรคทางจิตเวช โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลัง (Biological factors) ได้แก่ การวินิจฉัยโรคตำแหน่งที่เกิดโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความเจ็บปวดในปัจจุบัน อาการที่เกิดร่วม (อ่อนแรง/ชา) การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความถี่ในการรักษา ประวัติการกลับเป็นซ้ำ จำนวนวันที่ขาดงาน / หยุดพัก ความพึงพอใจต่อการรักษา ผลกระทบของการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ
3. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ

1. ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)
2. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ข้อตกลงเบื้องต้น

ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยถือว่าเป็นความจริงที่เชื่อถือได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง โดยไม่ได้รวมถึงผู้ป่วยปวดหลังชนิดเฉียบพลัน ทำให้ผลการศึกษานี้ อาจไม่สามารถนำไปใช้อธิบายในผู้ป่วยปวดหลังได้ทุกราย และถึงแม้ว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลังแต่ละแห่ง จะมีมาตรฐานเดียวกัน แต่รูปแบบและเทคนิคเฉพาะของนักกายภาพบำบัดแต่ละท่านอาจจะแตกต่างกัน ซึ่งอาจมีผลทำให้สุขภาพจิต ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังแต่ละรายมีความแตกต่างกันได้บ้าง อย่างไรก็ตาม สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้จำกัดการวิจัยโดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเฉพาะในกลุ่มภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยปวดหลังที่มีทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

อาการปวดหลัง หมายถึง มีอาการปวดที่ด้านหลังของลำตัวตั้งแต่บริเวณกระดูกสันหลังระดับช่วงอก (Thoracic spine) จนถึง ก้นกบ (Sacrum) โดยอาจมีอาการปวดร้าวลงไปตามกล้ามเนื้อหลังหรือขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างหรือไม่ก็ได้

อาการปวดหลังระยะเรื้อรัง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังมาเป็นระยะเวลานาน ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ ขึ้นไป

ภาวะวิตกกังวล หมายถึง อาการกังวลเกินเหตุร่วมกับอาการทางกายต่างๆ⁽²⁷⁾ ได้แก่

1. Autonomic hyperactivity เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หายใจขัด เหงื่อออก ปั่นป่วนในท้อง
2. Cognitive hypervigilance เช่น หงุดหงิดง่าย ตกใจง่าย วิตกกังวล
3. Muscle tension ได้แก่ อาการปวดตึงศีรษะ ชมับ ท้ายทอย ปวดตึงกล้ามเนื้อตามตัว

โดยอาการทั้งหมดนี้สามารถวินิจฉัยได้จากคะแนนของ Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS) มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน⁽²⁸⁾

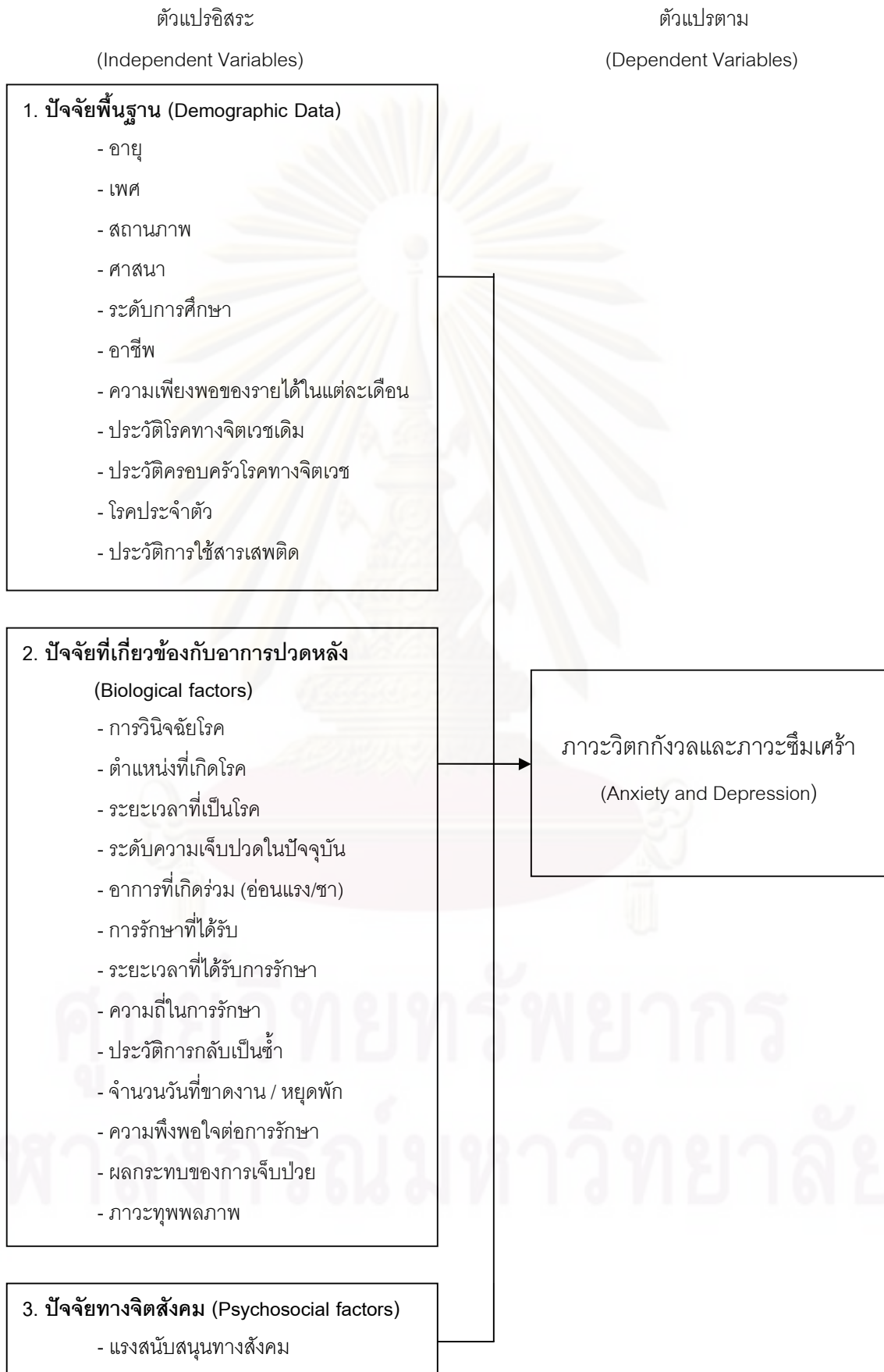
ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการแสดงอารมณ์เศร้าหมองหรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขและมีอาการอื่นๆที่แสดงออกทางอาการทางกาย (vegetative) พฤติกรรมคำพูด (psychomotor) และความกังวล (cognitive) อาการดังกล่าว เป็นการเปลี่ยนแปลง ไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย⁽³⁵⁾ ซึ่งประเมินจาก Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS) มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน⁽²⁸⁾

การรักษาทางกายภาพบำบัด คือ การกระทำในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบำบัด ป้องกัน แก้ไข และฟื้นฟูการเสื่อมสมรรถภาพ หรือความพิการของร่างกาย หรือจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ซึ่งได้แก่ การตัด การดึง การประคบ การนวด การบริหารร่างกาย หรืออวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการกระทำด้วยวิธีการต่างๆ ดังกล่าว ตามหลักวิทยาศาสตร์ หรือการกระทำอื่นที่รัฐมนตรีประกาศเป็นวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ตามหลักวิทยาศาสตร์ที่รัฐมนตรีประกาศเป็นเครื่องมือกายภาพบำบัด (พ.ร.บ. วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.2547)

ภาวะทุพพลภาพ (Disability) องค์การอนามัยโลก⁽²⁹⁾ ได้ให้คำนิยาม คำว่า Disability หมายถึง ความไม่สามารถหรือยากที่จะทำกิจวัตรประจำวัน หรือทำงานได้เหมือนคนปกติทั่วไป จากพยาธิสภาพ เช่น การใช้งานแขน ขา การยืน การเดิน การทรงตัว เป็นต้น ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามสภาพความเสียหาย (ทุพพลภาพ) ของออสเตรเลีย⁽³⁰⁾ ตามระดับความรุนแรงที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (assistance and guidance) การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for nurturance) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (self-worth) ความผูกพันใกล้ชิด (intimacy) โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมฉบับภาษาไทย ซึ่งดัดแปลงมาจาก The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II ของ Beand and Weinert โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ, ปานกลาง และสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. ทราบถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด
2. เพื่อเป็นชี้แนวทางในการประเมิน รักษา ป้องกันและติดตาม ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อให้ญาติและบุคลากรในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อจะได้เข้าใจผู้ป่วย และกรณีผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพจิตร่วมด้วย อาจส่งต่อผู้ป่วยมารับการปรึกษาและรักษาทางจิตเวชร่วมด้วย เพื่อให้การรักษาเป็นแบบองค์รวม
4. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งอาจส่งนักกายภาพบำบัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาผ่านการอบรม ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรอีกทางหนึ่งด้วย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคปวดหลัง
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
4. การรักษาและการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลัง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคปวดหลัง

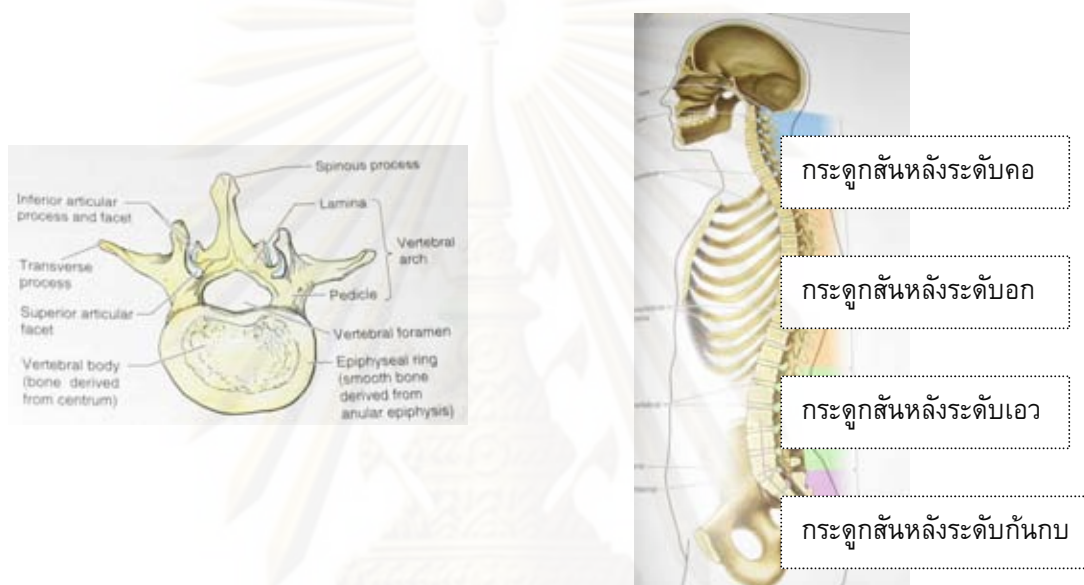
โครงสร้างและส่วนประกอบของหลัง

แผ่นหลัง⁽³⁰⁾ คือ ด้านหลังทั้งหมดของลำตัว ตั้งแต่ด้านล่างของคอถึงด้านบนของก้นกบ ซึ่งเป็นส่วนของร่างกายที่หัว คอ และระยางค์สัมผัสผัดกัน หลังของคนเรามีกระดูกสันหลังทั้งหมด 33 ชิ้น วางซ้อนกันตั้งแต่ฐานกระดูกสันหลังถึงกระดูกเชิงกรานที่มาเชื่อมต่อกันเป็นสะโพก รวมไปถึงส่วนต่างๆ ทางด้านหลัง ได้แก่ ผิวหนัง เนื้อเยื่อต่างๆ ได้ผิวหนัง เอ็นกล้ามเนื้อ กระดูกสันหลัง ไขสันหลัง กระดูกซี่โครง เส้นประสาท และเส้นเลือดต่างๆ กระดูกสันหลังทั้ง 33 ชิ้น ประกอบไปด้วย

1. กระดูกสันหลังระดับคอ 7 ชิ้น ที่ช่วยการเคลื่อนไหว เช่น ก้ม เงย หมุน หันซ้ายขวา หรือเอียงคอ เป็นต้น
2. กระดูกสันหลังระดับอก 12 ชิ้น ซึ่งเป็นที่ยึดเกาะของกระดูกซี่โครงที่ต่อออกด้านข้าง เพื่อป้องกันอวัยวะสำคัญต่างๆ ภายใน เช่น หลอดอาหาร หลอดลม ปอด หัวใจ เป็นต้น ทำให้กระดูกสันหลังระดับนี้ เคลื่อนไหวได้น้อยกว่าส่วนอื่น
3. กระดูกสันหลังระดับเอว 5 ชิ้น เคลื่อนไหวได้ในทิศทางก้มและเงยได้มากที่สุด เอียงข้างและหมุนได้เล็กน้อย
4. กระดูกสันหลังระดับก้น 5 ชิ้นและระดับก้นกบ 4 ชิ้น ซึ่งรวมเป็นชิ้นเดียว

นอกจากนี้ ระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละชิ้น จะมีหมอนรองกระดูกสันหลังคั่นกลาง เพื่อทำหน้าที่รับแรงกระแทกของกระดูกและเพิ่มองศาในการเคลื่อนไหว ภายในแกนกลางของโพรงกระดูกสันหลังจะมีไขประสาทรองกระดูก ซึ่งต่อมาจากสมองและมีแขนงรากประสาท ส่งสัญญาณประสาทไปเลี้ยง แขน ขา ลำตัว⁽³¹⁾

กระดูกสันหลัง



ภาพที่ 1 จาก : Clinically oriented anatomy fourth edition (Keith L. Moore, 1999)

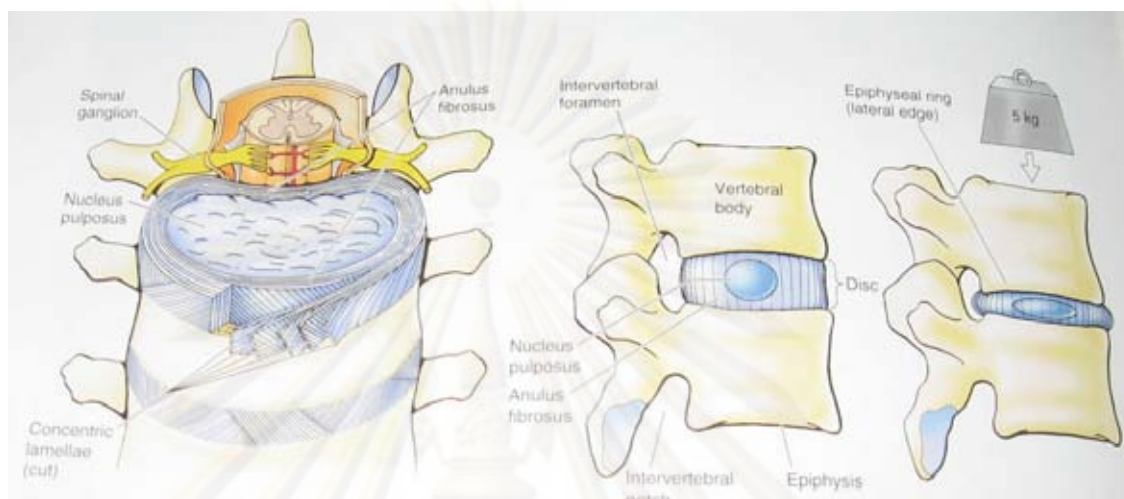
หน้าที่ของกระดูกสันหลัง คือ

1. ปกป้องไขสันหลังและเส้นประสาทไขสันหลัง
2. รองรับน้ำหนักร่างกาย
3. ช่วยในการเคลื่อนไหวหรือจำกัดการเคลื่อนไหวในทิศทางต่างๆ
4. คงไว้ซึ่งท่าทาง รวมถึงการเคลื่อนย้ายร่างกายไปที่ต่างๆ

หมอนรองกระดูกสันหลัง

หมอนรองกระดูกสันหลัง คือ ส่วนที่คั่นกลางระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละชิ้น ทำหน้าที่เป็นส่วนเคลื่อนไหว รวมถึงเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวและรับแรงกระแทกของกระดูกสันหลังขณะเคลื่อนไหว โครงสร้างของหมอนรองกระดูกสันหลังประกอบไปด้วยส่วนที่เรียกว่า nucleus pulposus หรือส่วนที่เป็นวุ้นกึ่งเหลวอยู่ตรงกลาง และอีกส่วนเรียกว่า annulus fibrosus หรือที่

เป็นส่วนที่หุ้มรอบด้วยเปลือกคล้ายกระดูกอ่อนหลายชั้น ดังภาพ ซึ่งหากเกิดอุบัติเหตุหรือยกของหนักเกินไป จะเกิดแรงกระทำต่อหมอนรองกระดูก หากรุนแรง อาจทำให้ส่วนที่เป็นวุ้นไหลออกมาค้ำทับส่วนที่เป็นเส้นประสาทด้านหลังได้



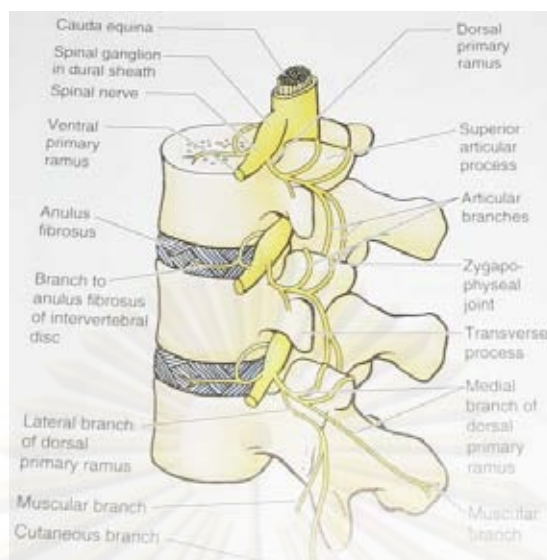
ภาพที่ 2 จาก : Clinically oriented anatomy fourth edition (Keith L. Moore, 1999)

เอ็น ไขสันหลัง และเส้นประสาท

กระดูกสันหลังมีเอ็นหนาทั้งด้านหน้า ด้านหลัง และระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละส่วน ยึดไว้เพื่อเพิ่มความแข็งแรง มีไขสันหลัง (spinal cord) ที่ต่อลงมาจากสมองผ่านช่องกลมกลางกระดูกสันหลังและมีรากเส้นประสาทวิ่งเข้าออกจากไขสันหลัง (roots of spinal nerves) เพื่อส่งกระแสประสาทไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย มีรากแขนงประสาทสันหลังส่งไปเลี้ยงแขน ลำตัว และขา ไขสันหลังเป็น reflex center และเป็นเส้นทางของการส่งกระแสประสาทระหว่างสมองกับร่างกาย ไขสันหลังมีหน้าที่ดังนี้

1. รับความรู้สึกต่างๆ ของร่างกาย เช่น เจ็บปวด ร้อย เหน็ด แล้วส่งกลับไปให้สมองรับรู้
2. รับรู้ตำแหน่งและความตึงตัวของข้อต่อ กล้ามเนื้อ เพื่อส่งกลับไปแปลผลที่สมอง
3. เป็นทางผ่านของคำสั่งจากสมองให้กล้ามเนื้อทำงาน เพื่อเคลื่อนไหวร่างกาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 3 จาก : Clinically oriented anatomy fourth edition (Keith L. Moore, 1999)

กล้ามเนื้อ

หลังและลำตัว เคลื่อนไหวได้ด้วยการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกาะกระดูกสันหลัง กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อลำตัวด้านข้าง กล้ามเนื้อสะโพกและขา เป็นต้น น้ำหนักของร่างกายส่วนใหญ่อจะอยู่ทางด้านหน้าของกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะในผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก ดังนั้น กล้ามเนื้อหลายๆมัดที่เกาะกับกระดูกสันหลัง จึงต้องมีความแข็งแรงมาก เพื่อรองรับน้ำหนักและช่วยการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อหลังแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. กล้ามเนื้อส่วนนอก (*Extrinsic back muscles*) ได้แก่ กล้ามเนื้อชั้นบนและชั้นกลาง ซึ่งช่วยในการเคลื่อนไหวระยะไกลและช่วยการเคลื่อนไหวขณะหายใจ ตามลำดับ
2. กล้ามเนื้อชั้นใน (*Intrinsic back muscles*) ได้แก่ กล้ามเนื้อชั้นลึก ซึ่งช่วยในการเคลื่อนไหวโดยตรงของกระดูกสันหลัง รวมทั้งคงไว้ซึ่งท่าทาง
3. กล้ามเนื้อชั้นกลางส่วนนอก (*Intermediate extrinsic back muscles*) กล้ามเนื้อกลุ่มนี้ได้แก่ กล้ามเนื้อ serratus posterior ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อหายใจส่วนบนที่ถูกรวมอยู่ในกล้ามเนื้อของผนังช่องอก

ปวดหลัง (Backache and Back Pain)

กระดูกสันหลังส่วนคอและหลังเป็นส่วนที่เคลื่อนไหวได้มากที่สุด ในขณะที่เดียวกันกลับพบว่า เป็นส่วนที่เกิดอาการบาดเจ็บได้มากที่สุดเช่นกัน ในแต่ละปีเฉลี่ยประมาณ 10% ของประชากรทั่วไป จะมาพบแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดด้วยอาการปวดหลังและกว่า 80% ของประชากรปกติ เคยเผชิญกับโรคปวดหลังมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต อาการปวดหลังที่พบบ่อยที่สุด คือ

อาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งพบได้บ่อยในช่วงอายุ 30-60 ปี ส่วนอาการบาดเจ็บต่างๆบริเวณหลัง พบมากในกลุ่มนักกีฬา กลุ่มผู้ใช้แรงงานหรือการเกิดอุบัติเหตุ

กายวิภาคของหลังค่อนข้างมีความซับซ้อน และอาการปวดหลังก็มีได้หลายสาเหตุ ถึงแม้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างและการทำงานของหลัง เป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในการที่จะช่วยการ วินิจฉัยและการรักษาอาการปวดหลัง ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จำเป็นต้องตรวจ ร่างกายอย่างละเอียดและพิเศษ เพื่อป้องกันการเพิ่มสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการปวดหลังที่รุนแรง กว่าเดิม

สาเหตุของอาการปวดหลัง

อาการปวดหลังมีหลายอาการ คือ ทั้งที่รักษาให้หายง่าย ทั้งที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด จริงจัง และที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่ต้องประคับประคองอาการไว้ไม่ให้แย่ลงไปกว่าเดิม สาเหตุที่พบบ่อยๆ ได้แก่ ⁽³⁰⁻³²⁾

1. อิริยาบถหรือท่าทางที่ไม่ถูกต้อง

ในการทำกิจวัตรประจำวัน ท่าทางต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการนั่ง การยืน การเดิน ที่ไม่เหมาะสม เช่น การยกของผิดท่า การนั่งหลังค่อม การนั่งบิด ถ่ายน้ำหนักตัวลงไม่เท่ากัน การยืนผิดท่า การนอน บนที่นอนที่แข็งหรือนุ่มเกินไป ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะเป็นสาเหตุทำให้กระดูกสันหลังระดับเอวแอ่นมาก ขึ้น กระดูกสันหลังระดับอกจะโก่งหรือค่อม ทำให้ช่องทางออกของเส้นประสาทไขสันหลังแคบลง เส้นประสาทถูกเบียด นำกระแสไม่สะดวก และการที่แอ่นหลังอยู่เป็นเวลานาน จะทำให้หมอนรอง กระดูกสันหลังรับน้ำหนักไม่สมดุลกัน ก่อให้เกิดการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้เกิด อาการปวดหลังได้

2. หลังเคล็ดหรือแพลง กล้ามเนื้อเกร็งตัว เอ็นฉีก

เกิดเมื่อกกล้ามเนื้อหลังหรือเอ็นข้อต่อกระดูกถูกยึดหรือฉีกขาด ส่วนมากพบได้ขณะที่มีการ เคลื่อนไหวท่าทางที่ไม่ถูกต้อง หรืออาจเกิดจากการหกล้ม บิดเอี้ยวตัวผิดท่า ทำงานหนัก ยกของหนัก ปวดหลังเป็นๆหายๆ เป็นเวลานาน และอาการมากขึ้นเมื่อมีการใช้งานหนักหรือบาดเจ็บ กระดูกสัน หลังคด ไหล่สองข้างไม่เท่ากัน ยืน เดิน ตัวเอียง ก้ม แอ่นหลัง หรือค้างในท่าเดี๋ยวนานๆ สิ่งเหล่านี้ นำไปสู่อาการปวดหลังได้

3. ขาดการออกกำลังกายหรืออ้วนเกินไป

การไม่ออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหลังและหน้าท้องไม่มีความสมดุล ไม่มีกำลังพอที่จะพยุงหลังให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง จึงเกิดการดึงรั้งหน้าท้องไปทางด้านหน้า ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ ส่วนคนที่อ้วน พุงยื่น หรือสตรีมีครรภ์หลังเดือนที่ 6-7 จะมีผลต่อหลัง คือ หลังจะแอ่นมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังได้เช่นกัน

4. หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท

มักมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น ลื่นหกล้ม ก้มบิดตัวแรงๆ ยกของหนัก เล่นกีฬา เป็นต้น ทำให้มีการเคลื่อนตัวของหมอนรองกระดูกสันหลังหรือการฉีกขาดของหมอนรองกระดูกสันหลัง ไปรบกวนกดทับรากเส้นประสาท ทำให้มีอาการปวดหลัง และขาแปลบ แสบร้อน หรือปวดร้าวลงขาไปตามแนวรากเส้นประสาทนั้นๆ ได้ อาการที่สังเกตได้ชัด เช่น การไอ จาม ทำให้ปวดร้าวลงขามากขึ้น ปวดหลังตลอดเวลา ไม่อยากขยับตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ อาการปวดหลังทำให้ต้องเดินก้มตัว สะโพกโย้ ไหล่เอียง หรือต้องเดินช้าๆ ระวังไม่ให้มีอาการปวดมากขึ้น ในบางรายอาจมีอาการกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงร่วมด้วย

5. กระดูกสันหลังเสื่อม

เกิดการหนาตัวของกระดูกสันหลังและเส้นเอ็น ส่งผลให้ช่องทางออกของเส้นประสาทที่กระดูกสันหลังแคบลง มีการกดรัดหรือกดทับเส้นประสาทให้ส่งกระแสประสาทไม่สะดวก พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือการเสื่อมสภาพจากการใช้งานมากเกินไป มักมีอาการชาร่วมด้วยเวลาเดิน รวมถึงอาจมีอาการอ่อนแรง ทำให้สูญเสียความมั่นคงของการเคลื่อนไหว และจะมีอาการปวดหลังเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวที่มีการเคลื่อนไหวระหว่างปล้องกระดูกสันหลังนั้นๆ ด้วย การใช้งานหลังไม่ถูกวิธีนานๆ จะทำให้เกิดการล้า หรือการอักเสบต่อเนื้อเยื่ออ่อน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสันหลังเสื่อมตามมาได้ง่าย ซึ่งพบบ่อยในกลุ่มคนวัยทำงาน

6. อุบัติเหตุหรือมีแรงกระทำต่อกระดูกสันหลัง

การเกิดอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกจากที่สูง ทำให้กระดูกสันหลังหักและอาจมีการกดทับไขสันหลัง ซึ่งถ้ารักษาไม่ทันท่วงทีอาจทำให้เกิดอัมพาตได้ หรือการเกิดแรงกระทำต่อกระดูกสันหลังต่างๆที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อเคล็ดแพลง ฟังผิดหุ้มกระดูกสันหลังฉีกขาด ตลอดจนการบาดเจ็บของโครงสร้างอื่นๆ ลักษณะเช่นนี้อาจไม่แสดงอาการให้เห็นได้หากโครงสร้างอื่นๆรอบๆหลังยังสามารถ

ค้าจุน พยุลงหลังไว้ได้ ต่อเมื่ออายุมากขึ้น ขาดการดูแลหลังที่ดี โครงสร้างรอบๆหลังอ่อนแอลง ไม่สามารถค้าจุนได้อีกต่อไป อาการต่างๆจึงเริ่มเด่นชัด

7. การเกิดพังผืดยึดกระดูกสันหลัง

ผู้ที่มีอาการปวดหลังจากสาเหตุนี้ มักมีประวัติปวดหลังเล็กน้อยมาก่อน หรือมีอาการเป็นๆหายๆ มานานแล้ว แต่ไม่ได้สนใจ ต่อมาเมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มที่ ตั้งบริเวณบั้นเอวหรือแผ่นหลัง ก็ไม่ได้ไม่เต็มที่ แอนหลังมีอาการเจ็บ บางครั้งมีอาการปวดร้าวลงขา ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากพังผืดบริเวณกระดูกสันหลังหรือเส้นประสาทมีการหดเกร็งจากการขาดการดูแล ทำให้หลังส่วนเอวมีการยึดติด เคลื่อนไหวได้น้อยลง ไม่คล่องตัว เกิดอาการปวดหลังตามมาได้ง่าย

8. กลุ่มอาการปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ

อาการเหล่านี้ไม่มีความผิดปกติใดๆของกระดูกสันหลังเข้ามาเกี่ยวข้องเลย พบได้บ่อยโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน มักมีจุดกดเจ็บที่กล้ามเนื้อด้านหลัง หรือตามสะโพก หรือกล้ามเนื้ออ่อน มักจะมีอาการปวดหลังร้าวลงมาด้านหลังโคนขาหรือน่อง หรือหน้าแข้ง และจะมีอาการปวดมากขึ้นขณะเดิน อาการกลุ่มนี้สามารถฟื้นตัวได้เอง หากได้รับการดูแลรักษาที่ดีพอ

9. ความเครียดหรืออาการทางระบบประสาท

ความเครียดทางอารมณ์ ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกร็งและมีอาการปวดหลังได้โดยที่ไม่ได้มีความผิดปกติร้ายแรงใดๆโดยตรงต่อโครงสร้างของหลัง อาการร่วมที่สำคัญและสังเกตได้หากอาการปวดหลังเกิดจากความเครียด คือ การเกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร อาการปวดตึงรอบไหล่ เป็นต้น

10. อาการปวดหลังอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ

อาการนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างแต่กำเนิด เช่น กระดูกสันหลังไม่เชื่อมกระดูกสันหลังคด หลังแอ่น เป็นต้น และรวมไปถึงความผิดปกติของระบบอื่นๆในร่างกายหรืออวัยวะภายในทำงานผิดปกติ แล้วมีอาการปวดร้าวไปที่หลัง เช่น อาการของนิ่วในทางเดินปัสสาวะ อาการปวดท้องจากระบบทางเดินอาหาร ไต การติดเชื้อ การอักเสบ หรือมีก้อนเนื้อออก หรือเส้นประสาทถูกกดทับมากๆ โรคเรื้อรังหรือภูสวัต วัณโรค มะเร็งที่แพร่กระจายมายังกระดูกสันหลัง รวมทั้งมะเร็งไขกระดูก ซึ่งสามารถสังเกตอาการร่วมได้ เช่น ปวดหลังและเป็นไข้ ปัสสาวะปนเลือด ปวดแสบบริเวณทางเดินปัสสาวะหรือหัวเหน่า เคาะเจ็บซี่ข้างด้านซ้ายค่อยไปทางด้านหลังของบั้นเอว มีตุ่มพองผื่นแดง ปวดแสบปวดร้อนหลังหรือทรวงอก น้ำหนักตัวลดลงมากและรวดเร็ว ปวดหลังมากจนต้อง

ตื่นตอนกลางคืน เมื่อตื่นนอนมีอาการ ปวด บวม แดง ชัดตามข้อต่อต่างๆ มีอาการชาหรือชาอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ปวดหลังระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น ซึ่งหากมีอาการดังกล่าว ควรรีบพบแพทย์ทันที

การวินิจฉัยและโรคที่พบได้ทั่วไป

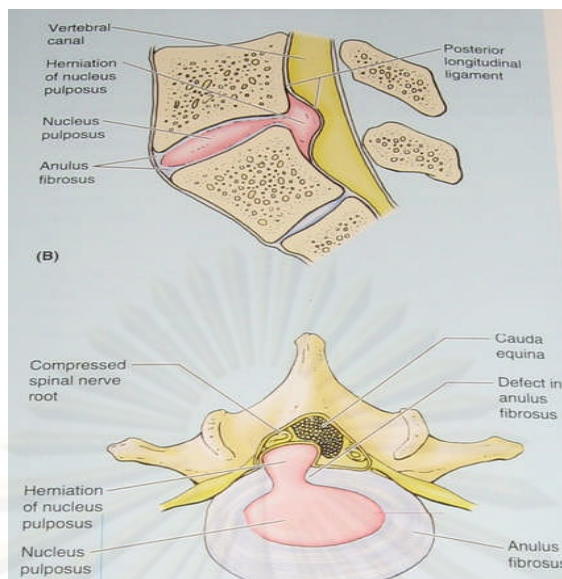
กลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดในหลังส่วนอกและเอว คือ อาการปวด ซึ่งมีสาเหตุต่างๆดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การวินิจฉัยอาการปวดหลังที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ได้แก่ ⁽³³⁾

1. การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหรือเอ็น

ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้งานในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม โครงสร้างที่อาจฉีกขาด ได้แก่ annulus fibrosus, เอ็นกระดูก posterior และ anterior longitudinal, supraspinatus, interspinatus หรือจุดเกาะของกล้ามเนื้อ (enthesis) อาการปวดขึ้นทันทีที่มีการบาดเจ็บบริเวณนั้น เอวหรือสะโพกหลังจากนั้น 24 ชั่วโมง ถึง 48 ชั่วโมง จะปวดมากที่สุดและค่อยๆหายไปในช่วงเวลาประมาณ 10 ถึง 14 วัน อาการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบรอบๆบริเวณบาดเจ็บและมีสารกระตุ้นให้เกิดอาการปวด เช่น K^+ (รั่วจากเซลล์ที่บาดเจ็บ), Serotonin, Bradykinin และ Prostaglandins เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (muscle spasm) เพื่อหยุดการเคลื่อนไหวของบริเวณที่เจ็บ

2. หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated disc)

เกิดจากการค่อยๆฉีกขาดภายในของ annulus fibrosus จนถึงรอบนอก ทำให้ nucleus pulposus หลุดออกมาด้านนอก annulus fibrosus เมื่อมีการรับน้ำหนักในท่าที่ทำให้ความดันภายในหมอนรองกระดูกสูง เช่น อิริยาบถก้มยกของหนัก หรือ ไอจาม nucleus pulposus มักหลุดมาบริเวณข้างๆ เอ็นกระดูก posterior longitudinal ซึ่งจะกดทับรากประสาทพอดี อาการปวดหลังเกิดจากการที่เอ็นกระดูก posterior longitudinal ถูกดันให้ตึงตัว ส่วนรากประสาทที่ถูกกดอาจทำให้เกิดอาการชาและกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่วนอาการปวดแบบ sciatica มักเกิดหลังจากมีการเคลื่อนตัวของหมอนรองกระดูกสันหลังไปแล้วประมาณ 24 ถึง 48 ชั่วโมง เนื่องจากเกิดการอักเสบรอบๆรากประสาท เชื่อว่าเกิดจาก nucleus pulposus ทำหน้าที่เสมือนสารแปลกปลอมจากภายนอกร่างกาย เพราะในเยื่อหุ้มประสาทนี้ไม่เคยสัมผัสกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเลย



ภาพที่ 4 จาก : Clinically oriented anatomy fourth edition (Keith L. Moore, 1999)

3. กระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylosis)

เนื่องจากในวัยสูงอายุ จะมีการเสื่อมของข้อกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง ตามกลไกทางธรรมชาติของร่างกายนั้นจะมีการซ่อมแซมข้อที่หลวมโดยมีหินปูน (spur) เกิดขึ้น บริเวณข้อต่อและเส้นเอ็น ซึ่งเรียกลักษณะการเสื่อมเช่นนี้ว่า Spondylosis อีกทั้งการเสื่อมของ หมอนรองกระดูกสันหลัง (Degenerative disc) ทั้งสามองค์ประกอบกล่าวคือ อาจมีการแตกของ vertebral end plate, การฉีกขาดของ annulus fibrosus และการเสียรูปทรงของ nucleus pulposus ทำให้โครงสร้างเหล่านี้มีน้ำได้ไม่เพียงพอที่จะรับแรงกดของลำตัว ทำให้ข้อ facets ต้องรับน้ำหนักตัวเพิ่มจนเกิดการเสื่อมของ facet เหมือนข้อ synovial ในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ทำให้ผิวกระดูกอ่อนบางลง เยื่อหุ้มข้อหลวมและความสูงของหมอนรองกระดูกยุบลงอันเป็นเหตุให้ข้อต่อของกระดูกสันหลังหลวม และมีการเคลื่อนไหวในทิศทางที่ผิดปกติ ลักษณะเช่นนี้ทำให้เอ็นต่างๆ ถูกยืดตัวมากกว่าปกติ นอกจากนี้อาการปวดก็อาจเกิดจากการอักเสบเป็นครั้งคราวของส่วนใดส่วนหนึ่งในระบบข้อต่อกระดูกสันหลังที่เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย อาจมีผลที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดติดตามมาได้ เช่น แรงดันของหลอดเลือดดำในกระดูกสูงกว่าปกติ หรือเกิดจากการซ่อมเอ็นต่างๆ เช่น annulus fibrosus ทำให้เกิด granulation tissue ซึ่งดึงปลายประสาทสัมผัสเข้าไปในโครงสร้างที่เกิดใหม่ ในกรณีเช่นนี้รอบๆ annulus fibrosus อาจไวต่อการกระตุ้นและทำให้เจ็บปวดได้ (ซึ่งปกติจะไม่ค่อยมีปลายประสาทสัมผัส)

4. โพรงกระดูกสันหลังแคบ (Spinal stenosis)

เมื่อเกิดการเสื่อมของข้อกระดูกสันหลัง จนเกิดการหลวมตัวของข้อต่อกระดูกสันหลัง ร่างกายจะพยายามซ่อมแซมให้เกิดความมั่นคงของข้อต่อกระดูกขึ้น จึงเกิดการขยายตัวใหญ่ขึ้นของกระดูกและเอ็นต่างๆ ทำให้โพรงกระดูกสันหลังแคบลง ในระยะนี้อาจเกิดความมั่นคงขึ้น หรือยังมีการหลวมของข้อต่อกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะบางปล้องก็ได้ การตีบแคบของโพรงกระดูกสันหลังทำให้เกิดการบีบรัดของหลอดเลือดรอบๆ cauda equine และรากประสาท ทำให้รากประสาทขาดเลือดมาหล่อเลี้ยงโดยเฉพาะเมื่อโครงสร้างสรีระร่างกายมีการแอ่นของเอว (lordosis) ซึ่งจะทำให้โพรงกระดูกตีบและแคบมากยิ่งขึ้น นำไปสู่อาการปวดได้ ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดหลังและขาขาทั้งสองข้างในเวลาเดิน

5. อาการปวดหลังที่เกี่ยวข้องกับแรงกล (Mechanical low back pain)

คำที่มีความหมายคล้ายกัน ได้แก่ lumbosacral strain, idiopathic back pain และ lumbago ลักษณะทางคลินิกที่เด่นชัด คืออาการปวดแปรตามอิริยาบถ ตำแหน่งที่ปวดอาจอยู่กลางกระดูกสันหลังช่วงล่างถึงบริเวณก้นกบ สะโพกและต้นขา แต่ไม่ปวดเลยข้อเข่าลงไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักมีอายุระหว่าง 30 ถึง 40 ปี พบได้ทั้งในเพศชายและหญิง อาการปวดพบได้ อาการปวดพบได้ทั้งชนิดเฉียบพลันซึ่งมักหายเองภายในสองสัปดาห์ หรือชนิดที่เป็นเรื้อรัง เป็นๆหายๆ ผู้ป่วยมักปวดเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ ผู้ป่วยส่วนมากบ่นว่าก้มไม่สะดวกหรือเจ็บเวลาก้ม หรือลำบากเวลาแอ่นตัวหรือทั้งก้มและแอ่นหลังลำบากแล้วแต่กรณี ไม่ค่อยปวดเวลาเดิน การตรวจทางรังสี มักจะตรวจเฉพาะในกรณีที่อาการปวดไม่หายไปในสองสัปดาห์ และเฉพาะรายที่ปวดมากและมีอาการเฉียบพลันระยะนี้ อาจใช้ยาแก้ปวดรวมทั้งยาต้านอักเสบและคลายกล้ามเนื้อ

6. Sciatica

หมายถึง อาการปวดร้าวจากบริเวณแก้มก้นถึงน่องหรือปลายเท้า มักพบร่วมกับอาการปวดหลังบริเวณนั้นเอง ซึ่งอาการปวดร้าวนี้มักหมายถึงพยาธิสภาพที่รบกวนรากประสาทของเส้นประสาท sciatic (sciatic nerve) ซึ่งได้แก่ รากประสาท L₄, L₅ และ S₁ ดังนั้นแพทย์มักวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังบริเวณเอวและแก้มก้น โดยที่ไม่มีอาการปวดร้าวไปได้ข้อเข่าอาจถือได้ว่าไม่มีอาการรบกวนของรากประสาท ไม่ว่าจะผลการตรวจอย่างอื่นจะชี้แนะอย่างไร ส่วนผู้ป่วยปวดหลังและร้าวลงไปได้เข่าหรือมาอาการปวดร้าวไปที่ขาอย่างเดียว อาจแบ่งได้เป็น sciatica แท้ (ในที่นี้หมายถึงมีการกดทับรากประสาทหรือ anterior primary ramus ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการผ่าตัด)

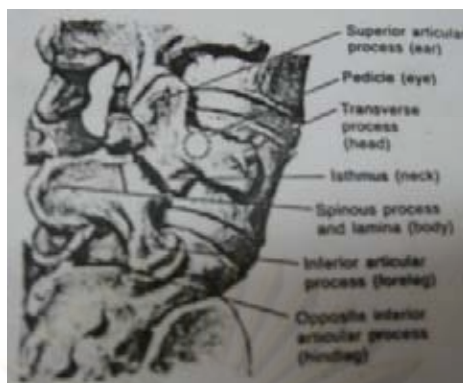
และ sciatica เทียม (มีการรบกวนที่ปลายประสาทเล็กๆ ใกล้เคียงประสาท ซึ่งพยาธิสภาพนี้มักแก้ไขด้วยการผ่าตัดไม่ได้ผล)

7. กระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis)

โดยทั่วไปหมายถึง การเคลื่อนตัวของกระดูกสันหลังปล้องหนึ่งไปข้างหน้าบนปล้องที่ถัดลงมา แต่ถ้าเป็นการเคลื่อนไปข้างหลังบางที่เรียก reverse spondylolisthesis หรือ retrospondylolisthesis ส่วนการเคลื่อนไปด้านข้างเรียกว่า lateral spondylolisthesis ซึ่งสามารถแบ่งแยกสาเหตุได้ คือ Dysplastic (เกิดจากการผิดปกติแต่กำเนิดของกระดูก), Isthmic (เกิดจากพยาธิสภาพบริเวณ pars interarticular), เกิดจากการเสื่อมของข้อ facet หรือเกิดจากอุบัติเหตุได้ ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดหลังและขาเวลาเดิน (neurogenic claudication) อาจตรวจพบอาการผิดปกติของเส้นประสาท L₅ การเคลื่อนไหวของเอวทั้งท่าก้มและเงยมักลดลง ในรายที่มีการเคลื่อนมาก จะพบว่าเอวสั้น มีรอยสันที่คลำได้ที่กระดูกเอว มีการแอ่น (hyperlordosis) ของกระดูกเอว ชวงบน และมีรอยคอดที่หน้าท้อง

8. การเลื่อนของกระดูกสันหลังที่เกิดจากการมีรอยแตกหัก (Spondylolysis)

เป็น isthmic และ degenerative type isthmic spondylolisthesis ที่พบได้บ่อย เกิดจากการเลื่อนของกระดูกสันหลังที่เกิดจากมีรอยแตกหักบริเวณ pars interarticularis ทั้งสองข้าง (ส่วนเชื่อมต่อระหว่าง inferior articular facets กับ pedicle ดังรูป มักเกิดกับกระดูก L₅ จะเคลื่อนไปด้านหน้าต่อ S₁ พบอุบัติการณ์ของ Spondylolysis มากในบางครอบครัวและเชื้อชาติ เช่น เอสกิโม ดังนั้นโรคดังกล่าวจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม แต่เนื่องจากไม่พบ Spondylolysis ก่อนผู้ป่วยอายุ 5 ขวบ ดังนั้นสิ่งแวดล้อมหรือแรงกระแทกต่อบริเวณ L₅/S₁ คงมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดการแตกหักของบริเวณ pars interarticularis ซึ่งเกิดได้โดยเฉียบพลัน หรือค่อยเป็นค่อยไปได้ ดังพบภาวะนี้มากในนักกีฬาบางประเภท เช่น ยิมนาสติกหรือยกน้ำหนัก บางกรณีอาจพบการประสานของบริเวณที่หักแต่ประสานในขณะที่กระดูก L₅ ได้เลื่อนไปข้างหน้าแล้วทำให้เกิดลักษณะของ pars interarticularis เป็นรูปยาวรี (elongated pars interarticularis) แต่กรณีที่ไม่ประสาน เนื่องจากมี shear stress ตลอดเวลาทำให้เกิดเป็น psudarthrosis เหมือน non-union ดังในกระดูกหักบริเวณอื่นๆ



ภาพที่ 5 จาก : หนังสือออริโทปีดิกส์; low back pain (วิเชียร, 2546)

9. การปวดกล้ามเนื้อเป็นบริเวณกว้าง (Myofascial Pain Syndrome) ⁽³⁴⁾

เป็นอาการปวดตามกล้ามเนื้อเป็นบริเวณกว้างโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถระบุตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน นับเป็นโรคในกลุ่ม non-articular rheumatism ที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ ความรุนแรงของอาการปวดจะแตกต่างกันไปในแต่ละคนพบบ่อยในวัยทำงานทุกสาขาอาชีพ ระบาดวิทยาของ Myofascial Pain Syndrome (MPS) ศึกษาในประชากรไทย 2,463 คน พบภาวะนี้ร้อยละ 36 ของประชากรที่มีอาการปวดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เพศในหญิงพบบ่อยกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2.4 : 1 ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 31-60 ปี การตรวจร่างกายไม่พบอาการแสดงของการอักเสบ ในบริเวณที่ปวดไม่ว่าจะเป็นที่ข้อต่อหรือผิวหนัง ลักษณะสำคัญคือสามารถคลำได้จุดกดเจ็บเรียกว่า trigger point เป็นก้อนขนาด 1 เซนติเมตร (เกิดจากกล้ามเนื้อหดเกร็ง) อยู่ลึกลงไปใต้มักกล้ามเนื้อ ถ้าเพิ่มแรงกดไปที่จุดนั้นมักจะทำให้ผู้ป่วยสะดุ้ง (jump sign) จากอาการปวดรุนแรง และมักปวดร้าวไปตามตำแหน่งที่ผู้ป่วยรู้สึกปวดในระยะแรก ซึ่งเรียกเป็น reference zone ของ trigger point นั้นๆ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล

Anxiety Disorders ^(35,36)

ความวิตกกังวล (anxiety) มักมีอาการตื่นเครียด ระแวงระวัง หรือบางครั้งอาจตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ในเต้นเร็ว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ซึ่งล้วนแต่เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนทั่วไป เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียด อย่างไรก็ตาม จะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (disorders) ก็ต่อเมื่อ

ความวิตกกังวลนั้นมีมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของหน้าที่การงานต่างๆ รวมทั้งกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกละเอียดอย่างมาก

ตาม DSM-IV ได้แบ่ง Anxiety Disorders ออกเป็นโรคย่อยดังนี้

- Panic disorder and agoraphobia
- Specific phobia and social phobia
- Obsessive-compulsive disorder
- Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder
- Generalized anxiety disorder

ระบาดวิทยา

ความชุกของ panic disorder ในประชากรทั่วไปเท่ากับร้อยละ 3.8 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.3 เท่า มักเกิดในช่วงอายุประมาณ 25 ปี

ส่วน agoraphobia พบได้ร้อยละ 0.6 ในบางการศึกษาพบได้ถึงร้อยละ 6 จากการศึกษาในผู้ป่วย agoraphobia พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็น agoraphobia without history of panic disorder

พบ specific phobia ได้บ่อยกว่า social phobia คือร้อยละ 5-10 และร้อยละ 2-3 ตามลำดับ พบ specific phobia ในเพศหญิงมากกว่าชาย ประมาณ 2 ต่อ 1 ส่วน social phobia พบในผู้ชายมากกว่าและมักพบในช่วงวัยรุ่น

อุบัติการณ์ Generalized Anxiety Disorder (GAD) ในประชากรช่วง 1 ปี ประมาณร้อยละ 3-8 และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะพบว่ามีความวิตกกังวลอื่น ๆ ร่วมด้วย พบในเพศหญิงมากกว่าชาย 2 เท่า อาการเครียดมักเริ่มต้นในช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น อาการเป็นๆ หายๆ และจะรุนแรงในช่วงที่เครียด

อุบัติการณ์ Obsessive-compulsive disorder ในประชากรทั่วไป ประมาณร้อยละ 2-3 ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ประมาณร้อยละ 10 พบอุบัติการณ์ในชายเท่ากับหญิง มักเกิดอาการก่อนอายุ 25 ปี โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ก็พบได้แม้ในเด็กวัยประถม

โรคนี้มักพบร่วมกับโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น ร้อยละ 67 พบร่วมกับโรคซึมเศร้า ร้อยละ 25 พบร่วมกับ social phobia

อุบัติการณ์ Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder ในประชากรทั่วไป ประมาณร้อยละ 1-3 แต่ในประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในทหารอเมริกัน ที่รบในสนามเวียดนาม พบโรคนี้ถึงร้อยละ 25 โรคนี้พบได้ทุกอายุ แต่มักเป็นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเพศชายมักเกิดตามหลังภัยสงคราม ส่วนในเพศหญิงมักเกิดตามหลังการถูกทำร้ายร่างกายหรือข่มขืน

ทฤษฎีที่นำมาอธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวล

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา ถูกแบ่งเป็นอีก 3 ทฤษฎีที่เป็นต้นเหตุของความวิตกกังวล คือ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological Theories), ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioural Theories) และ ทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential Theories)

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological Theories)

ฟรอยด์ ได้ศึกษาและสรุปไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการไม่ยอมรับต่อสิ่งใดๆ ในระดับจิตใต้สำนึก ซึ่งเป็นสัญชาตญาณของ Ego ทำให้เกิดการเก็บกดอยู่ภายในจิตใต้สำนึกแทน จนนำไปสู่ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลมาจากการเก็บกดนั้น ถ้าหากความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับต่ำ ก็จะทำให้เกิดการกระตุ้นอย่างรุนแรง จนกลายเป็นความวิตกกังวลอย่างท่วมท้น (panic attack) ซึ่งต่อมา ฟรอยด์พบว่า หากความวิตกกังวลซึ่งเป็นปฏิกิริยาของ ego ต่อแรงขับทางสัญชาตญาณ (instinctual force) ที่มาจาก id ไม่ได้รับการควบคุมก็จะเป็นอันตรายต่อตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการถูกลงโทษจากคุณธรรม (superego) ที่มีอยู่ภายในจิตใจของตน หรือจากสังคมภายนอก ความวิตกกังวลจึงเกิดจาก ego ที่ทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวให้สัญชาตญาณว่า กำลังเกิดอันตราย และกระตุ้นให้ ego ได้ใช้การเก็บกด หรือกลไกการป้องกันทางจิตอื่นๆ เพื่อที่จะควบคุมแรงขับและอารมณ์ต่างๆ

1.2 ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Theories)

ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ เป็นทฤษฎีหนึ่งที่สามารถนำมาอธิบายเกี่ยวกับความวิตกกังวล และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาความผิดปกติของความวิตกกังวล ที่มีประสิทธิภาพที่สุด โดยทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเฉพาะอย่างที่มีกระตุ้น เช่น ในการเรียนรู้เงื่อนไขแบบคลาสสิก คนที่ไม่เคยโดนหัวหน้าตำหนิเลย เมื่อมีการทำงานผิดพลาดและโดนตำหนิอย่างรุนแรง หลังจากนั้น ทุกครั้งที่ได้รับมอบหมายงานหรือต้องเข้าพบหัวหน้า จะรู้สึกไม่สบายใจและกังวลมากกว่าปกติหรือบางครั้งอาจล้มป่วยไม่สบาย และอาจ generalized ไปเป็นว่า เกิดความกลัวทุกครั้งที่ได้รับมอบหมายงานหรือต้องเข้าพบผู้ที่มีตำแหน่งหรืออำนาจสูงกว่าในทุกๆคน ไม่เพียงแต่หัวหน้าคนเดิม อีกประการหนึ่งที่อาจเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล คือ การที่บุคคลมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวล โดยเลียนแบบการตอบสนองจากผู้ปกครอง (เป็น Social Learning theory)

เมื่อไม่นานมานี้ กลุ่มนักทฤษฎีทางพฤติกรรม ได้สนใจแนวคิดทางด้านความนึกคิด และความเข้าใจ (cognitive approach) มากขึ้น ทฤษฎีนี้ได้อธิบายภาวะวิตกกังวลที่ปราศจากความกลัว (nonphobic anxiety states) เช่น อาการ panic attack, free-floating หรือ generalized anxiety ว่าเป็นรูปแบบความคิดที่ผิด (faulty) บิดเบือน (distorted) เป็นความคิดในเชิงลบ (negative) หรือไม่สร้างสรรค์ (counterproductive thinking) ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรม หรือ อารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยกลุ่มโรคความผิดปกติชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorder) มักประเมินอันตรายหรือโอกาสที่ตนเองจะได้รับอันตรายสูงเกินกว่าความเป็นจริง และประเมินความสามารถของตนในการต่อสู้กับสิ่งที่มาคุกคามนั้น ต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย สำหรับผู้ป่วย Generalized anxiety disorder นั้น จะมีความคิดบิดเบือนไป จะรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่า มาคุกคามต่อความสุขทางร่างกาย หรือสังคมของตน

1.3 ทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential Theories)

ทฤษฎีนี้เป็นรูปแบบที่ดี ในการอธิบายการเกิดความวิตกกังวล ทฤษฎีนี้กล่าวว่า บุคคลที่ตระหนักว่า ชีวิตคนไม่มีความหมาย จะรู้สึกว่าได้รับความทุกข์ทรมานจากการยอมรับเรื่องความตายที่ทุกคนหนีไม่พ้น ความวิตกกังวลจึงเกิดจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ที่ยังคงมีอยู่เป็นอยู่ และยังอธิบายว่า ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า อะไรคือสิ่งกระตุ้นเฉพาะ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื้อรัง

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้ศึกษาและค้นคว้าเกี่ยวกับ เรื่องประสาทวิทยา (Neurophysiology) จิตประสาทเอนโดครินวิทยา (Psychoneuroendocrinology) และสรีรวิทยาของโรค Panic disorder เป็นจำนวนมาก ขณะที่การศึกษาในเชิงชีววิทยาของโรค Generalized anxiety disorder กลับได้รับความสนใจไม่มากนัก แม้ว่าอาการแสดงทางร่างกายของความวิตกกังวลจะมีความซับซ้อน และมีความสำคัญก็ตาม แต่ขณะนี้ยังไม่สามารถบอกสาเหตุทางประสาทสรีรวิทยา และประสาทเคมีของโรคนี้ได้เลย แต่พอจะสรุปปัจจัยทางชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความวิตกกังวลได้ดังนี้ คือ

2.1 พันธุกรรม (Generic)

ประมาณ 25% ของญาติสายตรง (first-degree relatives) จะได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาความสัมพันธ์ของคู่แฝด ในแฝดที่เกิดจาก

ไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin) พบ 50% และแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twin) พบ 15%

2.2 การศึกษาในเชิงประสาทกายวิภาคศาสตร์ (Neuroanatomical considerations)

Limbic system ระบบประสาทลิมบิกจะรับ input จาก locus ceruleus และ raphe nuclei ซึ่งจะมีส่วนที่เป็นพื้นที่ ที่จะจับกับ Benzodiazepine อยู่ค่อนข้างมาก ถ้าเกิดการแยกขาดจากกัน ของ Limbic system และ Temporal cortex จะเป็นผลให้ระดับความกลัว และความก้าวร้าวลดลง แต่ถ้ามีการกระตุ้นตรงส่วนนี้ จะทำให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมหวาดกลัว และก้าวร้าว มีการตั้งสมมุติฐานว่า Septohippocampal pathway มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ของร่างกาย ในการเกิดความวิตกกังวล โดยถ้ามีการกระตุ้นการทำงานจะทำให้เกิดความวิตกกังวล

Cerebral cortex ส่วนหน้าของ cerebral cortex จะอยู่ติดกับ parahippocampal region, the cingulated gyrus และ hypothalamus ดังนั้นจึงมีความสำคัญในการเกิดความวิตกกังวล บริเวณด้านข้างของ cerebral cortex ก็มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดพยาธิสภาพ เมื่อเกิดความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน ความสัมพันธ์นี้เองเป็นพื้นฐานของความเหมือนกันในการแสดงออกของอาการ และเห็นได้จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าของร่างกายในผู้ป่วยที่เป็น Temporal lobe epilepsy และผู้ป่วย Obsessive-compulsive disorder

2.3 การสื่อประสาท (Neurotransmitters)

พื้นฐานทางด้านประสาทวิทยากับความวิตกกังวลนั้น มักเกิดจากการทดลองในสัตว์ เกี่ยวกับแบบอย่างของพฤติกรรม และสารที่เป็นตัวกระตุ้นของระบบประสาทหลายกัวงวล (เช่น benzodiazepines) จะช่วยในการปรับตัวของสัตว์ เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น ขณะที่ยาอื่นๆ (เช่น Amphetamines) จะเป็นตัวทำลายพฤติกรรมตอบสนองของสัตว์ มีสารสื่อประสาท 3 ชนิด ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ Neurepinephrine, Aminobutyric acid (GABA) และ Serotonin

ปัจจุบันนี้มีแนวความคิดว่า ความวิตกกังวลที่เกิดจากระบบประสาทส่วนกลางจะเกิดขึ้น ก่อนที่จะมีอาการแสดงออกของความวิตกกังวลตามมา ยกเว้นกรณีที่มีสาเหตุชัดเจน เช่น pheochromocytoma ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความวิตกกังวลชนิดท่วมท้น (Panic disorders) ระบบประสาทอัตโนมัติจะยับยั้งการเพิ่มการทำงานของ ระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการปรับตัวซ้ำ ต่อสิ่งกระตุ้นซ้ำๆ และตอบสนองอย่างมากต่อการกระตุ้นในระดับปานกลาง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

Depressive disorders ⁽³⁷⁻³⁸⁾ เป็นกลุ่มอาการที่มีอารมณ์ผิดปกติเพียงด้านเดียว คือ มีแต่ อารมณ์เศร้า แบ่งออกเป็น

1. Major depressive disorder
2. Dysthymic disorder

Major Depressive Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้า หดหู่ ร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีความสุขสบายใจหรือสดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยและมักรุนแรง จนผู้ป่วยรู้สึกหรือบอกว่าไม่เหมือนคนเดิม รู้สึกทนเสียดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ อยากอยู่คนเดียว เจ็บๆ

อาการด้าน neurovegetative ที่พบได้บ่อย ได้แก่ เชื่องช้า เฉื่อยชาลง พุดน้อย คิดนาน อาจ ซึม อยู่เฉยๆ ได้นานๆ ผู้ป่วยบางคนอาจมี psychomotor agitation ได้แก่ กระสับกระส่าย มักอยู่เฉย ไม่ได้ นั่งได้สักครู่ก็ต้องลุก เดินไปเดินมา โดยมักพบในผู้ป่วยช่วงวัยต่อ พบบ่อยว่าสมาธิของผู้ป่วยเสื่อมลงจากเดิม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้า ลังเล ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตัวเอง ผู้ป่วยจะมองโลกภายนอก มองชีวิตตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าชีวิตตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่มี ความหมายต่อใคร ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ตนได้กระทำลง ไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย

ความคิดอยากตายพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15 ในช่วงแรกผู้ป่วย อาจแค่รู้สึกเบื่อชีวิต ไม่ทราบว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม เมื่ออาการเป็นมากขึ้น จะรู้สึกอยากตาย ต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย เริ่มมีการคิดถึงวิธีการ และวางแผน จนกระทั่งกระทำการฆ่าตัวตายในที่สุด

ในบางกรณี ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย มีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆของร่างกาย แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติม จะพบว่ามีอาการอื่นๆ ของ major depressive disorder ร่วมด้วย

ระบาดวิทยา

ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 5-18

เพศหญิงพบบ่อยกว่าชาย 2 ต่อ 1

อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีอาการประมาณ 40 ปี

Dysthymic Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการต่างๆ จะคล้ายกับ major depressive disorder แต่ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าเรื้อรัง และมีความรุนแรงน้อยกว่า พบอาการด้านอารมณ์และความคิด เป็นส่วนใหญ่ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ มองโลกในแง่ลบ มีแนวโน้มที่จะโทษตัวเอง เป็นต้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้าน neurovegetative นั้น ไม่ค่อยชัดเจนเหมือนใน major depressive disorder

การดำเนินโรค

ส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยเด็กตอนปลาย หรือวัยรุ่น อาการเริ่มเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และเป็นโรคที่ค่อนข้างเรื้อรัง อาการขึ้นๆลงๆ เป็นช่วง ระยะเวลาที่เป็นตั้งแต่ 2-20 ปี โดยเฉลี่ยเป็นนาน 5 ปี

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

1. สาเหตุทางชีวภาพ โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง

อธิบายโดยใช้ ทฤษฎีชีวภาพ (Biochemical theory of depression) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ได้แก่

1.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) หรือ จูดับประสาท (Receptors) ที่เชื่อมต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic) เชื่อว่าความเครียดความคับแค้นใจ (stress) จากสาเหตุต่างๆ เช่น การสูญเสียหรือจากพราก ชักนำไปสู่ มีความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรือ panic ซึ่งนำไปสู่ อาการทางกาย (neurovegetatives) ของภาวะซึมเศร้า (stress → anxiety → depression = SAD) นั่นคือ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีทิศทางเดียวกัน

1.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ได้บ่อย

1.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมอง หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารโซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะไบโพลาร์

2. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

อธิบายโดยใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory of depression) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (Primitive) ที่สุด ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลบซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว หรืออาจกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงตัวเอง หรือรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อผิดหวังบุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวร้าว ระหว่างความเศร้าเสียใจกับความโกรธ และเชื่อว่าอาการเศร้าเสียใจและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสียที่อาจเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง เมื่อเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกัน จึงเกิดความลังเลใจ รู้สึกสำนึกผิดในใจตนเองว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่ดี โดยมุ่งเข้าหาตนเอง ทำให้กลายเป็นความโกรธและเกลียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้บุคคลเศร้ามาก มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ไร้ความหมายใดๆ ไร้ความหวัง และเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

ทฤษฎีเกี่ยวกับ Superego Development

Melanie Klein เชื่อว่า superego เกิดขึ้นในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรก ทำให้มีภาวะเศร้าเกิดขึ้นเมื่อเด็กทารกมีปัญหาในสัมพันธภาพกับมารดา ซึ่งอาการซึมเศร้าในช่วงต้นของชีวิตนี้เองที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมา และการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษ หรือการทำลายด้านเลวของตนเอง (bad self) ในระดับจิตไร้สำนึก

Otto Kernberg อธิบายว่า เด็กทารกวัย 6 เดือน เรียนรู้ว่ามีมารดามีทั้งข้อดีและข้อไม่ดี แต่จะมองว่าดีทั้งหมด หรือไม่ดีทั้งหมดอย่างเด็ดขาด และเขาเริ่มรับรู้ถึงความก้าวร้าวของเขาต่อมารดา (แสดงโดยการกัด เช่น กัดหัวนม) ทำให้เกิดความกลัวว่าจะทำอันตรายต่อผู้ที่มีความสำคัญต่อตัวเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (depressive position)

ทฤษฎี Ego Psychology

Jacobson อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมี infantile deprivation และ frustration ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนา ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพ และการควบคุมตนเอง) ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมดความภาคภูมิใจในตัวเองและรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

Bibring อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ ego เองที่ไม่สามารถบรรลุถึง ego ideal มีไขความขัดแย้งระหว่าง ego กับ superego หรือ ego กับบุคคลอื่น โดยมองว่าภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ขั้นพื้นฐาน แต่เป็นคนละทิศทาง ภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้ (fight) หรือหนี (flight) แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสลบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้อถอยและหมดความภาคภูมิใจ

ทฤษฎีอื่น ๆ ได้แก่

Bowlby เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (love object) โดยเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้รับความรัก หรือจากการสูญเสีย หรือจากพรากความต้องการพึ่งพิงไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet dependency need) ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจ

Adolf Meyer อธิบายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับปมขัดแย้งในจิตใจ

Julian อธิบายว่า ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

Kohut อธิบายว่า การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างพอเหมาะ (proper maternal care) จะช่วยใช้ primary narcissism พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรักความอบอุ่นในช่วงวัยเยาว์ จะส่งผลให้ sense of self แตกสลาย หมดความภาคภูมิใจ และรู้สึกซึมเศร้า

3. สาเหตุจากการมีความคิดแง่ลบ (Negative cognition)

อธิบายโดยทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม (Cognitive learning theory) เบค กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผล มีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้สภาพจิตใจท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่า บุคคลคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) ดังนี้

มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ขาดความภาคภูมิใจ

มองโลกในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับ และถูกคาดหวังจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

4. สาเหตุทางพฤติกรรม (behaviour models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ ภาวะซึมเศร้าเกิดจาก

ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (Learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

ภาวะหมดกำลังใจ (No positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือการสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใดๆเลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

การรักษาและการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลัง

การรักษาเมื่อมีอาการปวดหลัง^(31,32)

การพบแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด

การวินิจฉัยโรคปวดหลังต้องอาศัยประวัติอาการที่ชัดเจน รวมไปถึงการตรวจร่างกายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างละเอียด และกรณีที่มีข้อบ่งชี้สำคัญ อาจต้องมีการตรวจพิเศษเพิ่มเติมให้ได้ ข้อมูลที่จะช่วยในการวินิจฉัย เช่น การเอกซเรย์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น

การซักประวัติ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอดีตมีความสำคัญมาก ในการที่จะช่วยวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็น ความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งการเกิดโรค ระยะเวลาที่ปวด ลักษณะอาการ

ปวด ประวัติการเป็นมะเร็ง น้ำหนักตัว การใช้ยาต่างๆ การใช้สารเสพติด การติดเชื้อ การพักผ่อน
ใช้ อาเจียน โรคกระดูกพรุน อุบัติเหตุ การกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นต้น

การตรวจร่างกาย

หลังจากซักประวัติแล้ว แพทย์จะทำการตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุของอาการ

ท่าทาง เช่น การยืน การเดิน ที่หลังโก่ง กระดูกสันหลังคด เดินแล้วลากขา อาจทำให้พบ
สาเหตุได้

การเคลื่อนไหวของหลัง โดยให้ผู้ป่วยก้ม แอนหลัง เอียงหลังด้านข้าง บิดเอว

การกดหาตำแหน่งที่เจ็บบนกระดูกสันหลัง หากกดเจ็บบนกระดูกสันหลังอาจเกิดโรคตรง
บริเวณนั้น เช่น การติดเชื้อ กระดูกหัก กระดูกมีการยึดติด การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

การเดินบนส้นเท้าและลุกขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยเดินหรือนั่งยองๆ แล้วลุกขึ้น หากไม่สามารถ
ทำได้ อาจพบว่ามีอะไรบางอย่างกดที่ประสาทหลัง

การตรวจสอบพิเศษ โดยการให้ผู้ป่วยนอนแล้วยกขาขึ้น เมื่อมีอาการปวดหลังวัดมุมระหว่าง
พื้นกับขา หากผู้ป่วยยกเองทำมุมได้ไม่เกิน 60 องศาและปวดมาก นี้ก็ถึงโรคหมอนรองกระดูกทับ
เส้นประสาท

การตรวจปฏิบัติการตอบสนองและการทดสอบระบบประสาทรับและส่งความรู้สึก โดยใช้ค้อน
ยางเคาะบริเวณเข่าและข้อเท้า และใช้เข็มทดสอบความไวในการตอบสนองของขา

การตรวจอื่นๆ เช่น การเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ หรือตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า
เป็นต้น

ยาสำหรับอาการปวดหลัง

การกินยาเพื่อลดอาการปวด เกร็ง และช่วยลดอาการอักเสบของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ไม่
ว่าจะเป็นยาแก้อักเสบและคลายกล้ามเนื้อ ยาต้านอาการซึมเศร้า ยาฉีดเฉพาะที่ตรงตำแหน่งที่ปวด
ยาสำหรับภาวะกระดูกบาง ยากันชัก ซึ่งยาแต่ละประเภทมีข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการใช้แตกต่างกัน
จึงต้องปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเสมอ

1. **ยาลดปวดกลุ่มพาราเซตามอล (Acetaminophen)** ใช้ลดปวด มีผลข้างเคียงน้อย ไม่
เสพติด ไม่ดื้อยา ไม่ทำให้ปวดเสบกระเพาะ ไม่ค่อยเกิดการแพ้ยา ออกฤทธิ์โดยกด
สมองในการรับรู้ความรู้สึก แต่จะไม่มีฤทธิ์ในการลดการอักเสบของโครงสร้างที่บาดเจ็บ
2. **กลุ่มยาด้านการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory
Drugs “NSAID”)** ยากลุ่มนี้มีผลด้านการอักเสบของเนื้อเยื่อที่ทำให้ปวด ยา NSAID มี

หลายชนิด ควรเลือกใช้ตามสาเหตุและความรุนแรงของอาการปวด สุขภาพโดยรวม โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา

3. **ยาลดปวดที่อาจเสพติด (Narcotic Pain Medications)** เป็นยาเฉพาะแพทย์สั่ง เนื่องจากยาออกฤทธิ์แรงและสามารถก่อให้เกิดการเสพติดได้ จึงใช้ยานี้สำหรับผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรง โดยที่ยาจะให้ผลบายน้อยกว่าความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วย มีประสิทธิภาพลดปวดได้ในระยะเวลาสั้นๆ อาจเกิดอาการติดยาได้หากใช้ต่อเนื่องเกิน 2 สัปดาห์ ผลข้างเคียง ได้แก่ อาการง่วง จึงไม่ควรใช้หากต้องทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น ขับรถ หรือทำให้เกิดอาการท้องผูก ไม่ควรกินยานี้ร่วมกับยากลุ่มพาราเซตามอล
4. **ยากลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxants)** ยากลุ่มนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย เหมาะสำหรับผู้ที่เริ่มมีอาการปวด หรือใช้ระยะสั้น เพื่อลดอาการปวด เนื่องจากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เช่น ยาตามชื่อการค้า Mydocalm, Myonal, Robaxin, Norgesic, Norflex, Parafon Forte, Sirdalud เป็นต้น
5. **ยาด้านอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์ (Oral Steroids)** ยาชนิดนี้ไม่เสพติด แต่ต้องอยู่ในการสั่งยาของแพทย์ มีผลลดการอักเสบและปวดหลังได้ดี ยานี้มีผลแทรกซ้อนเมื่อใช้เป็นเวลานาน เช่น ตัวบวม น้ำหนักตัวเพิ่ม กระดูกบาง ข้อสะโพกเสื่อม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่ควรทานยาสเตียรอยด์ เพราะมีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง รวมถึงผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อต่างๆ อาจทำให้การติดเชื้อลุกลามได้
6. **ยาแก้อาการซึมเศร้า (Antidepressants)** เช่น ยาชื่อการค้า Nortriptiline หรือ Imipramine ซึ่งมีผลข้างเคียงหลายอย่าง และให้ใช้ในปริมาณน้อยๆ เพื่อให้สบายตัวหลับง่ายขึ้น ไม่เสพติด ไม่เปลี่ยนนิสัยการนอน จึงอาจให้ใช้ระยะยาวได้ แต่อาจทำให้ง่วง มึนงง หลังตื่นนอนได้ หรือยาแก้อาการซึมเศร้ากลุ่มอื่น เช่น ยาชื่อทางการค้า Prozac, Zoloft มีผลข้างเคียงน้อย แต่อาจเป็นอันตรายหากผู้ป่วยใช้ยาบางชนิดอยู่
7. **ยากันชัก (Anticonvulsants)** เป็นยาที่แพทย์ให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเนื่องจากเส้นประสาทอักเสบ เช่น ปวดร้าวลงขา หรือปลายประสาทเสื่อม หรือ ยังมีอาการปวดร้าวลงขาหลังผ่าตัด เช่น ยาชื่อทางการค้า Neurontin ใช้ยาลดปวดได้เป็นเวลานานโดยไม่เสพติด มีผลข้างเคียงคือ อาการอ่อนล้า เวียนศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้น
8. **ยาสำหรับภาวะกระดูกบาง** การที่ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกบางมาก สามารถทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ เนื่องจาก กระดูกสันหลังทรุดหรือแตกได้ ซึ่งยากกลุ่มนี้จะช่วยให้เกิดการสะสมของแร่ธาตุในกระดูก ทำให้เนื้อกระดูกหนา แข็งแรงขึ้น และทำให้โอกาสเกิดกระดูกทรุดได้น้อยลง

การรักษาด้วยการผ่าตัด

แพทย์จะพิจารณาการผ่าตัดเมื่อวิธีการรักษาอื่น ๆ ไม่ได้ผลแล้ว เช่น ในกรณีหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับเส้นประสาทที่ทำให้มีการขยับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ผิดปกติ หรือมีอาการอ่อนแรงของขามาก ส่วนในกรณีโรคช่องโพรงกระดูกสันหลังตีบ จะผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หลังผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยต้องออกกำลังกายเพื่อป้องกันการปวดหลังต่อไป

การรักษาทางกายภาพบำบัด

เมื่อไปพบนักกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดจะทำการซักประวัติ จากนั้นจะทำการตรวจร่างกาย เพื่อหาโครงสร้างของหลังที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการปวด เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก เส้นเอ็น เส้นประสาท หรือข้อต่อ นอกจากนี้ยังมีการประเมินปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น ความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ การทรงท่า ท่าทางในการใช้งานหรือทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น เมื่อทราบสาเหตุของอาการปวดหลังแล้ว นักกายภาพบำบัดจะทำการบำบัดรักษาตามแผนที่วางไว้ด้วยวิธีการรักษาต่างๆทางกายภาพบำบัด

การรักษาหลักๆที่นักกายภาพบำบัดใช้รักษาอาการปวดหลัง แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. การรักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัด (Therapeutic Physical Agents)
2. การรักษาด้วยมือ (Manual Therapy)
3. การรักษาด้วยการออกกำลังกายและการปรับพฤติกรรม (Therapeutic Exercise and Behavioral Change)

การรักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัด (Therapeutic Physical Agents)

เป็นการรักษาโดยใช้เครื่องมือไฟฟ้าหรือเครื่องมือกลที่ให้ความร้อน ความเย็น คลื่น หรือกระแสไฟฟ้า เครื่องมือแต่ละชนิดมีข้อบ่งชี้และวัตถุประสงค์ในการใช้แตกต่างกันออกไป ดังนั้นจึงต้องใช้ให้ถูกวิธี มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดหลายชนิดใช้ได้เฉพาะนักกายภาพบำบัดและแพทย์เท่านั้น เครื่องมือกายภาพบำบัดที่นักกายภาพบำบัดพิจารณาใช้ในผู้ป่วยปวดหลัง ได้แก่

- **แผ่นประคบร้อน (Hydrocollator Pack)**

ที่นิยมใช้ในแผนกกายภาพบำบัด มักเป็นถุงผ้าบรรจุสารซิลิกาเจล หรือสารอื่นที่มี

คุณสมบัติดูดซับน้ำและเก็บความร้อนได้ดี แผ่นประคบร้อนต้องต้มในภาชนะบรรจุน้ำที่ควบคุมอุณหภูมิระหว่าง 75-80 องศาเซลเซียส นักกายภาพบำบัดจะใช้แผ่นประคบร้อนห่อผ้าขนหนูวางบริเวณหลังที่ปวดหรือเกร็ง เพื่อลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ลดปวด บวม เพิ่มการไหลเวียนโลหิต และช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อต่างๆ



ภาพที่ 6 จาก : หนังสือการดูแลตัวเองด้วยกายภาพบำบัด; ปวดหลัง (มณฑนา, 2551)

- **แผ่นประคบเย็น (Cold Pack)**

แผ่นประคบเย็นทั่วไปมักเป็นถุงพลาสติกใสบรรจุสารซิลิกาเจล หรือสารอื่นที่มีคุณสมบัติเก็บความเย็นต้องแช่ช่องแข็งก่อนวางบริเวณที่ปวด บวม แดง ร้อน ซึ่งจะช่วยลดอาการอักเสบระยะเฉียบพลัน ลดบวม และลดปวดได้

- **เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Electrical Stimulator)**

เป็นเครื่องมือที่วางขั้วกระตุ้นไฟฟ้าบนผิวหนังบริเวณต่างๆของร่างกาย แล้วปรับเครื่องให้ปล่อยกระแสไฟฟ้าชนิดต่างๆ ซึ่งมีผลต่อร่างกายต่างกัน เพื่อกระตุ้นเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ รวมทั้งให้เกิดปฏิกิริยาเคมีและความร้อนได้ชั่ว ตามวัตถุประสงค์ต่างๆกัน เช่น เพื่อลดปวด ลดบวม เพิ่มการไหลเวียนโลหิต เร่งการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ คลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการควบคุมกล้ามเนื้อ ชะลอการยึดติดหรือเกิดพังผืดในกล้ามเนื้อและข้อต่อ ชะลออาการกล้ามเนื้อลีบ ทำให้ซาเฉพาะที่ และยังช่วยผลักดันตัวยาหรือสารละลายต่างๆผ่านทางผิวหนังเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการไอออนโตโฟรีซิส (Iontophoresis) ได้ด้วย แต่ต้องเลือกชนิดของกระแสไฟฟ้าและความแรงของการกระตุ้น รวมถึงการวางขั้วกระตุ้นให้ถูกตำแหน่ง จึงจะได้ผลตามต้องการ



ภาพที่ 7 จาก : หนังสือการดูแลตัวเองด้วยกายภาพบำบัด; ปวดหลัง (มณฑนา, 2551)

- **เครื่องบำบัดด้วยคลื่นสั้น (Shortwave Diathermy)**

เป็นเครื่องให้กำเนิดคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าความถี่สูง ทำให้เกิดความร้อนลึกในเนื้อเยื่อ ร่างกายเฉพาะส่วนที่ต้องการรักษา นักกายภาพบำบัดจะต้องเลือกชนิดของเนื้อเยื่อที่ต้องการให้ความร้อนตามส่วนประกอบของน้ำน้อย เช่น กระดูก เอ็น ไขมัน หรือเนื้อเยื่อที่มีส่วนประกอบของน้ำมาก เช่น กล้ามเนื้อ เส้นเลือด รวมทั้งต้องคำนึงถึงลักษณะของข้อวิเล็คโตรดและตำแหน่งที่วางขั้วการจัดทำทางให้เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงท่าทางของผู้ป่วย เป็นการรบกวนวงจรผู้ป่วย (Patient circuit) อาจทำให้ไม่ได้รับประสิทธิภาพจากการส่งผ่านคลื่นที่ดีที่สุดได้ เครื่องบำบัดด้วยคลื่นสั้นนี้มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต บรรเทาอาการปวดเฉพาะที่ ลดอาการเส้นเอ็นอักเสบ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เร่งการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ และเร่งการฟื้นฟูอาการอักเสบเรื้อรัง (32,39)



ภาพที่ 8 จาก : หนังสือการบำบัดด้วยความร้อนลึกจากคลื่นสั้นและคลื่นไมโครเวฟ (สมนึก, 2548)

- **เครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound)**

เป็นเครื่องที่ให้ความร้อนลึก ทำให้เกิดการสั่นสะเทือนของคลื่นที่มีความถี่เหนือแสง ใช้ในการรักษาทางกายภาพบำบัดด้วยความถี่ช่วง 0.5-5 เมกกะเฮิรตซ์ ความเข้ม 0-3 วัตต์ต่อตารางเมตร การใช้อัลตราซาวด์ต้องมีสารตัวกลางระหว่างหัวอัลตราซาวด์กับผิวสัมผัสบริเวณที่ทำการรักษา เช่น เจลหรือน้ำ เพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียพลังงานในอากาศ นักกายภาพบำบัดจะใช้อัลตราซาวด์เพื่อลดปวด บวม หรือลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ รักษาแผลระยะเริ่มสมานและลดการอักเสบในระยะเรื้อรังได้ ทำให้แผลเป็นหรือข้อยึดติดอ่อนตัวลง แรงการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อหรือให้กระดูกที่หักเชื่อมติดดีขึ้น กระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ช่วยให้อาและสารเคมีผ่านผิวหนังได้ดีขึ้น เรียกว่า Phonophoresis ^(32,40)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 9 จาก : หนังสือการดูแลตัวเองด้วยกายภาพบำบัด; ปวดหลัง (มณฑนา, 2551)

- **เครื่องดึงกระดูกสันหลัง (Mechanical Spinal Traction)**

เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยมีเนื้อเยื่อหลังยึดรั้ง เคลื่อนไหวได้น้อยลง กล้ามเนื้อหดเกร็ง มีการรบกวนทางออกของเส้นประสาท เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังโป่งหรือฉีกขาด กระดูกเสื่อมและมีหินปูนเกาะ นักกายภาพบำบัดจะเลือกใช้การดึงกระดูกสันหลังด้วยเครื่อง โดยให้ผู้ป่วยนอน ใช้ผ้ารัดยึดที่สะโพกและหน้าอก แล้วให้เครื่องออกแรงดึงทางปลายเตียงทำให้กระดูกสันหลังแยกห่างจากกัน การรักษาให้ได้ประสิทธิภพนั้น ต้องปรับท่านอน แรงดึง จังหวะการดึงให้เหมาะสมตามสาเหตุและความรุนแรงของอาการปวด อายุ น้ำหนักตัว เพศ เป็นสำคัญ



ภาพที่ 10 จาก : หนังสือการดูแลตัวเองด้วยกายภาพบำบัด; ปวดหลัง (มณฑนา, 2551)

- **การบำบัดด้วยน้ำ (Hydrotherapy / Immersion Hydrobath)**

เป็นการใช้อ่างที่มีเครื่องไหลวน ควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 41 องศาเซลเซียส สำหรับผู้ป่วยบางราย นักกายภาพบำบัดจะแนะนำให้แช่น้ำเพื่อลดปวด บวม ลดการอักเสบ สมานเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ คลายความเครียด ช่วยให้มั่นใจขึ้นในระยะพักฟื้น กระตุ้นระบบประสาทรับสัมผัส ปรับสมดุลการทรงท่าทางของร่างกาย น้ำจะช่วยพยุงร่างกายให้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น สามารถใช้ฝึกการออกกำลังกาย การลงน้ำหนักในผู้ป่วยที่มีข้อเสื่อมหรือหลังผ่าตัดกระดูกแล้ว

- **การรักษาด้วยมือ (Manual Therapy)**

การรักษาด้วยมือวิธีต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การดีด ดึง ขยับ เคลื่อนข้อต่อ และการนวดเพื่อรักษาอาการปวดหลัง ซึ่งก่อนการรักษาด้วยมือ นักกายภาพบำบัดจะตรวจประเมินสภาพเนื้อเยื่อเอ็น กล้ามเนื้อ กระดูก การไหลเวียนโลหิต รวมทั้งเส้นประสาทบริเวณที่จะรักษา เพื่อประเมินว่าควรใช้เทคนิคการรักษาด้วยมือชนิดใด รวมถึงพิจารณาตามปัญหาโครงสร้างที่เป็นสาเหตุของอาการและภาวะอื่นๆ เช่น หากมีอาการปวดเนื่องจากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การอักเสบ หรือเกิดพังผืดยึด นักกายภาพบำบัดจะใช้เทคนิคการนวดแบบกดลึก (Deep Friction) เพื่อให้เกิดการคลายตัวและเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตบริเวณนั้น หรือหากมีสาเหตุอื่นๆ นักกายภาพบำบัดสามารถเลือกใช้เทคนิคต่างๆได้ ดังต่อไปนี้

- **การกดนวดเพื่อขยับเคลื่อนเนื้อเยื่ออ่อน (Soft Tissue Mobilization)**

ผู้ป่วยปวดหลังมักมีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ เอ็น ถ้าเป็นเรื้อรังจะมีพังผืดยึดรั้งอยู่ในกล้ามเนื้อ นักกายภาพบำบัดจะทำการประเมินว่า กล้ามเนื้อที่มีอาการเกร็งหรือมีพังผืดอยู่บริเวณใดของหลัง ลึกแค่ไหน และใช้เทคนิคต่างๆเพื่อคลายอาการเกร็ง ทำให้พังผืดในกล้ามเนื้อหรือเอ็นนุ่มลง หดคลายตัวได้ดีขึ้น ช่วยให้ไม่เจ็บหรือตึง เพิ่มการไหลเวียนโลหิต และลดอาการปวด

- **การจัดทำเพื่อคลายส่วนที่ยอกเคล็ด (Strain Counterstrain)**

การที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการปวด บริเวณนั้นจะเกิดการหดเกร็ง เนื่องจากวงจรประสาทถูกกระตุ้นมากกว่าปกติ ทำให้เกิดอาการปวดเพิ่มและเรื้อรังมากขึ้น นักกายภาพบำบัดจะใช้เทคนิคเฉพาะเพื่อลดการกระตุ้นของวงจรประสาทนี้ โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าทางที่ผ่อนคลายและเกิดอาการปวดน้อยที่สุด ใช้มือรองรับให้ร่างกายอยู่ในท่านั้น 90 วินาที แล้วเคลื่อนเปลี่ยนท่าช้าๆ วิธีนี้จะลดอาการปวดในส่วนที่หดเกร็งได้ดี

- **เทคนิคการรักษาด้วยพลังกล้ามเนื้อ (Muscle Energy Techniques)**

เทคนิคนี้ เป็นเทคนิคที่นักกายภาพบำบัด จะต้านแรงให้กล้ามเนื้อหดตัวด้วยแรงและทิศทางที่เหมาะสม เพื่อลดอาการเกร็งและเพิ่มการเคลื่อนไหวข้อต่อใกล้เคียง เป็นเทคนิคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดมาก โดยเฉพาะเมื่อมีการเคลื่อนไหว

- **การขยับเส้นประสาท (Nerve Mobilization)**

นักกายภาพบำบัดใช้เทคนิคนี้เมื่อตรวจพบว่า เส้นประสาทหดรั้งหรือถูกกดทับจนปวดชา ขา น่อง หรือเท้า เนื่องจากเทคนิคนี้เป็นการขยับเคลื่อนไหวข้อต่อหรือกล้ามเนื้อเพื่อให้เส้นประสาทยืดหด มักใช้ร่วมกับการดัด ดึง ข้อต่อและขยับหรือเคลื่อนไหวเยื่ออ่อน

- **เทคนิคการดัดดึงหมอนรองกระดูก (Disc Reduction)**

กรณีผู้ป่วยปวดหลัง เนื่องจากหมอนรองกระดูกสันหลังฉีกกดทับเส้นประสาท นักกายภาพบำบัดจะใช้เทคนิคเฉพาะเพื่อจัดทำทาง ดัด ดึง กระดูกสันหลังให้หมอนรองกระดูกที่กดอยู่เคลื่อนกลับเข้าที่ มักได้ผลดีในรายที่หมอนรองกระดูกสันหลังโป่ง เคลื่อนออกมาเพียงบางส่วน และไม่กดทับเส้นประสาทมากนัก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

อาการปวดหลังเรื้อรัง

Van Tulder และคณะ⁽⁴¹⁾ ได้อธิบายถึงระยะของอาการปวดหลังดังนี้

อาการปวดหลังระยะเฉียบพลัน ได้ถูกให้จำกัดความไว้คือ มีอาการปวดหลังเป็นเวลาไม่เกิน 12 สัปดาห์

อาการปวดหลังระยะเรื้อรัง ได้ถูกให้จำกัดความไว้คือ มีอาการปวดหลังเป็นเวลามากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป

การรักษาทางกายภาพบำบัด

การรักษาทางกายภาพบำบัด เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ปวดหลังระยะเรื้อรังได้รับร่วมกับ การรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เข้ารับการรักษานในคลินิกกายภาพบำบัด อันดับต้นๆ จะมา ด้วยอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งก็รวมไปถึงโรคปวดหลัง ตามที่ Dunne S, 2003⁽⁴²⁾ ได้ ทำการวิจัยพบว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลังเป็นอีกทางเลือก หนึ่งที่ได้รับ ความนิยมอย่างกว้างขวางทั้งในเขตเมืองและนอกเขตเมือง เนื่องจากไม่ต้องใช้เวลากับการรอพบแพทย์ หรือส่งต่อ แต่อย่างไรก็ตามการรักษาทางกายภาพบำบัดค่อนข้างมีค่าใช้จ่ายสูงทำให้มีข้อจำกัด สำหรับผู้ที่สามารถรองรับกับค่าใช้จ่ายนี้ได้เท่านั้น สำหรับในประเทศไทยนั้น ปรานีต เพ็ญศรีและ คณะ 2005⁽⁴³⁾ ได้ทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามรวบรวมข้อมูลและความคิดเห็นจาก นักกายภาพบำบัดเกี่ยวกับผู้ป่วยปวดหลัง ที่ให้การรักษาและวิธีการรักษาที่ใช้ ซึ่งแบบสอบถามถูก ส่งไปยังนักกายภาพบำบัดที่ทำงานอยู่ทั่วประเทศไทย จำนวน 776 ราย มีผู้ส่งกลับคืน 559 ราย (77.2%) จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยปวดหลังถือเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่นักกายภาพบำบัดต้องให้ การรักษา (37.5% ของจำนวนผู้ป่วยที่รักษาในแต่ละวัน) สำหรับวิธีการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่ โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัดตามโรงพยาบาลต่างๆ ไป นิยมใช้ ความร้อนชื้น (64%), เครื่องอุลตรา ซาวด์ (61%) และเครื่องดึงหลัง (61%) ในขณะที่ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือคลินิก ส่วนตัวมักใช้เทคนิคการรักษาด้วยมือ (manual therapy) มากกว่า นอกจากการรักษาทางด้าน ร่างกายแล้ว การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญ มีงานวิจัย⁽⁴⁴⁾ ที่ทำการศึกษาศามารถ ของนักกายภาพบำบัดที่จะตรวจพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ผลการวิจัยพบว่า นักกายภาพส่วนใหญ่ ไม่สามารถคัดกรองผู้ป่วยปวดหลังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยได้ ดังนั้นจึงควร ให้มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจ โดยอาจใช้แบบทดสอบอย่างง่ายและไม่สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายมาก ในการที่จะบอกภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังที่มารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด เพื่อพัฒนาการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

จากตำราจิตเวชศาสตร์รามานธิบัติ ได้อธิบายเกี่ยวกับความวิตกกังวล (anxiety) ว่าเป็นกลุ่ม อาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักจะมีอาการตึงเครียด ระวังระวัง หรือบางครั้งอาจจะตื่น ตระหนกกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึง เครียด จะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (disorder) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมากจนรบกวน กิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของการทำงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก⁽³⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดหลังกับภาวะวิตกกังวล พบว่า ร้อยละ 46.4 ของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมีปัญหาด้านภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย⁽⁴⁶⁾

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

จากหนังสือพฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการแสดง อารมณ์เศร้าหมองหรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขและมีอาการอื่นๆที่ระดับความรุนแรง และระยะเวลาจนก่อให้เกิดผลกระทบ โดยแสดงความผิดปกติทางอาการ ทางกาย (vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น หรือแสดงออกทางพฤติกรรมคำพูด (psychomotor) เช่น เหม่อ ลอย พุดช้า คิดช้า แยกตัว เป็นต้น และความกังวล (cognitive) เช่น ขาดสมาธิ คิดเรื่องร้ายๆ วิตกกังวลไปต่างๆนานา แ่นหน้าอก ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย⁽⁴⁷⁾ อย่างไรก็ตามพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง กว่าร้อยละ 48.2⁽⁴⁶⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพจิตใจกับอาการปวดและระดับความเจ็บปวด

เนื่องจากมีงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า อาการซึมเศร้าและอาการปวดมักจะเกิดขึ้นควบคู่กันไป ซึ่งในปัจจุบันนี้ก็ยังไม่มีการศึกษาใดที่สามารถอธิบายได้ว่าอะไรเกิดขึ้นก่อนหรือหลัง ในปี 2003 Matthew J. Bair และคณะ⁽⁴⁸⁾ ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ Depression and Pain Comorbidity โดยได้รวบรวมงานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาความชุกของอาการปวดที่เกิดขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า (โดยเฉลี่ย ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า มีอาการปวดร่วมด้วย) และความชุกของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวด (ร้อยละ 5-85 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวด มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย) งานวิจัยนี้แสดงว่า หากผู้ป่วยมีอาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง มาก ถึงขั้นที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือจำกัดความสามารถ ตลอดจนถึงต่อการรักษา มักจะมีอาการซึมเศราร่วมด้วยเสมอ อีกทั้งอาการซึมเศร่านี้ยังทวีความรุนแรงขึ้นด้วย ซึ่งคล้ายกับในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและมีอาการปวดร่วมด้วย พบว่า ผู้ป่วยที่ซึมเศร่ารุนแรง จะบ่นว่ารู้สึกปวด และมีการจำกัดความสามารถมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร่ารุนแรงไม่มากนัก และยังพบอีกว่า อาการซึมเศร่าเป็นตัวทำนายอาการปวดหลัง ปวดคอและอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้ออื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่า กว่า 2 เท่าของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดหลัง มักรายงานว่าตนเองมีอาการซึมเศร่าร่วมด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวด และอาการปวดนี้เอง ที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนรบกวนต่อการบำบัดรักษา ทั้งจำนวนครั้งของการเข้ารักษาและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

สำหรับโรคปวดหลังนั้น ได้มีหลักฐานทางงานวิจัยชี้ให้เห็นว่า สภาพจิตใจกับอาการปวด มีความสัมพันธ์กัน โดยกว่า ร้อยละ 58.1 ของผู้ป่วยระบุว่า ปัญหาด้านจิตใจส่งผลให้อาการปวดเพิ่มขึ้น และกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเชื่อว่า ปัญหาด้านจิตใจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด⁽⁴⁶⁾ อีกทั้งจากการสำรวจ Mental disorder ในผู้ที่มีปัญหาปวดหลังหรือคอเรื้อรังทั่วโลก พบว่าความผิดปกติทางจิตมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับอาการปวดหลังหรือคอเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความผิดปกติทางอารมณ์ และภาวะวิตกกังวล ซึ่งมากกว่าการใช้ alcohol abuse / dependence นอกจากนี้ความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังหรือคอ นี้พบได้ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา⁽⁴⁹⁾ ในขณะที่ Robert J. และคณะ, 2008⁽⁵⁰⁾ ศึกษาความแตกต่างทางจิตสังคมระหว่างผู้ป่วยปวดหลังระยะเฉียบพลันเปรียบเทียบกับระยะเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังมีภาวะทางอารมณ์ผิดปกติมากกว่าผู้ป่วยปวดหลังระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder-MDD) ซึ่งพบความชุกของ MDD ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังร้อยละ 25 ในขณะที่พบความชุกของ MDD ในผู้ป่วยปวดหลังระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 2.9

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลัง

ภาวะทุพพลภาพ : จากข้อความข้างต้นจะเห็นได้ว่า สภาพจิตใจและอาการปวดมีความสัมพันธ์กัน มีงานวิจัยแสดงว่าอาการซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการจำกัดความสามารถหรือเกิดภาวะทุพพลภาพเนื่องด้วยอาการปวดหลัง โดยพบว่ากว่าร้อยละ 20.6 ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีกลุ่มอาการซึมเศร้าวร่วมด้วย และร้อยละ 25 รายงานว่ามีการจำกัดความสามารถเนื่องด้วยอาการปวดหลังเป็นเวลา 1-2 เดือน และร้อยละ 12.2 มีการจำกัดความสามารถเนื่องด้วยอาการปวดหลังตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป⁽⁵¹⁾ นอกจากนี้ความเครียดทางจิตสังคม ภาวะวิตกกังวล, ซึมเศร้า และความกลัวเกี่ยวกับหน้าที่การทำงาน และความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลัง ทำให้การทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถทำนายความบกพร่องด้านสุขภาพ อีกทั้งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและจำนวนครั้งในการพบแพทย์⁽⁵²⁻⁵³⁾ อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยที่ขัดแย้งว่า Pain Behavior ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและระดับความเจ็บปวด⁽⁵⁴⁾

อายุ : Debbie และคณะ, 2000⁽⁵⁵⁾ ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงในวัยรุ่นที่จะนำไปสู่อาการปวดหลังและพบว่าปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้แก่ การที่เด็กเจริญเติบโตเร็วเกินไป การสูบบุหรี่ กล้ามเนื้อ Quadriceps femoris และ กล้ามเนื้อ hamstrings ตึงตัวมากเกินไป และการทำงานในช่วงวัยเรียน

จากผลการศึกษาจึงได้สรุปว่า การที่มีประวัติของการปวดหลังหรือเริ่มมีอาการปวดหลังตั้งแต่อายุน้อย อาจนำไปสู่การพัฒนาเป็นอาการปวดหลังเรื้อรังในเวลาต่อมาได้ นอกจากนี้ กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่พบโรคปวดหลังได้ค่อนข้างมาก⁽³⁾ จากทำการศึกษาผลกระทบของอาการปวดหลังเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุระบุว่า หากผู้ป่วยมีปัจจัยด้านจิตสังคมที่ไม่ดี จะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดตามลงไปด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความเกี่ยวข้องกันอย่างมากกับภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ในประเทศอเมริกา⁽⁵⁶⁾

อาชีพร : โรคปวดหลังพบได้มากในกลุ่มอาชีพผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา เกษตรกร ^(3,30)

แรงสนับสนุนทางสังคม: แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับจิตสังคมของผู้ป่วย มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังชนิดอื่น ^(19, 45) การได้รับการช่วยเหลือทางสังคมน้อย และการเกิดความเครียดจากที่ทำงาน เป็นตัวทำนายที่บ่งบอกถึงการกลับไปทำงานตามปกติได้ช้า นอกจากนี้การที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยเฉพาะผู้ที่แยกตัวออกจากสังคม ไม่มีเพื่อนหรือที่ปรึกษา ไม่มีแหล่งที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา มีโอกาสทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งตรงข้ามผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้น้อย เนื่องจากสังคมที่แน่นแฟ้น จะสามารถทดแทนความสูญเสีย บรรเทาความเครียด ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นได้

จากทฤษฎีแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังมักจะกลับมาเป็นซ้ำอีก จนกลายเป็นอาการเรื้อรัง ซึ่งการรักษาทางกายภาพบำบัดก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ได้รับการนิยมน้อยมาก มีงานวิจัยหลายชิ้นพบว่าอาการปวดหลังเรื้อรังและภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะในเรื่องของภาวะความเครียด, วิตกกังวล และซึมเศร้า อีกทั้งมีงานวิจัยหลายชิ้นสนับสนุนว่า อาการปวดหลังเรื้อรังสามารถก่อให้เกิดการจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด นอกจากนี้ยังไม่มีงานศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population)

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

ประชากรเป้าหมาย (Target Population)

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ในประเทศไทยที่มีขนาดเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป

ประชากรที่จะทำการศึกษา (Population to be studied)

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ในประเทศไทยที่มีขนาดเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป ในช่วงเดือนกันยายน 2551 ถึง เดือนธันวาคม 2551

ตัวอย่าง (Sample)

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ในช่วงเดือนกันยายน 2551 ถึง เดือนธันวาคม 2551 ที่เข้าได้กับเกณฑ์การศึกษาทุกราย จนกว่าจะครบตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้

เกณฑ์ที่จะคัดเลือกผู้ป่วยมาศึกษา (Inclusion criteria)

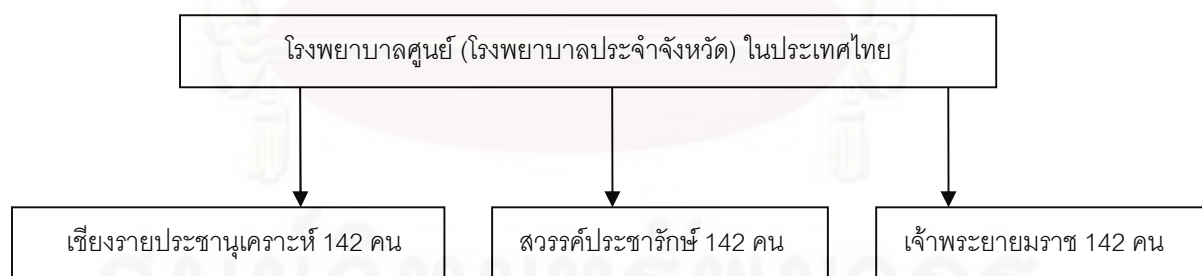
- เป็นผู้ปวดหลังที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีเป็นต้นไป
- มีอาการปวดที่ด้านหลังของลำตัวได้ตั้งแต่บริเวณกระดูกสันหลังระดับช่วงอก (Thoracic spine) จนถึง ก้นกบ (Sacrum) โดยอาจมีอาการปวดร้าวลงขาหรือไม่มีก็ได้
- อาการปวดหลังในครั้งปัจจุบันอยู่ในระยะเรื้อรัง คือ นานอย่างน้อย 12 สัปดาห์
- เป็นผู้ที่มีสมาธิเข้าร่วมวิจัยและสามารถลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยเอารายชื่อโรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ในแต่ละจังหวัดมาจับสลากสุ่มอย่างง่าย จำนวน 3 โรงพยาบาล เป็นตัวแทนกลุ่มประชากรดังแผนภาพ



ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตาราง

เมื่อกำหนดให้มีระดับความเชื่อมั่น 95 % = 1.96

$$p = \text{สัดส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง} \\ (\text{อ้างอิงจาก Mahmoud M. และคณะ, 2004}^{(46)}) = 0.482$$

$$q = 1-p = 0.518$$

$$d = \text{acceptable error} = 0.05$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.482) (0.518)}{(0.05)^2} \\ = 384 \text{ คน}$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับ = 384 คน

และเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดอีก 10 % เป็น 426 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด คือ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยตอบ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-สกุล, เพศ, อายุ, สถานภาพ, ศาสนา, ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน, ระดับการศึกษา, ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม, ประวัติครอบครัวโรคทางจิตเวช, โรคประจำตัวและประวัติการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นแบบตัวเลือกที่กำหนดไว้ให้ตอบ (Forced choice) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลัง ได้แก่ การวินิจฉัย, ตำแหน่งที่เกิดโรค, ระยะเวลาที่เป็นโรค, ระดับความเจ็บปวด, อาการที่เกิดร่วม, การรักษาที่ได้รับ, ระยะเวลาที่ได้รับ การรักษา, ความถี่ในการรักษา, ประวัติการกลับเป็นซ้ำ, จำนวนวันที่ขาดงาน/หยุดพัก, ความพึงพอใจต่อการรักษาและผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเป็นแบบตัวเลือกที่กำหนดไว้ให้ตอบ (Forced choice) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถาม Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

เป็นแบบสอบถามเพื่อคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ซึ่งแปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ⁽²⁸⁾ โดยการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่า สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ดี ถ้าใช้ cut-off point ที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชจะมีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86 สำหรับอาการวิตกกังวล และมีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 85.71 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 91.3 สำหรับอาการซึมเศร้า

สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่า ค่าถามสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า alpha coefficients เท่ากับ 0.8551 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ depression sub-scale โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 60 ราย

HADS เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตัวเอง ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับ อาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับ อาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด

เกณฑ์การแปลผล การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert Scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนน แยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน

- คะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช
- คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful Cases)
- คะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรือการซึมเศร้า ในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช (Case)

สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเมื่อทดสอบในกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ พบว่า ค่า alpha coefficients เท่ากับ 0.826 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.774 สำหรับ depression sub-scale

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสภาพความเสียหาย (คุณภาพ) ของออสเวสทรี

Oswestry เป็นแบบวัดการเปลี่ยนแปลงสภาพเสียหาย (ภาวะทุพพลภาพ) ของผู้ปวดหลัง ซึ่งพัฒนาโดย John O'Brien ในปีค.ศ. 1976 เป็นแบบสอบถามที่ได้รับความนิยมแพร่หลายในหลายประเทศ โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 10 ตอน แต่ละตอนมีตัวเลือก 6 ข้อ ซึ่งเรียงจากความปกติ 0 ถึงสภาพความเสียหาย (ภาวะทุพพลภาพ) สูงสุด 5 ในการแปลแบบประเมินอาการปวดหลังโมดิฟายด์ ออสเวสทรีเป็นภาษาไทย⁽⁵⁷⁾ พบว่าความเชื่อถือได้ของการวัดซ้ำ มีค่าระหว่าง 0.80-1.00 และค่าความเชื่อถือได้ของคะแนนรวม เท่ากับ 0.98 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยระบุว่า ค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามออสเวสทรีฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายใน (Internal consistency) โดยวิธีแอลฟา (Cronbach's alpha) 0.93 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดคำถาม (item-scale correlation) เท่ากับ 0.54⁽⁵⁸⁾

เกณฑ์การแปลผล ในแต่ละด้านจะมีค่าคะแนน จาก 0 ถึง 5 คะแนน (เรียงลำดับจาก ก=0 คะแนน, ข=1 คะแนน, ค=2 คะแนน, ง= 3 คะแนน, จ=4 คะแนน, ฉ=5 คะแนน) คะแนนเต็มทุกหมวดรวมทั้งหมด 50 คะแนน ให้นำคะแนนที่ได้ มาคำนวณเป็นร้อยละ ตัวอย่าง เช่น คะแนนที่ได้ = 40 คะแนน คิดเป็นค่าดัชนี ได้ = $40 \times 100 / 50 = 80\%$ กรณีที่ไม่ตอบในตอนใดตอนหนึ่ง ให้หักลบตอนนั้นออก แล้วคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ เช่น ตอนที่ 8 การมีเพศสัมพันธ์ ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบให้คิดคะแนนเป็น $9 \times 5 = 45$ เป็น 100% จากค่าดัชนีที่คำนวณได้สามารถจำแนกเป็นระดับความรุนแรง ได้ดังนี้

- 0-20 % ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับเล็กน้อย
- 20-40 % ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับปานกลาง
- 40-60 % ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับมาก
- 60-80 % ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับที่เรียกว่าทุพพลภาพ
- 80-100 % ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับพิการต้องนอนหรืออยู่กับเตียงตลอด

สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเมื่อทดสอบในกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ พบว่า ค่า alpha coefficients เท่ากับ 0.852

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ขอนหนังสือจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการและหัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช เพื่อขออนุญาตเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการและหัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช เพื่อขออนุญาตเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เข้าพบหัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เจ้าหน้าที่ และนักกายภาพบำบัด เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่แจ่งวัดตุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
6. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม 5 ส่วนดังนี้
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปวดหลัง
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสภาพความเสียหาย (ภาวะทุพพลภาพ) ของออสเวสทรี
 - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
7. เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หรือขึ้นกับผู้ป่วย และในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยบางท่านที่มีอาการปวดเป็นอุปสรรคในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะทำการอธิบายจุดประสงค์ของการวิจัยและเป็นผู้ช่วยผู้เข้าร่วมวิจัยในการลงข้อมูลในแบบสอบถาม ตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลตามจริง
8. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
9. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนน และวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาตรวจสอบความถูกต้องพร้อมทั้งทำการลงรหัสและบันทึกข้อมูล จากนั้นใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะประชากร
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลัง ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi-square) หรือ ฟิชเชอร์ เอกเซคท์ (Fisher's exact)
3. ใช้สถิติ one-way ANOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะคุณภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลัง
4. ใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะคุณภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
5. ใช้สถิติถดถอยพหุ (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยนำปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังมาหาปัจจัยทำนาย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ในประเทศไทย ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
- 1.2 ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชเดิมในครอบครัว
- 1.3 ประวัติเกี่ยวกับอาการปวดหลัง
- 1.4 ประวัติเกี่ยวกับการรักษา
- 1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ
- 1.6 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

- 3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล
 - 3.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับปัจจัยส่วนบุคคล
 - 3.1.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับปัจจัยส่วนบุคคล และการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe)
 - 3.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับความรู้สึกรู้สึกปวดของผู้ป่วย
 - 3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับภาวะทุพพลภาพ
 - 3.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย
 - 3.1.6 ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

- 3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคล
- 3.2.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคล และการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเซฟเฟ (Scheffe's)
- 3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับความรู้สึกลัวของผู้ป่วย
- 3.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับภาวะทุพพลภาพ
- 3.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย
- 3.2.6 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จากแบบสอบถามรวมทั้งสิ้น 426 ชุด

1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	162	38.0
หญิง	264	62.0
อายุ (n = 404, missing = 22)		
20-30 ปี	43	10.6
31-40 ปี	70	17.3
41-50 ปี	113	28.0
51-60 ปี	102	25.2
61-70 ปี	49	12.1
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	27	6.7
สูงสุด 85 ปี (มี 1 ราย) ต่ำสุด 20 ปี (มี 2 ราย) (ค่าเฉลี่ย 48.80 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.55)		
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน หรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	289	67.8
โสด	74	17.4
คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว	33	7.7
แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง	30	7.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	419	98.4
คริสต์	4	0.9
อิสลาม	3	0.7
ระดับการศึกษา (n = 425, missing = 1)		
ไม่ได้เรียน	22	5.2
ประถมศึกษา	154	36.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	6.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	56	13.2
อนุปริญญา หรือ ปวส.	29	6.8
ปริญญาตรี	117	27.5
สูงกว่าปริญญาตรี	19	4.5
อาชีพ (n = 425, missing = 1)		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	131	30.8
รับจ้าง	76	17.9
ธุรกิจ / ค้าขาย / อิสระ	67	15.8
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	59	13.9
เกษตรกร	56	13.2
ไม่ได้ทำงาน	23	5.4
อื่นๆ	13	3.1
ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน		
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม หรือเป็นหนี้	63	14.8
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	211	49.5
พอใช้และเหลือเก็บ	152	35.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	199	46.7
* มีโรคประจำตัว	227	53.3
(* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวนคำตอบ (360 คำตอบ)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	91	25.3
โรคทางระบบทางเดินอาหาร	57	15.8
โรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้ออื่นๆ (นอกจากปวดหลัง)	57	15.8
โรคทางระบบทางเดินหายใจ	52	14.4
เบาหวาน	36	10.0
โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด	34	9.4
อื่นๆ	33	9.2
ประวัติการใช้สารเสพติด		
ไม่ได้ใช้	372	87.3
* ใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่	28	6.6
** เคยใช้และเคยเลิกใช้ไปแล้วมากกว่า 1 ปี	26	6.1
จำแนกประเภท		
* ใช้สารเสพติดและปัจจุบันยังใช้อยู่ (n=28)		
บุหรี่ (เพียงอย่างเดียว)	11	39.3
สุรา (เพียงอย่างเดียว)	9	32.1
ทั้งสุราและบุหรี่	5	17.9
ไม่ระบุประเภท	3	10.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
** เคยใช้สารเสพติดและเลิกใช้ไปแล้วมากกว่า 1 ปี		
(n=26)		
สุรา (เพียงอย่างเดียว)	11	42.3
บุหรี่ (เพียงอย่างเดียว)	7	26.9
ทั้งสุราและบุหรี่	6	23.1
ผงขาว	1	3.8
ยานัต	1	3.8

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 38 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.2 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่แต่งงานหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 67.8 ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.2 รองลงมาจบระดับชั้นปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 30.8 รองลงมาคือ รับจ้าง ธุรกิจ /ค้าขาย /อิสระ พ่อบ้าน /แม่บ้าน เกษตรกร และไม่ได้ทำงานตามลำดับ ส่วนอาชีพอื่นๆ ได้แก่ ข้าราชการบำนาญ หรือนักศึกษา และส่วนใหญ่มีรายได้ในแต่ละเดือนพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 49.5

สำหรับประวัติโรคประจำตัว ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 53.3 มีประวัติโรคประจำตัว ซึ่งข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.3 ของจำนวนคำตอบที่เลือกในเรื่องของโรคประจำตัว รองลงมา มีสัดส่วนเท่าๆกัน (คิดเป็นร้อยละ 15.8) คือโรคระบบทางเดินอาหารและโรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้ออื่นๆ (นอกจากปวดหลัง) ซึ่งส่วนมากระบุว่า มีอาการปวดคอหรือปวดศีรษะ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังระบุโรคประจำตัวอื่นๆ (คิดเป็นร้อยละ 9.2) ได้แก่ ไทรอยด์, ต่อมลูกหมากโต, ไขมันเลว, ต้อหิน, ต้อกระจก, เนื้องอก, มดลูกอักเสบ, นิ่ว, ไวรัสตับอักเสบ, โลหิตจาง, มะเร็ง, โรคทางสมอง, อัมพฤกษ์, อัมพาต

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 87.3 รองลงมาคือใช้สารเสพติดและปัจจุบันยังใช้อยู่ คิดเป็นร้อยละ 6.6 ซึ่งสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ สุราและบุหรี่

1.2 ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม		
ไม่มี	410	96.2
* มี	16	3.8
* ระบุ		
เครียด	9	56.25
นอนไม่หลับ	2	12.5
วิตกกังวล	1	6.25
ซึมเศร้า	1	6.25
การปรับตัวผิดปกติ	1	6.25
ติดยา	1	6.25
ไม่ระบุโรค	1	6.25
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	407	95.5
มี	19	4.5

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางจิตเวชเดิมมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 96.2 มีโรคทางจิตเวชเดิม 16 ราย (คิดเป็นร้อยละ 3.8) ซึ่งข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามมีภาวะเครียดอยู่เดิมมากที่สุด (ร้อยละ 56.25) รองลงมาคือ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 12.5) และมีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า การปรับตัวผิดปกติ ติดยา รวมถึงไม่ระบุโรค อย่างละ 1 ราย เป็นสัดส่วนเท่าๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 6.25

ส่วนเรื่องประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้องที่เป็นโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 95.5 มีเพียง 19 รายที่ระบุว่ามีคนในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช โดยส่วนใหญ่มีภาวะนอนไม่หลับ เครียด และซึมเศร้า ตามลำดับ

1.3 ประวัติเกี่ยวกับอาการปวดหลัง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ประวัติการกลับเป็นซ้ำ จำนวนวันที่ขาดงาน หรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย

ข้อมูล	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Lumbar spondylosis	156	36.6
Muscular inflammation (chronic cases)/ spasm	64	15.0
Herniated disc nucleus pulposus	49	11.5
Myofascial pain syndrome	34	8.0
Lumbar stenosis	34	8.0
Lumbar spondylolisthesis	29	6.8
Low back pain	24	5.6
Osteoporosis	14	3.3
Other	22	5.2
ตำแหน่งรอยโรค *		
(* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวนคำตอบ (507 คำตอบ)	ร้อยละ
หลังส่วนบน	45	8.9
หลังส่วนกลาง	66	13.0
หลังส่วนล่าง	396	78.1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรค (n = 424, missing = 2)		
ตั้งแต่ 3 ถึง 5 เดือน	122	28.8
มากกว่า 5 เดือน ถึง 8 เดือน	38	9.0
มากกว่า 8 เดือน ถึง 12 เดือน	31	7.3
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	233	55.0
ระดับความปวดในปัจจุบัน		
(0 = ไม่มีอาการปวดเลย, 100 = ปวดมากจนทนไม่ได้)		
0-10	17	4.0
11-20	21	4.9
21-30	52	12.2
31-40	49	11.5
41-50	61	14.3
51-60	60	14.1
61-70	64	15.0
71-80	59	13.8
81-90	26	6.1
91-100	17	4.0
สูงสุด 100 (มี 10 ราย) ต่ำสุด 0 (มี 3 ราย)		
(ค่าเฉลี่ย 52.68 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.176)		
อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือชาตามแนว		
เส้นประสาทของขา		
ไม่มี	96	22.5
นานๆครั้ง	114	26.8
ค่อนข้างบ่อย	97	22.8
บ่อยมาก	72	16.9
ตลอดเวลา	47	11.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา		
ไม่มี	201	47.2
นานๆครั้ง	106	24.9
ค่อนข้างบ่อย	55	12.9
บ่อยมาก	54	12.7
ตลอดเวลา	10	2.3
ประวัติการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา		
(n = 425, missing = 1)		
ไม่เคยกลับมาเป็นซ้ำ หรือเป็นครั้งแรก	66	15.5
1-2 ครั้ง	194	45.6
3-5 ครั้ง	64	15.1
มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป	101	23.8
จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพัก เนื่องจากอาการปวดหลัง		
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (n = 425, missing = 1)		
ไม่มี	165	38.8
1-2 วัน	140	32.9
3-5 วัน	26	6.1
มากกว่า 5 วันขึ้นไป	94	22.1
ผลกระทบต่อการทำงาน		
ไม่มี	22	5.2
* มี	404	94.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนคำตอบ (1,020 คำตอบ)	ร้อยละ
(* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ	260	25.5
จำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน	252	24.7
ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน, การประกอบอาชีพ	244	23.9
ผลกระทบต่อความช่วยเหลือตนเอง	172	16.9
ผลกระทบต่อรายได้ของตนเอง / ครอบครัว	59	5.8
ผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว	33	3.2

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดว่าเป็น หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท (Lumbar spondylosis) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.6 นอกจากนี้ การวินิจฉัยอื่นๆ ที่พบได้แก่ Sciatica pain syndrome, Scoliosis, Chronic back strain, Failed Back Syndrome, Spondylitis, Ankylosing spondylitis ตำแหน่งของรอยโรคที่ระบุโดยผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือบริเวณหลังส่วนล่าง (คิดเป็นร้อยละ 78.1 ของจำนวนคำตอบทั้งหมด) ระยะเวลาที่เป็นโรคส่วนใหญ่เป็นมามากกว่า 1 ปี ขึ้นไป (คิดเป็นร้อยละ 55.0) และมักกลับมาเป็นซ้ำประมาณ 1-2 ครั้ง ภายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (คิดเป็นร้อยละ 45.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความปวดในปัจจุบันโดยเฉลี่ย 52.68 โดยใช้ Visual analog scale เทียบจาก 0 คือ ไม่มีอาการปวดเลย, 100 คือ ปวดมากจนทนไม่ได้ (ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 61-70 คิดเป็นร้อยละ 15)

อาการที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการชาหรือปวดร้าวลงขาตามแนวของเส้นประสาทนานๆครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 26.8) นอกจากนี้อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า เกิดขึ้นนานๆครั้งเช่นกัน (คิดเป็นร้อยละ 24.9)

สำหรับผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ผู้ป่วยส่วนมากระบุว่า การเจ็บป่วยครั้งนี้ มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.5 โดยส่วนมากระบุว่ารู้สึกหงุดหงิด เครียด กลัวและไม่สบายใจ รองลงมาคือผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน และหน้าที่การงาน หรือการประกอบอาชีพ ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยประมาณ 1-2 วัน (คิดเป็นร้อยละ 32.9)

1.4 ประวัติเกี่ยวกับการรักษา

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ความถี่ในการรักษา ความพึงพอใจโดยรวมต่อการรักษา

ข้อมูล	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ (n = 416, missing = 10)		
* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (1,267 คำตอบ)		
ยา	315	24.9
เครื่องดึงหลัง (Traction)	272	21.5
แผ่นร้อน (Hot pack)	268	21.2
เครื่องช็อคตเวฟ หรือไมโครเวฟ (Short wave diathermy or Microwave Diathermy)	147	11.6
การนวด / ดัดดึงกระดูก (Manual Therapy)	103	8.1
เครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound)	57	4.5
เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Interferential Therapy)	51	4.0
ผ่าตัด	23	1.8
ออกกำลังกาย	18	1.4
อื่นๆ	13	1.1
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด (n = 420, missing = 6)		
น้อยกว่า 3 เดือน	140	33.3
ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 6 เดือน	196	46.7.
มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี	54	12.9
มากกว่า 1 ปี	30	7.1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการรักษา (n = 423, missing = 3)		
1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	265	62.6
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	142	33.6
มากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์	16	3.8
ความพึงพอใจโดยรวมต่อการรักษา (n = 423, missing = 3)		
ไม่พึงพอใจ	8	1.9
น้อย	26	6.1
ปานกลาง	137	32.4
มาก	209	49.4
มากที่สุด	43	10.2

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาเฉพาะรายหลายวิธีแตกต่างกันไปโดยข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่า การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ ยา (คิดเป็นร้อยละ 24.9 ของจำนวนคำตอบทั้งหมด) รองลงมาคือ ใช้เครื่องดึงหลัง แผ่นร้อน เครื่องช็อคเวฟหรือไมโครเวฟ การตัดดิ่งกระดูก เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า ผ่าตัด ออกกำลังกาย และอื่นๆ (ฉีดยา, ฝังเข็ม, เครื่องเลเซอร์, เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าชนิดอื่นๆ) ตามลำดับ

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดมาแล้วประมาณ 3-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยมารับการรักษาเฉลี่ยประมาณ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 62.6 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรักษาดีมาก คิดเป็นร้อยละ 49.4

1.5 ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ (Oswestry Disability) ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

ข้อมูล	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของอาการปวดหลัง		
เล็กน้อย	103	24.2
ปานกลาง	137	32.2
มาก	137	32.2
ทุพพลภาพ	42	9.9
พิการ (ต้องนอน หรืออยู่กับเตียงตลอด)	7	1.6
สูงสุด 44 คะแนน หรือเทียบเป็น 97.78 % ของระดับความรุนแรง (มี 1 ราย)		
ต่ำสุด 0 คะแนน หรือเทียบเป็น 0 % ของระดับความรุนแรง (มี 12 ราย)		
(ค่าเฉลี่ย 36.9 % ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.21)		

จากค่าดัชนีที่คำนวณจากคะแนนที่ได้ (คะแนนในแต่ละด้านจาก 0 ถึง 5 คะแนน จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็มทุกหมวดรวมทั้งหมด 50 คะแนน) มาคำนวณเป็นร้อยละ ได้สามารถจำแนกเป็นระดับความรุนแรง ได้ดังนี้

0-20 % ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับเล็กน้อย

21-40 % ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับปานกลาง

41-60 % ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับมาก

61-80 % ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับที่เรียกว่าทุพพลภาพ

81-100% ถือเป็นความรุนแรงของการปวดหลังในระดับพิการต้องนอน หรืออยู่กับเตียงตลอด

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อประเมินภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยตาม Oswestry Disability Questionnaire แล้ว ผู้ป่วยส่วนมากมีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังในระดับปานกลางและมาก เท่าๆกัน (คิดเป็นร้อยละ 32) รองลงมาคือ มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังในระดับเล็กน้อย (คิดเป็นร้อยละ 24.2) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง นอกจากนี้ผู้ป่วยกว่า 42 ราย ต้องเผชิญภาวะทุพพลภาพ (คิดเป็นร้อยละ 9.9) และพิการ อีก 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.6) ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่และเป็นกลุ่มที่ต้องมีผู้คอยดูแลเป็นส่วนใหญ่

1.6 แรงสนับสนุนในสังคม

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด

ข้อมูล	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคม		
ต่ำ	65	15.3
ปานกลาง	295	69.2
สูง	66	15.5
สูงสุด 98 คะแนน (มี 1 ราย) ต่ำสุด 17 คะแนน (มี 1 ราย) (ค่าเฉลี่ย 66.7 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.7)		

แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่า 54 คะแนน ($X - \bar{SD}$)
- ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 54 – 79 คะแนน ($X \pm \bar{SD}$)
- ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า 79 คะแนน ($X + \bar{SD}$)

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 15.5 และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.3

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

2.1 ความชุกของภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะวิตกกังวล	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล	295	69.3
- กลุ่มที่ไม่พบภาวะวิตกกังวล	209	49.1
- กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases)	86	20.2
(คะแนนเฉลี่ย = 5.62, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.76)		
กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวล		
- กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลที่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Cases)	131	30.8
(คะแนนเฉลี่ย = 13.80, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.50)		
ค่าสูงสุด = 21 ค่าต่ำสุด = 0		
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม = 8.14		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.63		

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 69.3 โดยผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 30.8 ซึ่งได้แก่กลุ่มที่มีคะแนนของแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย: Thai-HADS) ⁽²⁸⁾ ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป โดยค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 8.14 คะแนน และค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวล เท่ากับ 13.80 คะแนน

2.2 ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า	389	91.3
- กลุ่มที่ไม่พบภาวะซึมเศร้า	297	69.7
- กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases)	92	21.6
(คะแนนเฉลี่ย 4.68, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.05)		
กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า		
- กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Cases)	37	8.7
(คะแนนเฉลี่ย 12.73, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.77)		
ค่าสูงสุด = 18 ค่าต่ำสุด = 0		
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 5.38		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.73		

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 91.3 โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 8.7 ซึ่งได้แก่กลุ่มที่มีคะแนนของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย: Thai-HADS)⁽²⁸⁾ ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป โดยค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 5.38 คะแนน และค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 12.73 คะแนน

2.3 ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	จำนวน (426 คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	288	67.6
กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลเพียงอย่างเดียว	101	23.7
กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว	7	1.7
กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	30	7.0

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 67.6 โดยผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 23.7 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 1.7 และผู้ที่มีทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศราร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 7.0 ซึ่งได้แก่กลุ่มที่มีคะแนนของแบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย: Thai-HADS)⁽²⁸⁾ ได้คะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป แต่จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จำกัดการวิจัยเฉพาะในกลุ่มภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าอย่างเดียวหนึ่ง รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเฉพาะในกลุ่มเท่านั้น

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล

3.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ ภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะวิตกกังวล		มีภาวะวิตกกังวล				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	111	37.6	51	38.9	0.065	1	0.829
หญิง	184	62.4	80	61.1			
อายุ							
20-40 ปี	92	33.5	21	16.3	18.687	3	0.000***
41-50 ปี	77	28.0	36	27.9			
51-60 ปี	55	20.0	47	36.4			
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	51	18.5	25	19.4			
สถานภาพสมรส							
โสด	58	19.7	16	12.2	6.361	3	0.095
คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว	18	6.1	15	11.5			
แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง	20	6.8	10	7.6			
แต่งงาน หรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	199	67.5	90	68.7			

***p<0.001

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะ วิตกกังวล		มีภาวะ วิตกกังวล				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ศาสนา							
พุทธ	289	98.0	130	99.2	0.906	1	0.681
อื่นๆ	6	2.0	1	0.8			
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียน	11	3.7	11	8.4	21.655	3	0.000***
ประถมศึกษา	92	31.2	62	47.3			
มัธยมศึกษา	79	26.8	34	26.0			
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	113	38.3	24	18.3			
อาชีพ							
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	114	38.6	17	13.0	30.277	4	0.000***
รับจ้าง / เกษตรกร	79	26.8	53	40.5			
ธุรกิจ / ค้าขาย / อิสระ	44	14.9	23	17.6			
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	33	11.2	26	19.8			
อื่นๆ	25	8.5	12	9.2			
ความเพียงพอของรายได้							
ในแต่ละเดือน							
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม / เป็นหนี้	31	10.5	32	24.4	15.528	2	0.000***
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	148	50.2	63	48.1			
พอใช้และเหลือเก็บ	116	39.3	36	27.5			
โรคประจำตัว							
ไม่มี	140	47.5	59	45.0	0.213	1	0.675
มี	155	52.5	72	55.0			

***p<0.001

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะวิตกกังวล		มีภาวะวิตกกังวล				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ประวัติการใช้สารเสพติด							
ไม่ได้ใช้	262	88.8	110	84.0	1.927	2	0.381
ใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่	17	5.8	11	8.4			
เคยใช้และเคยเลิกใช้ไปแล้ว มากกว่า 1 ปี	16	5.4	10	7.6			
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม							
ไม่มี	288	97.6	122	93.1	5.076	1	0.048*
มี	7	2.4	9	6.9			
ประวัติโรคทางจิตเวช ในครอบครัว							
ไม่มี	286	96.9	121	92.4	4.471	1	0.043*
มี	9	3.1	10	7.6			

*p<0.05, ***p<0.001

จากตารางที่ 10 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในส่วนของ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา โรคประจำตัว และประวัติการใช้สารเสพติด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนมากเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือร้อยละ 61.1 และ 38.9 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.4 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 27.9) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 68.7 รองลงมาได้แก่

สถานภาพโสด (ร้อยละ 12.2) และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.2 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ มี 1 ราย (ร้อยละ 0.8) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 14.6) ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.5 รองลงมาคืออาชีพแม่บ้านหรือพ่อบ้าน และธุรกิจค้าขายหรืออิสระ ตามลำดับ และมีรายได้ในแต่ละเดือนพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 48.1

สำหรับโรคประจำตัวนั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนมากมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 55.0 และในส่วนของประวัติการใช้ยาเสพติดนั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนมากระบุว่าไม่มีประวัติการใช้ยาเสพติดใดๆมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงมาคือใช้และปัจจุบันยังคงใช้อยู่ (ร้อยละ 8.4) และเคยใช้และเลิกใช้ไปแล้วนานกว่า 1 ปี (ร้อยละ 7.6) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิมและประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 93.1 และ 92.4 ตามลำดับ



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ประวัติการกรดกลับเป็นซ้ำ จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะวิตกกังวล		มีภาวะวิตกกังวล				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การวินิจฉัยโรค							
หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอว	95	32.2	61	46.6	8.061	1	0.006**
เสื่อมกดทับเส้นประสาท							
อื่นๆ	200	67.8	70	53.4			
ตำแหน่งรอยโรค							
หลังส่วนล่าง	287	97.3	109	83.2	27.480	1	0.000***
ไม่ใช่หลังส่วนล่าง	8	2.7	22	16.8			
ระยะเวลาที่เป็นโรค							
ตั้งแต่ 3 ถึง 5 เดือน	91	31.1	31	23.7	5.423	2	0.066
มากกว่า 5 เดือน ถึง 12 เดือน	52	17.7	17	13.0			
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	150	51.2	83	63.4			
ระดับความปวดในปัจจุบัน							
0-30	73	24.7	17	13.0	23.204	2	0.000***
31-70	170	57.6	64	48.9			
71-100	52	17.6	50	38.2			
อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือชาตามแนวเส้นประสาท							
ไม่มี	79	26.8	17	13.0	19.548	2	0.000***
นานๆครั้ง	87	29.5	27	20.6			
บ่อยครั้ง	129	43.7	87	66.4			

p<0.01, *p<0.001

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะ วิตกกังวล		มีภาวะ วิตกกังวล				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการ							
อ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา							
ไม่มี	150	50.8	51	38.9	28.499	2	0.000***
นานๆครั้ง	85	28.8	21	16.0			
บ่อยครั้ง	60	20.3	59	45.0			
ประวัติการกลับเป็นซ้ำภายใน							
ระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา							
ไม่เคยกลับมาเป็นซ้ำ/ เป็นครั้งแรก	56	19.0	10	7.6	11.870	2	0.003**
1-2 ครั้ง	136	46.3	58	44.3			
มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	102	34.7	63	48.1			
จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพัก							
เนื่องจากอาการปวดหลัง ในรอบ							
1 ปีที่ผ่านมา							
ไม่มี	117	39.8	48	36.6	18.253	2	0.000***
1-2 วัน	111	37.8	29	22.1			
ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป	66	22.4	54	41.2			
ผลกระทบต่อการใช้ป่วย							
ไม่มี	22	7.5	0	0.0	10.301	1	0.000***
มี	273	92.5	131	100.0			

** p<0.01, ***p<0.001

จากตารางที่ 11 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่าตำแหน่งรอยโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการขาหรือปวดร้าวและอาการอ่อนแรงที่เกิดร่วมกับ

อาการปวดหลัง จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการวินิจฉัยโรค ประวัติการกลับเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ในส่วนของระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนมากเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท (Lumbar spondylosis) คิดเป็นร้อยละ 46.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวล ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท (Lumbar spondylosis) เปรียบเทียบกับโรคอื่น พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 (Fisher's Exact Test = 8.061, p-value = 0.006) ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะมีตำแหน่งรอยโรคอยู่บริเวณหลังส่วนล่าง มากกว่าบริเวณหลังส่วนบนหรือกลาง คิดเป็นร้อยละ 83.2 และร้อยละ 16.8 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรคส่วนใหญ่คือมากกว่า 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 63.4 รองลงมาคือ ระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนถึง 5 เดือน และ มากกว่า 5 เดือนถึง 12 เดือน (ร้อยละ 23.7 และ 13.0 ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนมากมีระดับความปวดในปัจจุบันอยู่ในช่วง 71-100 (เมื่อเทียบกับความรู้สึกรู้สึก 0 คือไม่มีอาการปวดเลย จนถึง 100 คือปวดมากจนทนไม่ได้) คิดเป็นร้อยละ 38.2 รองลงมาคือช่วงความปวดตั้งแต่ 31-70 และ 0-30 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลมีอาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือชาตามแนวเส้นประสาทของขาบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.4 และมีอาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาบ่อยครั้งเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 45.0 ซึ่งผู้ป่วยปวดหลังที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่มีประวัติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และต้องขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลังภายในรอบ 1 ปี ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 41.2 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยปวดหลังที่มีภาวะวิตกกังวลทั้งหมดระบุว่า ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทงกายภาพบำบัด จำแนกตาม การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาทงกายภาพบำบัด ความถี่ในการรักษา ความพึงพอใจต่อการรักษา

ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะวิตกกังวล		มีภาวะวิตกกังวล				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การรักษาที่ได้รับ							
ยา							
- ได้	264	89.5	51	38.9	12.042	1	0.000***
- ไม่ได้	31	10.5	80	61.1			
เครื่องดิงหลัง							
- ได้	244	82.7	28	21.4	14.792	1	0.000***
- ไม่ได้	51	17.3	103	78.6			
แผ่นร้อน							
- ได้	242	82.0	26	19.8	15.042	1	0.000***
- ไม่ได้	53	18.0	105	80.2			
เครื่องช็อคเวฟ/ ไมโครเวฟ							
- ได้	147	49.8	0	0.0	99.672	1	0.000***
- ไม่ได้	148	50.2	131	100.0			
การนวด / ดัดดึงกระดูก							
- ได้	103	34.9	0	0.0	60.324	1	0.000***
- ไม่ได้	192	65.1	131	100.0			
เครื่องอัลตราซาวด์							
- ได้	57	19.3	0	0.0	29.222	1	0.000***
- ไม่ได้	238	80.7	131	100.0			
เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า							
- ได้	51	17.3	0	0.0	25.728	1	0.000***
- ไม่ได้	244	82.7	131	100.0			
ผ้าตัด							
- ได้	23	7.8	0	0.0	10.796	1	0.000***
- ไม่ได้	272	92.2	131	100.0			

***p<0.001

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะวิตกกังวล		มีภาวะวิตกกังวล				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด							
น้อยกว่า 3 เดือน	78	26.8	62	48.1	22.255	3	0.000***
ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 6 เดือน	153	52.6	43	33.3			
มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี	42	14.4	12	9.3			
มากกว่า 1 ปี	18	6.2	12	9.3			
ความถี่ในการรักษา							
1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	184	63.0	81	61.8	0.055	2	0.973
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	97	33.2	45	34.4			
มากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์	11	3.8	5	3.8			
ความพึงพอใจต่อการรักษา							
ไม่พึงพอใจ	7	2.4	1	0.8	3.970	4	0.410
น้อย	15	5.1	11	8.5			
ปานกลาง	91	31.1	46	35.4			
มาก	149	50.9	60	46.2			
มากที่สุด	31	10.6	12	9.2			

***p<0.001

จากตารางที่ 12 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่า การรักษาที่ได้รับ ซึ่งได้แก่ การไช้ยา เครื่องดิ่งหลัง แผ่นร้อน เครื่องช็อคเวฟ/ ไมโครเวฟ การนวด / ดัดดึงกระดูก เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า ผ่าตัด และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ในส่วนของความถี่ในการรักษา และความพึงพอใจต่อการรักษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังส่วนมากได้รับการรักษาร่วมกันหลายวิธี ซึ่งเมื่อเทียบภายในกลุ่มที่ ได้รับการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล พบว่า ในเรื่องของการได้รับยา ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ยามากกว่าได้ยาคิดเป็นร้อยละ 61.1 และ 38.9 ตามลำดับ ไม่ได้รับการรักษาโดยการใช้เครื่องดิงหลังมากกว่าใช้ คิดเป็นร้อยละ 78.6 และ 21.4 ตามลำดับ ไม่ได้รับการรักษาโดยใช้แผ่นร้อนมากกว่าใช้ คิดเป็นร้อยละ 80.2 และ 19.8 ตามลำดับ ไม่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช็อคตเวฟ/ ไมโครเวฟมากกว่าใช้ คิดเป็นร้อยละ 100 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งเหมือนกับไม่ได้รับการรักษาโดยการนวด / ดัดดึงกระดูก, การไม่ได้ใช้เครื่องอัลตราซาวด์, การไม่ได้ใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า และการไม่ได้รับการผ่าตัด โดยทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดมาน้อยกว่า 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ ได้รับการรักษาตั้งแต่ 3 เดือนถึง 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3

3.1.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับ ปัจจัยส่วนบุคคล และการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะวิตกกังวล			
		mean	SD	F	P-value
เพศ					
ชาย	162	8.15	4.33	1.919	0.950
หญิง	264	8.13	4.82		
อายุ					
20-40 ปี	113	6.91	4.03	5.200	0.002*
41-50 ปี	113	8.29	4.58		
51-60 ปี	102	9.34	4.79		
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	76	8.58	5.21		
สถานภาพสมรส					
โสด	74	7.66	4.30	0.591	0.621
คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว	33	8.94	5.47		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	30	8.20	5.25		
แต่งงาน/มีคู่อยู่ด้วยกัน	289	8.16	4.56		
ศาสนา					
พุทธ	419	8.20	4.62	2.474	0.085
คริสต์	4	4.25	4.18		
อิสลาม	3	4.33	2.89		

**p<0.05

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะวิตกกังวล			
		mean	SD	F	P-value
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	22	10.36	5.94	8.349	0.000*
ประถมศึกษา	154	9.16	4.73		
มัธยมศึกษา	113	7.89	4.65		
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	137	6.83	3.86		
อาชีพ					
รับจ้าง/ เกษตรกร	132	8.97	5.07	6.767	0.000*
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	131	6.53	3.75		
ธุรกิจ / ค้าขาย / อิสระ	67	8.12	4.41		
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	59	9.53	4.61		
อื่นๆ	37	8.65	4.91		
ความเพียงพอของรายได้					
ในแต่ละเดือน					
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม / เป็นหนี้	63	10.11	5.06	6.912	0.001*
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	211	7.82	4.55		
พอใช้และเหลือเก็บ	152	7.75	4.39		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	119	7.68	4.40	1.599	0.059
มี	227	8.53	4.80		
ประวัติการใช้สารเสพติด					
ไม่ได้ใช้	372	7.96	4.65	2.097	0.124
ใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่	28	9.46	4.02		
เคยใช้และเคยเลิกใช้แล้ว	26	9.19	4.84		
มากกว่า 1 ปี					

*p<0.05

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะวิตกกังวล			
		mean	SD	F	P-value
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม					
ไม่มี	410	7.99	4.56	0.480	0.013*
มี	16	11.69	5.17		
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว					
ไม่มี	407	8.05	4.60	0.351	0.105
มี	19	10.05	5.05		
การวินิจฉัยโรค					
หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม	156	9.14	4.57	0.013	0.001*
กดทับเส้นประสาท					
อื่นๆ	270	7.56	4.58		
ตำแหน่งรอยโรค					
หลังส่วนล่าง	396	7.69	4.39	0.560	0.000*
ไม่ใช่หลังส่วนล่าง	30	13.90	3.92		
ระยะเวลาที่เป็นโรค					
ตั้งแต่ 3 ถึง 5 เดือน	112	7.28	3.99	4.496	0.012*
มากกว่า 5 เดือน ถึง 12 เดือน	69	7.67	3.88		
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	233	8.74	5.07		
ระดับความปวดในปัจจุบัน					
0-30	90	5.79	4.55	22.712	0.000*
31-70	234	8.19	4.27		
71-100	102	10.09	4.62		
อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือ ชาตามแนวเส้นประสาทของขา					
ไม่มี	96	6.28	4.18	18.222	0.000*
นานๆครั้ง	114	7.37	4.32		
บ่อยครั้ง	216	9.37	4.65		

*p<0.05

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะวิตกกังวล			
		mean	SD	F	P-value
อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการ					
อ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา					
ไม่มี	201	7.11	4.44	19.464	0.000*
นานๆครั้ง	106	7.69	4.04		
บ่อยครั้ง	119	10.26	4.78		
ประวัติการกลับเป็นซ้ำภายใน					
ระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่เคยกลับมาเป็นซ้ำ/เป็นครั้งแรก	66	6.79	3.84	7.184	0.001*
1-2 ครั้ง	194	7.77	4.59		
มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	165	9.10	4.82		
จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพัก					
เนื่องจากอาการปวดหลัง ในรอบ					
1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่มี	165	7.85	4.82	14.516	0.000*
1-2 วัน	140	6.95	4.09		
ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป	120	9.91	4.49		
ผลกระทบต่อการใช้ชีวิต					
ไม่มี	22	3.77	1.88	17.274	0.000*
มี	404	8.37	4.62		

*p<0.05

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะวิตกกังวล			
		mean	SD	F	P-value
การรักษาที่ได้รับ					
ยา					
- ได้	315	6.49	3.86	3.705	0.000*
- ไม่ได้	111	12.79	3.28		
เครื่องดิงหลัง					
- ได้	272	5.77	3.52	0.416	0.000*
- ไม่ได้	154	12.31	3.20		
แผ่นร้อน					
- ได้	268	5.71	3.50	0.361	0.000*
- ไม่ได้	158	12.25	3.20		
เครื่องช็อตเวฟ/ ไมโครเวฟ					
- ได้	147	3.97	1.95	58.299	0.000*
- ไม่ได้	279	10.33	4.10		
การนวด / ตัดติงกระดูก					
- ได้	103	3.84	1.99	53.781	0.000*
- ไม่ได้	323	9.50	4.39		
เครื่องอัลตราซาวด์					
- ได้	57	3.68	2.11	31.452	0.000*
- ไม่ได้	369	8.82	4.54		
เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า					
- ได้	51	3.75	2.10	30.011	0.000*
- ไม่ได้	375	8.73	4.56		
ผ่าตัด					
- ได้	23	3.83	1.85	18.365	0.000*
- ไม่ได้	403	8.38	4.63		

*p<0.05

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะวิตกกังวล			
		mean	SD	F	P-value
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทาง					
กายภาพบำบัด					
น้อยกว่า 3 เดือน	140	9.49	5.022	7.009	0.000*
ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 6 เดือน	196	7.28	3.99		
มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี	54	7.44	4.31		
มากกว่า 1 ปี	30	8.53	5.73		
ความถี่ในการรักษา					
1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	265	7.95	4.72	1.170	0.311
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	142	8.58	4.54		
มากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์	16	7.25	4.43		
ความพึงพอใจต่อการรักษา					
ไม่พึงพอใจ	8	5.25	4.89	1.864	0.116
น้อย	26	9.38	4.33		
ปานกลาง	137	8.56	4.43		
มาก	209	7.89	4.76		
มากที่สุด	43	7.55	4.62		

*p<0.05

จากตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยในตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือขาตามแนวเส้นประสาทของขา อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ประวัติการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพัก เนื่องจากอาการปวดหลัง

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ทางกายภาพบำบัด

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 51-60 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล (9.34 คะแนน) สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังทั้งเพศหญิงและเพศชาย พบว่าไม่มีความแตกต่างของภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกับ สถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยที่คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่าสถานภาพอื่นๆ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตก- กังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ นอกจากนี้ยังสังเกตได้ว่า ยิ่งระดับ การศึกษาที่สูงขึ้น ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลยิ่งต่ำ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่ประกอบอาชีพแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ผู้ที่ประกอบอาชีพแม่บ้านหรือพ่อบ้าน เกษตรกร รับจ้าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่าอาชีพอื่นๆ

ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง มีค่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งค่าคะแนน เฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงที่สุดคือในกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของ ภาวะวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวนั้น มีค่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว

ในด้านประวัติการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง พบว่ามีภาวะวิตกกังวลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหากพิจารณาในกลุ่มผู้ที่ใช้และเคยใช้ยาเสพติด จะเห็นว่า มีค่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม มีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี ประวัติโรคทางจิตเวช ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว พบว่าไม่มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะ วิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ย ของภาวะวิตกกังวลสูงกว่าไม่มี

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงสุด คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท (Lumbar spondylosis) เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ และน้อยที่สุดคือกล้ามเนื้ออักเสบ (Muscular Inflammation, mean = 6.11, SD = 3.67)

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีตำแหน่งรอยโรคแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลในผู้ที่มีตำแหน่งรอยโรคไม่ใช่หลังส่วนล่างสูงกว่าผู้ที่มีตำแหน่งรอยโรคที่หลังส่วนล่าง แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนของผู้ที่มีตำแหน่งรอยโรคที่บริเวณหลังส่วนล่างมีมากกว่าผู้ที่มีตำแหน่งรอยโรคไม่ใช่หลังส่วนล่าง คือ 396 และ 30 คน ตามลำดับ

ระยะเวลาที่เป็นโรคแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคนานกว่า 1 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคมาไม่เกิน 1 ปี

ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีระดับความปวดที่มากขึ้น

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีความแตกต่างกัน เกี่ยวกับอาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือขาตามแนวเส้นประสาทของขา พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ผู้ป่วยที่มีอาการบ่อยครั้ง จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงสุด รองลงมาคือ นานๆ ครั้ง และไม่มีเลย ตามลำดับ โดยจากค่าคะแนนเฉลี่ยชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะวิตกกังวลสูง เมื่อมีอาการขาหรือปวดร้าวร่วมมากขึ้น

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่มีอาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงในกลุ่มที่เกิดอาการบ่อยครั้ง

จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาที่แตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลของการกลับมาเป็นซ้ำ ตั้งแต่ 3-5 ครั้ง และมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป

จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพัก เนื่องจากอาการปวดหลัง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาที่แตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงสุด ในผู้ที่มีการขาดงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อการทำงานแตกต่างจากผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบต่อการทำงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่า

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่กลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยา มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงที่สุด ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์ กระตุ้นไฟฟ้า ผ่าตัด ดัดตั้งกระดูก และเครื่องช็อตเวฟ/ ไมโครเวฟ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลต่ำที่สุดตามลำดับ

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา น้อยกว่า 3 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงที่สุด รองลงมาคือ ได้รับการรักษา มากกว่า 1 ปี และได้รับการรักษา มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 6 เดือน นั้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลต่ำที่สุด

ความถี่และความพึงพอใจในการรักษาที่แตกต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล อย่างไรก็ตาม การรักษา 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงที่สุด และความพึงพอใจต่อการรักษาน้อย พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงที่สุดเช่นกัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล
กับปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้ Post Hoc Analysis

ตารางที่ 14 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวด อาการร่วม การกลับเป็นซ้ำ การขาดงาน ระยะเวลาที่การรักษา ที่แตกต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe

ปัจจัย	(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
อายุ	20-40 ปี	41-50 ปี	-1.38053	.61421	.170	-3.1049	.3438
		51-60 ปี	-2.43163*	.63055	.002	-4.2019	-.6614
		มากกว่า 61 ปี ขึ้นไป	-1.66744	.68490	.117	-3.5903	.2554
การศึกษา	ตั้งแต่ปริญญาตรี ขึ้นไป	ไม่ได้เรียน	-3.53152*	1.03786	.010	-6.4446	-.6184
		ประถม	-2.33022*	.53069	.000	-3.8198	-.8407
อาชีพ	ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	อื่นๆ	-2.11430	.84030	.178	-4.7142	.4856
		แม่บ้าน / พ่อบ้าน	-2.99107*	.70767	.002	-5.1806	-.8016
		ธุรกิจ/ค้าขาย/ อิสระ	-1.58505	.67792	.245	-3.6825	.5124
		เกษตรกร / รับจ้าง	-2.43535*	.55664	.001	-4.1576	-.7131
รายได้	ไม่พอใช้ต้องหยิบ ยืม / เป็นหนี้	พอใช้	2.28647*	.65630	.003	.6743	3.8986
		พอใช้ และเหลือเก็บ	2.36111*	.68496	.003	.6786	4.0437
ระยะเวลา ที่เป็นโรค	ตั้งแต่ 3-5 เดือน	มากกว่า 5-12 เดือน	-.38798	.69337	.855	-2.0912	1.3153
		มากกว่า 1 ปี ขึ้นไป	-1.46380*	.51441	.018	-2.7274	-.2002

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ปัจจัย	(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
						ระดับ ความปวด	0-30
		71-100	-4.29935*	.63841	.000	-5.8676	-2.7311
	71-100	0-30	4.29935*	.63841	.000	2.7311	5.8676
		31-70	1.90020*	.52376	.002	.6136	3.1868
อาการร่วม (ปวดร้าว / ชา)	บ่อยครั้ง	ไม่มี	3.08449*	.54675	.000	1.7414	4.4275
		นานๆครั้ง	1.99732*	.51600	.001	.7298	3.2648
อาการร่วม (อ่อนแรง)	บ่อยครั้ง	ไม่มี	3.15105*	.51417	.000	1.8880	4.4141
		นานๆครั้ง	2.56239*	.59370	.000	1.1040	4.0208
ประวัติการ กลับเป็นซ้ำ	มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	ไม่มี/เป็นครั้งแรก	2.31515*	.66610	.003	.6789	3.9514
		1-2 ครั้ง	1.33499*	.48434	.023	.1452	2.5248
การขาดงาน หรือหยุดพัก	ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป	ไม่มี	2.05985*	.53971	.001	.7341	3.3856
		1-2 วัน	2.95833*	.55963	.000	1.5836	4.3330
ระยะเวลา ที่รักษา	น้อยกว่า 3 เดือน	ตั้งแต่ 3-6 เดือน	2.21224*	.50141	.000	.8048	3.6197
		มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี	2.04841*	.72587	.048	.0109	4.0859
		มากกว่า 1 ปี	.95952	.91163	.775	-1.5994	3.5184

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 14 จากการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe แล้วพบว่า ในเรื่องของอายุ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-40 ปี มีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 51-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe ในด้านการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียน และผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe ในเรื่องของการประกอบอาชีพ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากผู้ป่วยที่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้านและเกษตรกรหรือรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนนั้น พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม / เป็นหนี้ มีภาวะวิตกกังวลความแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ และพอใช้และเหลือเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทำการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล เป็นรายคู่ ในเรื่องของระยะเวลาที่เป็นโรค โดยวิธีของ Scheffe พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคปวดหลังตั้งแต่ 3-5 เดือน มีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคปวดหลังมานานกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องระดับความปวดพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความปวด 71-100 มีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความปวด 0-30, 31-70 และผู้ป่วยที่มีระดับความปวด 0-30 มีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความปวด 31-70, 71-100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องอาการปวดร้าวหรือชาที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวหรือชาบ่อยครั้งร่วมด้วยนั้น มีภาวะวิตกกังวลต่างจากผู้ที่ไม่มีอาการและผู้ที่มีอาการนานๆครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องอาการอ่อนแรงของขาที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงบ่อยครั้ง มีภาวะวิตกกังวลต่างจากผู้ที่ไม่มีอาการอ่อนแรงและมีอาการนานๆครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องของการกลับมาเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำ มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป มีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกลับมาเป็นซ้ำหรือเพิ่งเป็นครั้งแรก และผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำ 1-2 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในด้านการขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวด ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ขาดงานหรือหยุดพักตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป มีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีการขาดงานหรือหยุดพัก และผู้ป่วยที่ขาดงานหรือหยุดพัก 1-2 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในด้านระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด น้อยกว่า 3 เดือน มีภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ตั้งแต่ 3-6 เดือน และมากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย

ตารางที่ 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความปวด กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง

ภาวะวิตกกังวล	n	คะแนนความปวด			
		mean	SD	F	P-value
ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช	209	46.01	23.70	18.657	0.000*
มีอาการวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases)	86	57.7	20.83		
มีอาการวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่า ผิดปกติทางจิตเวช (cases)	131	60.02	20.77		

*p<0.05

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะวิตกกังวลในระดับที่แตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช (Cases) มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความปวดสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases) และผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช ตามลำดับ

ตารางที่ 16 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวด กับระดับความวิตกกังวลต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

(I) ภาวะวิตกกังวล	(J) ภาวะวิตกกังวล	Mean	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
		Difference (I-J)			Lower Bound	Upper Bound
ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช	มีอาการวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases)	-11.68913*	2.85299	.000	-18.6973	-4.6809
	มีอาการวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช (cases)	-14.00091*	2.48166	.000	-20.0970	-7.9049

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 16 เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวด เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe กับภาวะวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช มีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช (Cases) และผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับระดับความปวด

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-value
ระดับความปวด	0.307	0.000**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 17 คะแนนความปวด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.307, P < 0.01$) คือผู้ป่วยที่มีความปวดมาก จะมีความวิตกกังวลสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีความปวดน้อย จะมีความวิตกกังวลต่ำ

3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับภาวะทุพพลภาพ

ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพ กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

ภาวะทุพพลภาพ	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะวิตกกังวล		มีภาวะวิตกกังวล				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับเล็กน้อย	95	32.2	8	6.1	57.382	4	0.000***
ระดับปานกลาง	103	34.9	34	26.0			
ระดับมาก	77	26.1	60	45.8			
ระดับที่เรียกว่าทุพพลภาพ	17	5.8	25	19.1			
ระดับพิการต้องนอนหรืออยู่กับเตียงตลอด	3	1.0	4	3.1			

***p<0.001

จากตารางที่ 18 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพ กับภาวะวิตกกังวล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) พบว่า ความรุนแรงของอาการปวดในระดับต่างๆมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับภาวะทุพพลภาพ ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง

ภาวะทุพพลภาพ	n	ภาวะวิตกกังวล			
		mean	SD	F	P-value
ระดับเล็กน้อย	103	5.19	3.27	25.558	0.000*
ระดับปานกลาง	137	7.63	4.07		
ระดับมาก	137	9.69	4.49		
ระดับที่เรียกว่าทุพพลภาพ	42	11.31	5.48		
ระดับพิการต้องนอนหรืออยู่กับเตียงตลอด	7	12.00	2.24		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการปวดหลังในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูง ซึ่งข้อมูลจากตารางแสดงให้เห็นว่า ยังมีภาวะทุพพลภาพ หรือระดับความรุนแรงของอาการปวดมาก คะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลยิ่งสูง

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับภาวะ
คุณภาพต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษากายภาพบำบัด

(I) ความรุนแรงของ อาการปวดหลัง	(J) ความรุนแรงของ อาการปวดหลัง	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ระดับเล็กน้อย	ระดับปานกลาง	-2.43356 [*]	.54472	.001	-4.1189	-.7482
	ระดับมาก	-4.49196 [*]	.54472	.000	-6.1773	-2.8066
	ระดับคุณภาพ	-6.11535 [*]	.76469	.000	-8.4813	-3.7494
	ระดับพิการต้องนอน หรืออยู่กับเตียงตลอด	-6.80583 [*]	1.63144	.002	-11.8534	-1.7582
	ระดับปานกลาง	2.43356 [*]	.54472	.001	.7482	4.1189
ระดับปานกลาง	ระดับเล็กน้อย	-2.05839 [*]	.50466	.003	-3.6198	-.4970
	ระดับมาก	-3.68179 [*]	.73669	.000	-5.9611	-1.4025
	ระดับพิการต้องนอน หรืออยู่กับเตียงตลอด	-4.37226	1.61851	.123	-9.3798	.6353

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 20 เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล เป็นราย
คู่โดยวิธีของ Scheffe กับภาวะคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย มีค่าคะแนน
เฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากระดับปานกลาง ระดับมาก ทูพผลภาพและพิการ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ผู้ที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง ยังมีค่าคะแนนเฉลี่ย
ของภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากระดับมากและทูพผลภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 21 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับภาวะคุณภาพ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-value
ภาวะคุณภาพ	0.476	0.000**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 21 ภาวะคุณภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะวิตกกังวลอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.476$, $P < 0.01$) คือผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังมาก จะ
มีความวิตกกังวลสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังน้อย จะมีความ
วิตกกังวลต่ำ

3.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 22 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะวิตกกังวล		มีภาวะวิตกกังวล				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	35	11.9	30	22.9	9.591	2	0.008**
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	209	70.8	86	65.6			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	51	17.3	15	11.5			

**p<0.01

จากตารางที่ 22 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะวิตกกังวล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - square) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.6 รองลงมาคือมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 22.9 และแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 11.5

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วย

แรงสนับสนุนทางสังคม	n	ภาวะวิตกกังวล			
		mean	SD	F	P-value
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	65	9.71	5.07	8.901	0.000*
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	295	8.19	4.47		
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	66	6.36	4.36		

*p<0.05

จากตารางที่ 23 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่า แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางและแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ตามลำดับ

ตารางที่ 24 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล กับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

(I) แรงสนับสนุนทางสังคม	(J) แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ต่ำ	ปานกลาง	1.52125	.62352	.052	-.3814	3.4239
	สูง	3.34406*	.79520	.000	.9175	5.7706
ปานกลาง	ต่ำ	-1.52125	.62352	.052	-3.4239	.3814
	สูง	1.82280	.61964	.014	-.0680	3.7136
สูง	ต่ำ	-3.34406*	.79520	.000	-5.7706	-.9175
	ปานกลาง	-1.82280	.61964	.014	-3.7136	.0680

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 24 เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe กับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลแตกต่างจากผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 25 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับองค์ประกอบต่างๆของ
แรงสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-value
การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	-0.143	0.003**
การได้รับการช่วยเหลือและแนะนำ	-0.073	0.132
การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น	-0.269	0.000**
การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง	-0.171	0.000**
ความผูกพันใกล้ชิด	-0.118	0.015

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 25 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($r = 0.143$) การได้รับการช่วยเหลือและแนะนำ ($r = 0.073$) การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ($r = 0.269$) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ($r = 0.171$) และความผูกพันใกล้ชิด ($r = 0.118$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความวิตกกังวลต่ำ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความวิตกกังวลสูง

3.1.6 ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด โดยวิธี Linear Regression แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis)

ลำดับตัวแปร	R	R ²	B	Beta	T	Sig.
การรักษาที่ได้รับ						
เครื่องดั่งหลัง	0.679	0.462	3.824	0.393	9.820	0.000***
เครื่องซีดเวฟ(SWD) / ไมโครเวฟ (MWD)	0.757	0.573	3.463	0.349	9.060	0.000***
ภาวะทุพพลภาพ	0.769	0.591	0.653	0.140	3.671	0.000***
การขาดงาน /หยุดพัก เนื่องจากปวดหลัง	0.774	0.600	0.331	0.091	2.870	0.004**
ตำแหน่งรอยโรค	0.780	0.609	1.534	0.087	2.596	0.010*
ระดับความปวด	0.786	0.617	0.192	0.093	2.613	0.009**
อายุ	0.789	0.623	-0.463	-0.107	-3.106	0.002**
ระยะเวลาที่เป็นโรค	0.792	0.628	0.392	0.074	2.302	0.022*
ความเพียงพอของรายได้	0.796	0.633	-0.479	-0.069	-2.216	0.027*
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม	0.798	0.637	1.473	0.062	1.975	0.049*
Constant			-8.182		-6.908	0.000***

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

จากตารางที่ 26 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 18 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือชาตามแนวเส้นประสาทของขา อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ประวัติการกลับเป็นซ้ำ การขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ภาวะทุพพลภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มาทำการวิเคราะห์ Linear

Regression พบว่ามี 10 ตัวแปร คือการรักษาที่ได้รับด้วยเครื่องดิ่งหลัง เครื่องซ็อตเวฟ (SWD) / ไมโครเวฟ (MWD) และภาวะทุพพลภาพ มีผลต่อภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ การขาดงาน/หยุดพักเนื่องจากปวดหลัง ระดับความปวด และอายุ มีผลต่อภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ความเพียงพอของรายได้ และประวัติโรคทางจิตเวชเดิม มีผลต่อภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยการรักษาที่ได้รับด้วยเครื่องดิ่งหลัง เป็นตัวพยากรณ์ภาวะวิตกกังวลได้ร้อยละ 46.2 เมื่อเพิ่มตัวแปรการรักษาที่ได้รับด้วยเครื่อง เครื่องซ็อตเวฟ (SWD) / ไมโครเวฟ (MWD) จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 57.3 เมื่อเพิ่มตัวแปรภาวะทุพพลภาพ จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 59.1 เมื่อเพิ่มตัวแปรการขาดงาน/หยุดพักเนื่องจากปวดหลัง จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 60.0 เมื่อเพิ่มตัวแปรตำแหน่งรอยโรค จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 60.9 เมื่อเพิ่มตัวแปรระดับความปวด จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 61.7 เมื่อเพิ่มตัวแปรอายุ จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 62.3 เมื่อเพิ่มตัวแปรระยะเวลาที่เป็นโรค จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 62.8 เมื่อเพิ่มตัวแปรความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 63.3 และเมื่อเพิ่มตัวแปรตัวสุดท้ายคือ ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 63.7 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 10 ตัว จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลได้

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ ภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วย ปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลเชียงราย ประชาณุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

ตารางที่ 27 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	149	38.3	13	35.1	0.144	1	0.860
หญิง	240	61.7	24	64.9			
อายุ							
20-40 ปี	109	29.5	4	11.4	6.089	3	0.107
41-50 ปี	102	27.6	11	31.4			
51-60 ปี	89	24.1	13	37.1			
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	69	18.7	7	20.0			
สถานภาพสมรส							
โสด	70	18.0	4	10.8	1.723	3	0.632
คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว	31	8.0	2	5.4			
แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง	27	6.9	3	8.1			
แต่งงาน หรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	261	67.1	28	75.7			
ศาสนา							
พุทธ	382	98.2	37	100.0	0.677	1	1.000
อื่นๆ	7	1.8	0	0			

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียน	16	4.1	6	16.2	21.310	3	0.000***
ประถมศึกษา	133	34.2	21	56.8			
มัธยมศึกษา	108	27.8	5	13.5			
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	132	33.9	5	13.5			
อาชีพ							
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	125	32.1	6	16.2	10.295	4	0.036*
รับจ้าง / เกษตรกร	115	29.6	17	45.9			
ธุรกิจ / ค้าขาย / อิสระ	65	16.7	2	5.4			
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	52	13.4	7	18.9			
อื่นๆ	32	8.2	5	13.5			
ความเพียงพอของรายได้							
ในแต่ละเดือน							
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม / เป็นหนี้	54	13.9	9	24.3	3.663	2	0.160
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	197	50.6	14	37.8			
พอใช้และเหลือเก็บ	138	35.5	14	37.8			
โรคประจำตัว							
ไม่มี	183	47.0	16	43.2	0.196	1	0.732
มี	206	53.0	21	56.8			

*p<0.05, ***p<0.001

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซีมีเศร่า				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะซีมีเศร่า		มีภาวะซีมีเศร่า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ประวัติการใช้สารเสพติด							
ไม่ได้ใช้	338	86.9	34	91.9	0.949	2	0.622
ใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่	26	6.7	2	5.4			
เคยใช้และเคยเลิกใช้ไปแล้ว มากกว่า 1 ปี	25	6.4	1	2.7			
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม							
ไม่มี	375	96.4	35	94.6	0.305	1	0.640
มี	14	3.6	2	5.4			
ประวัติโรคทางจิตเวช ในครอบครัว							
ไม่มี	372	95.6	35	94.6	0.085	1	0.676
มี	17	4.4	2	5.4			

จากตารางที่ 27 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซีมีเศร่า ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่า ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ

ในส่วนของ อายุเพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน โรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนมากเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือร้อยละ 64.9 และ 35.1 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.1 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 31.4) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 75.7 รองลงมาได้แก่ สถานภาพโสด (ร้อยละ 10.8) นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่

จบระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 16.2)

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะซีมีเศร่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมาคืออาชีพ แม่บ้านหรือพ่อบ้าน และรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ และมีรายได้ในแต่ละเดือนพอใช้และเหลือเก็บ ในสัดส่วนเท่าๆกันกับ ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าที่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 37.8

สำหรับโรคประจำตัวนั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนมากมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 56.8 และในส่วนของประวัติการใช้ยาเสพติดนั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนมากระบุว่าไม่มีประวัติการใช้ยาเสพติดใดๆมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 91.9 รองลงมาคือใช้และปัจจุบันยังคงใช้อยู่ (ร้อยละ 5.4) และเคยใช้และเลิกใช้ไปแล้วนานกว่า 1 ปี (ร้อยละ 2.7) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิมและประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว เท่ากันคือ ร้อยละ 94.6



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 28 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ประวัติการกลับเป็นซ้ำ จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย

ปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลัง	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การวินิจฉัยโรค							
หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม	141	36.2	15	40.5	0.268	1	0.597
กดทับเส้นประสาท อื่นๆ	248	63.8	22	59.5			
ตำแหน่งรอยโรค							
หลังส่วนล่าง	369	94.9	27	73.0	24.721	1	0.000***
ไม่ใช่หลังส่วนล่าง	20	5.1	10	27.0			
ระยะเวลาที่เป็นโรค							
ตั้งแต่ 3 ถึง 5 เดือน	112	28.9	10	27.0	6.361	2	0.042*
มากกว่า 5 เดือน ถึง 12 เดือน	68	17.6	1	2.7			
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	207	53.5	26	70.3			
ระดับความปวดในปัจจุบัน							
0-30	85	21.9	5	13.5	8.422	2	0.015*
31-70	218	56.0	16	43.2			
71-100	86	22.1	16	43.2			
อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือชาตามแนวเส้นประสาท							
ไม่มี	93	23.9	3	8.1	8.636	2	0.013*
นานๆครั้ง	107	27.5	7	18.9			
บ่อยครั้ง	189	48.6	27	73.0			

*p<0.05, ***p<0.001

ตารางที่ 28 (ต่อ)

ปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลัง	ภาวะซีมีเศร่า				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะซีมีเศร่า		มีภาวะซีมีเศร่า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา							
ไม่มี	192	49.4	9	24.3	17.116	2	0.000***
นานๆครั้ง	99	25.4	7	18.9			
บ่อยครั้ง	98	25.2	21	56.8			
ประวัติการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา							
ไม่เคยกลับมาเป็นซ้ำ/ เป็นครั้งแรก	64	16.5	2	5.4	3.284	2	0.194
1-2 ครั้ง	176	45.4	18	48.6			
มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	148	38.1	17	45.9			
จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา							
ไม่มี	150	38.6	15	40.5	0.714	2	0.700
1-2 วัน	130	33.4	10	27.0			
ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป	108	28.0	12	32.4			
ผลกระทบต่อการทำงาน							
ไม่มี	22	5.7	0	0.0	2.206	1	0.241
มี	367	94.3	37	100.0			

** p<0.01, *** p<0.001

จากตารางที่ 28 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซีมีเศร่า ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่า ตำแหน่งรอยโรค อาการอ่อนแรงที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ระยะเวลาที่เป็นโรค อาการปวดร้าวหรือชาที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลังและระดับความปวด มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ

ส่วนในปัจจัยส่วนบุคคลเรื่อง อาการชาหรือปวดร้าวร่วมกับอาการปวดหลัง จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนมากเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท (Lumbar spondylosis) คิดเป็นร้อยละ 40.5 และได้รับการวินิจฉัยอื่นๆ ได้แก่ กล้ามเนื้ออักเสบ (Muscular inflammation) คิดเป็นร้อยละ 10.8 หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้นทับเส้นประสาท (Herniated disc nucleus pulposus) ช่องไขกระดูกสันหลังตีบแคบ Lumbar stenosis) ปวดกล้ามเนื้อเป็นบริเวณกว้างและมีจุดกดเจ็บ (Myofascial pain syndrome) กระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน (Lumbar spondylolisthesis) และกระดูกพรุน (Osteoporosis) คิดเป็นร้อยละ 8.1 เท่าๆกัน ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะมีตำแหน่งรอยโรคอยู่บริเวณหลังส่วนล่างมากกว่าบริเวณหลังส่วนบนหรือกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.0 และร้อยละ 27.0 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรคส่วนใหญ่คือมากกว่า 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70.3 รองลงมาคือ ระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนถึง 5 เดือน และ มากกว่า 5 เดือนถึง 12 เดือน (ร้อยละ 27.0 และ 2.7 ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนมากมีระดับความปวดในปัจจุบันอยู่ในช่วง 31-70 และ 71-100 (เมื่อเทียบจากความรู้สึก 0 คือไม่มีอาการปวดเลย จนถึง 100 คือปวดมากจนทนไม่ได้) คิดเป็นร้อยละ 43.2 เท่าๆกัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือชาตามแนวเส้นประสาทของขาบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.0 และส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาบ่อยครั้งเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 56.8 ซึ่งผู้ป่วยปวดหลังที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนใหญ่มีประวัติการกลับมาเป็นซ้ำประมาณ 1-2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 48.6 และต้องขาดงานหรือหยุดพัก เนื่องจากอาการปวดหลังภายในรอบ 1 ปี ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.4 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยปวดหลังที่มีภาวะซีมีเศร่าทั้งหมดระบุว่า ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 29 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จำแนกตาม การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับ การรักษาทางกายภาพบำบัด ความถี่ในการรักษา ความพึงพอใจต่อการรักษา

ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การรักษาที่ได้รับ							
ยา							
- ได้	311	79.9	4	10.8	83.822	1	0.000***
- ไม่ได้	78	20.1	33	89.2			
เครื่องดัดหลัง							
- ได้	268	68.9	4	10.8	49.383	1	0.000***
- ไม่ได้	121	31.1	33	89.2			
แผ่นร้อน							
- ได้	264	67.9	4	10.8	47.137	1	0.000***
- ไม่ได้	125	32.1	33	89.2			
เครื่องช็อตเวฟ/ ไมโครเวฟ							
- ได้	147	37.8	0	0.0	21.349	1	0.000***
- ไม่ได้	242	62.2	37	100.0			
การนวด / ดัดดึงกระดูก							
- ได้	103	26.5	0	0.0	12.921	1	0.000***
- ไม่ได้	286	73.5	37	100.0			
เครื่องอัลตราซาวด์							
- ได้	57	14.7	0	0.0	6.259	1	0.009**
- ไม่ได้	332	85.3	37	100.0			
เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า							
- ได้	51	13.1	0	0.0	5.511	1	0.014*
- ไม่ได้	338	86.9	37	100.0			
ผ่าตัด							
- ได้	23	5.9	0	0.0	2.313	1	0.245
- ไม่ได้	366	94.1	37	100.0			

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

ตารางที่ 29 (ต่อ)

ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา	ภาวะซีมีเศร่า				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะซีมีเศร่า		มีภาวะซีมีเศร่า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทาง							
กายภาพบำบัด							
น้อยกว่า 3 เดือน	128	33.4	12	32.4	4.102	3	0.251
ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 6 เดือน	178	46.5	18	48.6			
มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี	52	13.6	2	5.4			
มากกว่า 1 ปี	25	6.5	5	13.5			
ความถี่ในการรักษา							
1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	240	62.2	25	67.6	0.460	2	0.795
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	131	33.9	11	29.7			
มากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์	15	3.9	1	2.7			
ความพึงพอใจต่อการรักษา							
ไม่พึงพอใจ	7	1.8	1	2.7	3.108	4	0.540
น้อย	24	6.2	2	5.4			
ปานกลาง	123	31.9	14	37.8			
มาก	195	50.5	14	37.8			
มากที่สุด	37	9.6	6	16.2			

จากตารางที่ 29 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซีมีเศร่า ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่า การรักษาที่ได้รับ ซึ่งได้แก่ การใช้ยา เครื่องดัดหลัง แผ่นร้อน เครื่องช็อตเวฟ/ ไมโครเวฟ การนวด / ดัดดีง กระดุก มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วน ได้รับการรักษาโดยเครื่องอัลตราซาวด์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.01 และการได้รับการรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในส่วนของกรการรักษาด้วยการผ่าตัด ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ความถี่ในการรักษา และความพึงพอใจต่อการรักษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังส่วนมากได้รับการรักษาพร้อมกันหลายวิธี ซึ่งเมื่อเทียบภายในกลุ่มที่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่า พบว่า ในเรื่องของการได้รับยา ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ยามากกว่าได้ยา เช่นเดียวกับไม่ได้รับการรักษาโดยการใช้อุปกรณ์ดึงหลังมากกว่าใช้ และไม่ได้รับการรักษาโดยใช้แผ่นร้อนมากกว่าใช้ คิดเป็นร้อยละ 89.2 และ 10.8 เท่าๆกันตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะซีมีเศร่าไม่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช็อตเวฟ/ ไมโครเวฟมากกว่าใช้ คิดเป็นร้อยละ 100 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งเหมือนกับไม่ได้รับการรักษาโดยการนวด / ดัดดึงกระดูก, การไม่ได้ใช้เครื่องอัลตราซาวด์, การไม่ได้ใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า และการไม่ได้รับการผ่าตัด โดยทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนใหญ่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดมาตั้งแต่ 3 เดือนถึง 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ น้อยกว่า 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 32.4 โดยส่วนมากมีความถี่ในการรักษา 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรักษาปานกลางถึงมาก

3.2.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า กับ
ปัจจัยส่วนบุคคล และการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe)

ตารางที่ 30 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะซึมเศร้า			
		mean	SD	F	P-value
เพศ					
ชาย	162	5.56	3.36	6.717	0.420
หญิง	264	5.26	3.94		
อายุ					
20-40 ปี	113	4.03	3.22	8.221	0.000*
41-50 ปี	113	5.45	3.89		
51-60 ปี	102	6.23	3.80		
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	76	6.14	3.57		
สถานภาพสมรส					
โสด	74	4.26	3.57	3.374	0.018*
คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว	33	6.45	3.83		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	30	5.63	4.06		
แต่งงาน/มีคู่อยู่ด้วยกัน	289	5.51	3.68		
ศาสนา					
พุทธ	419	5.42	3.73	1.532	0.217
คริสต์	4	2.50	3.00		
อิสลาม	3	3.67	3.51		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	22	7.77	4.15	16.103	0.000*
ประถมศึกษา	154	6.47	3.73		
มัธยมศึกษา	113	5.19	3.33		
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	137	3.91	3.40		

*p<0.05

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะซึมเศร้า			
		mean	SD	F	P-value
อาชีพ					
เกษตรกร / รับจ้าง	132	6.09	3.89	10.135	0.000*
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	131	3.80	3.33		
ธุรกิจ / ค้าขาย / อิสระ	67	5.46	3.16		
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	59	6.73	3.31		
อื่นๆ	37	6.08	4.31		
ความเพียงพอของรายได้					
ในแต่ละเดือน					
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม / เป็นหนี้	63	7.03	3.66	8.714	0.000*
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	211	5.34	3.59		
พอใช้และเหลือเก็บ	152	4.74	3.77		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	199	5.12	3.80	0.229	0.186
มี	227	5.60	3.64		
ประวัติการใช้สารเสพติด					
ไม่ได้ใช้	372	5.29	3.84	0.967	0.381
ใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่	28	6.25	2.56		
เคยใช้และเคยเลิกใช้แล้ว	26	5.69	3.04		
มากกว่า 1 ปี					
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม					
ไม่มี	410	5.32	3.71	0.306	0.116
มี	16	6.81	3.94		
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว					
ไม่มี	407	5.31	3.70	0.379	0.069
มี	19	6.89	4.20		

*p<0.05

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะซึมเศร้า			
		mean	SD	F	P-value
การวินิจฉัยโรค					
หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม	156	5.92	3.61	0.139	0.021*
กดทับเส้นประสาท อื่นๆ	270	5.06	3.76		
ตำแหน่งรอยโรค					
หลังส่วนล่าง	396	5.02	3.59	9.934	0.000*
ไม่ใช่หลังส่วนล่าง	30	10.03	2.01		
ระยะเวลาที่เป็นโรค					
ตั้งแต่ 3 ถึง 5 เดือน	122	5.29	3.49	1.039	0.355
มากกว่า 5 เดือน ถึง 12 เดือน	69	4.88	3.16		
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	233	5.59	3.99		
ระดับความปวดในปัจจุบัน					
0-30	90	3.64	3.88	15.756	0.000*
31-70	234	5.54	3.35		
71-100	102	6.52	3.92		
อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือ ชาตามแนวเส้นประสาทของขา					
ไม่มี	96	3.89	3.17	20.044	0.000*
นานๆครั้ง	114	4.63	3.60		
บ่อยครั้ง	216	6.43	3.72		

*p<0.05

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะซึมเศร้า			
		mean	SD	F	P-value
อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการ					
อ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา					
ไม่มี	201	4.24	3.44	30.879	0.000*
นานๆครั้ง	106	5.24	3.48		
บ่อยครั้ง	119	7.41	3.58		
ประวัติการกลับเป็นซ้ำภายใน					
ระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่เคยกลับมาเป็นซ้ำ/เป็นครั้งแรก	66	4.38	3.17	3.095	0.046*
1-2 ครั้ง	194	5.44	3.77		
มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	165	5.72	3.84		
จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพัก					
เนื่องจากอาการปวดหลัง ในรอบ					
1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่มี	165	5.03	3.97	4.347	0.014*
1-2 วัน	140	5.07	3.55		
ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป	120	6.22	3.48		
ผลกระทบต่อการทำงาน					
ไม่มี	22	2.09	1.66	16.792	0.000*
มี	404	5.55	3.73		

*p<0.05

ศูนย์วิทยุโทรทัศนศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะซึมเศร้า			
		mean	SD	F	P-value
การรักษาที่ได้รับ					
ยา					
- ได้	315	3.74	2.59	9.365	0.000*
- ไม่ได้	111	10.03	2.23		
เครื่องดิงหลัง					
- ได้	272	3.55	2.65	0.741	0.000*
- ไม่ได้	154	8.60	3.13		
แผ่นร้อน					
- ได้	268	3.54	2.66	1.176	0.000*
- ไม่ได้	158	8.49	3.18		
เครื่องช็อคเวฟ/ ไมโครเวฟ					
- ได้	147	2.50	2.07	38.432	0.000*
- ไม่ได้	279	6.90	3.51		
การนวด / ตัดติงกระดูก					
- ได้	103	2.40	2.10	36.124	0.000*
- ไม่ได้	323	6.33	3.64		
เครื่องอัลตราซาวด์					
- ได้	57	2.68	2.18	21.772	0.000*
- ไม่ได้	369	5.79	3.75		
เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า					
- ได้	51	2.78	2.18	20.226	0.000***
- ไม่ได้	375	5.73	3.76		
ผ่าตัด					
- ได้	23	2.09	1.62	15.574	0.000*
- ไม่ได้	403	5.56	3.73		

*p<0.05

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	ภาวะซึมเศร้า			
		mean	SD	F	P-value
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทาง					
กายภาพบำบัด					
น้อยกว่า 3 เดือน	140	5.81	3.56	1.090	0.353
ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 6 เดือน	196	5.09	3.81		
มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี	54	5.17	3.45		
มากกว่า 1 ปี	30	5.37	4.48		
ความถี่ในการรักษา					
1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	265	5.42	3.80	0.126	0.882
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	142	5.36	3.56		
มากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์	16	4.94	4.31		
ความพึงพอใจต่อการรักษา					
ไม่พึงพอใจ	8	3.88	4.49	1.629	0.166
น้อย	26	6.81	3.45		
ปานกลาง	137	5.45	3.58		
มาก	209	5.13	3.73		
มากที่สุด	43	5.74	4.18		

จากตารางที่ 30 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยในตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน การวินิจฉัยโรค ตำแหน่ง รอยโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือชาตามแนวเส้นประสาทของขา อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ประวัติการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพัก เนื่องจากอาการปวดหลัง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังทั้งเพศหญิงและเพศชาย พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะ
ซึมเศร้าใกล้เคียงกัน และไม่พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 51-60 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (6.23
คะแนน) สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะ
ซึมเศร้าสูงกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ รองลงมาคือแยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และผู้ที่มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ และผู้ป่วยที่ได้รับการ
การศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่ประกอบอาชีพแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ผู้ที่ประกอบอาชีพแม่บ้านหรือพ่อบ้าน
เกษตรกรหรือรับจ้าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าอาชีพอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่า
อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด

ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง มีค่า
คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งค่าคะแนน
เฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดคือในกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้ รองลงมาคือ
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว พบว่ามีภาวะซึมเศร้าแตกต่าง
กันอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวนั้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะ
ซึมเศร้าสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว

ในด้านประวัติการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะ
ซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากพิจารณาในกลุ่มผู้ที่ใช่และเคยใช้ยาเสพติด
จะเห็นว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิมและประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ย
ของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชและประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว
อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะ
ซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะ

ซีมเศร้าสูงที่สุดคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับ

เส้นประสาท (Lumbar spondylosis) และต่ำที่สุดคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบเรื้อรังหรือมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (mean = 4.00, SD = 3.31)

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีตำแหน่งรอยโรคแตกต่างกัน พบว่ามีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าในผู้ที่มีตำแหน่งรอยโรคไม่ใช่หลังส่วนล่างสูงกว่าผู้ที่มีตำแหน่งรอยโรคที่หลังส่วนล่าง

ระยะเวลาที่เป็นโรคแตกต่างกัน พบว่ามีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคนานกว่า 1 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคมานานตั้งแต่ 3-5 เดือน และ มากกว่า 5 เดือนถึง 12 เดือน ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าสูงมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีระดับความปวดเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับอาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือขาตามแนวเส้นประสาทของขา พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ผู้ป่วยที่มีอาการบ่อยครั้ง จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าสูงที่สุด และในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดร้าวหรือขา ร่วมกับ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าต่ำที่สุด

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีอาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าสูงในกลุ่มที่เกิดอาการบ่อยครั้ง

จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาที่แตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งในการกลับมาเป็นซ้ำมาก

จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพัก เนื่องจากอาการปวดหลัง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาที่แตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าของการขาดงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป มากกว่า การขาดงาน 1-2 วัน และไม่มี การขาดงาน ตามลำดับ

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าแตกต่างจากผู้ที่ไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าสูงกว่า

ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแตกต่างกัน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่กลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยา มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ

ภาวะซีมเศร่าสูงที่สุด ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการ ผ่าตัด ดัดตั้งกระดูกใช้เครื่องข้อต่อเวฟ/ ไมโครเวฟ เครื่องอัลตราซาวด์ และกระตุ้นไฟฟ้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร่าต่ำที่สุด ตามลำดับ

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดแตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 3 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร่าสูงที่สุด รองลงมาคือ ได้รับการรักษามากกว่า 1 ปี ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 6 เดือน นั้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร่าต่ำที่สุด

ผู้ป่วยที่มีความถี่และความพึงพอใจในการรักษาที่แตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร่าสูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มา รักษา 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และพบว่ามีความคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร่าสูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อการรักษาน้อย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า
กับปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้ Post Hoc Analysis

ตารางที่ 31 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีอายุ การศึกษา สถานภาพ รายได้ อาชีพ ระดับความปวด อาการร่วม การกลับเป็นซ้ำ การขาดงานหรือหยุดพัก ที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe

ปัจจัย	(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
อายุ	20-40 ปี	41-50 ปี	-1.42478*	.48290	.035	-2.7805	-.0691
		51-60 ปี	-2.19894*	.49575	.000	-3.5907	-.8072
		มากกว่า 61 ปี ขึ้นไป	-2.11819*	.53847	.002	-3.6299	-.6065
การศึกษา	มัธยมศึกษา	ไม่ได้เรียน	-2.57804*	.82607	.022	-4.8966	-.2594
		ประถม	-1.27284*	.43909	.040	-2.5053	-.0404
		ตั้งแต่ปริญญา ตรีขึ้นไป	1.28228*	.45047	.045	.0179	2.5467
	ตั้งแต่ปริญญา ตรีขึ้นไป	ไม่ได้เรียน	-3.86032*	.81419	.000	-6.1456	-1.5750
		ประถม	-2.55512*	.41632	.000	-3.7236	-1.3866
		มัธยม	-1.28228*	.45047	.045	-2.5467	-.0179
สถานภาพ	โสด	คู่สมรสเสียชีวิต	-2.19779*	.77412	.046	-4.3706	-.0250
		แยกกันอยู่ /หย่าร้าง	-1.37658	.80044	.399	-3.6232	.8701
		แต่งงาน /อยู่ด้วยกัน	-1.25535	.48181	.081	-2.6077	.0970

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ตารางที่ 31 (ต่อ)

ปัจจัย	(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
รายได้	ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม / เป็นหนี้	พอใช้	1.69525*	.52592	.006	.4034	2.9871
		พอใช้ และเหลือเก็บ	2.28832*	.54888	.000	.9400	3.6366
อาชีพ	รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	อื่นๆ	-2.27955*	.66620	.021	-4.3407	-.2184
		แม่บ้าน / พ่อบ้าน	-2.92729*	.56105	.000	-4.6631	-1.1914
		ธุรกิจ/ค้าขาย / อิสระ	-1.66116	.53746	.050	-3.3240	.0017
		เกษตรกร / รับจ้าง	-2.28938*	.44131	.000	-3.6548	-.9240
ระดับความ ปวด	0-30	31-70	-1.89829*	.44726	.000	-2.9970	-.7996
		71-100	-2.87516*	.52149	.000	-4.1562	-1.5942
อาการร่วม (ปวดร้าว / ชา)	บ่อยครั้ง	ไม่มี	2.53009*	.43820	.000	1.4537	3.6065
		นานๆครั้ง	1.79435*	.41356	.000	.7785	2.8102
อาการร่วม (อ่อนแรง)	บ่อยครั้ง	ไม่มี	3.16798*	.40386	.000	2.1759	4.1600
		นานๆครั้ง	2.17592*	.46633	.000	1.0304	3.3214
ประวัติการ กลับเป็นซ้ำ	ไม่มี / เป็นครั้งแรก	1-2 ครั้ง	-1.05936	.52915	.136	-2.3592	.2405
		มากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป	-1.33636*	.54082	.048	-2.6649	-.0078
การขาดงาน หรือหยุดพัก	ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป	ไม่มี	1.19470*	.44421	.028	.1035	2.2859
		1-2 วัน	1.15357*	.46061	.044	.0221	2.2850

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 31 จากการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe แล้วพบว่า ในเรื่องของอายุ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-40 ปี มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 41-50 ปี, 51-60 ปี และมากกว่า 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องระดับศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียน และมีการศึกษาระดับประถม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe แล้วพบว่า ในเรื่องของสถานภาพสมรส ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีคู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนนั้น พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม / เป็นหนี้ มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ และพอใช้และเหลือเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe ในเรื่องของการประกอบอาชีพ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจาก ผู้ป่วยที่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน เกษตรกรหรือรับจ้าง และอาชีพอื่นๆ (ไม่ทำงาน นักศึกษา ข้าราชการบำนาญ เป็นต้น) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องระดับความปวดพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความปวด 0-30 มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีความปวด 31-70 และ 71-100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องอาการปวดร้าวหรือชาที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการบ่อยครั้งมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่างจากผู้ที่ไม่มีอาการปวดร้าวหรือชา และผู้ที่มีอาการปวดร้าวหรือชา นานๆครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องอาการอ่อนแรงของขาที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงบ่อยครั้ง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของซีมเศร้าแตกต่างจากไม่มีอาการและมีอาการนานๆครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในเรื่องของการกลับมาเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีการกลับมาเป็นซ้ำหรือเพิ่งเป็นครั้งแรก มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างจากผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe ในด้านการขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวด ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ขาดงานหรือหยุดพักตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีการขาดงานหรือหยุดพัก และผู้ที่ขาดงาน 1-2 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย

ตารางที่ 32 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความปวด กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้า	n	คะแนนความปวด			
		mean	SD	F	P-value
ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช	297	50.12	23.68	7.33	0.001**
มีอาการซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases)	92	56.64	20.48		
มีอาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช (cases)	37	63.41	21.39		

**p<0.01

จากตารางที่ 32 พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่แตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช (Cases) มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความปวด สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases) และผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช ตามลำดับ

ตารางที่ 33 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวด กับระดับความซึมเศร้าต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

(I) ภาวะซึมเศร้า	(J) ภาวะซึมเศร้า	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช	มีอาการซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases)	-6.51802	2.72504	.058	-13.2119	.1759
	มีอาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช (cases)	-13.28756 [*]	3.98167	.004	-23.0683	-3.5068

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 33 เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวด เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe กับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช มีความปวดแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในชั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช (Cases) และผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับระดับความปวด

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-value
ระดับความปวด	0.279	0.000**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 34 คะแนนความปวด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.279$, $P < 0.01$) คือผู้ป่วยที่มีความปวดมาก จะมีความซึมเศร้าสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีความปวดน้อย จะมีความซึมเศร้าต่ำ

3.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเศร่า กับภาวะทุพพลภาพ

ตารางที่ 35 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพ กับภาวะซีมีเศร่า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

ภาวะทุพพลภาพ	ภาวะซีมีเศร่า				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะซีมีเศร่า		มีภาวะซีมีเศร่า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับเล็กน้อย	101	26.0	2	5.4	17.805	4	0.001**
ระดับปานกลาง	130	33.4	7	18.9			
ระดับมาก	117	30.1	20	54.1			
ระดับที่เรียกว่าทุพพลภาพ	35	9.0	7	18.9			
ระดับพิการต้องนอนหรืออยู่กับเตียงตลอด	6	1.5	1	2.7			

**p<0.01

จากตารางที่ 35 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพ กับภาวะซีมีเศร่า ด้วยสถิติไควสแควร์ (Chi – square) พบว่า ความรุนแรงของอาการปวดในระดับต่างๆมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 36 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมีเศร่า กับภาวะทุพพลภาพ ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง

ภาวะทุพพลภาพ	n	ภาวะซีมีเศร่า			
		mean	SD	F	P-value
ระดับเล็กน้อย	103	2.75	2.67	28.461	0.000*
ระดับปานกลาง	137	5.14	3.45		
ระดับมาก	137	6.72	3.56		
ระดับที่เรียกว่าทุพพลภาพ	42	7.69	3.66		
ระดับพิการต้องนอนหรืออยู่กับเตียงตลอด	7	8.43	2.44		

*p<0.05

จากตารางที่ 36 พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการปวดหลังในระดับพิการต้องนอนหรืออยู่กับเตียงตลอด มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ซึ่งข้อมูลจากตารางแสดงให้เห็นว่า ยังมีภาวะทุพพลภาพ หรือระดับความรุนแรงของอาการปวดมากขึ้น คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ายิ่งสูงขึ้น

ตารางที่ 37 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับภาวะทุพพลภาพต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทงกายภาพบำบัด

(I) ความรุนแรงของอาการปวดหลัง	(J) ความรุนแรงของอาการปวดหลัง	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ระดับเล็กน้อย	ระดับปานกลาง	-2.39111*	.43351	.000	-3.7324	-1.0498
	ระดับมาก	-3.97505*	.43351	.000	-5.3163	-2.6338
	ระดับทุพพลภาพ	-4.94290*	.60858	.000	-6.8258	-3.0600
	ระดับพิการต้องนอนหรืออยู่กับเตียงตลอด	-5.68100*	1.29839	.001	-9.6982	-1.6638
ระดับปานกลาง	ระดับเล็กน้อย	2.39111*	.43351	.000	1.0498	3.7324
	ระดับมาก	-1.58394*	.40163	.004	-2.8266	-.3413
	ระดับทุพพลภาพ	-2.55179*	.58630	.001	-4.3658	-.7378
	ระดับพิการต้องนอนหรืออยู่กับเตียงตลอด	-3.28989	1.28810	.166	-7.2752	.6954

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 37 เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe กับภาวะทุพพลภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากระดับปานกลาง มาก ทุพพลภาพและพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ผู้ที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากระดับมากและทุพพลภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 38 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับภาวะทุพพลภาพ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-value
ภาวะทุพพลภาพ	0.483	0.000**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 38 ภาวะทุพพลภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.483$, $P < 0.01$) คือผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังมาก จะมีความซึมเศร้าสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังน้อย จะมีความซึมเศร่าต่ำ

3.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเศร่า กับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ตารางที่ 39 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซีมีเศร่า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะซีมีเศร่า				χ^2	df	P-value
	ไม่มีภาวะซีมีเศร่า		มีภาวะซีมีเศร่า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	58	14.9	7	18.9	0.935	2	0.626
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	269	69.2	26	70.3			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	62	15.9	4	10.8			

จากตารางที่ 39 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซีมีเศร่า ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ที่มีภาวะซีมีเศร่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.3 รองลงมาคือมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.9 และแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 10.8

ตารางที่ 40 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมีเศร่า กับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง

แรงสนับสนุนทางสังคม	n	ภาวะซีมีเศร่า			
		mean	SD	F	P-value
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	65	7.46	3.41	15.754	0.000***
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	295	5.22	3.70		
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	66	4.03	3.36		

***p<0.05

จากตารางที่ 40 พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางและแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ตามลำดับ

ตารางที่ 41 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

(I) แรงสนับสนุนทางสังคม	(J) แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ต่ำ	ปานกลาง	2.24459*	.49409	.000	1.0309	3.4583
	สูง	3.43124*	.63012	.000	1.8834	4.9791

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 41 เมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe กับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า แตกต่างจากผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 42 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับองค์ประกอบต่างๆของ
แรงสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-value
การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	-0.254	0.000**
การได้รับการช่วยเหลือและแนะนำ	-0.217	0.000**
การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น	-0.295	0.000**
การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง	-0.289	0.000**
ความผูกพันใกล้ชิด	-0.190	0.000**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 42 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($r = 0.254$) การได้รับการช่วยเหลือและแนะนำ ($r = 0.217$) การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ($r = 0.295$) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ($r = 0.289$) และความผูกพันใกล้ชิด ($r = 0.190$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความซึมเศร้าต่ำ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความซึมเศร้าสูง

3.1.7 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 43 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด โดยวิธี Linear Regression แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis)

ลำดับตัวแปร	R	R ²	B	Beta	T	Sig.
การรักษาที่ได้รับ						
ยา	0.748	0.559	4.854	0.574	17.060	0.000***
เครื่องซีอตเวฟ(SWD) / ไมโครเวฟ (MWD)	0.793	0.629	1.900	0.241	7.171	0.000***
ระดับการศึกษา	0.803	0.645	-0.167	-0.085	-2.542	0.011*
อาการปวดหลังร่วมกับมี						
อาการอ่อนแรงของ กล้ามเนื้อขา	0.809	0.655	0.300	0.093	2.922	0.004**
ภาวะทุพพลภาพ	0.812	0.659	0.298	0.080	2.228	0.026*
Constant			-4.562		-7.388	0.000***

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

จากตารางที่ 43 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 15 ตัวแปร ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน ตำแหน่งรอยโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือขาตามแนวเส้นประสาทของขา อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ประวัติการกลับเป็นซ้ำ การขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ภาวะทุพพลภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มาทำการวิเคราะห์ Linear Regression พบว่ามี 5 ตัวแปร คือการรักษาที่ได้รับด้วยยา และเครื่องซีอตเวฟ (SWD) / ไมโครเวฟ (MWD) มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$ และระดับการศึกษาและภาวะทุพพลภาพ มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ โดยการรักษาที่ได้รับด้วยยา เป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 55.9 เมื่อเพิ่มตัวแปรการรักษาที่

ได้รับด้วยเครื่อง เครื่องซื่อตเวฟ (SWD) / ไมโครเวฟ (MWD) จะเพิ่มความสามารถในการ
พยากรณ์เป็นร้อยละ 62.9 เมื่อเพิ่มตัวแปรในเรื่องของระดับการศึกษา จะเพิ่มความสามารถในการ
พยากรณ์เป็นร้อยละ 64.5 เมื่อเพิ่มตัวแปรเรื่องอาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของ
กล้ามเนื้อขา จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 65.5 และเมื่อเพิ่มตัวแปรสุดท้ายซึ่ง
ได้แก่ภาวะทุพพลภาพ จะเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์เป็นร้อยละ 65.9 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 5 ตัว
จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง จำนวน 426 คน ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ในประเทศไทย โดยได้ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากโรงพยาบาล จำนวน 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลัง แบบสอบถาม Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) เพื่อคัดกรองภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งดัดแปลงมาจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดย ธนา นิลชัย โกวิทย์ และคณะ, แบบสอบถามสภาพความเสียหาย (ภาวะทุพพลภาพ) ของออสเวสทรี (Oswestry Disability Questionnaire) ซึ่งพัฒนาโดย John O'Brien, แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Beand and Weinert โดยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษานี้พบว่า

1. ความชุกของภาวะวิตกกังวล

ความชุกของภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด มีค่าเท่ากับร้อยละ 30.8 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลที่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Cases) อย่างไรก็ตาม พบความชุกของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases) เท่ากับร้อยละ 20.2

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด มีค่าเท่ากับร้อยละ 8.7 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Cases) อย่างไรก็ตาม พบความชุกของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases) เท่ากับร้อยละ 21.6

3. ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด มีค่าเท่ากับร้อยละ 7.0

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล มี 6 ปัจจัย คือ

อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับปัจจัยส่วนบุคคล และการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 5 ปัจจัย คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม

ปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลังที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างเกี่ยวกับอาการปวดหลัง กับภาวะวิตกกังวล ด้วยสถิติ ไคสแควร์ (Chi – square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลังของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลมี 10 ปัจจัย คือ

ตำแหน่งรอยโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการชาหรือปวดร้าวที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง อาการอ่อนแรงที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การรักษาที่ได้รับ ซึ่งได้แก่ การใช้ยา เครื่องดัดหลัง แผ่นร้อน เครื่องช็อคเวฟ/ ไมโครเวฟ การนวด / ดัดดึงกระดูก เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า ผ่าตัด และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การวินิจฉัยโรค ประวัติการกลับเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล กับปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลังและปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา และการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลังและปัจจัยเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 12 ปัจจัย คือ การวินิจฉัยโรคเป็นหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท (Lumbar Spondylosis) ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือชาตามแนวเส้นประสาทของขา อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ประวัติการกลับเป็นซ้ำ จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด และภาวะทุพพลภาพ

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ ไคสแควร์ (Chi – square) และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลกับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ได้แก่ ช่วงอายุ 51-60 ปี ระดับการศึกษาไม่สูงมากนัก (ไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา) อาชีพ (รับจ้าง, เกษตรกร, พ่อบ้าน/แม่บ้าน) ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนไม่พอใช้/เป็นหนี้ต้องหยิบยืม หรือพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ การมีประวัติโรคทางจิตเวชเดิมหรือจิตเวชครอบครัวเดิม การวินิจฉัยโรค (หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท) การมี

ตำแหน่งรอยโรคบริเวณหลังส่วนล่าง ระยะเวลาที่เป็นโรคมมากกว่า 1 ปีขึ้นไป การมีระดับความปวดในปัจจุบันระดับปานกลางถึงมีมาก การมีอาการปวดร้าว/ชาหรือมีอาการอ่อนแรงร่วมกับอาการปวดหลังบ่อยครั้ง การขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลังภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป การระบุว่าได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยในปัจจุบันทั้งทางด้านจิตใจ การใช้ชีวิตประจำวัน ประวัติการกลับมาเป็นซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา การไม่ได้รับการรักษาด้วยยา เครื่องดัดหลัง แผ่นร้อน ไมโครเวฟ/ซ็อตเวฟ อัลตราซาวด์ กระตุ้นไฟฟ้า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 3 เดือน หรือระยะเวลาที่ได้รับการรักษามากกว่า 1 ปีขึ้นไป ภาวะทุพพลภาพระดับมากถึงพิการ แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า มี 2 ปัจจัย คือ

ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคล และการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 5 ปัจจัย คือ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน

ปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลังที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างเกี่ยวกับอาการปวดหลัง กับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) หรือฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's Exact) พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลังของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า มี 7 ปัจจัย คือ

ตำแหน่งรอยโรค มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ระยะเวลาที่เป็นโรคและระดับความปวด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อาการอ่อนแรงที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง ภาวะทุพพลภาพ และอาการปวดร้าว หรือขาที่เกิดร่วมกับอาการปวดหลัง พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ

การรักษาที่ได้รับ ซึ่งได้แก่ การใช้ยา เครื่องดัดหลัง แผ่นร้อน เครื่องช็อคเวฟ/ ไมโครเวฟ การนวด / ดัดดึงกระดูก มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วน การได้รับการรักษาโดยเครื่องอัลตราซาวด์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการได้รับการรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมีเศร่า กับปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลังและปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา และการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับอาการปวดหลังและปัจจัยเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 10 ปัจจัย คือ การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ ตำแหน่งรอยโรค ระดับความปวดในปัจจุบัน อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือขาตามแนวเส้นประสาทของขา อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ประวัติการกลับเป็นซ้ำ จำนวนวันที่ขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลัง ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ และภาวะทุพพลภาพ

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมีเศร่า

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะซีมีเศร่าและแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square) พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมีเศร่า กับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมีเศร่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ได้แก่ ช่วงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาไม่สูงมากนัก (ไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา) สถานภาพคู่สมรสเสียชีวิต อาชีพ (รับจ้าง, เกษตรกร, พ่อบ้าน/แม่บ้าน)

ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนไม่พอใช้/เป็นหนี้ต้องหยิบยืม หรือพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ การวินิจฉัยโรค (หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท) การมีตำแหน่งรอยโรค บริเวณหลังส่วนล่าง ระยะเวลาที่เป็นโรคมานานกว่า 1 ปีขึ้นไป การมีระดับความปวดในปัจจุบันระดับปานกลางถึงมีมาก การมีอาการปวดร้าว/ชาหรือมีอาการอ่อนแรงร่วมกับอาการปวดหลังบ่อยครั้ง การขาดงานหรือหยุดพักเนื่องจากอาการปวดหลังภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป การระบุว่าได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยในปัจจุบันทั้งทางด้านจิตใจ การใช้ชีวิตประจำวัน ประวัติการกลับมาเป็นซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา การไม่ได้รับการรักษา ด้วยยา เครื่องดัดหลัง แผ่นร้อน ไมโครเวฟ/ซีอทีวี อัลตราซาวด์ กระตุ้นไฟฟ้า ภาวะทุพพลภาพ ระดับมากถึงพิการ แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า กับแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะทุพพลภาพ และระดับความปวด

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับองค์ประกอบต่างๆของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($r = 0.143$) การได้รับการช่วยเหลือและแนะนำ ($r = 0.073$) การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ($r = 0.269$) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ($r = 0.171$) และความผูกพันใกล้ชิด ($r = 0.118$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความวิตกกังวลต่ำ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความวิตกกังวลสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับองค์ประกอบต่างๆของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($r = 0.254$) การได้รับการช่วยเหลือและแนะนำ ($r = 0.217$) การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ($r = 0.295$) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ($r = 0.289$) และความผูกพันใกล้ชิด ($r = 0.190$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความซึมเศร้าต่ำ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความซึมเศร้าสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับภาวะทุพพลภาพ

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับภาวะทุพพลภาพ พบว่าภาวะทุพพลภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.476, P < 0.01$) คือผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังมาก จะมีความวิตกกังวลสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังน้อย จะมีความวิตกกังวลต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับภาวะทุพพลภาพ

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับภาวะทุพพลภาพ พบว่าภาวะทุพพลภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.483, P < 0.01$) คือผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังมาก จะมีความซึมเศร้าสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังน้อย จะมีความซึมเศร้าต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับระดับความปวด

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวล กับระดับความปวด พบว่าคะแนนความปวด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.307, P < 0.01$) คือผู้ป่วยที่มีความปวดมาก จะมีความวิตกกังวลสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีความปวดน้อย จะมีความวิตกกังวลต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับระดับความปวด

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับระดับความปวด พบว่าคะแนนความปวด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.279, P < 0.01$) คือผู้ป่วยที่มีความปวดมาก จะมีความซึมเศร้าสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีความปวดน้อย จะมีความซึมเศร้าต่ำ

7. ปัจจัยที่ทำนายภาวะวิตกกังวล

จากการวิเคราะห์ Linear Regression พบว่ามี 10 ตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล คือการรักษาที่ได้รับด้วยเครื่องดึงหลัง ($R^2=0.462$) เครื่องช็อคเวฟ (SWD) / ไมโครเวฟ (MWD) ($R^2=0.573$) และภาวะทุพพลภาพ ($R^2=0.591$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ การขาดงาน/หยุดพักเนื่องจากปวดหลัง ($R^2=0.600$) ระดับความปวด ($R^2=0.609$) และอายุ ($R^2=0.617$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และตำแหน่งรอยโรค ($R^2=0.623$)

ระยะเวลาที่เป็นโรค ($R^2=0.628$) ความเพียงพอของรายได้ ($R^2=0.633$) ประวัติโรคทางจิตเวช เดิม ($R^2=0.637$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

8. ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ Linear Regression พบว่ามี 5 ตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าคือการรักษาที่ได้รับด้วยยา ($R^2=0.559$) และเครื่องชั่งตวงวัด (SWD) / ไมโครเวฟ (MWD) ($R^2=0.629$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ($R^2=0.655$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$ และระดับการศึกษา ($R^2=0.645$) ภาวะทุพพลภาพ ($R^2=0.659$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง จำนวน 426 คน ที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ในประเทศไทย มีประเด็นที่น่าสนใจที่จะนำมาอภิปรายผลดังนี้

ความชุกของภาวะวิตกกังวล

ความชุกของภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด มีค่าเท่ากับร้อยละ 30.8 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลที่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Cases) อย่างไรก็ตาม พบความชุกของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases) เท่ากับร้อยละ 20.2 ซึ่งต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างร้อยละ 46.4⁽⁴⁶⁾

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทันทีทางกายภาพบำบัด มีค่าเท่ากับร้อยละ 8.7 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Cases) อย่างไรก็ตาม พบความชุกของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful cases) เท่ากับร้อยละ 21.6 อย่างไรก็ตามการศึกษามาก่อนพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างกว่าร้อยละ 48.2⁽⁴⁶⁾

จากการผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความชุกของภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าต่ำกว่าการวิจัยที่ผ่านมา อีกทั้งในงานวิจัยนี้ยังพบความชุกของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าภาวะวิตกกังวล ทั้งนี้อาจเพราะการวิจัยนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ไม่รวมผู้ป่วยปวดหลังเฉียบพลัน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังซึ่งคล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽⁶¹⁾ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 61.1 และ 38.9 ตามลำดับ) และเช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 64.9 และ 35.1 ตามลำดับ) ซึ่งจากอุบัติการ⁽³⁵⁻³⁸⁾ การเกิดโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 ต่อ 1 โดยเฉพาะโรคซึมเศร้านั้นอาจเป็นเพราะเพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย และเก็บอารมณ์ได้มากกว่า เมื่อเกิดภาวะไม่สมดุลอารมณ์ที่ถูกเก็บกดเอาไว้เกิดการย้อนกลับเข้าสู่ตัวเอง เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายซึ่งมักมีการแสดงออกทางพฤติกรรมมากกว่า นอกจากนี้มีการศึกษาทางชีวเคมีที่พบว่าเพศหญิงมีระดับ monoamine oxidase สูงกว่าเพศชาย จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เพศหญิงมีอาการเศร้ากว่าเพศชายได้ง่าย⁽⁶¹⁾ นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัญหาปวดหลัง หรือคอเรื้อรัง พบได้บ่อยมากในผู้หญิง, ช่วงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป หรือในกลุ่มคนสูงอายุ และผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับที่ไม่สูงมากนัก^(3,9,14,62) ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง คือส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40 ปีขึ้นไป ซึ่งช่วงอายุของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี ค่าเฉลี่ยอายุของผู้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 48.80 ปี นอกจากนี้การศึกษาผ่านมาพบอุบัติการของอาการปวดหลังส่วนล่างได้บ่อยในช่วงอายุ 30-60 ปี⁽³⁰⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระดูกของคนเรานั้นเริ่มมีการเสื่อมไปตามอายุ โดยในกลุ่มผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคกระดูกพรุนได้ง่าย นอกจากนี้ความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก็ลดลง เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย อีกทั้งอาจเป็นเพราะผู้ที่มีอายุน้อยสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ ได้ดีกว่า เช่น แหล่งบริการสุขภาพ รายได้จากการประกอบอาชีพ และการมีอำนาจต่อรองในเรื่องสัมพันธภาพทางสังคม เป็นต้น⁽⁶¹⁾ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมองพบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ และจากการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร่าดังนี้ คือ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน ตำแหน่งรอยโรคบริเวณ

หลังส่วนล่าง การรักษาที่ได้รับ ส่วนสถานภาพสมรสและภาวะทุพพลภาพพบความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลเพียงอย่างเดียว

สำหรับด้านปัจจัยเกี่ยวกับสถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวล แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงมีสถานภาพสมรส คือคู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว รองลงมาคือแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง ซึ่งการสูญเสียก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽³⁷⁻³⁸⁾ มีการศึกษาพบว่าในผู้กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง สถานภาพหม้ายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่า และโรคซึมเศร้านักพบในคนที่หย่าร้าง หรืออยู่คนเดียว ความชุกของภาวะซึมเศร้าในคนที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง มากกว่าคนที่สมรสแล้วประมาณ 2.5 เท่า อาจเนื่องมาจากความรู้สึกเดียวดาย ว่าเหว่ ขาดคนคอยดูแลช่วยเหลือ ขาดที่พึ่ง หรืออาจผิดหวังจากการมีชีวิตคู่ เป็นต้น^(61,63)

นอกจากนี้จากข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีระดับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา และพบว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ที่จบระดับการศึกษาที่สูงขึ้น อีกทั้งยังพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบอาชีพเกษตรกรหรือรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ แม่บ้านหรือพ่อบ้าน และส่วนใหญ่มีรายได้ในแต่ละเดือนพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยพบทั้งสองภาวะนี้มากที่สุดในกลุ่มรับจ้างหรือเกษตรกรและการมีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงที่สุดด้วย แต่สำหรับภาวะซึมเศร้านั้น พบว่าอาชีพพ่อบ้านหรือแม่บ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ก่อนหน้านี้⁽⁶⁵⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการทำงานบ้านนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า อีกทั้งในงานวิจัยนี้พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงในผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้หรือเป็นหนี้ ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีรายได้พอใช้และเหลือเก็บที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และเมื่อพิจารณาควบคู่กับการศึกษาที่ก่อนหน้านี้^(3,30) ระบุโรคปวดหลังพบได้มากในกลุ่มอาชีพผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร และกลุ่มผู้สูงอายุ และอาชีพที่มีความเครียดสูง คืออาชีพรับจ้าง แม่บ้าน และเกษตรกร^(45,64) อาจเป็นไปได้ว่าคนสมัยก่อนส่วนใหญ่ มักจบการศึกษาระดับประถม และมักประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งบางครั้งหากมีรายได้ไม่แน่นอน การใช้จ่ายอาจต้องค่อนข้างจำกัด หากเกิดภาวะฉุกเฉินต้องใช้จ่าย ก็จำเป็นต้องหยิบยืม ซึ่งเห็นสภาพเศรษฐกิจที่อาจก่อให้เกิดความเครียดหรือความกังวลได้ ซึ่งมีศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าการมีรายได้ไม่พอใช้นั้น อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ เช่น ย้ำคิดย้ำทำ วิตกกังวล กลัวหวาดระแวง⁽⁴⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยกว่า 1 ใน 3 ประกอบอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มนี้พบว่าต่ำที่สุด ซึ่งอาจเพราะ

ความมั่นคงในหน้าที่การงาน และการเข้าถึงระบบสุขภาพได้ง่าย จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล น้อยกว่ากลุ่มอื่น

สำหรับประวัติโรคประจำตัว ผู้ป่วยจำนวน 227 คน มีประวัติโรคประจำตัว ซึ่งข้อมูลจาก ผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.3 ของจำนวน คำตอบในเรื่องของโรคประจำตัว จากผลการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งภาวะวิตก กังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งจาก การศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง⁽⁴⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยมี Phobia Anxiety กว่าร้อยละ 9.6 รองจาก Somatization (ร้อยละ 11.7) อาจแสดงให้เห็นว่า โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคประจำตัวที่พบมาก ที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้ และเป็นโรคเรื้อรังเช่นกัน มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต

ประวัติการใช้สารเสพติด จากผลการวิจัยที่พบว่าการใช้ยาเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ที่ใช้สารเสพติด (เช่น สุรา บุหรี่ ฯลฯ) มีค่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ที่เคยใช้และเลิกใช้ไปแล้ว นานกว่า 1 ปี และผู้ที่ไม่ได้ใช้ ซึ่งจากงานวิจัยอื่นๆ^(55,14,66) ก็สนับสนุนว่าผู้ที่มีอาการปวดหลังหรือคอ ส่วนมาก มีภาวะวิตกกังวลและการติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วย เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีอาการปวดหลัง หรือคอ (odds ratios อยู่ระหว่าง 1.6 และ 2.3) และความชุกของการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดใน กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ (odds ratio=2.2, 95% confident interval: 1.38,3.50) เป็นปัจจัยเสี่ยงในวัยรุ่นที่จะนำไปสู่อาการปวดหลัง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 96.2 และ 95.5 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลจากงานวิจัยพบว่าประวัติโรคทางจิตเวชเดิมและประวัติ โรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยที่ผู้ที่มีประวัติ โรคทางจิตเวชเดิมหรือประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่ประวัติทางจิตเวช ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่มีประวัติ โรคทางจิตเวชเดิมหรือประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวนั้น มีแนวโน้มที่จะมีภาวะวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ในบางการศึกษา⁽⁶⁷⁾ และจากความรู้ทางวิชาการเรื่องพันธุกรรม มีการระบุว่า การเคยมีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีชีวภาพ (Biochemical theory of depression) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง อธิบายว่า ภาวะ ซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) และตัวส่งข้อมูลที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก

(Limbic) โดยมีสาเหตุต่างๆ เช่น การสูญเสียหรือจากพราก ชักนำให้มีความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรือ panic ซึ่งนำไปสู่ อาการทางกาย (neurovegetatives) ของภาวะซึมเศร้าได้ ดังจะเห็นได้ว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้โอกาสการเกิดภาวะวิตกกังวล ประมาณ 25% ของญาติสายตรง (first-degree relatives) จะได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาความสัมพันธ์ของคู่แฝด ในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin) พบ 50% และแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twin) พบ 15%

2. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดหลัง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมทับเส้นประสาท (Lumbar Spondylosis) และพบว่ามีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะภาวะวิตกกังวลนั้นพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลในระดับสูง ซึ่งจากพยาธิสภาพของโรค Lumbar Spondylosis นั้น เกิดจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้กระดูกสันหลังรับน้ำหนักร่างกายได้ไม่สมดุล มีโอกาสเกิดการเคลื่อนไหวในท่าทางที่ผิดปกติได้ง่าย ซึ่งลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการรบกวนกดทับรากเส้นประสาท ทำให้มีอาการปวดหลัง และขาแปลบ แสบร้อน หรือปวดร้าวลงขาไปตามแนวรากเส้นประสาทนั้นๆ ได้ และในบางรายอาจมีอาการกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงร่วมด้วย ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอาการปวดหลังตลอดเวลา รู้สึกถูกรบกวนการทำงานวัตรประจำวันด้วยอาการร่วมต่างๆ ไม่อยากขยับตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ อาการปวดหลังทำให้ต้องเดินก้มตัว สะโพกโย้ ไหล่เอียง หรือต้องเดินช้าๆ ระวังไม่ให้มีอาการปวดมากขึ้น จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวล เป็นสัญญาณของ ego ที่บ่งบอกถึงการไม่ยอมรับสิ่งใดๆ ในระดับใต้จิตสำนึก จึงเกิดการเก็บกดอยู่ภายใต้จิตสำนึกนั้นแทนจนกระทั่งนำไปสู่ภาวะวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ยังอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางพฤติกรรม เช่น ผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็นอะไรเลย เมื่อมีการบาดเจ็บของโครงสร้างหลัง แรกๆอาจไม่ได้สนใจยังคงใช้งานหลังตามเดิม เมื่อมีอาการมากขึ้นจนกลายเป็นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดหรือไม่สบายตัวทุกครั้งที่ต้องใช้ร่างกาย พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมในชีวิตประจำวันเกือบทุกอย่าง เนื่องจากกลัว หรือกังวลว่าจะเกิดอาการซ้ำอีก จากประสบการณ์เดิม นอกจากนี้ยังเกิดได้จากการเลียนแบบการตอบสนองทางสังคม (Social Learning Theory) บางคนอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่เนื่องด้วยเคยได้ทราบข้อมูลหรือเกิดความเข้าใจผิดไปเอง เช่น มีคนรู้จักป่วยเป็นโรคปวดหลังรุนแรง มีการรบกวนของเส้นประสาท ต้องได้รับการผ่าตัด แล้ววันหนึ่งตัวผู้ป่วยเกิดมีอาการปวดหลัง อาจสรุปไปเองว่าจะต้องเป็นเหมือนกัน ทำให้เกิดความกังวล กลัว และเครียดไปก่อนล่วงหน้าได้ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลมักประเมินอันตราย

ที่ตนเองจะได้รับสูงเกินกว่าความเป็นจริง และประเมินความสามารถของตนในการต่อสู้กับสิ่ง
 ที่มาคุกคามต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย ส่วนภาวะซึมเศร้า นั้น นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการเศร้า
 เสียใจและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสีย ที่อาจเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการ
 สูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง เมื่อเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกัน จึงเกิดความลังเลใจ
 รู้สึกสำนึกผิดในใจตนเองว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่ดี โดยมุ่งเข้าหาตนเอง ทำให้กลายเป็นความโกรธและ
 เกียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้บุคคลเศร้ามาก มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย
 ใดๆ ไม่มีความหวัง ดังจะเห็นว่าภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ชั้นพื้นฐาน
 แต่เป็นคนละทิศทาง ภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้
 กลไกทางจิตในแบบสู้ (fight) หรือหนี (flight) แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง
 (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้ออาลัยและหมดความภาคภูมิใจ

จากงานวิจัยนี้ยังพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามีคะแนนสูงในผู้ป่วยที่ได้รับการ
 วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นผลจากการมีระดับฮอร์โมนที่
 เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมร่วมด้วย⁽³⁷⁻³⁸⁾ ส่วนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงเรื้อรังนั้น
 พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด ซึ่งจากพยาธิสภาพของการ
 บาดเจ็บของกล้ามเนื้อนั้น ในกรณีเป็นชนิดเฉียบพลันสามารถรักษาให้หายได้ในภายในสองสัปดาห์
 โดยใช้ยาแก้ปวดรวมทั้งยาต้านอักเสบและคลายกล้ามเนื้อ แต่กรณีเป็นเรื้อรังก็ยังมีโอกาสหายขาด
 ได้ หากผู้ป่วยมีการดูแลตัวเองและปฏิบัติตัวอย่างถูกสุขลักษณะ ซึ่งจากตรงนี้ อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่
 นำมาอธิบายถึงการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้น้อยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค
 กล้ามเนื้ออ่อนแรง

นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้ มักมีอาการปวดหลังหลายตำแหน่ง บริเวณรอยโรค
 ที่พบมากที่สุดคือ หลังส่วนล่าง ซึ่งเป็นบริเวณทางออกของเส้นประสาทที่เลี้ยงบริเวณขา ทำให้ผู้ป่วย
 บางรายที่มีการรบกวนของเส้นประสาท มีโอกาสเกิดอาการปวดร้าว ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง
 มากกว่าการปวดหลังส่วนบน และยังพบว่าตำแหน่งรอยโรคมีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะวิตกกังวล
 และภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนอื่นร่วมด้วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งภาวะ
 ซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่าบริเวณหลังส่วนล่างเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจเป็นเพราะการมีตำแหน่ง
 รอยโรคหลายตำแหน่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เบื่อหน่าย และการมีตำแหน่งของอาการปวดมาก
 ขึ้น อาจส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันด้วยเช่นกัน นอกจากนี้จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับ
 ความปวดมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความปวดมากมี
 แนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าสูง ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีความปวดน้อยจะมีภาวะ
 ซึมเศร้าและวิตกกังวลต่ำ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอาการบาดเจ็บส่วนใหญ่ออกมาจากการอักเสบรอบๆ

บริเวณบาดเจ็บและมีสารกระตุ้นให้เกิดอาการปวด เช่น K^+ (รั่วจากเซลล์ที่บาดเจ็บ), Serotonin, Bradykinin และ Prostaglandins เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาทางชีวภาพที่ผ่านมาพบว่า Serotonin เป็นสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกปวด เช่นเดียวกับ Neurepinephrine และ Aminobutyric acid (GABA) และความไม่สมดุลของการกระจายของสารสื่อประสาทและ โพรเทสตีเมียในและนอกประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxic) ซึ่งพบว่าอาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะไบโพลาร์

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังร่วมกับอาการปวดร้าว หรือชาลงขาตามแนวของเส้นประสาทหรือการมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลและ ซึมเศร้าสูงขึ้นตามความรุนแรงของอาการ แต่อย่างไรก็ตามมีข้อน่าสังเกตจากงานวิจัยครั้งนี้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังร่วมกับอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาตลอดเวลาที่มีภาวะวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการบ่อยมาก หรือค่อนข้างบ่อยตามลำดับ และภาวะซึมเศร้านั้นพบว่าทั้งอาการปวดร้าวหรือชาลงขาตามแนวของเส้นประสาท หรือการมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาตลอดเวลาที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการบ่อยมากหรือค่อนข้างบ่อย ซึ่งยังไม่พบการศึกษาใดศึกษาเรื่องนี้อย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี หรือการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการตลอดเวลา จนเริ่มปรับตัวและปรับความรู้สึกได้แล้ว หรืออาจเพราะการวิจัยนี้ได้ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยนอก ไม่ได้รวมถึงผู้ป่วยในของแผนกซึ่งอาจมีอาการที่รุนแรงกว่าและให้ข้อมูลเฉพาะในเชิงลึกได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ใกล้เคียงที่อธิบายช่วงระยะเวลาการปวดกับภาวะทางจิตใจและการแสดงออกทางพฤติกรรม⁽⁶⁹⁾ พบว่า ช่วงแรกๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกต่อต้าน ไม่ยอมรับหรือรู้สึกเหมือนอาการปวดนั้นเป็นสิ่งแปลกปลอม บางคนจะรู้สึกว่าอาการปวดเป็นตัวจำกัดทุกๆ อย่าง ถ้าไม่มีอาการปวดดังกล่าว ผู้ป่วยจะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าที่เป็นอยู่นี้ หรือบางคนก็ใช้อาการปวดเป็นข้ออ้างเพื่อที่จะไม่ทำพฤติกรรมบางอย่าง ช่วงต่อมาเป็นช่วงของการปรับตัว ระยะนี้ ผู้ป่วยจะพยายามไม่สนใจความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นหรือบางคนพยายามไปพบแพทย์ เพื่อลดความกังวลของตนเอง ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาแล้วอาการดีขึ้นเพียงชั่วขณะผู้ป่วยก็จะกลับไปใช้ชีวิตตามปกติทำให้เกิดผลเสียระยะยาวก่อให้เกิดอาการเรื้อรัง กลับมาเป็นซ้ำ และกระทบต่อจิตใจ เศร้าหดหู่ รู้สึกเหมือนเป็นวิกฤติของชีวิต กลัวการสูญเสีย ทูพพลภาพ ทำให้จินตนาการในทางลบไปต่างๆ นานาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เริ่มซึมเศร้า ไม่อยากไปไหน ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่รู้จะทำอะไร เกิดการสิ้นหวัง จนนำไปสู่การมีปัญหสุขภาพจิตได้ แต่สำหรับผู้ป่วยรายที่ปรับตัวในช่วงนี้ได้โดยใช้กระบวนการไม่ใส่ใจอาการปวดนี้พัฒนาไปสู่การแก้ปัญหาอย่างมีสติ อาศัยความเข้าใจที่ว่าอาการปวดเป็นสิ่งที่ดี เป็นเครื่องเตือนถึงการบาดเจ็บที่รุนแรงและกำลังจะเกิดขึ้นแล้วพยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่อาการปวด รวมทั้งเข้าใจว่าการจัดการกับอาการปวดเป็นสิ่งที่ต้องรับผิดชอบ

ต่อร่างกายตนเอง การไม่ใส่ใจความรู้สึกปวดหากทำได้ถูกเวลาก็จะนำไปสู่ความสุข เช่น การไปสังสรรค์กับเพื่อนในงานเลี้ยง การออกไปดูหนังหรือทำกิจกรรมที่ชอบซึ่งไม่ขัดต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บซ้ำ เช่น การยกของหนัก การทำงานหักโหมในบางท่าทาง เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้โดยที่ไม่ขัดต่อความรู้สึก จากตรงนี้อาจสามารถอธิบายกรณีผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการปวดร้าวหรือชา และมีอาการอ่อนแรงแรงร่วมกับอาการปวดหลังตลอดเวลาว่ามีความวิตกกังวลและซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่มีอาการบ่อยมากหรือค่อนข้างบ่อย หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ปรับอารมณ์และพฤติกรรมเพื่ออยู่ร่วมกับโรคที่เป็นได้

นอกจากนี้ยังมีหลักฐานที่พบว่าอาการปวดมีความเกี่ยวข้องกับภาวะบางของตัวกระตุ้นในตัวผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึกปวดหลังจากมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นนั้น อาจขึ้นกับการประมวลข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บปวดทางความคิดจนเกิดความทุกข์และความเครียด ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดหลังเรื้อรัง อาจพบว่ามักไวต่อความเครียดหลังจากมีอาการเจ็บปวดตามกลุ่มอาการที่กล้ามเนื้อตบสนองออกมา พบว่าผู้ป่วยที่พยายามยับยั้งความรู้สึกเจ็บ ปรากฏว่ามีการเพิ่มขึ้นของความตึงตัวของกล้ามเนื้อในช่วงที่มีความเจ็บปวด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ยับยั้งความเจ็บปวด อาจเกิดผลที่เป็นอันตรายต่อสภาพจิตใจ รวมไปถึงการที่กล้ามเนื้อมีความตึงตัวนานขึ้น อาจนำไปสู่วงจรของ pain-stress-pain ได้ด้วย⁽⁷⁰⁾ มีการศึกษาที่ใช้ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy-CBT) ในการลดอาการปวดหลัง, ความเครียด และความพิการ ผลปรากฏว่า ในกลุ่มที่ได้รับ CBT มีระดับความเจ็บปวดลดลง ระดับคะแนนซึมเศร้าลดลง 1 ใน 3 แต่ ระดับคะแนนความเครียดเพิ่มขึ้น⁽¹⁾

อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยที่ขัดแย้งว่า Pain Behavior ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ และระดับความเจ็บปวด⁽⁵⁴⁾

แต่จากผลการวิจัยนี้ร่วมกับงานวิจัยก่อนหน้านี้จำนวนหนึ่งชี้ให้เห็นว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าพบว่ามีสัมพันธ์กับโรคทางกาย นอกจากนี้อาการปวดเรื้อรังยังมีความเกี่ยวข้องกับระดับความปวด^(9,14,46,71) ซึ่งระยะเวลาที่เป็นโรค และการกลับมาเป็นซ้ำก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำลังก่อให้เกิดภาวะเรื้อรัง^(11,41,51,56) สำหรับงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคปวดหลังเรื้อรังมานานกว่า 1 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยเป็นโรคมาระยะสั้นกว่านี้ ซึ่งระยะเวลาที่เป็นโรคยาวนาน พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลที่สูงขึ้นแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้ เป็นผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยอาจอยู่ในช่วง stress, distress, frustration จนกระทั่งเกิดเป็นภาวะวิตกกังวลได้ แต่ก็ยังอาจอยู่ในช่วงที่กำลังปรับตัวกับโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคอาจไม่นานถึงขั้นที่สิ้นหวังจนเกิดเป็นความท้อแท้หรือหมดกำลังใจ จึงยังคงไม่พบความสัมพันธ์ของ

ภาวะซึมเศร้ากับระยะเวลาที่เป็นโรค นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 84.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัยมีประวัติกลับมาเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการกลับมาเป็นซ้ำและการขาดงานตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งบางการศึกษาก่อนหน้านี้^(45,68) พบความสัมพันธ์ใกล้เคียงกัน โดยพบว่า การเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะการป่วยด้วยโรคเรื้อรังนานกว่า 6 เดือนขึ้นไปพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าระยะเวลาที่น้อยกว่านั้น ซึ่งเป็นไปได้ว่า เวลาที่เจ็บป่วยนานขึ้นมีผลต่อการปรับตัวของสภาวะทางจิตใจ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยทางด้านจิตสังคมอื่นๆร่วมด้วย เช่น การเกิดภาวะทุพพลภาพ สำหรับงานวิจัยนี้พบว่าภาวะทุพพลภาพในระดับที่มีความรุนแรงของอาการปวดหลังที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดที่น้อยลง จะมีระดับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ต่ำ มีงานวิจัยหลายชิ้นที่สอดคล้องกับงานวิจัยชิ้นนี้แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะทุพพลภาพ ยังไม่พบบางงานวิจัยที่พบความสัมพันธ์ของภาวะทุพพลภาพกับภาวะวิตกกังวล อย่างไรก็ตามการศึกษาหลายชิ้น^(1,51) ระบุว่าพบว่าโรคปวดหลังสามารถนำไปสู่การจำกัดความสามารถด้านต่างๆ รวมถึงการสูญเสียด้านหน้าที่การงาน โดยเฉพาะอาการปวดหลังปวดหลังร่วมกับอาการซึมเศร้า พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการจำกัดความสามารถหรือเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งกว่าร้อยละ 25 รายงานว่ามีการจำกัดความสามารถเนื่องด้วยอาการปวดหลังเป็นเวลา 1-2 เดือน และร้อยละ 12.2 มีการจำกัดความสามารถเนื่องด้วยอาการปวดหลังตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ดังมีการศึกษา⁽⁵⁶⁾ เกี่ยวกับผลกระทบของอาการปวดหลังเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม ตลอดจนการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังมากกว่า 3 เดือน เทียบกับในกลุ่ม pain-free (ผู้ที่มีอาการปวดหลังไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) พบว่าผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังมีปัญหาด้าน psychosocial function รวมถึงภาวะทุพพลภาพ มากกว่ากลุ่ม pain-free อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคล้ายกับงานวิจัยก่อนหน้านี้หลายชิ้นที่ระบุว่า หากผู้ป่วยมีปัจจัยด้านจิตสังคมที่ไม่ดี จะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดตามลงไปด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความเกี่ยวข้องกันอย่างมากกับภาวะทุพพลภาพ⁽⁷²⁾ และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีสัดส่วนของการเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้ารุนแรง (66% และ 43% ตามลำดับ) การจำกัดความสามารถเนื่องจากอาการปวดพบกว่าร้อยละ 41 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และพบร้อยละ 10 สำหรับผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งการมี Comorbid ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการจำกัดความสามารถเนื่องจากอาการปวดซึ่งส่งผลต่อการที่ประชากรกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มี somatic symptoms มาก และมีโอกาสที่จะเป็น panic disorder มากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ⁽⁶⁶⁾ อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่ขัดแย้งคือการ

เจ็บป่วยที่นานขึ้น แต่หากผู้ป่วยมีแบบแผนชีวิตที่ดี มีการปฏิบัติตัวที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ทานยา พบแพทย์ตามนัด จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถปรับตัวได้ดี พยายามเผชิญความเครียดและมีภาวะวิตกกังวลลดลงได้

ระยะเวลาและความถี่ที่ได้รับการรักษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลแต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยที่ผู้ที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 3 เดือน เฉลี่ยรักษา 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีจำนวนของผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลมากและค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 3 เดือน และความวิตกกังวลลดลงในช่วงของการรักษาตั้งแต่ 3-12 เดือน แต่ความวิตกกังวลกลับเพิ่มขึ้นอีกเมื่อได้รับการรักษานานกว่า 1 ปีขึ้นไป และความถี่ในการรักษาเกือบทุกวันก็พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลสูง อย่างไรก็ตามพบว่าวิธีการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลากหลายวิธี โดยเฉพาะได้รับ ยาร่วมกับ การดื่มห้าง ผ่อนร้อน และการใช้คลื่นความร้อนลึก (ซีอิตเวฟหรือไมโครเวฟ) พบว่ามีระดับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าต่ำ ซึ่งจากการศึกษาอื่นๆที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษามากกว่า 2 วิธีขึ้นไป เช่น ยา ผังเข็ม ออกกำลังกาย และใช้การปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy) ร่วมด้วยนั้น พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ภาวะทุพพลภาพลดลง จำนวนวันที่ต้องหยุดพักลดลง และสามารถร่วมกิจกรรมในสังคมได้มากขึ้น⁽⁶⁹⁾

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดนั้นมีทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จากการวิจัยชิ้นหนึ่ง⁽⁴⁴⁾ พบว่านักกายภาพส่วนใหญ่ไม่สามารถ screen ผู้ป่วยที่ปวดหลังที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าร่วมด้วยได้ ดังนั้นจึงควรให้มีการใช้ 2-item screening test (ทั้ง anxiety และ depression) ซึ่งเป็นการทดสอบอย่างง่ายและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากในการที่จะบอกภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังที่มารับการรักษาทางกายภาพบำบัด เพื่อพัฒนาการบำบัดรักษาและเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลจากงานวิจัยชิ้นนี้สนับสนุนว่าควรมีการนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง และผู้ป่วยกลุ่มอื่น ซึ่งควรจะมีการศึกษาต่อไป

3. ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าในระดับต่ำ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ พบว่ามีความวิตกกังวลและซึมเศร้าในระดับสูง ซึ่งสนับสนุนโดยงานวิจัยก่อนหน้านี้หลายชิ้น⁽⁷³⁻⁷⁴⁾ ที่พบว่าการที่มี active support และ

passive support จะช่วยให้ระดับความเจ็บปวดลดลง เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มี social support นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ พบว่ามีโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ตรงกันข้ามผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย เนื่องจากการแยกตัวออกจากสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางพฤติกรรม เช่นกันคือ ภาวะซึมเศร้าเกิดจาก ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (Learned helplessness) หมุดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า เช่น รักษาหลายครั้งแล้วแต่อาการยังไม่หายขาด หรือเกิดจากภาวะหมุดกำลังใจ (No positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือการสนับสนุน เช่น ขาดกำลังใจ การช่วยเหลือ การเข้าใจและเห็นใจจากคนใกล้ชิด จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข ดังทฤษฎีของ Julivan ที่เชื่อว่า ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า อีกทั้งมีบางการศึกษาพบว่า⁽⁷⁵⁾ การไม่ได้รับการช่วยเหลือ การเกิดความเครียดจากที่ทำงาน เป็นตัวทำนายที่บ่งบอกถึงการกลับไปทำงานตามปกติได้ช้า

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ดังนั้นจึงควรมีการให้บริการดังนี้

1. ควรให้มีการประเมินภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังร่วมด้วย ในขั้นตอนการตรวจประเมินก่อนการรักษา เพื่อเป็นการคัดกรองให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. มีการให้บริการปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะปวดหลังเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย และมีการส่งต่อให้ได้รับการรักษาทางจิตเวช รวมทั้งมีการติดตามผลการรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรักษาเป็นแบบองค์รวม (Holistic)
3. ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ที่เป็นกลุ่มที่ควรได้รับความสนใจและความช่วยเหลือ คือผู้ป่วยที่มีปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ซึ่งได้แก่ เพศหญิง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีการศึกษาระดับที่ไม่สูงมากนัก ผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน เช่น รับจ้าง เกษตรกร ผู้ที่มีความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บหรือเป็นหนี้ ผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม หรือประวัติจิตเวชครอบครัว ผู้ที่มีตำแหน่งรอยโรคอยู่บริเวณหลังส่วนล่าง ผู้ที่เป็นโรคปวดหลังเรื้อรังมานานกว่า 1 ปี ผู้ที่มีอาการร่วม เช่น ปวดร้าว ชา หรือมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ผู้ที่

มีระดับความรู้สึกปวดสูง ผู้ที่ต้องหยุดงานเนื่องจากอาการปวดหลัง ผู้ที่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น ต่อจิตใจ อารมณ์ การประกอบอาชีพ การทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพสูง ตลอดจนวิธีการรักษาในแต่ละราย และระยะเวลาที่ได้รับการรักษา

4. ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ที่เป็นกลุ่มที่ควรได้รับความสนใจและความช่วยเหลือ คือผู้ป่วยที่มีปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ เพศหญิง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ผู้ที่มีสถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือสมรส ผู้ที่มีการศึกษาระดับที่ไม่สูงมากนัก ผู้ที่ประกอบอาชีพ รับจ้าง เกษตรกร หรือแม่บ้าน/พ่อบ้าน ผู้ที่มีความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนไม่พอใช้หรือเป็นหนี้ ผู้ที่มีตำแหน่งรอยโรคอยู่บริเวณหลังส่วนล่าง ผู้ที่เป็นโรคปวดหลังเรื้อรังมานานกว่า 1 ปี ผู้ที่มีอาการร่วม เช่น ปวดร้าว ชา หรือมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ผู้ที่มีระดับความรู้สึกปวดสูง ผู้ที่ต้องหยุดงานเนื่องจากอาการปวดหลัง ผู้ที่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น ต่อจิตใจ อารมณ์ การประกอบอาชีพ การทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพสูง ตลอดจนวิธีการรักษาในแต่ละราย

5. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตร่วมด้วยนั้น ควรส่งเสริมให้มีการป้องกันเนื่องจากงานวิจัยหลายชิ้นพบว่าอาการปวดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะทางจิตใจ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาภายหลัง อีกทั้งเป็นอุปสรรคต่อการรักษาได้

6. ควรมีการส่งเสริมให้ญาติและบุคลากรในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อจะได้เข้าใจผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวและสังคมได้มีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

7. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งอาจส่งนักกายภาพบำบัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาผ่านการอบรมทางจิตเวชศาสตร์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรอีกทางหนึ่ง ใ้บุคลากรสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ให้ข้อมูลแก่ญาติใกล้ชิดและให้ความรู้แก่ชุมชนให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางกายและปัญหาสุขภาพจิต พร้อมทั้งทราบวิธีแก้ไขและป้องกันขั้นต้นได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิภาพผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด หลังจากได้มีใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชเบื้องต้น และได้ให้การรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เปรียบเทียบกับการรักษาด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว
2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดที่มีภาวะวิตกกังวลเพื่อทราบปัจจัยที่มีผลอย่างแท้จริงในเชิงคุณภาพ



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- (1) Menzel, N. N.; and Robinson, M. E. Back Pain in Direct Patient Care Providers: Early Intervention with Cognitive Behavioral Therapy. Pain Management Nursing 7 (2006): 53-63.
- (2) US Department of Labor Bureau of Labor Statistics. Lost-worktime injuries and illnesses: characteristics and resulting time away from work 2004[Online].2005. Available from: www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/osnr_0024[2008, June 2]
- (3) อุไรพร จิตต์แจ่ม, พัชรณี วิณิชจะกุล, ประไพศรี ศิริจักรวาล, วงสวาท โกศลวัฒน์, ยวิสิฐ จະวะสิต, อรุวรรณ แย้มบริสุทธิ และคณะ. การวิจัยอาหารและโภชนาการ. ชุดโครงการวิจัย เพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (2540): 97-8.
- (4) Waddell, G. Risk factors for back pain. The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone 2 (2004): 91-113.
- (5) Linton, S. J. The socioeconomic impact of chronic back pain: is anyone benefiting? Pain 75 (1998): 163-8.
- (6) Waddell, G. The Clinical Course of Back Pain. The Back Pain Revolution Edinburgh: Churchill Livingstone (1998): 103-107.
- (7) Leech, C. The renaissance project-preventing chronic disability from low back pain. Department of Social and Family Affairs (DSFA) (Ireland: Government Publications) (2004)
- (8) Mandiakis, N.; and Gray, A. The economic burden of low back pain in the United Kingdom. Pain 84 (2000): 95-103.
- (9) Von Korff, M.; Deyo, R. A.; Cherkin, D.; and Barlow, W. Back pain in primary care: Outcome at one year. Spine 18 (1993): 855-62.
- (10) Van den Hoogen, H. J.; Koes, B. W.; van Eijk, J. T.; Bouter, L. M.; and Deville, W. On the course of low back pain in general practice: a one year follow up study. Ann Rheum Dis 57 (1998): 13-9.
- (11) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ. กระทรวงสาธารณสุข 1 (2539)
- (12) ปราณีต เพ็ญศรี และระสลัย กัลยาณพจน์พร. คำแนะนำทางกายภาพบำบัดเพื่อรักษาและป้องกัน อาการปวดหลัง: การสำรวจโปรแกรมการให้คำแนะนำในผู้ป่วยแต่ละราย. วารสารกายภาพบำบัด 28 (2549): 30-53.

- (13) Johnsson, J. A.; and Rubenowitz, S. Risk indicators in the psychosocial and physical work environment for work-related neck, shoulder and low back symptoms: a study among blue-and white-collar workers in eight companies. Scan J Rehabil Med 26 (1994): 131-42.
- (14) Von Korff, M.; Crane, P.; Lane, M.; Miglioretti, D. L.; Simon, G.; Saunders, K., et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. Pain 115 (2005): 331-9.
- (15) Carroll, L.; Cassidy, J. D.; and Co[^]te, P. The Saskatchewan health and back pain survey: the prevalence and factors associated with depressive symptomatology in Saskatchewan adults. Can J Public Health 91 (2000): 459-64.
- (16) Hestbaek, L.; Leboeuf-Yde, C.; and Manniche, C. Is low back pain part of a general health pattern or is it a separate distinct entity? A critical review of comorbidity with low back pain. J Manipulative Physiol Ther 26 (2003): 243-52.
- (17) Currie, S. R.; and Wang, J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. Pain 107 (2004): 54-60.
- (18) Sullivan, M. J.; Stanish, W. D.; Sullivan, M. J. L.; and Stanish, W. D. Psychologically based occupational rehabilitation: the pain-disability prevention program. Clin J Pain 19 (2003): 97-104.
- (19) Pincus, T.; Burton, A. K.; Vogel, S.; Field, A. P.; Pincus, T.; Burton, A. K.; and Vogel, S.; Field, A. P. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine 27 (2002): E109-20.
- (20) Sullivan, M. J.; Adams, H.; Thibault, P.; Corbiere, M.; and Stanish, W. D. Initial depression severity and the trajectory of recovery following cognitive-behavioural intervention for work disability. J Occupational Rehabilitation 16 (2006a): 63-74.
- (21) Smith, B. H.; Elliott, A. M.; Hannaford, P. C.; Chambers, W. A.; and Smith, W. C. Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community: results from a general population follow-up study. Spine 29 (2004): 1032-40.
- (22) Boersma, K.; and Linton, S. J. Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention. Clin J Pain 21 (2005b): 38-43.

- (23) Carragee, E. J.; Alamin, T. F.; Miller, J. L.; and Carragee, J. M. MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain. Spine J 5 (2005): 24–35.
- (24) Boersma, K.; and Linton, S. J. How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. Behavior Research Therapy 43 (2005a): 1495–507.
- (25) Boersma, K.; and Linton, S. J. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. Clin J Pain 22 (2006): 160–6.
- (26) Gatchel, R. J. Psychological disorders and chronic pain: cause and effect relationships. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychological approaches to pain management. a practitioner's handbook, pp. 33-54. New York: Guilford Publications, 1996.
- (27) ชูติมา หุ่มเรื่องวงษ์. ความทุกข์ของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- (28) ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปี 41 1 (ม.ค.-มี.ค. 2539): 18-30.
- (29) World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps (1994 reprinted version). Geneva : WHO, 1980.
- (30) Dalley, M. Back. Clinical oriented anatomy (1998): 430-470.
- (31) ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี. ปวดหลัง การตรวจร่างกายและดูแลตนเองเบื้องต้น. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546): 3-23.
- (32) มัณฑนา วงศ์ศิริวรรณ. ดูแลตัวเองด้วยกายภาพบำบัดปวดหลัง. สำนักพิมพ์หนังสือของผีเสื้อกรุงเทพฯ. (2551) 18-79.
- (33) วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. Low Back Pain. ออร์โธปิดิกส์. โฆสิตการพิมพ์ กรุงเทพฯ. (2538) 295-320
- (34) พญ.รัชวรณ สุขเสถียร. Myofascial Pain Syndrome[Online]. Available from: <http://med.md.kku.ac.th> [2008, December 15]

- (35) รวีวรรณ นีวาตพันธ์. โรควิตกกังวล (Anxiety disorder). พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต (Human behavior & mental disorders). พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2547 หน้า 124-136. 158
- (36) มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. Anxiety Disorders. จิตเวชศาสตร์วามาธิบดี 6 (พ.ศ. 2540): 161-179.
- (37) ดวงใจ กษานติกุล. โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorder). พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต (Human behavior & mental disorders). พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2547 หน้า 147-159.
- (38) มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. Depressive Disorders. จิตเวชศาสตร์วามาธิบดี 6 (พ.ศ. 2540): 138-161.
- (39) สมนึก กุลสถิตพร. การบำบัดด้วยความร้อนลึกจากคลื่นสั้น และคลื่นไมโครเวฟ. ตัวกระทำทางฟิสิกส์ในการรักษา ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548 หน้า 1-51.
- (40) สมนึก กุลสถิตพร. คลื่นเหนือเสียง (Therapeutic Ultrasound). ตัวกระทำทางฟิสิกส์ในการรักษา ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548 หน้า 53-64.
- (41) Van Tulder, M. W.; Becker, A.; Bekkering, T.; Breen, A.; Carter, T.; Gil del Real, M. T., et al. European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care. European Spine Journal 15 (2006): 169-84.
- (42) Dunne, S.; A survey of the management of LBP by physiotherapists in private practice in the Republic of Ireland. Undergraduate thesis, BSc Physiotherapy, University College Dublin, 2003.
- (43) ปราณีต เพ็ญศรี, Nadine E Foster, สุรศักดิ์ ศรีสุข, George D Baxter, Suzanne M McDonough Physiotherapy management of low back pain in Thailand: a study of practice Physiotherapy Research International. 2005;10:201-12.
- (44) Sonia, H.; Christopher, M.; and Kathryn, R. Screening for Symptoms of Depression by Physical Therapists Managing Low Back Pain. Physical Therapy 84(12) (2004): 1157-66.
- (45) จินตนา กมลพันธ์. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

- (46) Mahmoud, M.; Ahmad, S.; and Javad, S. Psychological Aspects of Low-Back Pain. International Journal Of Mental Health & Addiction 2004[Online].2008. Available from: <http://www.ijma-journal.com/content/proc/articles/1/00049> [2008, May 18].
- (47) ดวงใจ กษานติกุล. ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย และโรคทางอารมณ์. พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต 2 (พ.ศ. 2547): 147-150.
- (48) Bair, M. J.; Robinson, R. L.; Katon, W.; and Kroenke, K. Depression and Pain Comorbidity. Arch Intern Med 163(10) (2003): 2433-2445.
- (49) Koen, D.; Ronny, B.; Sing, L.; Jose, P.; Vivianne, K.; and Matthias, C., et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. Pain 129 (2007): 332–342.
- (50) Gatchel, R. J.; Bernstein, D.; Stowell, A. W.; and Pransky, G. Psychosocial Differences Between High-Risk Acute vs. Chronic Low Back Pain Patients. Pain Practice 8(2) (2008): 91–97.
- (51) Carrington, R.; John, O.; Lisa, B.; and Robert, K. Cognitive–Behavioral Therapy for Chronic Low Back Pain in Older Persons: A Preliminary Study. Pain Medicine 4(3) (2003): 223–230.
- (52) Marras, W. S.; Davis, K. G.; Heaney, C. A.; Maronitis, A. B.; and Allread, W. G. The influence of psychosocial stress, gender and personality on mechanical loading of the lumbar spine. Spine 23 (2000): 3045–54.
- (53) Keeley, P.; Creed, F.; Tomenson, B.; Todd, C.; Borglin, G.; and Dickens, C., et al. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. Pain 135 (2007): 142-50.
- (54) Dickens, C.; Jayson, M.; and Creed, F. Psychological Correlates of Pain Behavior in Patients With Chronic Low Back Pain. Psychosomatics 43(1) (2002): 42-48.
- (55) Debbie, F.; Ian, S.; Michel.; and Lucien, A. Risk Factors for the Development of Low Back Pain in Adolescence. American Journal of Epidemiology. 154(1) (2001): 30-6.
- (56) Thomas, E.; Debra, K.; Susan, J.; Jill, S.; and Robert, J. The impact of chronic low back pain on older adults: A comparative study of patients and controls. Pain (2007): 293–301.

- (57) ประเสริฐ สกกุลศรีประเสริฐ, รุ่งทิวา วัจนละฐิติ, มัณฑนา วงศ์ศิรินวัฒน์ และจุฑามาศ คันทน์ สอน. กระบวนการแปล โดยการปรับข้ามทางวัฒนธรรมของ Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire เป็นภาษาไทย และความเชื่อถือได้ของแบบประเมิน. *J Med Assoc Thai* 89(10) (2006): 1694-1701.
- (58) สุรชัย แซ่จึ้ง, ทกมล หรรษาวงศ์ และกิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย. ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ออสเวสทรี ฉบับภาษาไทย ในการประเมินอาการในผู้ป่วยปวดหลัง. *ศรีนครินทร์ เวชสาร* 17(4) (2545): 247-53.
- (59) Shimada, K.; and Robinson, R. G. Effect of anxiety disorder on impairment and recovery from stroke. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 10(1) (Winter 1998): 34-40.
- (60) Bond, J.; Gregson, B.; Smith, M.; Rousseau, N.; Lecouturier, J.; and Roger, H. Outcome following acute hospital care for stroke or hip fracture: how useful is an assessment of anxiety or depression for older people?. *Int J Geriatr Psychiatry* 13(9) (1998): 601-10.
- (61) สุภาวิณี ประมวลวงศ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- (62) Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55: 455-68.
- (63) ดวงใจ กษานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 348-410.
- (64) อัมพร โอตระกูล, เจริญสินต์ แต่งสุวรรณ และเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. ปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 27 (2525): 121-35.
- (65) Carod-Artal, F. J.; Gonzales-Gutierrez, J. L.; Egado-Herrero, J. A.; and Vareka de Seijas, E. Post stroke depression: predictive factors at one year follow up. *Rev Neurol* 35(2) (Jun 2002) 16-31, 101-6.
- (66) Bruce, A.; Arnow; Hunkeler, E. M.; Blasey, C. M.; Lee, J.; Constantino, M. J.; and Fireman, B. Comorbid Depression, Chronic Pain, and Disability in Primary Care. *Psychosomatic Medicine* 68 (2006): 262-268.
- (67) Quimet, M. A.; Primeau, F.; and Cole, M. G. Psychosocial risk factors in poststroke depression : a systematic review. *Can J Psychiatry* 46(9) (Nov 2001): 819-28.

- (68) ภาพันท์ เจริญสุวรรณค์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546 161
- (69) Busch, H. Appraisal and coping processes among chronic low back pain patients. Scand J Caring Sci 19 (2005): 396-402.
- (70) Burns, J. W. The Role of Attentional Strategies in Moderating Links Between Acute Pain Induction and Subsequent Psychological Stress: Evidence for Symptom-Specific Reactivity Among Patients With Chronic Pain Versus Healthy Nonpatients. American Psychological Association 6(2) (2006): 180-92.
- (71) Katon, W. The impact of major depression on chronic medical illness. Gen Hosp Psychiatry 18 (1996): 215-9.
- (72) Bryant, et al.; Bryant C.; Fairbrother, G.; and Fenton, P. The relative influence of personal and workplace descriptors on stress. British Journal of Nursing 9(13) (2000): 876-80.
- (73) Jennifer, L.; Brown, M. A.; Sheffield, D.; Leary M. R.; and Robinson, M. E. Social Support and Experimental Pain. Psychosomatic Medicine 65 (2003): 276-283.
- (74) Pincus, T.; Burton, A. K.; Vogel, S.; Field, A. P.; Pincus, T.; Burton, A. K.; Vogel, S.; and Field, A. P. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine 27 (2002): 109-20.
- (75) Hartvigsen, J.; Lings, S.; Leboeuf-Yde, C.; and Bakketeig, L. Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. Occup Environ Med 61 (2004): 2.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับ เรื่อง ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึง ความชุกและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ผลการศึกษาที่ได้นี้ จะนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและติดตามอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าว ตลอดจนเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านทำ ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตัวเอง โดยแบบสอบถามจะมีทั้งหมด 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วย	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลัง	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย	จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสภาพความเสียหาย (ภาวะทุพพลภาพ) ของออสเวสทรี	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 25 ข้อ

ท่านมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้ รวมถึงสิทธิในการเลือกที่จะตอบแบบสอบถามในข้อที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ และบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น และการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆเป็นพิเศษทั้งสิ้น

ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามตามความเป็นจริง หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ท่านสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนท่านพอใจ โดยกรุณาติดต่อที่ผู้วิจัยคือ นางสาวพิมพ์รัก สิ้นสมบุญธรรมทอง โทร. 083-815-8195 หรือ 081-925-0317 ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งยินดีให้คำตอบท่าน ทุกประการ

หากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัย ขอให้ติดต่อสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โทร. 02-2564455 ต่อ 14, 15

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง
ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2551

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง และนำไปสู่การพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการวิจัย จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามและการทดสอบ โดยข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามหรือไม่ร่วมมือในการทดลองหรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการรักษาที่จะได้รับและข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้ในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นข้อมูลให้ข้าพเจ้าไม่พอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม..... พยาน

(.....)

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(.....)

หมายเหตุ : ผู้ยินยอมมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

วันที่เก็บข้อมูล.....

รหัส.....

ส่วนที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ลงใน หลังข้อความหรือเติมคำ ให้สมบูรณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน1 เพศ ชาย ₁หญิง ₂

2 อายุ (นับจากวันเกิดครั้งล่าสุด) ปี

3 สถานภาพ โสด ₁คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว ₂แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง ₃แต่งงาน หรือมีคู่อยู่ด้วยกัน ₄

4 ศาสนา

พุทธ ₁คริสต์ ₂อิสลาม ₃อื่นๆ (ระบุ).....

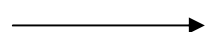
5. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียน ₁ประถมศึกษา ₂มัธยมศึกษาตอนต้น ₃มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ₄อนุปริญญา หรือ ปวส. ₅ปริญญาตรี ₆สูงกว่าปริญญาตรี (ระบุ).....

6. อาชีพ

ไม่ได้ทำงาน ₁แม่บ้าน ₂ธุรกิจ/ ค้าขาย/ อิสระ ₃รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ ₄รับจ้าง ₅เกษตรกร ₆อื่นๆ (ระบุ).....

มีต่อหน้าถัดไป



7 ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน

ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้ ₁

พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ₂

พอใช้และเหลือเก็บ ₃

8 ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม

ไม่มี ₁

มี (ระบุ)..... ₂

9 ประวัติครอบครัวโรคทางจิตเวช

ไม่มี ₁

มี (ระบุ)..... ₂

10 โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคมะเร็ง ₁

โรคเบาหวาน ₂

โรคความดันโลหิตสูง ₃

โรคทางสมอง / อัมพฤกษ์ / อัมพาต ₄

โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ₅

โรคทางระบบทางเดินหายใจ / ภูมิแพ้ ₆

โรคทางระบบทางเดินอาหาร / ระบบขับถ่าย ₇

โรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้ออื่นๆ (นอกจากปวดหลัง) ₈

อื่นๆ (ระบุ).....

11 ประวัติการใช้สารเสพติด

ไม่ได้ใช้ ₁

เคยใช้ ₂ ระบุ.....

จำนวนครั้งต่อสัปดาห์.....เป็นระยะเวลา.....ปี

ใช้ ₃ ระบุ.....

จำนวนครั้งต่อสัปดาห์.....เป็นระยะเวลา.....ปี

ส่วนที่ 2

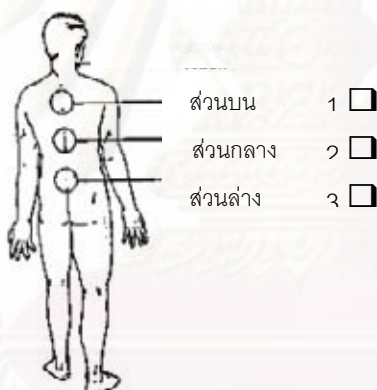
แบบสอบถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลัง

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ลงใน หลังข้อความหรือเติมคำ ให้สมบูรณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน

1 การวินิจฉัยโรคจากแพทย์ หรือนักกายภาพบำบัด เกี่ยวกับอาการปวดหลังของท่าน

- กระดูกพรุน (Osteoporosis) 1
- กล้ามเนื้ออักเสบ/เกร็ง (Muscular Inflammation/ Spasm) 2
- การตีบแคบของช่องไขสันหลัง (Lumbar stenosis) 3
- กระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar spondylolisthesis) 4
- ปวดตามกล้ามเนื้อเป็นบริเวณกว้าง (Myofascial pain syndrome) 5
- หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น (Herniated disc nucleus pulposus) 6
- หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทับเส้นประสาท (Lumbar spondylosis) 7
- อื่นๆ (ระบุ).....

2 ระบุตำแหน่งที่เกิดโรคปวดหลัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)



3 ระยะเวลาที่เป็นโรค

- ตั้งแต่ 3-5 เดือน 1 มากกว่า 5 เดือน ถึง 8 เดือน 2 มากกว่า 8 เดือนถึง 12 เดือน 3 มากกว่า 1 ปี ขึ้นไป 4

4 ระดับความปวดในปัจจุบัน (กรุณา X ลงบนเส้นที่ตรงกับความปวดของท่านมากที่สุด)

0 10

ไม่มีอาการปวดเลย ปวดมากจนทนไม่ได้

5 อาการปวดหลังร่วมกับปวดร้าวหรือชาตามแนวเส้นประสาทของขา

- ไม่มี 1 นานๆครั้ง 2 ค่อนข้างบ่อย 3 บ่อยมาก 4 ตลอดเวลา 5

6 อาการปวดหลังร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อของขา

- ไม่มี 1 นานๆครั้ง 2 ค่อนข้างบ่อย 3 บ่อยมาก 4 ตลอดเวลา 5

มีต่อหน้าถัดไป



7 การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| ยา | <input type="checkbox"/> | แผ่นร้อน (Hot pack) | <input type="checkbox"/> |
| ผ่าตัด | <input type="checkbox"/> | เครื่องเลเซอร์ (Laser) | <input type="checkbox"/> |
| การนวด / ดัดดึงกระดูก (Manual Therapy) | <input type="checkbox"/> | เครื่องดึงหลัง (Traction) | <input type="checkbox"/> |
| เครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) | <input type="checkbox"/> | เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (IF) | <input type="checkbox"/> |
| เครื่องช็อตเวฟ หรือ ไมโครเวฟ (SWD / MWD) | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ (ระบุ)..... | |

8 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด

- น้อยกว่า 3 เดือน ตั้งแต่ 3 - 6 เดือน มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี มากกว่า 1 ปี

9 ความถี่ในการรักษา (โดยประมาณ)

- 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ มากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์

10 ประวัติการกลับมาเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี

- 1-2 ครั้ง 3-5 ครั้ง มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป ไม่มี หรือ เป็นครั้งแรก

11 จำนวนวันที่ขาดงาน หรือต้องหยุดพัก เนื่องจากอาการปวดหลัง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

- 1-2 วัน 3-5 วัน มากกว่า 5 วันขึ้นไป ไม่มี

12 ความพึงพอใจโดยรวมต่อการรักษา

- ไม่พึงพอใจ น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

13 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ
- ปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว
- การช่วยเหลือตนเอง
- หน้าที่การงาน, การประกอบอาชีพ
- จำกัดกิจกรรมในประจำวัน
- รายได้ของตนเอง/ครอบครัว
- อื่นๆ (ระบุ).....

มีต่อหน้าถัดไป



แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือ และดูแลท่านได้ดียิ่งขึ้น

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่าน ในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

- เป็นส่วนใหญ่
- บ่อยครั้ง
- เป็นบางครั้ง
- ไม่เป็นเลย

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

- เป็นส่วนใหญ่
- บ่อยครั้ง
- เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย
- นานๆครั้ง

2. ฉันรู้สึกเปล็ดเปล็นใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้

- เหมือนเดิม
- ไม่มากเท่าแต่ก่อน
- มีเพียงเล็กน้อย
- เกือบไม่มีเลย

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

- ไม่มีเลย
- ไม่บ่อยนัก
- เป็นบางครั้ง
- เป็นส่วนใหญ่

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

- มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย
- มี แต่ไม่มากนัก
- มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ
- ไม่มีเลย

7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย

- ได้ดีมาก
- ได้โดยทั่วไป
- ไม่บ่อยนัก
- ไม่ได้เลย

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้

- เหมือนเดิม
- ไม่มากนัก
- มีน้อย
- ไม่มีเลย

8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม

- เกือบตลอดเวลา
- บ่อยมาก
- เป็นบางครั้ง
- ไม่เป็นเลย

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ

จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

- ไม่เป็นเลย
- เป็นบางครั้ง
- ค่อนข้างบ่อย
- บ่อยมาก

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว

ไม่สนใจตนเอง

- ใช่
- ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร
- ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน
- ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย

เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

- เป็นมากที่สุด
- ค่อนข้างมาก
- ไม่มากนัก
- ไม่เป็นเลย

12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต

ด้วยความเบิกบานใจ

- มากเท่าที่เคยเป็น
- ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
- น้อยกว่าที่เคยเป็น
- เกือบจะไม่มีเลย

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมา

อย่างกะทันหัน

- บ่อยมาก
- ค่อนข้างบ่อย
- ไม่บ่อยนัก
- ไม่มีเลย

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่าน

หนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

- เป็นส่วนใหญ่
- เป็นบางครั้ง
- ไม่บ่อยนัก
- น้อยมาก

Oswestry Disability Questionnaire

แบบสอบถามนี้ออกแบบมาเพื่อให้ข้อมูลว่าอาการปวดหลังของท่านมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไร กรุณาตอบทุกข้อ และในแต่ละข้อกรุณา ลงใน ซึ่งตรงกับปัญหาของท่านมากที่สุด เท่านั้น

ข้อ 1 ความรุนแรงของอาการปวด

- ก. ฉันสามารถทนอาการปวดได้ โดยไม่ต้องกินยาแก้ปวด
- ข. อาการปวดไม่ดีแต่ฉันสามารถจัดการมันได้โดยไม่ต้องกินยาแก้ปวด
- ค. ยาแก้ปวดทำให้อาการปวดบรรเทาอย่างสมบูรณ์
- ง. ยาแก้ปวดทำให้อาการปวดบรรเทาลงปานกลาง
- จ. ยาแก้ปวดทำให้อาการปวดบรรเทาลงเล็กน้อย
- ฉ. ยาแก้ปวด ไม่มีผลต่ออาการปวดของฉันเลย และฉันไม่กินยาแล้ว

ข้อ 2 การดูแลสุขภาพส่วนตัว(การล้างหน้า,การแต่งตัว)

- ก. ฉันสามารถดูแลตัวเองได้ตามปกติโดยไม่ทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
- ข. ฉันสามารถดูแลตัวเองได้ตามปกติแต่มันทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
- ค. มันมีอาการปวดเมื่อฉันดูแลตัวเองและฉันต้องทำช้า ๆ และระวังตัว
- ง. ฉันต้องมีคนช่วยบ้างแต่ฉันจัดการได้เกือบทั้งหมดของการดูแลตัวเอง
- จ. ฉันต้องมีคนช่วยทุกวัน ในการดูแลสุขภาพส่วนของฉันเกือบทุกอย่าง
- ฉ. ฉันไม่แต่งตัว,ล้างหน้าด้วยความลำบาก และนอนอยู่บนเตียง

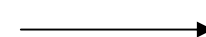
ข้อ 3 การยกของ

- ก. ฉันสามารถยกของหนักได้โดยปราศจากอาการปวดเพิ่มขึ้น
- ข. ฉันสามารถยกของหนักได้โดยอาการปวดเพิ่มขึ้น
- ค. อาการปวดกั้นฉันจากการยกของหนักจากพื้น แต่ฉันยังพอยกได้ในบางที่ที่สบายเช่น ยกของจากบนโต๊ะ
- ง. อาการปวดกั้นฉันจากการยกของหนักแต่ฉันสามารถยกของหนักปานกลางหรือเบา
ถ้าอยู่ในท่าที่ที่ทำให้ฉันสบาย
- จ. ฉันสามารถยกของที่เบามาก ได้เท่านั้น
- ฉ. ฉันไม่สามารถยกหรือหิ้วของอะไรได้ทั้งนั้น

ข้อ 4 การเดิน

- ก. อาการปวดไม่ได้กีดกันฉันจากการเดินในระยะทางใด ๆ
- ข. อาการปวดกีดกันฉันจากการเดินมากกว่า 1 กม.
- ค. อาการปวดกีดกันฉันจากการเดินมากกว่า ½ กม.
- ง. อาการปวดกีดกันฉันจากการเดินมากกว่า ¼ กม.
- จ. ฉันสามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้า หรือไม้เท้าค้ำยัน
- ฉ. ฉันอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา และต้องคลานเพื่อไปเข้าห้องน้ำ

มีต่อหน้าถัดไป



ข้อ 5 การนั่ง

- ก. ฉันสามารถนั่งในเก้าอี้ได้ทุกชนิดนานเท่าที่ฉันต้องการ
- ข. ฉันสามารถนั่งในเก้าอี้ที่ทำให้ฉันสบายนานเท่าที่ฉันต้องการ
- ค. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการนั่งมากกว่า 1 ชั่วโมง
- ง. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการนั่งมากกว่า ½ ชั่วโมง
- จ. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการนั่ง 10 นาที
- ฉ. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการนั่งตลอดเวลา(นั่งไม่ได้)

ข้อ 6 การยืน

- ก. ฉันสามารถยืนได้นานเท่าที่ฉันต้องการโดยปราศจากอาการปวดเพิ่มขึ้น
- ข. ฉันสามารถยืนได้นานเท่าที่ฉันต้องการแต่มันทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
- ค. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการยืนมากกว่า 1 ชั่วโมง
- ง. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการยืนมากกว่า 30 นาที
- จ. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการยืนมากกว่า 10 นาที
- ฉ. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการยืนตลอดเวลา (ยืนไม่ได้)

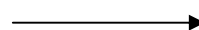
ข้อ 7 การนอน

- ก. อาการปวดไม่ได้กีดกั้นฉันจากการนอนหลับที่ดี
- ข. ฉันสามารถหลับสบายดีถ้าฉันกินยา
- ค. ถึงแม้ฉันจะกินยา ฉันนอนหลับได้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง
- ง. ถึงแม้ฉันจะกินยา ฉันนอนหลับได้น้อยกว่า 4 ชั่วโมง
- จ. ถึงแม้ฉันจะกินยา ฉันนอนหลับได้น้อยกว่า 2 ชั่วโมง
- ฉ. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการนอน (ฉันไม่ได้นอนเลย)

ข้อ 8 การมีเพศสัมพันธ์

- ก. การมีเพศสัมพันธ์ของฉันเป็นปกติและไม่ทำให้เกิดอาการปวดเพิ่มขึ้นเลย
- ข. การมีเพศสัมพันธ์ของฉันเป็นปกติแต่ทำให้เกิดอาการปวดเพิ่มขึ้นบ้าง
- ค. การมีเพศสัมพันธ์ของฉันเกือบปกติแต่มีอาการปวดหลังมาก
- ง. การมีเพศสัมพันธ์ของฉันถูกจำกัดอย่างรุนแรงเพราะอาการปวดหลัง
- จ. การมีเพศสัมพันธ์ของฉันเกือบไม่มีเพราะอาการปวดหลัง
- ฉ. อาการปวดกีดกั้นฉันจากการมีเพศสัมพันธ์ตลอด (ไม่มีเพศสัมพันธ์)

มีต่อหน้าถัดไป



- ก การดำเนินชีวิตในสังคมของฉันเป็นปกติและไม่ทำให้ฉันมีอาการปวดเพิ่มขึ้น
- ข การดำเนินชีวิตในสังคมของฉันเป็นปกติแต่ฉันเพิ่มความรุนแรงของอาการปวด
- ค อาการปวดไม่ได้มีผลชัดเจนต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของฉันนอกจากมันจำกัดความสนใจที่มีศักยภาพพิเศษ เช่น การเต้นรำ
- ง อาการปวดจำกัดการดำเนินชีวิตในสังคมของฉันและฉันออกจากบ้านน้อยลง
- จ อาการปวดจำกัดการดำเนินชีวิตในสังคมของฉันและต้องอยู่แต่บ้าน
- ฉ ฉันไม่มีการดำเนินชีวิตในสังคมเลยเพราะอาการปวด

ข้อ 10 การเดินทาง

- ก ฉันสามารถเดินทางไปทุกที่โดยปราศจากอาการปวดที่เพิ่มขึ้น
- ข ฉันสามารถเดินทางไปทุกที่แต่ฉันทำให้อาการปวดฉันเพิ่มขึ้น
- ค อาการปวดเลวแต่ฉันสามารถจัดการในการเดินทางมากกว่า 2 ชั่วโมง
- ง อาการปวดจำกัดฉันจากการเดินทางน้อยกว่า 1 ชั่วโมง
- จ อาการปวดจำกัดฉันจากการเดินทางสั้นๆ ที่สำคัญน้อยกว่า 30 นาที
- ฉ อาการปวดจำกัดฉันจากการเดินทางยกเว้นไปพบแพทย์หรือไปโรงพยาบาล

มีต่อหน้าถัดไป



ข้อความ	ระดับ				
	ไม่จริง เลย ①	จริง เล็กน้อย ①	จริง ปาน กลาง ②	จริง มาก ③	จริง มาก ที่สุด ④
15. เมื่อฉันอารมณ์เสีย มีผู้ที่ฉันสามารถอยู่ด้วย โดยปล่อยให้ฉัน เป็นตัวของตัวเอง	0	1	2	3	4
16. ฉันรู้สึกว่ามีใครมีปัญหาเหมือนฉัน	0	1	2	3	4
17. ฉันชอบกระทำการบางสิ่งเป็นพิเศษ	0	1	2	3	4
18. ฉันทราบว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งในตัวฉัน	0	1	2	3	4
19. ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน	0	1	2	3	4
20. ฉันมีผู้ร่วมงาน เข้าสังคมและร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ด้วย	0	1	2	3	4
21. ฉันรับผิดชอบ จัดการ ช่วยเหลือ เมื่อมีผู้ต้องการ	0	1	2	3	4
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือฉัน ให้ สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นๆได้	0	1	2	3	4
23. ฉันรู้สึกว่ายังมีคนต้องการฉัน	0	1	2	3	4
24. คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น	0	1	2	3	4
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ให้คำแนะนำแก่ฉัน ในการดูแลตนเอง	0	1	2	3	4

😊 ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 😊

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพิมพ์รัก สิ้นสมบุญรณทอง เกิดวันที่ 23 มิถุนายน 2526 ที่จังหวัดเชียงราย สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2549 ปัจจุบันศึกษาในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย